



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - *CAMPUS* CUITÉ
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
BACHARELADO EM FARMÁCIA**

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM
UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CAMPUS CUITÉ - PB**

JAQUELINE DE SOUSA CARVALHO

**CUITÉ-PB
2016**

JAQUELINE DE SOUSA CARVALHO

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM
UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CAMPUS CUITÉ - PB**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG-CES, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Farmácia.

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

**CUITÉ-PB
2016**

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

C331p Carvalho, Jaqueline de Sousa.

Prevalência da síndrome do comer noturno em universitários da área de educação da Universidade Federal de Campina Grande campus Cuité - PB. / Jaqueline de Sousa Carvalho. – Cuité: CES, 2016.

54 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Maria Emília da Silva Menezes.

1. Doença dietética. 2. Transtorno alimentar. 3. Síndrome do comer noturno. 4. Ritmo circadiano. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.39

JAQUELINE DE SOUSA CARVALHO

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM UNIVERSITÁRIAS
DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE CAMPUS CUITÉ - PB**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de
Campina Grande (UFCG), para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

APROVADA EM: 03/05/16

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes/UFCG
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Júlia Beatriz Pereira de Souza/UFCG
Membro 1
Suplente: Prof^o. Dr^o Renner de Souza Leite

Prof. Dr. Wylly Araújo de Oliveira/UFCG
Membro 2
Suplente: Prof^o. Dr^o Wellington Sabino Adriano

CUITÉ – PB
2016

Dedico à Deus, que sempre será minha força, caminho e fortaleza; Aos meus pais, pelo fantástico apoio para realização desse trabalho, pois sempre foram os maiores incentivadores aos meus estudos, não mediram esforços pela minha formação educacional e moral. Pessoas a quem devo admiração, respeito, carinho e extrema gratidão, a minha família pelo amor dedicado.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, me dando força e me encorajando a vencer todos os obstáculos até aqui percorridos, se mostrando o maior mestre que alguém possa conhecer.

Aos meus pais, a quem devo tudo. Pelo apoio incondicional, incentivo e amor dedicados sempre em qualquer situação. Agradeço a minha mãe, Maria Dionísio, heroína que me deu apoio nas horas difíceis e de desânimo sempre incentivando a concretização desse sonho. Ao meu pai, Antônio Reis, a quem devo gratidão eterna, por todos os esforços até aqui, os quais sabemos o quão árduos foram, tendo papel fundamental para a minha formação acadêmica.

Obrigado aos meus irmãos, Carlos Eduardo, Jailton Carvalho e Camila Carvalho, e aos meus sobrinhos Carlos Erinaldo e Maria Clara, pelo amor imenso o qual sempre esteve presente mesmo a quilômetros de distância e pela compreensão nos meus momentos de ausência dedicados a minha formação, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir de lutas e esforços do presente.

Aos meus tios e tias, primos e primas, pelo afeto valioso durante toda a minha vida, amizade e carinho dedicados.

Aos meus fieis e importantes amigos, novos ou antigos, pelo companheirismo durante toda a minha dura jornada, e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A minha orientadora, Maria Emília da Silva Menezes, pela orientação, apoio e confiança para a realização e conclusão deste trabalho. Agradeço pelo suporte, as palavras de incentivo e correções prestadas.

A banca examinadora, Júlia Beatriz e Wylly Araújo, por aceitarem e acolherem o convite para a avaliação deste trabalho.

As alunas da área de educação que ajudaram para a concretização da coleta de dados.

Aos professores do Curso de Graduação em Farmácia, por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

E por fim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, os meus sinceros agradecimentos.

“Os grandes feitos são conseguidos não pela força, mas pela perseverança.”

Samuel Johnson

RESUMO

A relação com a comida é construída ao longo da história de vida, e engloba termos e critérios contraditórios em estudo. O comportamento alimentar é complexo e está em uma constante linha de discussão entre os analistas. Sabe-se que o ritmo social que vem sendo empregado diariamente é exaustivo e estressante. Uma luta diária que envolve diretamente a modificação e a ausência de uma boa alimentação que deveria ser empregada. Dentro dessa linha de raciocínio algumas categorias de Transtorno Alimentar (TA) podem surgir. Como a Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). A busca do controle alimentar e estudos de definições dos possíveis transtornos em questão, designou uma síndrome denominada de Síndrome do Comer Noturno (SCN) descrita em 1995, por *Stunkard*. Este trabalho teve por objetivo caracterizar a prevalência da SCN em 300 estudantes universitárias da Área de Educação da Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus de Cuité. A metodologia consiste na aplicação de questionário de autoperenchimento, utilizando o Night Eating Questionnaire, traduzido e adaptado para versão brasileira por Harb, Caumo e Hidalgo (2008). O questionário é composto por 14 questões e cada questão apresenta cinco possibilidades de resposta (0-4). Para avaliar a associação entre peso e idade na ocorrência da SCN, foi utilizado o IMC de acordo com os parâmetros sugeridos pela WORLD HEALTH ORGANIZATION (1995). As medidas de peso e altura foram autorrelatadas e para a sua avaliação foi usado o Índice de Massa Corpórea (IMC). Foram avaliadas 200 estudantes com idade entre 18 e 40 anos. A SCN foi observada em 1% das alunas entrevistadas e 8% apresentou risco para desenvolvimento da mesma; a análise do estado nutricional demonstrou que valores mais significativos foram de eutrofia e obesidade com 60,5% e 33%, respectivamente, 5% de pré-obesidade e 1,5% de baixo peso. Dentro limitações enfrentadas nesse estudo, se torna evidente a necessidade de novas investigações avaliando a existência da relação entre SCN e obesidade, para que possa existir uma possível intervenção de planejamento em contextos culturais, na saúde coletiva e políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVES: Transtorno Alimentar; Síndrome do Comer Noturno; Obesidade; Ritmo circadiano.

ABSTRACT

The relationship with food is built throughout the history of life, and includes terms and contradictory criteria studied. Eating behavior is complex and is in a constant line of discussion among analysts. It is known that the social rhythm that is being used every day is exhausting and stressful. A daily struggle that directly involves the modification and the absence of good nutrition should be employed. Within this line of reasoning some eating disorder categories (TA) can arise. Like Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Disorder Binge Eating (TCAP). The search for food control and study definitions of possible disorders in question, designated a syndrome called Night Eating Syndrome (SCN) described in 1995 by Stunkard. This study aimed to characterize the prevalence of SCN in 300 university students from the area of Education, Federal University of Campina Grande - CES - Campus Cuité. The methodology consists of applying self-report questionnaire, using the Nighth Eating Questionnaire, translated and adapted to Brazilian version by Harb, Caumo and Hidalgo (2008). The questionnaire consists of 14 questions and each question has five possible answers (0-4). To evaluate the association between weight and age, the occurrence of CNS was used BMI according to the parameters suggested by the World Health Organization (1995). Weight and height measurements were self-reported and for their evaluation was used the Body Mass Index (BMI). We evaluated 200 students aged between 18 and 40 years. The SCN was observed in 1% of the interviewed students and 8% presented risk for development thereof; The nutritional state showed that the most significant values were normal weight and obese 60.5% and 33%, respectively 5% overweight and 1.5% of low weight. Within limitations faced in this study, it becomes apparent the need for further research assessing the existence of the relationship between SCN and obesity, so there may be a possible intervention planning in cultural contexts, in public health and public policy.

KEYWORDS: Eating Disorder; Night Eating Syndrome; obesity; Circadian Rhythm.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios para diferenciar Síndrome do Comer Noturno (SCN) de Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno de compulsão Alimentar Periódica (TCAP).....	18
Quadro 2: Diferença entre critérios diagnósticos da SCN apresentados em 1955 daqueles de 1999.....	24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Aspectos da Compulsão Alimentar.....	20
Figura 2: Relógio Biológico da Melatonina	23
Figura 3: Fachada da Universidade Federal de Campina Grande Campus Cuité/PB	27
Figura 4: Número de alunas total por curso	33
Figura 5: Classificação das participantes segundo estado nutricional.....	34
Figura 6: Classificação das alunas segundo pontos de corte da Síndrome do Comer Noturno(SCN)	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Média de idade, peso, altura e IMC da população estudada.....	31
Tabela 2: Problemática de tempo	32

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIACÕES

AN - Anorexia Nervosa

BL - Bulimia Nervosa

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Código Internacional de Doenças

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

NEQ - *Night Eating Questionnaire*

OMS - Organização Mundial da Saúde

SCN - Síndrome do Comer Noturno

SSPS - Statistical Package for the Social Sciences

TA - Transtorno Alimentar

TCAP - Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

IMC - Índice de Massa Corpórea

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE QUADROS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIACÕES

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVO	16
2.1 GERAL.....	16
2.2 ESPECÍFICOS	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1. COMPORTAMENTO ALIMENTAR	17
3.1. TRANSTORNO ALIMENTAR.....	17
3.2. OBESIDADE E TRANSTORNO ALIMENTAR.....	20
3.3. SÍNDROME DO COMER NOTURNO (SCN)	21
3.4. ASPECTOS NEUROENDÓCRINOS.....	22
3.5. CRITÉRIOS DE DIAGNOSTICOS.....	23
3.6. NIGHTEATING QUESTIONNAIRE (NEQ).....	25
4. METODOLOGIA.....	27
4.1. TIPO DE ESTUDO	27
4.2. LOCAL DE PESQUISA	27
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	28
4.3.1. Critérios de inclusão	28
4.3.2. Critérios de exclusão	28
4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
4.5. COLETA DE DADOS	29
4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	29
4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	29
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
7. REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE	44
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	45
ANEXO.....	47
ANEXO I - Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno.....	48
ANEXO II - Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa	50
ANEXO III - Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável ...	52
ANEXO IV - Declaração de Divulgação dos Resultados	53
ANEXO V - Termo de Autorização Institucional	54

1. INTRODUÇÃO

O comportamento alimentar é complexo e está em uma constante linha de discussão entre os analistas. A ritmicidade social atualmente é marcada pelo efeito da regulação da alimentação, sabendo que a sociedade contemporânea esta ativa 24 horas por dia e seus impactos na qualidade, quantidade e nos horários da alimentação tem sido inexorável (APOLLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; HARB et al., 2010). A construção da relação entre o sujeito e o alimento se inicia nos primeiros momentos de vida. Neste processo várias possibilidades podem implicar na formação de práticas da categoria de Transtornos Alimentares (TA) (ELIAS; VALE, 2011).

A observação do comportamento alimentar e a busca dos possíveis mecanismos implicados no controle da fome e saciedade, (HARB et al., 2010), induziu a definição de uma síndrome denominada Síndrome do Comer Noturno (SCN), descrita desde 1955, como um transtorno com três componentes principais: anorexia matutina, hiperfagia vespertina ou noturna (quando plenamente consciente) e insônia.

A síndrome é descrita como uma resposta especial a um estresse circadiano que ocorria primariamente em indivíduos obesos. Também constatou que a SCN tendia a ser desencadeada pelo estresse e que seus sintomas diminuía quando o problema era aliviado (NAPOLITANO et al., 2001; STUNKARD, 2002;). Associa-se a uma diminuição dos níveis de melatonina, dificultando a atividade de adormecer ou manter-se dormindo, resultando em má qualidade de sono. Bem como, aos níveis baixos de leptina no período noturno, que pode contribuir para menor inibição dos impulsos de fome e aumento dos níveis séricos do cortisol, sendo a síndrome, por esse motivo, também conhecida por transtorno do stress (COZER; PISCIOLARO, 2012). Ainda episódios de hiperfagia estão relacionados à liberação de opióides endógenos, assim, pode-se utilizar a comida como estratégia de controle emocional (MEYER, 2008).

Dentre os critérios diagnósticos dessa síndrome estão relacionadas anorexia matutina; ingestão $\geq 50\%$ da energia diária após as 19 horas; despertar para comer ao menos uma vez por noite nos últimos três meses, com consciência do ato; consumo de lanches de alto valor energético nos despertares noturnos (HARB et al., 2010), falta de apetite pela manhã e/ou omissão do desjejum em quatro dias da semana; acreditar que não retornará a dormir sem a ingestão de alimento; humor deprimido/tristeza ou mau humor matinal. Devem estar presentes e em evidencia ao menos três dos itens citados.

Apesar da ampla discussão sobre a síndrome, os critérios diagnósticos não são universais, e não há consenso sobre o conjunto de sintomas que configuram o diagnóstico sindrômico, mas é consensual o atraso no padrão circadiano da alocação alimentar (COZER; PISCIOLARO, 2012). É evidente que faz parte do processo de diagnóstico diferenciar a SCN de outros transtornos alimentares, pois nem todos os sujeitos com queixa de comer à noite apresentam diagnóstico de SCN (HARB et al., 2010).

A população feminina jovem, de 12 a 28 anos, é a mais atingida por este problema, em uma proporção que chega a 20 casos em mulheres para cada caso em homens (CORDÁS, 1995). Por causa desta diferença na prevalência entre os gêneros, os transtornos alimentares são considerados pela literatura como um problema eminentemente feminino (VALE, 2002).

Com intuito de padronizar o diagnóstico e facilitar comparações entre estudos clínicos sobre o tema, em 2004 foi criado o *Night Eating Questionnaire* (NEQ). Esse instrumento foi desenvolvido em língua inglesa, traduzido e adaptado para uma versão em Português, denominado Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno (HARB et al., 2008)

Desse modo, a aplicação deste trabalho tem importância no auxílio da validação do questionário na versão traduzida e adaptada, Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno e avaliação da síndrome no público feminino.

2. OBJETIVO

2.1. GERAL

Caracterizar a prevalência da Síndrome do Comer Noturno em estudantes do sexo feminino da Área de Educação matriculadas na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité – Paraíba nos cursos de Física, Biologia, Química e Matemática.

2.2. ESPECÍFICO

- Avaliar a relação da Síndrome do Comer Noturno com o índice de massa corpórea (IMC);
- Avaliar a relação da Síndrome do Comer Noturno com a idade;
- Contribuir com a validação do Nigth Eating Questionnaire (NEQ) com versão em Português, denominado Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno;
- Avaliar a confiabilidade da versão em Português do (NEQ);
- Identificar e quantificar a Síndrome do Comer Noturno em estudantes do sexo feminino da Área de Educação da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité-PB.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. COMPORTAMENTO ALIMENTAR E TRANSTORNOS ALIMENTARES

Uma busca crescente por maior compreensão do comportamento alimentar individual ou de grupos populacionais tem sido constantemente observada na literatura. Este comportamento corresponde às atitudes relacionadas às práticas alimentares em associação a atributos socioculturais, como os aspectos subjetivos intrínsecos do indivíduo ou próprios de uma coletividade, que estejam envolvidos com o ato de se alimentar ou com o alimento em si (SLATER; TORAL, 2007).

O comportamento alimentar envolve aspectos metabólicos, fisiológicos e ambientais. A sociedade atual vem se destacando pelo seu ritmo de rotina, e suas influências no cotidiano. Como exemplo, cita-se o atraso da alimentação para adaptação aos horários de atividades (HIDALGO et al., 2002; WATERHOUSE et al., 2003; KELLY et al., 2004; SHEA et al., 2005).

O histórico sobre o início das investigações que abordaram padrões e comportamentos alimentares remonta à década de 1950, quando ocorreu a primeira publicação que definia transtornos alimentares. Isso motivou a busca dos possíveis mecanismos implicados no controle da fome e da saciedade (STUNKARD et al., 1955; QUIN et al., 2003).

Transtornos alimentares, conceituado como síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia (BORGES; CLAUDINO, 2002), certamente decorre da mudança social e comportamental (HARB et al., 2010).

Transtornos do comportamento alimentar são divididos e classificados em categorias distintas como Anorexia Nervosa (NA), a Bulimia Nervosa (BN), o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e ainda dependendo da classificação utilizada, o transtorno alimentar não especificado (OMS, 1993; APA, 1995; KAPLAN et al., 1997). Em comum, estas categorias estão relacionadas a respostas como: preocupação excessiva com o estado atual e/ou um possível aumento da forma e do peso corporal (discrepância entre a forma do

corpo e a maneira como ele é descrito verbalmente); utilização das práticas danosas para controle de peso (uso de jejuns e dietas restritivas, vômitos, laxantes, etc.); busca exagerada pelo emagrecimento; culpa ao se alimentar, entre outros (CORDÁS, 1993; VALE, 2002; VALE; ELIAS, 2011). Os critérios de diferenciação entre Síndrome do Comer Noturno (SCN) e Bulimia nervosa (BN), expondo sintomas por categoria e prevalência estão apresentados no **quadro 1**.

Quadro 1: Critérios para diferenciar Síndrome do Comer Noturno (SCN) de Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

Sintomas	BN/TCAP	SCN
Anorexia matinal	Usualmente não	Sim
Hiperfagia noturna	Não	Sim
Hora de compulsões	Sim	Sim (à noite somente)
Compulsões	Sim	Não (pequenos lanches)
Ingestões noturnas	Raramente	Sim
Despertares noturnos	Sim	Sim
Tratamento	Terapia cognitivo-comportamental SSRIs Topiramato	SSRIs Topiramato

Fonte: Adaptado de MARTINA, 2003.

Dentro da categoria de transtornos alimentares, a Anorexia Nervosa (AN), se caracteriza pela recusa da alimentação e pela busca de um domínio sobre a fome e o corpo (GOLDBLOOM; GARFINKEL, 1992). Através de um rígido autocontrole se consegue efetivamente perder peso, mesmo que em alguns casos ocorram momentos de hiperfagia; este é um dos componentes centrais da categoria Anorexia Nervosa (AN) (VALE; ELIAS, 2011). O começo deste quadro se dá, na maioria das vezes, com uma queda de peso, geralmente resultante de uma doença, tratamento médico ou dieta auto-induzida (MOSCHETTA; CORDIOLI, 1985). Outra característica para a avaliação do impacto da restrição alimentar é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Mesmo com algumas problemáticas sobre o cálculo do IMC, devido a sua praticidade, rapidez de resultado e simplicidade, ainda é um dos principais critérios para a avaliação da gravidade do quadro clínico (ANJOS, 1992).

Na Bulimia Nervosa (BN), os episódios bulímicos configuram-se como um consumo exagerado de grandes quantidades de alimento, com uma posterior tentativa de retirar essa comida do corpo através de diversos métodos (CENCI; PERES; VASCONCELOS, 2009). Enquanto, a Anorexia Nervosa (AN) engloba um efetivo repertório de autocontrole restritivo

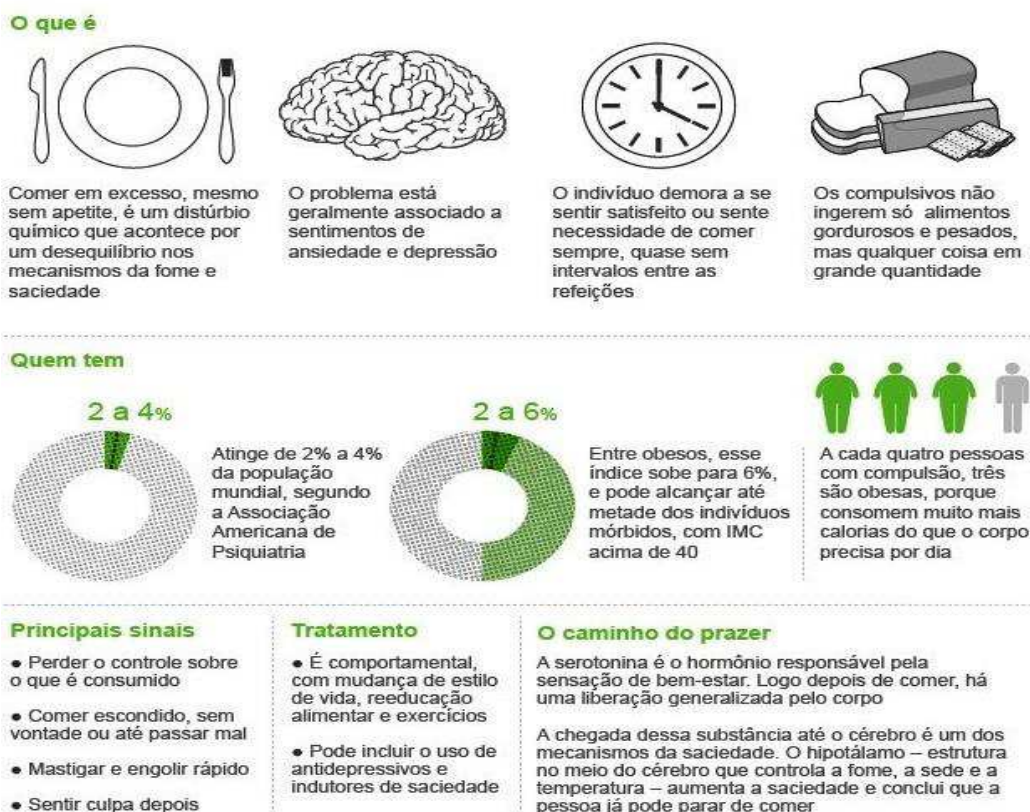
da ingestão de alimentos, o que pode levar a um peso abaixo do recomendado pela OMS. A Bulimia Nervosa (BN) engloba um pouco efetivo repertório de restrição alimentar, acompanhado de episódios de excessos de ingestão alimentar, que geralmente antecedem tentativas de privação alimentar ou purgação.

As duas categorias envolvem uma complexa interação, ainda não inteiramente compreendida ou experimentalmente estudada, entre fatores filogenéticos (história da espécie), ontogenéticos (história do indivíduo) e socioculturais (CORDÁS, 1993; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; MEYER, 2008).

O Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é uma atitude alimentar caracterizada pela ocorrência de episódios de comer grandes quantidades de alimentos em intervalos curtos de tempo, sensação de perda de controle sobre o ato de comer, e em seguida arrependimento de ter comido, sendo referidos na literatura internacional como *Binge Eating*. Apesar do peso não ser um critério diagnóstico, o TCAP frequentemente se associa ao sobrepeso e a diversos graus de obesidade; além disso, obesos comedores compulsivos iniciam mais cedo a preocupação com peso e dietas do que os não compulsivos (FREITAS et al., 2001; AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004; ESPINDOLA; BLAY, 2006; PETRIBU et al., 2006; DUCHESNE et al., 2007). Algumas pessoas se alimentam além do normal, o que resulta em compulsão alimentar. A figura 1 apresenta seu publico, principais sinais de desenvolvimento e o tratamento adequado.

Ainda existe muita controvérsia sobre os métodos mais adequados para a avaliação desses transtornos. Os instrumentos para a avaliação dos Transtornos Alimentares (TA) surgiram com a necessidade de sistematizar os estudos a partir do estabelecimento e do aprimoramento de seus critérios diagnósticos. De um modo geral, os instrumentos de avaliação são agrupados em, pelo menos, três categorias: 1) questionários autoaplicáveis; 2) entrevistas clínicas e 3) automonitoração (KIRSTEN et al., 2009).

Figura 1: Aspectos de Compulsão alimentar.



Fonte: Adaptada de <https://sites.google.com/site/welsonlemons>

3.2. OBESIDADE E TRANSTORNOS ALIMENTARES

No Brasil, estudos realizados entre 1975 e 1989 já indicavam um aumento de 70% de casos de obesidade, sinalizando que o excesso de peso se tornaria um problema mais prevalente que o déficit nutricional (DOBROW et al., 2002).

A realidade dos níveis elevados de obesidade em diversos países do mundo motivou instituições como a *International Obesity Task Force* e a Organização Mundial de Saúde a declarar que a obesidade é uma epidemia de proporções globais (TAUBER, 1998). Tal decisão reforça a importância de os profissionais atentarem para o diagnóstico da obesidade.

À medida que os clínicos e os pesquisadores procuraram entender a relação entre a obesidade e uma série de transtornos psiquiátricos, também tentaram avaliar se a obesidade se constitui ou não em um transtorno alimentar, ou seja, se existe algo patológico no comportamento alimentar dos indivíduos obesos (BLACK et al., 1993).

Stunkard et al., 2002 descreveu a SCN como uma resposta especial a um estresse circadiano que ocorria primariamente em indivíduos obesos. Ao trabalharem com esses pacientes, os profissionais de saúde mental podem ser instrumentais na correção das concepções equivocadas dos pacientes sobre as causas de sua obesidade, na identificação e no manejo clínico da psicopatologia comórbida e no auxílio aos pacientes a estabelecerem metas razoáveis e a trabalharem para realizar escolhas saudáveis de estilo de vida que levem a um maior bem-estar físico e psicológico (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002).

3.3. SÍNDROME DO COMER NOTURNO (SCN)

A Síndrome do Comer Noturno (SCN), conceituada como um atraso no ritmo circadiano do padrão alimentar, decorre dessa mudança social e comportamental. Tendo em conta que pesquisas recentes têm demonstrado uma possível relação intrínseca entre essa síndrome e o processo saúde-doença, como maior incidência de obesidade e diabetes, sobrepondo-se a uma pobre qualidade de vida, estudo de revisão ainda vem sendo abordados, com o intuito de analisar as evidências conceituais, funcionais, de efeito e de intervenção até então alcançadas sobre a Síndrome do Comer Noturno (SCN) (BIRKETVEDT et al., 2002; HARB et al., 2010).

Em 1996, Stunkard et al., revisaram a definição da SCN e especificaram que, para caracterizá-la, mais do que 50% de uma ingestão diária deveria ocorrer após as 19 horas. No entanto, deveriam existir anorexia matinal e problemas para iniciar ou para manter-se dormindo. Essa síndrome foi descrita como uma resposta ao estresse circadiano, primeiramente observado em obesos. Também, foi observado que teria relação com o estresse e que os seus sintomas pareciam diminuir com o controle do mesmo.

Sobretudo, somente em 1999, Stunkard, juntamente com Birketvedt et al., iniciaram estudos sistemáticos da SCN usando método comparativo, mostrando a diferença entre grupos de sujeitos que alocavam a maior parte da ingestão energética no turno da noite, com indivíduos-destituídos desse hábito e definidos como controles. A partir daí, foram demonstrados comportamentos e características neuroendócrinas específicas que permitem diferenciar sujeitos classificados como portadores da Síndrome do Comer Noturno, daqueles do grupo de controle (STUNKARD et al., 1996; BIRKETVEDT et al., 1999; BIRKETVEDT et al., 2002).

A Síndrome do Comer Noturno ainda não foi incluída na lista de transtornos psiquiátricos de manuais diagnósticos, como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV R) e a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10) (HARB et al., 2010).

3.4. ASPECTOS NEUROENDÓCRINOS

Os fatores neuroendócrinos da Síndrome do comer noturno se relacionam com alterações do ritmo circadiano de secreções endócrinas, como a do cortisol e da melatonina. A partir dos resultados dos estudos de Birketvedt (1999) e de O'Reardon et al., (2005) que parte dos sintomas apresentados por sujeitos com a SCN deve-se a baixos níveis de melatonina. Sendo a melatonina um neuro-hormônio regulatório do ritmo sono/vigília. Incluindo dificuldades para adormecer ou se manter dormindo, assim como a má qualidade do sono. Tendo-se em conta que os níveis plasmáticos de melatonina são determinantes da regulação de um ritmo forte como o do sono/vigília, é razoável supor que a redução de melatonina possa contribuir para manter a insônia e o humor deprimido. Existindo uma intensa relação entre o relógio biológico e seus efeito de desregulação, apresentados na **figura 2**.

Outro aspecto neuroendócrino que associa-se a isso, é o fato dos níveis plasmáticos noturnos de leptina serem mais baixos, o que pode contribuir para que os impulsos de fome que levam a interrupção do sono, sejam diminuídos. Além dos aspectos já discutidos, dados de estudos comparativos mostraram que os níveis de cortisol diurnos se encontram mais elevados em sujeitos com SCN (STUNKARD et al., 2003).

Figura 2: Relógio Biológico e desregulação da melatonina.



Fonte: Adaptada de <https://sites.google.com/site/welsonlemons>

3.5. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICOS

Ainda está em definição alguns critérios para o diagnóstico da SCN. Existem sintomas importantes para caracterizá-la, embora provisórios. Em Abril de 2008, foi realizado um encontro internacional para a realização de um consenso para os critérios de diagnóstico proposto para a SCN, onde dois fatores passaram a ser utilizados como os mais preditivos para o diagnóstico: a hiperfagia (ingestão excessiva e recorrente de pelo menos 25% do total de calorias consumidas/dia depois do jantar) e os despertares noturno com pelo menos metade das vezes acompanhadas da ingestão de alimentos (ALLISON et al., 2010).

Além de falta de apetite pela manhã e/ou omissão do desjejum em quatro dias da semana; acreditar que não retornará a dormir sem a ingestão de alimento; humor deprimido/tristeza ou mau humor matinal. Devem estar presentes e em evidencia ao menos três dos itens citados (COZER; PISCIOLARO, 2012). No entanto, o sujeito deve ter consciência do ato do comer noturno, mas não pode apresentar critérios ou aspectos para a Bulimia Nervosa (BN) ou *Binge Eating Disorder* (BIRKETVEDT et al., 1999). Os critérios comumente utilizados para o diagnóstico da SCN estão apresentados no **quadro 2**.

Quadro 2: Diferença entre critérios diagnósticos da SCN apresentados em 1955 daqueles de 1999.

	Stunkard et al. (1955)	Birketvedt et al. (1999)
Hiperfagia noturna	Consumo de pelo menos 25% do total das calorias diárias após a refeição noturna	≥ 50% do total das calorias diárias depois da refeição noturna
Anorexia matinal	Anorexia matinal com negligência ao consumo de alimentos no desjejum	Anorexia matinal, mesmo depois de ter feito o desjejum
Início do sono	Insone pelo menos até a ½ noite, mais da metade do tempo	
Despertares	-	Pelo menos 1vez por noite
Comer noturno	-	Consumo de lanches durante os despertares

Fonte: MARTINA, 2003.

Apesar da ampla discussão sobre a Síndrome do Comer Noturno (SCN), os critérios e aspectos de diagnósticos não são harmônicos e universais, e não há um padrão de consenso sobre o conjunto de sintomas que configuram o diagnóstico sindrômico, mas é consensual o atraso no padrão do ritmo circadiano da alocação alimentar (COZER; PISCIOLARO, 2012). O apetite se caracteriza por estar baixo na primeira metade do dia e maior no transcorrer do dia, associado à interrupção frequente do sono para comer. A dessincronização entre o ritmo alimentar e o ritmo sono/vigília, possivelmente são expressados por esses sintomas (MARTINA et al., 2003; KELLY et al., 2004; O'REARDON et al., 2005).

Enfatizando que a duração desses sintomas são mencionados em poucos estudos que tratam dos critérios diagnósticos, possivelmente, por existir divergências no critério de horário e do percentual da ingestão energética. Alguns autores mencionam como horário de referência para a ingestão e critério de diagnóstico, após as 18, 19 ou 20 horas, enquanto outros usam como perfil de referência após a refeição noturna. Quanto ao percentual de ingestão energética para o período noturno, alguns autores definem que a alocação deveria ser de, no mínimo, 25%; outros de 50% (MARTINA et al., 2003; O'REARDON et al., 2005).

Existe ainda uma certa sonegação de informações da ingestão diária de alimentos, por parte de alguns autores. Outros critérios são adicionados, como tensão à noite e/ou humor

depressivo a partir da metade do dia. Embora o estresse e os sintomas depressivos tenham sido observados e descritos consistentemente na área da clínica, ainda não foram incorporados aos critérios de diagnósticos da Síndrome do Comer Noturno (SCN) (ALLISON et al., 2003; KELLY et al., 2004; O'REARDON et al., 2005).

Está em estudo e processo de validação no Brasil instrumentos para diagnosticar a Síndrome do Comer Noturno utilizados no meio científico internacional. Pela primeira vez, na quinta edição do DSM-5, os critérios de diagnóstico propostos para a SCN estão descritos no capítulo de “Alimentação ou Transtornos Alimentares não especificados”. É provável e possível que futuramente, poderá aferir a SCN, tendo-se, inclusive, a possibilidade de estudar a alocação da maior parte da cota alimentar no curso do dia entre diferentes culturas e níveis sociais (STUNKARD et al., 1996; KELLY et al., 2004; ALLISON et al., 2005).

Estudos e evidências mostram que nem todos os transtornos alimentares em questão estão diretamente relacionado com diagnóstico de SCN, e por isso é indispensável a realização do processo de diagnóstico do SCN, de outros transtornos. Sabendo que a ingestão da alocação da maior parte da fração alimentar calórica noturna ocorre também em transtornos alimentares relacionados com o sono, como a *Sleep-Related Eating Disorder*, a Bulimia Nervosa e o Transtorno do Comer Compulsivo (KELLY et al., 2004).

Nos critérios de diagnósticos para diferenciar essas síndromes, a SCN diferencia-se da Bulimia Nervosa (BN) e do Transtorno de Comer Compulsivo porque os alimentos consumidos não são em grandes quantidades e não há comportamento típico de compensação. Tanto na SCN quanto no *Sleep-Related Eating Disorder* existe uma perda de controle, entretanto a diferença é quanto ao horário em que isto acontece, sendo que na SCN ocorre à noite, interrompendo o sono normal, enquanto que no *Sleep-Related Eating Disorder* pode ocorrer a qualquer hora do dia. Como sintomas na Síndrome do Comer Noturno (SCN) pode existir baixa autoestima, estresse excessivo, sintomas de ansiedade e humor depressivo (MARTINA et al., 2003; STUNKARD et al., 2003; O'REARDON et al., 2005; LUNDGREN et al., 2006).

3.6. *Night Eating Questionnaire (NEQ)*

Com o início de estudos sobre o comportamento alimentar noturno, pesquisadores perceberam que perguntas isoladas sobre os hábitos de comer à noite não avaliavam de modo acurado o “comer noturno”. Então, a partir dos estudos e pesquisas de Birketvedt et al., (1999) surgiram estudos e pesquisas com o objetivo de sistematizar a investigação dos hábitos do comer noturno, que apresenta uma síndrome, caracterizada como um atraso circadiano do padrão alimentar. Apresentando um amplo campo de critérios de diagnósticos, e deixando uma falta de consenso sobre o mesmo (BIRKETVEDT et al., 2002; ALLISON et al., 2006).

Com o intuito de padronizar o diagnóstico e facilitar comparações entre estudos clínicos sobre o tema, em 2004 foi criado o *Night Eating Questionnaire* (NEQ). Esse instrumento foi desenvolvido em Língua Inglesa, no entanto, para a aplicação à população brasileira o mesmo deve ser traduzido, adaptado e validado. Sendo desenvolvido e dividido em duas fases. A primeira, com o objetivo de traduzir e adaptar o conteúdo do NEQ de 15 itens para uma versão em português, denominada Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno. Já a segunda fase, teve como objetivo avaliar a confiabilidade do novo instrumento (O'REARDON et al., 2004).

Em resumo o *Night Eating Questionnaire* (NEQ), trata-se de um questionário composto por 14 questões do tipo *likert*. Cada questão apresenta cinco possibilidades de resposta (0-4). O escore total varia de 0 a 56. Maiores escores correspondem a maiores possibilidades de o paciente apresentar a Síndrome do Comer Noturno. A 15ª questão relaciona ao tempo em que vem tendo problemas com a alimentação noturna. As respostas do questionário apesar de ser um descritor do curso da síndrome, não entra na composição do escore da escala. A versão final do Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno apresentou-se como sendo um instrumento de *screening* sobre hábitos alimentares noturnos pode ser de auto-relato, de fácil compreensão e aplicação, e, que demanda curto espaço de tempo para ser respondido. Além disso, é instrumento de baixo custo que avalia hábitos alimentares, tema fortemente relacionado ao processo saúde-doença, o que poderá permitir a avaliação de hábitos alimentares noturnos como fator associado à obesidade e diabetes em estudos populacionais (O'REARDON et al., 2004).

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Se trata de um estudo de pesquisa de campo, descritiva e abordagem quantitativa. De acordo com Severino (2007), na pesquisa de campo não deve haver intervenção por parte do pesquisador, a coleta de dados deve ser feita em condições naturais em que os fenômenos ocorrem. Onde, o objetivo de estudo é abordado em seu próprio ambiente.

Segundo Franco (1985) em uma pesquisa em que a abordagem é basicamente quantitativa, o pesquisador se limita à descrição factual deste ou daquele evento, ignorando a complexidade da realidade social.

Para Richardson (2008), a abordagem quantitativa representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretações, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança.

4.2. LOCAL DA PESQUISA

Para a realização do estudo foi escolhida a Universidade Federal de Campina Grande *Campus Cuité* (**Figura 3**), localizada no Curimataú Paraibano, a 235 km da capital João Pessoa, atualmente com 25.950 habitantes (IBGE, 2010).

Figura 3: Foto da fachada da Universidade Federal de Campina Grande Campus Cuité/PB.



Fonte: Adaptada de <http://noticiadaserra.com>

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A amostragem compreendeu 200 alunas do gênero feminino, com idade entre 18 e 40 matriculadas e ativas nos cursos da área educação existentes no Campus Cuité.

4.3.1. Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão considerados foram:

- Ser estudante matriculado e ativo nos cursos de educação da Universidade Federal de Campina Grande;
- Fazer parte do público feminino da instituição de ensino;
- Apresentar e concordar com o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (ANEXO I).

4.3.2. Critérios de exclusão

Foram selecionados para o critério de exclusão:

- As estudantes que recusaram a participar da pesquisa;
- As estudantes que não restituíram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE);
- As estudantes que não responderam as variáveis de peso e/ou altura.

4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de estudo utilizado para aplicação e coleta de dados para a avaliação da Síndrome do Comer Noturno (SCN), foi o *Night Eating Questionnaire* (NEQ)

, traduzido e adaptado para a versão em língua portuguesa por Harb, Caumo e Hidalgo (2008), para *Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno*. O questionário é composto por 14 questões e cada questão apresenta cinco possibilidades de respostas (0-4). O escore total varia de 0 a 56, apresentando escores abaixo de 25 não há indicativo da síndrome; de 25 à 30, há risco de desenvolver a SCN e escore maior que 30, sugere a síndrome. A décima quinta questão se relaciona ao tempo em que o comportamento de levantar a noite para comer vem ocorrendo, e a resposta dessa questão não entrará na composição do escore da escala.

4.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada durante uma semana, nas salas de aulas da área de educação da Universidade Federal de Campina Grande *Campus Cuité*, Paraíba. Foi solicitando ao docente a permissão para aplicação e preenchimento do “Questionário sobre hábitos do comer noturno” (NEQ), que deverá ter tempo médio de 10 a 15 minutos para o autopreenchimento. Os dados de idade, peso e estatura serão auto-referidos pelas alunas.

4.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da pesquisa foram computados em um banco acessório de dados, Microsoft Office Access[®] 2010, e posteriormente foram transferidos para o pacote estatístico, Statistical Package for Social Sciences (SPSS[®]) *for Windows* versão 20.0 e tabulados através do Microsoft Office Excel[®] 2010.

Para avaliar a associação entre peso e idade na ocorrência da SCN, foi utilizado o IMC, que é obtido pela divisão do peso (quilogramas) pela altura (metros) ao quadrado. Foram consideradas com excesso de peso aquelas ou aqueles com IMC 25 a 30 kg/m² e obesidade aquelas ou aqueles com IMC maior ou igual que 30 kg/m², de acordo com os parâmetros sugeridos pela Organização Mundial da Saúde-OMS (1995).

4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho foi submetido a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) da Plataforma Brasil (ANEXO II) de acordo com as diretrizes e requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem, direta ou indiretamente, seres humanos (BRASIL, 1996). Seguindo a resolução, todas as universitárias foram previamente informadas sobre o objetivo do estudo e questionário, as que aceitaram participar foi encaminhado o TCLE para que fossem assinados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os questionários foram ofertados há 300 alunas, das quais apenas 219 aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa 19 questionários devido a falta de preenchimento das variáveis peso e/ou altura, o que totalizou 200 questionários utilizados. A média de idade da população estudada foi de 23,8 anos, variando de 18 a 40 anos. Quanto a altura, massa corpórea e índice de massa corporal (IMC) e desvio padrão as médias estão apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1: Média de idade, peso, altura e IMC da população estudada.

Estatísticas				
	Idade	Peso	Altura	IMC
	(Ano)	(Kg)	(m ²)	(Kg/m ²)
Média	23,8	60,0	1,60	23,6
Desvio Padrão	4,32	9,63	0,6902	3,66

Fonte: Dados da pesquisa.

Em revisão realizada por Creamer et al. (1999) e Clark et al. (2003) estudos foram realizados para a fidedignidade do questionário, a versão final do questionário foi apresentada a cinco profissionais da área de saúde que trabalham com nutrição clínica, e a outras cinco pessoas não relacionadas com essa área (estudantes universitários). Após essa análise, para atender melhor a linguagem do questionário, foi aplicado para trinta sujeitos adultos atendidos em clínicas de suporte nutricional. Os usuários avaliaram a clareza de cada uma das 15 questões, da versão traduzida e adaptada para o Português brasileiro *Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno* por meio da escala analógica visual de 10cm. A questão norteadora era: “avalie a clareza da questão”. Zero correspondia a “nada claro” e 10 “muito claro”.

Foram definidos como indicador de compreensão insuficientes valores abaixo do percentil 25. Para verificar a consistência interna do *Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno* foi utilizado o coeficiente de fidedignidade de Cronbach (CORTINA, 1993).

Os resultados obtidos do procedimento metodológico evidenciaram que para todas as questões do *Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno*, as médias de compreensão avaliadas pela clareza das questões na escala analógico-visual foram acima de 7,6 cm. A avaliação de compreensão total teve média de $8,20 \pm 1,55$ cm. Os itens 9 (razão do despertar que não fosse para usar o banheiro), 12 (número de lanches feitos à noite), 13 (nível de consciência enquanto está fazendo lanche à noite) e 15 (tempo que vem tendo dificuldade com a alimentação noturna) tiveram a menor média de compreensão, evidenciada pela maior dispersão nas médias das respostas. E que apesar das medidas de peso e estatura não terem sido aferidas no momento da aplicação dos questionários, e sim autoreferidas pelas alunas, não se torna um fator determinante para a não confiabilidade do questionário.

A análise do questionário, no presente estudo mostrou uma possível dificuldade de compreensão dos indivíduos que responderam até o item 15 (tempo que vem tendo dificuldade com a alimentação noturna). Onde, 4,5 % (n = 9) responderam em meses, 12,5 % (n = 25) responderam em ano e um percentual de 83 % (n = 166) não respondeu. Avalia-se que esse valor se dê pelo fato de ter finalizado o questionário no item 9 ou 12, ou por falta de uma avaliação compreensiva (**Tabela 2**).

Tabela 2: Problemática de tempo.

	N	%
Meses	9	4,5
Anos	25	12,5
Não respondeu	166	83

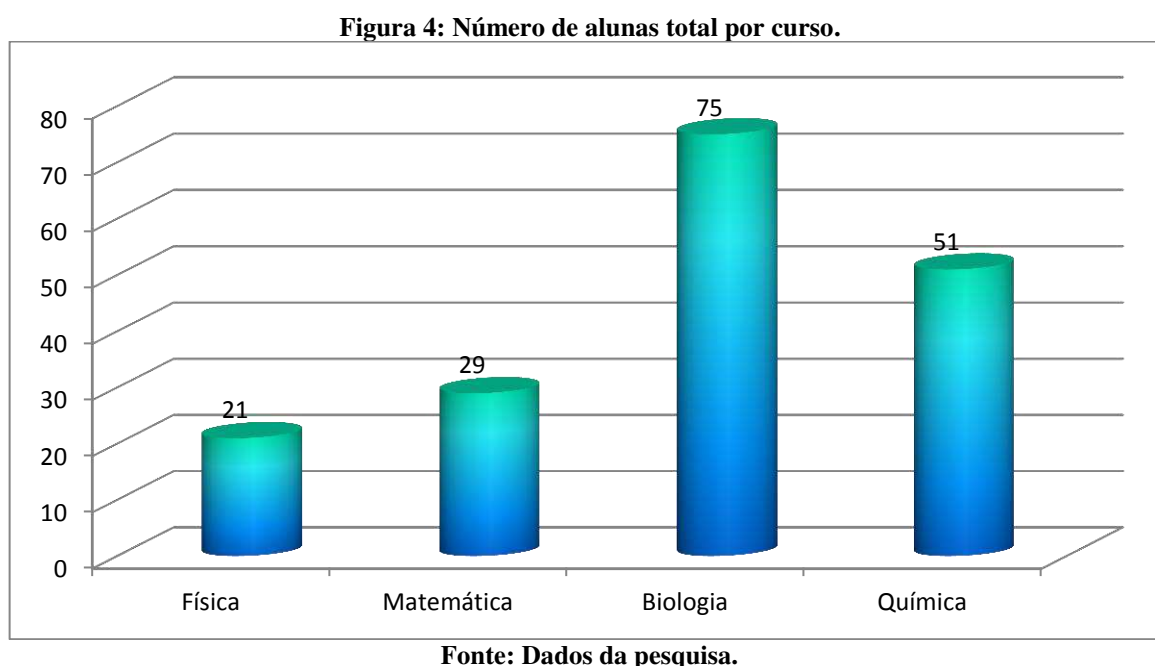
Fonte: Dados da pesquisa.

Um aspecto a ser salientado é o alto nível de escolaridade da amostra, pois estudos prévios tem demonstrado que o nível educacional influencia os desfechos em saúde e hábitos de vida aferidos por medidas de auto-relato.

Em análise de estudo, Harb et al. (2008) relata que é altamente desejável que esse instrumento seja aplicado em amostras com diferentes condições sociais, particularmente porque características dessa amostra como a homogeneidade e o alto nível educacional, que são desejáveis para aumentar a validade interna num processo inicial de validação de um

instrumento de auto-relato, podem também ter influenciado a validação semântica e a confiabilidade, que serão importantes para a validade externa.

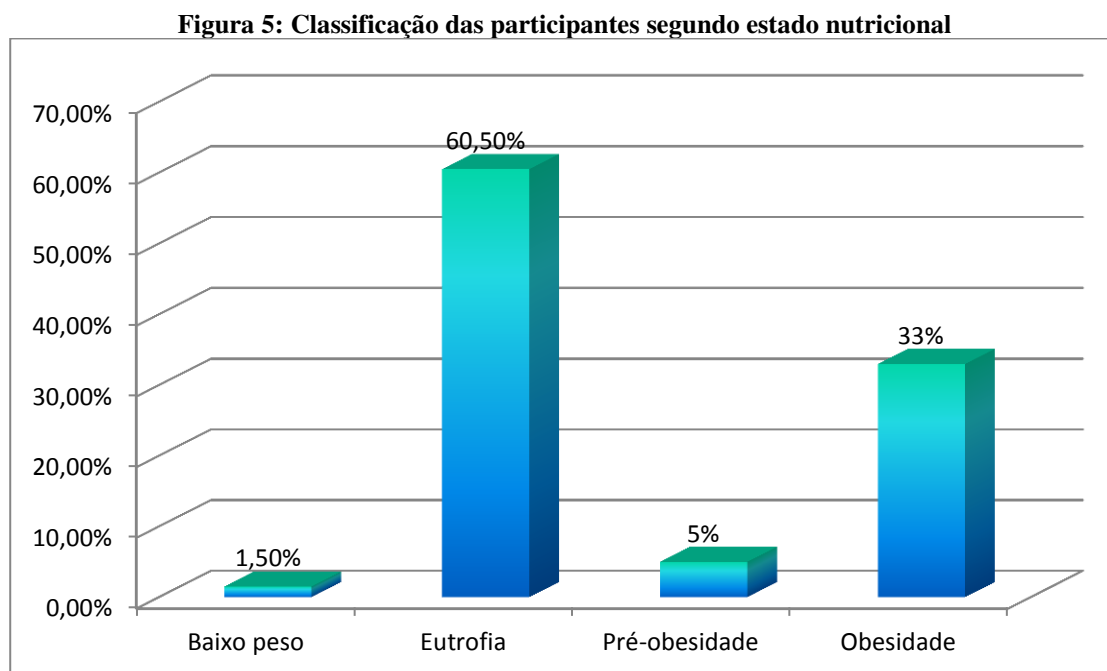
Analisando a área avaliada entre os cursos de Educação envolvidos na pesquisa, observou-se que vinte e um participante era pertencente ao curso de Física, vinte e nove ao curso de Matemática, setenta e cinco ao curso de Biologia, cinquenta e uma ao curso de Química. Dentro dos questionários respondidos, vinte e quatro questionários foram excluídos da conclusão de dados, devido à ausência de identificação apresentadas na **figura 4**.



Um estudo realizado em Florianópolis (SC) por Farias Júnior (2007) com escolares de 15 a 18 anos ($n = 867$), verificou valores diferentes entre os dados autorreferidos por indivíduos do sexo feminino. Os resultados mostraram a subestimativa da massa corporal e a superestimativa da estatura quando no uso de medidas autorreferidas, resultando em subestimação do IMC de $0,56 \text{ kg/m}^2$ para as mulheres. As medidas autorreferidas apresentaram concordância elevada, concluindo então que essas medidas eram válidas para forma de aproximação com valores mensurados.

A análise do estado nutricional demonstrou que apenas 1,5 % ($n = 3$) apresentaram baixo peso, 5 % ($n = 10$) foram caracterizadas com obesidade, e a maior parcela das alunas

com 33 % (n = 66) e 60,5 (n = 121), foram categorizadas em estado de pré-obesidade e eutrofia, respectivamente (**Figura 5**).



Fonte: Dados da pesquisa.

Outros estudos comparativos foram realizados como o de Martins; Ferreira; Carvalho (2014) com 130 adolescentes de 10 a 17 anos, alunos de uma escola particular de Maringá-PR foi observado que 56,2% apresentaram eutrofia, 40% peso acima do adequado, no qual, 21,5% excesso de peso e 18,5% obesidade. Já a classificação de subnutrição apresentou baixa frequência totalizando 3,8%.

Em outra pesquisa realizada por Pinho et al. (2014) com 535 adolescentes entre 11 e 17 anos de idade, alunos de escolas públicas municipais de Montes Claros-MG foi encontrado na população feminina baixo Peso 3,8% (n=14), Eutrofia 76,7% (n = 279), sobrepeso 12,4% (n = 45) e obesidade 7,1% (n=26).

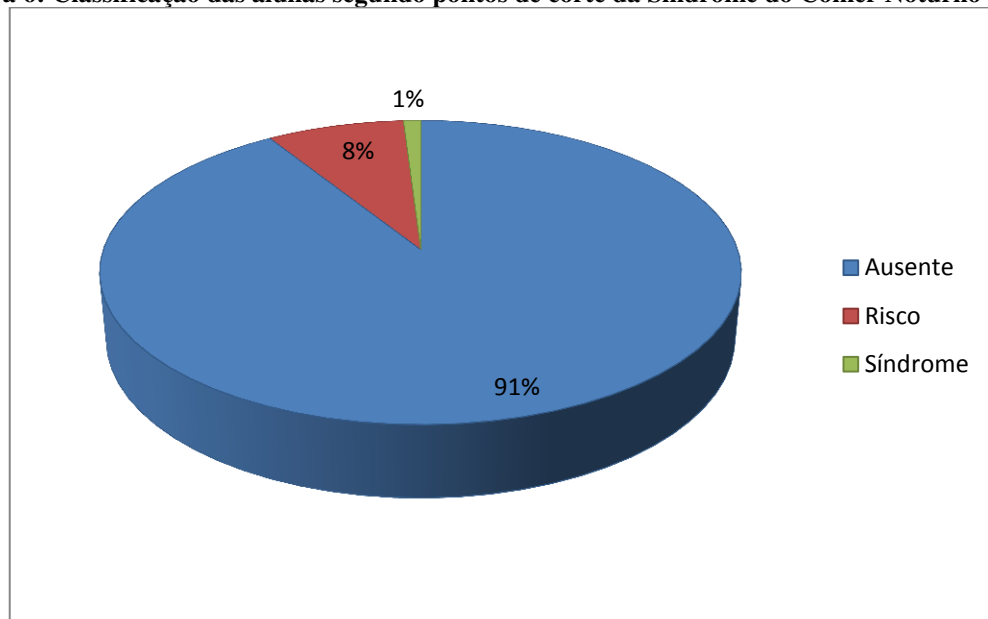
Em estudo semelhante realizado por Lima (2015), no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba do município de Picuí, considerando parcela da população entre adolescente e adulto, a análise do estado nutricional demonstrou que 16,3 % (n = 17) dos estudantes encontraram-se em baixo peso, 12,5 % (n = 13) apresentam-se acima do peso e a maior parcela destes categorizaram-se em estado de eutrofia, com 71,2 % (n = 74) dos estudantes. Já em estudo realizado por Falcão (2014) em estudantes do ensino médio da rede pública do município

de Cuité-PB, a análise do estado nutricional demonstrou que apenas 2,2 % (n = 2) apresentaram obesidade, 3,3 % (n = 3) foram caracterizadas com pré-obesidade, e a maior parcela das escolares, 66,7 % (n = 60) e 27,8% (n = 25) foram categorizadas em estado de eutrofia e baixo peso, respectivamente.

Onde pode-se observar, que os resultados desta pesquisa indicam que a população estudada se enquadra no processo de transição nutricional vivido no Brasil nas últimas décadas, em relação à pré-obesidade e obesidade, de acordo com a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada em 2008-2009.

De acordo com os dados obtidos neste estudo, a SCN foi sugerida em 1% (n = 2) das alunas entrevistadas, onde, uma das alunas identificada pertence ao curso de biologia e a outra se enquadra nos questionários em branco. Sendo 8 % (n = 16) das participantes classificadas em risco para desenvolvimento de SCN (**Figura 6**).

Figura 6: Classificação das alunas segundo pontos de corte da Síndrome do Comer Noturno (SCN).



Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados encontrados nesta pesquisa estão compatíveis com os dados de estudos com a população americana, na qual, a estimativa de incidência recente varia de 0,5 a 1,5% da população, incluindo adultos e crianças, se elevando para até 14% em obesos (HARB et al., 2010; COZER; PISCIOLARO, 2012).

Em pesquisa realizada por Lima (2015) a Síndrome do Comer Noturno, conforme os dados obtidos no estudo foi observada em 1,0% (n = 1) dos participantes, contudo 5,8% (n = 6) dos participantes obtiveram classificação de risco para desenvolvimento da SCN. Encontrando-se maior parcela destes, 93,3% alunas (n = 97) sem manifestação à esta síndrome. Já no estudo de Falcão (2014) a SCN foi sugerida em 1,1% (n = 1) das alunas entrevistadas; sendo 8,9% (n = 8) das participantes classificadas em risco para desenvolvimento de SCN.

Embora os estudos mostrem estimativas de prevalência que sugerem uma maior incidência da SCN entre indivíduos obesos, nem todos os indivíduos com SCN apresentam excesso de peso. Sendo necessários estudos adicionais para determinar se o comer noturno acarreta ganho de peso ao longo do tempo, pois se analisa que comedores noturnos não obesos também têm implicações negativas na saúde, sendo associado com comportamentos alimentares, humor, estresse e distúrbios do sono (BERNARDI et al., 2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Prevalência da população estudada esta de acordo com o encontrado na literatura e nos padrões atuais;
- Possível relação com a idade;
- Quanto ao questionário se mostrou confiável e de fácil compreensão;
- Não foi observado relação com a obesidade;
- O presente trabalho teve importância como auxiliou no processo de validação da versão brasileira do Night Eating Questionnaire;
- Que ainda são necessários outros estudos com populações diferentes e com maior quantidade de participantes, para que possa dispor de um diagnóstico precoce.

7. REFERÊNCIAS

ALLISON, K.C.; GRILO, C.M.; MASHEB, R.M.; STUNKARD, A.J. Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. **Journal Consult Clinical Psychology**, v. 73 n. 6, p. 1107-15, 2005.

ALLISON, K.C. et al. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. **Obesity Silver Spring**. v. 2, p. 153-8, 2006.

ALLISON, K.C. et al. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. **International Journal Eating Disorders**, 43 (3); 241-7. 2010.

ANJOS, L.A. Índice de massa corporal (massa corporal x estatura²) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 26, p. 431- 436, 1992.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 1995.

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.

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

BIRKETVEDT, G.S. et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. **JAMA**, v. 282, n. 7, p. 657-63, 1999.

BIRKETVEDT, G.S.; SUNDSFJORD, J.; FLORHOLMEN, J.R. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the night eating syndrome. **American Journal Physiology Endocrinology Metabolism**, v. 282, n. 2, p. 366-9, 2002.

BLACK, A.E. et al. Measurements of total energy expenditure provide insights in to the validity of dietary measurements of energy intake. **Journal American Dietetic Association**, 93:572-9. 1993.

BORGES, M.B.F.; CLAUDINO, A.M.; Diagnostic criteria for eating disorders: evolving concepts. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v.14 suppl.3 São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700003 Acesso em: 21/12/2015

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010.

CENCI, M.; PERES, K.G.; VASCONCELOS, F.A.G. Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 3, p. 83- 88, 2009.

CLARK, P.; LEVIELLE, P.; MARTINEZ, H. Learning from pain scales: patient perspective. **Journal Rheumatol**, 30:1584-8. 2003.

CORDÁS, T.A. Quando o Medo de Ficar Gordo Vira Doença: Anorexia e Bulimia. In: Cordás, T.A., et al. **Fome de Cão**. Editora Maltese, São Paulo, p. 17-28. 1993.

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

CREAMER, P.; LETHBRIDGE-CEJKU, M.; HOCHBERG, M.C. Determinants of pain severity in knee osteoarthritis: effect of demographic and psychosocial variables using 3 pain measures. **Journal Rheumatol**, 26:1785-92. 1999.

DOBROW, I.J.; KAMENETZ, C.; DEVLIN, M.J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. Psychiatric aspects of obesity. **Revista Brasileira Psiquiatria**, 24(Supl III):63-7. 2002.

DUCHESNE, M. et al.. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista Psiquiatria**, RS, v.29, n.1, p. 80-92. 2007.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica:revisão sistemática e metassíntese. **Revista Psiquiatria**, RS, v.28, n.3, p. 265-275, 2006.

FALCÃO, T.L. **Prevalência da Síndrome do Comer Noturno em estudantes do ensino médio da rede pública do município de Cuité-PB**. 2014. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Campina Grande Cuité. 2014.

FALTA DE SONO/DESCANÇO. 2015 Disponível em:
<https://sites.google.com/site/welsonlemons/> Acesso em: 28/01/2016

FARIAS, J.C. Validade das medidas auto-referidas de peso e estatura para o diagnostico do estado nutricional de adolescentes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 2, p. 167-74. 2007.

FREITAS, S.; LOPES, C. S.; COUTINHO, W.; APPOLINARIO, J. C. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001.

GOLDBLOO, D.S.; GARFINKEL, P.E. Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. In: Garfinkel, P.E. & Carlson, W. Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 1992.

HARB, A.B.C.; CAUMO, W.; HIDALGO, M.P.L. Translation and adaptation of the Brazilian version of the Night Eating Questionnaire. **Cadernlo Saúde Pública**, RJ, 24(6):1368-1376, 2008.

HARB, A.B.C.; CAUMO, W.; RAUPP, P.; MARIA, H.L.P. Night eating syndrome: conceptual, epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects. **Revista Nutricional**, Campinas, 23(1): 127-136, 2010.

HIDALGO, M.P. et al. Evaluation of behavioral states among morning and evening active healthy individuals. **Journal Medicine Biological Reviews**, v. 35, p. 837-42, 2002.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. *Compêndio de Psiquiatria 7a edição*. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 1997.

KELLY, C.; ALLISON, A.J.S.M.; SARA, L. Overcoming Night Eating Syndrome. *In: Publications NH*, editor. Overcoming night eating syndrome. A Step-by-step guide to breaking the cycle. Oakland (CA): **New Harbinger Publications**, v.1, p.192, 2004.

KIRSTEN, V.R.; FRATTON, F.; PORTA, N.B.D. Eating disorders in female nutrition students in Rio Grande do Sul state, Brazil. **Revista Nutrição**, Campinas, 22(2): 219-227, 2009.

LIMA, A. H. C. **Prevalência da Síndrome do Comer Noturno em estudantes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba do município de Picuí/PB**. 2015. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

LUNDGREN, J.D. et al. Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. **American Journal Psychiatry**, v. 163, n. 1, p. 156-8, 2006.

MARTINA, Z.; MELISSA, A.B.; CARLOS, H.S.; JAMES, E.M. Night time eating: a review of the literature. **Eating Disorders Reviews**, v. 11, n. 1, p. 7-24, 2003.

MARTINS, G.B.; FERREIRA, T.N.; CARVALHO, I.Z. Estado nutricional e o consumo alimentar de adolescentes de uma escola privada de Maringá – PR. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 1, p. 47-53. jan./abr. 2014.

MEYER, SONIA BEATRIZ. Functional Analysis of Eating Disorders. **Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine**, v. 1, n. 1, p. 26-33, 2008.

MONTEIRO, M.A.N.C.; SALADO, G.A.; FERNANDES, T.R.L.; GRAVENA, A.A.F. Prevalência do Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica em Universitárias. **Anais Eletrônico**, V Mostra. 2010.

MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p. 18-23, 2002.

MOSCHETTA, G.H.; CORDIOLI, A.V. Anorexia Nervosa: uma discussão etiológica. **Revista do Hospital das Clínicas**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 111- 115, 1985.

NAPOLITANO. M.A.; HEAD, S.; BABYAK, M.A.; BLUMENTHAL, J.A. Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. **International Journal Eating Disorders**, 30:193-203. 2001.

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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. **Artes Médicas**, Porto Alegre, 1993.

PETRIBU, K. et al. Transtorno da compulsão alimentar periódica em uma população de obesos mórbidos candidatos a cirurgia bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabologia**, Recife, v. 50, n. 5, p. 901-908, 2006.

PINHO, L. et al. Excesso de peso e consumo alimentar em adolescentes de escolas públicas no norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p.:67-74. 2014.

QIN, LI-QIANG. Et al. The effects of nocturnal life on endocrine circadian patterns in healthy adults. **Life Sci.**, v. 73, n. 19, p. 2467-75, 2003.

SHEA, S.A. et al. Independent circadian and sleep/wake regulation of adipokines and glucose in humans. **Journal Clinical Endocrinology Metabolism**, v. 90 n. 5, p. 2537-44, 2005.

SLATER, B.; TORAL, N. Transtheoretical model approach in eating behavior. **Ciência e Saúde Coletiva**, RJ v.12 n.06, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600025&lng=pt
Acesso em: 21/12/2015

STUNKARD, A. et al. Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *Internacional journal of obesity and related metabolic disorders* : **Journal of the International Association for the Study of Obesity**, 20(1):1-6. 1996.

STUNKARD, A.J. Night eating syndrome. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity*. 2nd ed. New York: **Guilford Press**, p. 183-7. 2002.

STUNKARD, A.J.; GRACE, W.J.; WOLFF HG. The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. **American Journal Medicine**, v. 19, n. 1, p. 78-86, 1955.

STUNKARD, A. et al. Binge eating disorder and the night-eating syndrome. **International Journal Obesity Related Metabolic Disorders**, v. 20 n. 1, p. 1-6, 1996.

STUNKARD, A.J.; ALLISON, K.C. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. **International Journal Obesity Related Metabolic Disorders**, v. 27, n. 1, p. 1-12, 2003.

VALE, A.M.O.; ELIAS, L.R. Eating Disorders: a behavioral analysis perspective. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental** Vol. XIII, 1,52-70, 2011.

WATERHOUSE, J.; BUCKLEY, P.; EDWARDS, B.; REILLY, T. Measurement of, and some reasons for, differences in eating habits between night and day workers. **Chronobiol International.**, v. 20, n. 6, p. 1075-92, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora

A aluna do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - Campus Cuité - PB, Jaqueline de Sousa Carvalho e a Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes desta mesma instituição, estão fazendo uma pesquisa sobre prevalência da Síndrome do Comer Noturno (SCN) em estudantes do sexo feminino da área de educação na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité/PB. A Universidade foi escolhida para a realização da pesquisa de Conclusão do Curso de Farmácia da aluna Jaqueline de Sousa Carvalho.

O projeto tem por justificativa: Considerando a importância clínica e as poucas pesquisas brasileiras conduzidas sobre o tema, o presente estudo visa identificar e quantificar a SCN através da aplicação do Night Eating Questionnaire (NEQ) traduzido e adaptado por Harb; Caumo; Hidalgo em 2008 para a versão brasileira. O qual foi desenvolvido para padronizar o diagnóstico e para facilitar comparações entre os estudos clínicos sobre o assunto. E por apresentar-se 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, em estudantes do sexo feminino da área de educação da Universidade Federal de Campina Grande.

Já o benefício da pesquisa: Os resultados desse estudo trarão informações importantes quanto às pessoas que comem à noite e como isso pode estar relacionado com o estado de saúde e aumento de peso (Obesidade no Futuro) e bem estar.

Para tanto, V. Sa. precisará apenas permitir a coleta de dados que será realizada através de um questionário. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos para a alunas.

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 da aluna no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador (aluno). 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 da Escola.

Os pesquisadores (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 esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma via desse documento.

Assinatura da Aluna

Contado com a pesquisadora 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 dos pesquisadores: 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 (83) 3372- 1973

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável

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

Celular [REDACTED]

Assinatura da Pesquisadora (Aluna de Farmácia)

Jaqueline de Sousa Carvalho

Celular [REDACTED]

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DO COMER NOTURNO

QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DO COMER NOTURNO – AUTOPREENCHIDO

Data: ___/___/___

Idade: _____

Peso: _____

Altura: _____


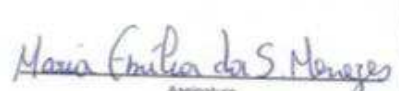

***ICM = PESO (Kg) ÷ ALTURA² (M²)= _____

QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DO COMER NOTURNO				
Nome: _____		Data: ___/___/___		
DIRETRIZES PARA PREENCHIMENTO: POR FAVOR, CIRCULE UMA RESPOSTA PARA CADA QUESTÃO				
1. Normalmente como é seu apetite pela manhã?				
(0) nenhum	(1) pouco	(2) moderado	(3) muito	(4) extremo
2. Normalmente, quando você come pela primeira vez ao dia?				
(0) Antes das 9h	(1) Das 9:01 ao ½ dia	(2) Das 12:01 às 15h	(3) Das 15:01 às 18h	(4) Após as 18h
3. Depois do jantar, até a hora de dormir, você tem compulsões ou desejos de fazer lanches?				
(0) nunca	(1) raramente	(2) às vezes	(3) muitas vezes	(4) sempre
4. O quanto você consegue controlar a sua alimentação entre a janta e a hora de ir deitar?				
(0) nenhum controle	(1) pouco controle	(2) médio controle	(3) muito controle	(4) controle completo
5. Em relação a sua ingestão diária de alimentos, qual a quantidade que você costuma consumir depois de jantar?				
(0) 0% (nada)	(1) 1-25% (um quarto)	(2) 26-50% (metade)	(3) 51-75% (mais de uma metade)	(4) 76-100% (quase toda)
6. Você costumeiramente se sente triste, deprimido ou um lixo?				
(0) nunca	(1) poucas vezes	(2) às vezes	(3) muitas vezes	(4) sempre
7. Quando você se sente triste, em qual parte do seu dia seu humor é pior: (___) marque aqui se o seu humor não se altera durante o dia.				
(0) de manhã cedo	(1) no fim da manhã	(2) à tarde	(3) cedo da noite	(4) tarde da noite/ durante a noite
8. Com que frequência você tem dificuldades em pegar no sono?				
(0) nunca	(1) raramente	(2) às vezes	(3) muitas vezes	(4) sempre
9. Quantas vezes você acorda pelo menos uma vez no meio da noite (por outra razão que não seja usar o banheiro)?				
(0) nunca	(1) menos de uma vez por semana	(2) cerca de uma vez por semana	(3) mais de uma vez por semana	(4) todas as noites
Se o escore for 0 na pergunta 9, pare aqui.				
10. Você tem compulsões ou desejos de fazer lanches quando acorda a noite?				
(0) nunca	(1) raramente	(2) às vezes	(3) muitas vezes	(4) sempre
11. quando você acorda à noite, você precisa comer para voltar a dormir?				
(0) nunca	(1) raramente	(2) às vezes	(3) muitas vezes	(4) sempre

12. quando você acorda no meio da noite, quantas vezes você lancha?				
(0) nunca	(1) raramente	(2) às vezes	(2) muitas vezes	(3) sempre
Se o escore for 0 na pergunta 12 passe para a pergunta 15.				
13. Qual o seu nível de consciência quando você lancha no meio da noite?				
(0) nenhuma consciência	(1) pouca consciência	(2) média consciência	(2) muito consciência	(3) totalmente consciente
14. Qual o seu nível de controle sobre sua alimentação enquanto você está acordado à noite?				
(0) nenhum controle	(1) pouco controle	(2) algum controle	(3) muito controle	(4) controle total
15. Há quanto tempo você vem tendo dificuldades com a alimentação noturna?				
_____ há meses	_____ há anos			

ANEXO II - PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

CEP/HUAC- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
 Rua: Dr. Carlos chagas, s/n, São José. Campina grande-PB
 Telefone: (83) 2101-5545

 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: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CAMPUS CUTE/PB.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 300			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES			
6. CPF: 894.761.234-09		7. Endereço (Rua, n.º): RUA: MARIA DAS NEVES LIRA DE CARVALHO D. MERCÊS PESSOA NÚMERO: 29 CUTE PARAIBA 58175002	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 82995409899	10. Outro Telefone:
11. Email: memenezes_2@yahoo.com.br			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>29 / 02 / 16</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		13. CNPJ: 05.055.128/0011-48	
14. Unidade/Orgão: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS		15. Telefone: (83) 2101-1228	
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>RADILSON MARINHO COSTA</u> CPF:			
Cargo/Função: <u>PROFESSOR / LÍQUID</u>			
Data: <u>29 / 02 / 2016</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

29/03/2018

Plataforma Brasil



Módulo: 000003 - 31/03/2018 08:00:03 - Pesquisador - 1330

Resumo Imprimir esta página (1300 x)

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROJETO DE RESTRUTURAMENTO DO CONCURSO NOTURNO EM UNIVERSITÁRIAS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CAMPUS CURTUM
 Pesquisador Responsável: MARIA JEMILIA DA SILVA MENDES
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAB:
 Submissão em: 29/03/2018
 Instituição Proponente: Centro de Ciências Racionais e da Saúde - CCRS
 Situação da Versão do Projeto: em Recepção e validação documental
 Localização atual da Versão do Projeto: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ACÁCIA CARNEIRO / Universidade Federal de Campina Grande
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



- DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- [-] Versões em Transição (PO) - Versão 1
 - [-] Projeto Original (PO) - Versão 1
 - [-] Documentos do Projeto
 - [-] Declaração de Pesquisadores - Submissão 1
 - [-] Folha de Rosto - Submissão 1
 - [-] Informações Básicas do Projeto - Submissão 1
 - [-] Currículo - Submissão 1
 - [-] Projeto Detalhado / Estrutura Investigativa
 - [-] TCC-R / Termos de Assentamento / Juízo
 - [-] Apreciação 1 - Hospit...Universitário Acacia

Nome do Documento	Situação	Arquivos	Protótipos	Ações
-------------------	----------	----------	------------	-------

- LISTA DE APROVAÇÕES DO PROJETO

Aprovação #	Pesquisador Responsável #	Versão #	Submissão #	Modificação #	Situação #	Situação do Centro Coord. #	Ações
PO	MARIA JEMILIA DA SILVA MENDES	1	29/03/2018	29/03/2018	em Recepção e validação documental	Situ	

- HISTÓRICO DE TRÂMITES

Aprovação	Data em que	Tipo de Evento	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	29/03/2018 08:00:03	Submissão para avaliação do CGP	1	Pesquisador Principal	PROCURADOR	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ACÁCIA CARNEIRO / Universidade Federal de Campina Grande	

LIGENDA

[] Apreciação
 PO = Projeto Original de Centro Coordenador PCP = Projeto Original de Centro Participante PCO = Projeto Original de Centro Coparticipante
 EC = Evento de Centro Coordenador ECp = Evento de Centro Participante ECc = Evento de Centro Coparticipante
 N = Não Avaliação de Centro Coordenador NP = Não Avaliação de Centro Participante

[F] Formação do CAAB

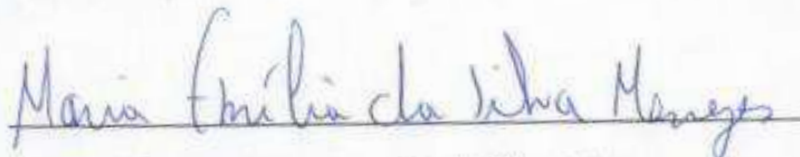
Seqüência de todos os Projetos submetidos para apreciação										Código de Centros que estão interessados no projeto											
[N] [B] [B] [B] [B] [B] [N] [O] [A] [-] [B] [V] [-] [E] [C] [X] [X] [-] [C] [C] [C] [C] [C] [C]																					
										[B] [V]		[E] [C]		[X] [X]							
										[B] [V]		[E] [C]		[X] [X]							
										[B] [V]		[E] [C]		[X] [X]							

[Voltar]

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Cuité, 27 de janeiro 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 - CES - *Campus* de Cuité, **Matricula Siape 1841279**. Que sou a professora responsável pelo Projeto de TCC – **PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CAMPUS CUITÉ/PB**” da aluna **“JAQUELINE DE SOUSA CARVALHO” – Curso de Farmácia**” e que irei anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil após a realização da mesma.



Profª Drª Maria Emília da Silva Menezes
Matricula SIAPE 1841279

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Cuité, 27 de janeiro de 2016

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, Professora Adjunta III e atualmente coordenadora do curso de Bacharelado em Farmácia da UFCG *Campus* de Cuité, Matrícula Siape 1841279, sou a professora responsável pelo Projeto de TCC - "PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CAMPUS CUITÉ/PB" da aluna "JAQUELINE DE SOUSA CARVALHO". Irei encaminhar os resultados da pesquisa 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.


Profª Drª Maria Emília da Silva Menezes
Matrícula SIAPE 1841279-1

ANEXO V- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, RAMILTON MARINHO COSTA diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: –”PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CAMPUS CUITÉ/PB” da aluna de Farmácia “JAQUELINE DE SOUSA CARVALHO”. que será realizada com alunas matriculadas na referida instituição no período de abril de 2016 a maio de 2016, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 22 de 02 de 2016.

Prof. Dr. Ramilton Marinho Costa