



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE FARMÁCIA
CAMPUS DE CUITÉ**

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM
ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DO
MUNICÍPIO DE ARARIPE-CE**

TALITA ÂNGELO DE BRITO

**CUITÉ - PB
2016**

TALITA ÂNGELO DE BRITO

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM
ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DO
MUNICÍPIO DE ARARIPE-CE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, como forma de obtenção do Grau 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

B862p Brito, Talita Ângelo de.

Prevalência da síndrome do comer noturno em estudantes do ensino médio da rede pública do município de Araripe - CE. / Talita Ângelo de Brito. – Cuité: CES, 2016.

53 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

TALITA ÂNGELO DE BRITO

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ARARIPE-CE

Trabalho de Conclusão de Curso 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. Dr. Wellington Sabino Adriano

Prof. Dr. Wylly Araújo de Oliveira/UFCG
(Membro 2)
Suplente: Prof. Dr. Renner de Souza Leite

Dedico este trabalho ao meu irmão Jackson Ângelo “*in memorian*”, sem o qual não teria despertado interesse pelo curso de Farmácia, sei que está sempre ao meu lado. Aos meus pais que sempre acreditaram em mim e não mediram esforços pela minha formação.

A Deus, por nunca me abandonar.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, que é minha força e fortaleza.

Aos meus pais, Antonio Ângelo e Antonia Brito, pela determinação e luta na minha formação e dos meus irmãos e por todo amor e ensinamentos que nos é dado.

Aos meus irmãos, Jackson e Jacinto, pela união, o respeito, confiança e paciência que sempre tiveram comigo, além de todo apoio e encorajamento para enfrentar as dificuldades.

A toda minha família, primos, tios e avós, por sempre poder contar com eles em qualquer circunstância. Em especial a minha prima, Jaqueline, pois dividimos juntas todos os momentos dessa formação, uma sempre apoiando a outra.

Aos amigos que fiz na universidade, em especial a Fernanda e Gabrielly, amigas que vou levar pra sempre.

A minha amiga Sanyelle e sua mãe Cessi, por ter me acolhido tão bem em sua casa quando precisei.

A todos que fazem parte da Escola Dona Carlota Távora, professores, coordenadores e diretores, em especial ao coordenador Rafael por ter se disposto a me ajudar na aplicação dos questionários.

Aos alunos que participaram dessa pesquisa, com toda sua boa vontade, fazendo com que esse trabalho fosse realizado.

A Luís Yuri, por toda paciência e palavras de incentivo que me encorajaram nos momentos que precisei.

A Lucas Santos pela importante ajuda quando precisei.

A minha orientadora, Maria Emília da Silva Menezes, por todo ensinamento dado durante a minha formação e principalmente por ter aceitado o convite para me orientar nesse trabalho. Seu apoio foi fundamental!

A banca examinadora, Júlia Beatriz e Wylly Araújo, por aceitarem o meu convite e contribuírem com o engrandecimento deste trabalho.

Aos professores do Curso de Graduação em Farmácia, por contribuírem com minha formação profissional.

“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 Síndrome do Comer Noturno (SCN) é um transtorno alimentar caracterizado por um atraso circadiano do padrão alimentar mediado por alterações neuroendócrinas. É considerada uma síndrome atípica uma vez que não apresenta sintomatologia específica. Tem como características principais a anorexia matutina, hiperfagia vespertina ou noturna e insônia. Presente mais frequentemente em pessoas obesas, porém também ocorre em pessoas com peso normal, podendo assim contribuir para o desenvolvimento e manutenção da obesidade. Dessa forma, vê-se a necessidade do estudo e entendimento da SCN para uma melhor avaliação e planejamento do tratamento da mesma, e também da obesidade de forma mais racional e individualizada. Este estudo teve por objetivo caracterizar a prevalência da SCN em estudantes do ensino médio matriculados na Escola de Ensino Fundamental e Médio Dona Carlota Távora do Município de Araripe-CE. A pesquisa foi feita com 191 estudantes, entre homens e mulheres, com idades entre 13 e 22 anos. A metodologia consistiu na aplicação de questionário de autopreenchimento, utilizando o Nighth 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). A SCN foi observada em 0,5% dos alunos entrevistados e 5,2% apresentou risco para desenvolvê-la. Houve uma maior prevalência da síndrome no gênero feminino com 7,6% e em estudantes com idade ≥ 18 anos, 4,7%. Quanto à análise do estado nutricional, esta demonstrou que 15,2% apresentaram excesso de peso, porém os dados não demonstraram associação entre a SCN e excesso de peso.

PALAVRAS- CHAVE: Transtorno Alimentar. Síndrome do Comer Noturno. Obesidade. Ritmo Circadiano.

ABSTRACT

The Night Eating Syndrome (NES) is an eating disorder characterized by a circadian delay dietary pattern mediated neuroendocrine changes. syndrome is considered an atypical since it has no specific symptomatology. Its main characteristics the morning anorexia, evening hyperphagia or night and insomnia. more often present in obese people, but also occurs in people with normal weight and can contribute to the development and maintenance of obesity. Thus, we see the need to study and understanding of the NES for a better assessment and treatment planning of it, and also of obesity more rational and individualized way. This study aims to characterize the prevalence of NES in high school students enrolled in the Elementary School and Middle Dona Carlota Tavora the Municipality of Araripe-CE. The survey was conducted with 191 students, men and women, aged between 13 and 22 years. The methodology consisted of applying self-report questionnaire, using the Night 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). The NES was observed in 0.5% of interviewed students and 5.2% presented risk for developing it . There was a higher prevalence of the syndrome in females with 7.6% and students aged ≥ 18 years , 4.7 % . The analysis of the nutritional status , this demonstrated that 15.2 % were overweight , but the data showed no association between the SCN and overweight.

KEYWORDS: Eating Disorder. Night Eating Syndrome. Obesity. Circadian Rhythm.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Principais comorbidades associadas à obesidade.....	19
Figura 2 – Sistema circadiano regular	23
Figura 3 – Fachada da escola de ensino fundamental e médio Dona Carlota Távora.....	25
Figura 4 – Classificação dos estudantes segundo o gênero	29
Figura 5 – Classificação dos estudantes segundo estado nutricional	31
Figura 6 – Classificação dos escolares segundo pontes de corte da SCN	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Médias de estatura, massa corporal e índice de massa corporal do gênero masculino e feminino	30
Tabela 2 – Distribuição da escala SCN Segundo idade e estado nutricional	33
Tabela 3 – Distribuição da escala SCN segundo o gênero	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diferença das secreções endócrinas encontradas em pessoas sem a SCN e com a SCN, e os problemas relacionados	21
Quadro 2 – Critérios para diferenciar a SCN da BN.....	22

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIACÕES

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

IMC – Índice de Massa Corpórea

NEQ – Night Eating Questionare

SCN – Síndrome do Comer Noturno

TA – Transtorno Alimentar

TCAP – Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIACÕES

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVO	16
3.1 Geral	16
3.2 Específicos	16
3. REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 Transtornos Alimentares	17
3.2 Obesidade e Síndrome do Comer Noturno	18
3.3 Histórico	19
3.4 Síndrome do Comer Noturno	20
3.5 Síndrome do Comer Noturno e Padrão Circadiano	22
4. MATERIAL E METODOS	25
4.1 Tipo de Estudo	25
4.2 Local da Pesquisa	25
4.3 População e Amostragem	26
4.3.1 Critérios de Inclusão	26
4.3.2 Critérios de Exclusão	26
4.4 Instrumento de Coleta de Dados	26
4.5 Coleta de Dados	27
4.6 Processamento e Análise dos dados	27
4.7 Aspectos Éticos	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE	43
APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	44

ANEXOS	46
ANEXO A - Questionário Sobre Hábitos do Comer Noturno	47
ANEXO B - Documentos da Submissão do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil	49
ANEXO C - Declaração do Consentimento da Escola.....	51
ANEXO D - Declaração de Divulgação dos Resultados.....	52
ANEXO E - Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável.....	53

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares possuem uma etiologia multifatorial, composta de predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas. Geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência. Os homens são acometidos em proporções menores, representando apenas 10% dos casos, e as mulheres jovens em idade reprodutiva representam o maior número de casos (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000; MORGAN et al., 2002; MELIN, ARAÚJO, 2002).

Estudos tem demonstrado uma relação entre obesidade e os transtornos alimentares, com subgrupos de indivíduos obesos apresentando padrões anormais de alimentação como a Síndrome do Comer Noturno (SCN), que foi descrita pela primeira vez em 1955 por Stunkard ao observar um padrão alimentar característico de certos pacientes obesos em uma clínica especializada no *New York Hospital* (DOBROW et al., 2002).

A SCN é caracterizada por um atraso circadiano do padrão alimentar, mediado por alterações neuroendócrinas. Presente mais frequentemente em indivíduos obesos, porém também ocorre em indivíduos com peso normal, podendo assim, contribuir para o desenvolvimento e manutenção da obesidade. Têm sido associado à saciedade prejudicada, humor deprimido, estresse, baixa autoestima e comorbidades psiquiátricas (NAPOLITANO et al., 2001; BIRKETVEDT et al., 2002; TANOFSKY-KRAFF, YANOVSKI, 2004).

A disfunção circadiana hormonal e distúrbios provocados pelas alterações de horários no ciclo sono/vigília influenciam o apetite, a saciedade e, conseqüentemente, a ingestão alimentar. Por exemplo, o ritmo na secreção dos níveis de hormônios regulatórios como leptina e grelina é importante para o padrão diário das refeições, pois altera o padrão da ingestão alimentar e resulta em desajustes nutricionais, uma vez que esses hormônios estabelecem uma ritmicidade para a expressão do apetite. A influência da privação do sono, as alterações no padrão alimentar ou as mudanças no padrão da insulina e/ou glicose podem interferir na desregulação do ritmo da grelina (DOBROW et al., 2002; HIDALGO et al., 2003; ELLENBERG et al., 2006; HARB et al., 2008; BIRKETVEDT et al., 2009; BERNARDI et al., 2009; HARB et al., 2010).

O reconhecimento e tratamento dessa síndrome tem crescido e parece caminho promissor para o tratamento da obesidade, que se constituiu em problema de saúde pública em diversos países, incluindo o Brasil (ALLISON et al., 2005). Com isso, pesquisadores

perceberam que perguntas isoladas sobre os hábitos do comer à noite não avaliavam de modo acurado o “comer noturno”. Com o intuito de padronizar o diagnóstico e facilitar comparações entre estudos clínicos sobre o tema, em 2004 foi criado o Night Eating Questionare (NEQ) o qual foi traduzido e adaptado para a versão brasileira por Harb, Caumo e Hidalgo (2008). Estes pesquisadores sugeriram que esse questionário pode ser instrumento de screening sobre hábitos alimentares noturnos por ser de auto-relato, de fácil compreensão e aplicação, e, que demanda curto espaço de tempo para ser respondido.

Portanto, o objetivo desse trabalho se constituiu na caracterização da prevalência da Síndrome do Comer Noturno (SCN) em estudantes do ensino médio matriculados na escola de Ensino Fundamental e Médio Dona Carlota Távora do município de Araripe-CE. A fim de contribuir com a validação do questionário do “comer noturno” na população brasileira, avaliar a confiabilidade do mesmo e ainda verificar uma associação entre a SCN e a obesidade, visto a presença de uma possível relação intrínseca entre essa síndrome e o processo saúde-doença, como maior incidência de obesidade.

É comum descuidar-se vez ou outra com a alimentação ou ingerir alimentos impróprios altas horas da madrugada, mas o que não é comum é tornar isso um hábito prejudicial à saúde.

1. OBJETIVOS

3.1 Geral

Caracterizar a prevalência da Síndrome do Comer Noturno em estudantes do ensino médio matriculados na Escola de Ensino Fundamental e Médio Dona Carlota Távora do Município de Araripe-CE.

3.2 Específicos

- ✓ Identificar e Quantificar a SCN em Estudantes do Ensino Médio da Rede Pública do Município de Araripe-CE.
- ✓ 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 e o Gênero;
- ✓ 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);

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Transtornos Alimentares

Segundo Dominguez e Rodrigues (2010), os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por toda e qualquer circunstância que suponha uma perturbação no comportamento alimentar, causando diversos tipos de prejuízo ao indivíduo. São síndromes comportamentais cujos critérios têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. Descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia. Essa afirmação é um tanto controversa na literatura, pois muitos autores consideram esses transtornos doenças. Nesse caso, considera-se importante recorrer aos sistemas classificatórios mais recentes, para se ter uma padronização desses quadros (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Os TAs têm uma etiologia multifatorial, ou seja, são determinados por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença. Dentre esses fatores, pode-se destacar o contexto sociocultural, predisposições genéticas, e vulnerabilidades biológicas e psicológicas. São divididos classicamente em predisponentes, que são os fatores que aumentam a probabilidade de se ter a doença (baixa autoestima, transtornos psiquiátricos, eventos adversos, socioculturais, hereditariedade). Precipitantes, são fatores responsáveis pelo aparecimento dos sintomas (dieta, eventos estressores como doença, abusos e gravidez), e por último, os fatores mantenedores, que determinam se o transtorno será perpetuado ou não (alterações fisiológicas e psicológicas, fatores culturais). Muitas vezes, os fatores que mantêm o problema alimentar são diferentes daqueles que foram responsáveis pelo seu desenvolvimento inicial (MORGAN et al., 2002).

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, dois diagnósticos específicos são apresentados: Anorexia Nervosa (NA) e Bulimia Nervosa (BN). Entretanto, existem distúrbios que não satisfazem os critérios para um transtorno alimentar específico, recebendo o diagnóstico de um transtorno alimentar “atípico”, e assim, são incluídas em uma categoria extremamente abrangente, denominada Transtornos alimentares sem outras

especificações, que englobam o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Síndrome do Comer Noturno (SCN) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

De acordo com Appolinário e Claudino (2000), esses transtornos, preocupam bastante pais de crianças e adolescentes, uma vez que as primeiras manifestações se apresentam na infância e adolescência, com maior incidência no gênero feminino por ser, geralmente, mais vulnerável à aceitação das pressões sociais, econômicas e culturais associadas aos padrões estéticos e, por isso, mais suscetíveis, representando mais de 90% dos casos. A proporção de homens com TA relatada na literatura varia entre 1:10 e 1:20. Ainda há uma preocupação quanto a íntima relação entre os TAs e a obesidade, pois esta é uma característica clínica comumente observada (CORDÁS, 1995; DOBROW et al., 2002; ANDRADE, BOSI, 2003; VITOLO et al., 2006).

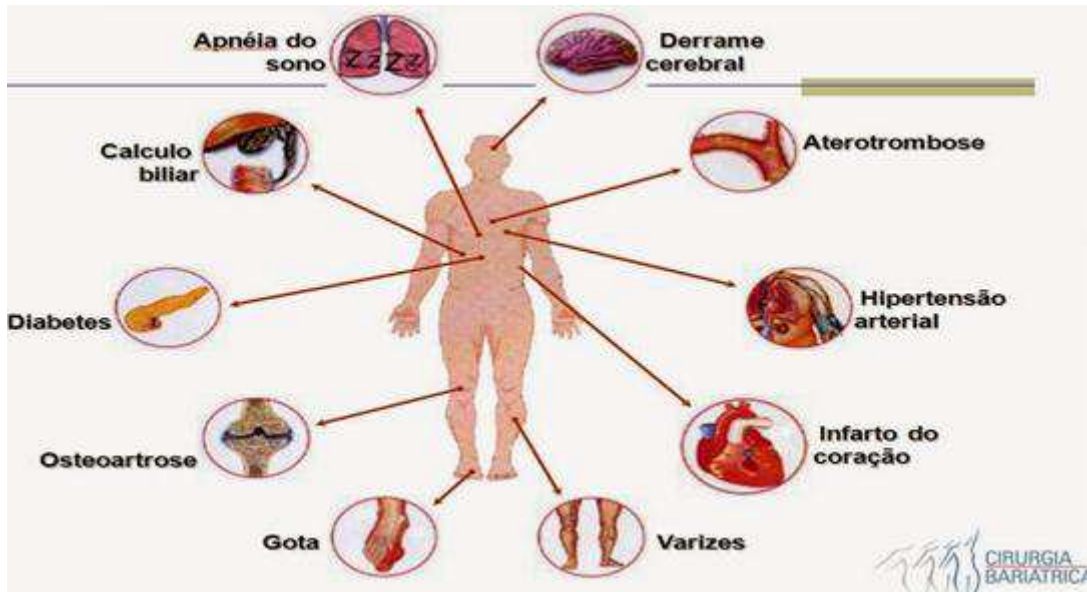
2.2 Obesidade e a Síndrome do Comer Noturno

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. É um fator predisponente para diversas enfermidades, tais como câncer, calculose biliar, doenças respiratórias e ósteo-articulares, hipertensão arterial, dislipidemia, resistência à insulina, diabetes, além de estar associada a efeito negativo na saúde reprodutiva (**Figura 1**). Existe também uma considerável morbidez psicológica que está relacionada à discriminação do indivíduo obeso, favorecendo o aparecimento de quadros depressivos que culminam com a redução da autoestima e das perspectivas de relacionamento social. Pelos riscos associados, vem sendo considerada um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos (JÚNIOR, 2002; MATOS et al., 2003; ROSENBAUM et al., 2003; FANDIÑO et al., 2004; VASQUES et al., 2004).

Embora a obesidade não seja considerada um transtorno alimentar, alguns autores a incluem didaticamente nesta categoria pelos aspectos de funcionamento semelhante aos demais transtornos, pelo fato de caracterizar-se por perturbações no comportamento alimentar, apresentando síndrome psicológica associada. Essas perturbações no comportamento alimentar levam a presença de transtornos alimentares como a Síndrome do Comer Noturno (DOBROUW et al., 2002; VASQUES et al., 2004).

A prevalência da SCN aumenta paralelamente ao ganho de peso, embora descrita também em sujeitos não obesos. Apesar dos dados disponíveis não permitirem determinar uma relação do tipo causa-efeito, mostram pelo menos, evidências consistentes da associação dessa síndrome com a obesidade (MARSHALL et al., 2004; O'REARDON et al., 2005).

Figura 1: Principais Co-Morbidades Associadas à Obesidade.



Fonte: <http://www.anjosdolar.com>

Como a SCN pode contribuir para o desenvolvimento e manutenção da obesidade, vê-se a necessidade de uma investigação em pacientes obesos para verificar a presença dessa síndrome, a fim de melhorar os resultados no tratamento da obesidade, permitindo uma avaliação e planejamento do tratamento de forma mais racional e individualizada (DOBROW et al., 2002).

2.3 Histórico

A SNC foi primeiramente descrita em 1955, por Stunkard et al. através de um estudo realizado com pacientes obesos de uma clínica especializada no New York Hospital, foi identificado um subgrupo com características que as diferenciavam dos outros pacientes

obesas por apresentarem anorexia matutina, hiperfagia noturna e insônia, além de problemas para iniciar ou manter o sono (STUNKARD et al., 1996).

Depois de um hiato de mais de 40 anos, em 1999, um estudo observacional-comportamental foi conduzido por Stunkard na universidade da Pennsylvania, e ao mesmo tempo um estudo neuroendócrino foi conduzido por Birketvedt et al. na Noruega, com o intuito de caracterizar melhor a SCN. A partir de então, foram demonstrados comportamentos e características neuroendócrinas específicas que permitiram diferenciar sujeitos classificados como portadores da SCN. Uma das características observadas em estudos observacionais foi quanto à alocação dos alimentos, mostrando que os sujeitos com a SCN consomem maior densidade energética diária do que os sujeitos sem a SCN, com a alocação de 56% ou mais da ingestão energética entre 22 e 6 horas, e ainda, que os sujeitos com SCN acordam significativamente mais vezes à noite, além de apresentarem maior nível de sintomas depressivos. Também se observou que os sintomas da SCN pioravam em situações de estresse e provavelmente melhoravam com a retirada do indivíduo do ambiente estressor (GLUCK et al., 2001; BIRKETVEDT et al., 2002).

Outros estudiosos sugeriram que os indivíduos com sobrepeso com SCN sofriam de humor deprimido e desregulação neuroendócrina, incluindo atenuação do aumento noturno de melatonina e leptina e um aumento circadiano de cortisol plasmático comparado com os pacientes com sobrepeso sem SCN (TANOFSKY-KRAFF et al., 2004).

2.4 Síndrome do Comer Noturno

A SCN caracteriza-se por uma desregulação do ritmo circadiano do padrão alimentar, do sono e da saciedade, acompanhada por humor deprimido, stress, ansiedade e outros problemas psiquiátricos, devido a modificações neuroendócrinas, que se relacionam com os ritmos circadianos de secreções endócrinas como cortisol, melatonina, adipocinas (leptina e grelina). É um exemplo clínico de dissociação entre padrões alimentares e sono (BIRKETVEDT et al., 1999; O'REARDON et al., 2004; STUNKARD et al., 2008; HARB et al., 2010).

Os hormônios como cortisol, melatonina, leptina, grelina, encontram-se em níveis diferentes nos pacientes com a SCN em relação aos pacientes sem a síndrome (**Quadro 1**). Alguns estudos demonstram a diminuição da melatonina durante a noite em indivíduos com

SCN e registram relatos de pacientes com dificuldades para dormir ou então adormecer e manter-se dormindo. Tais respostas levam a considerar que a redução de melatonina possa contribuir para manter a insônia e o humor deprimido. Observou-se ainda uma diminuição a noite dos níveis de leptina e um aumento durante o dia dos níveis de cortisol em pacientes com a SCN. Os níveis de leptina reduzidos à noite podem contribuir para a menor inibição contra os impulsos de fome noturna que interrompem o sono, enquanto o aumento dos níveis de cortisol pode estar relacionado ao estresse presente nesses indivíduos. (BIRKETVEDT et al., 1999; STUNKARD et al., 2003 BERNARD et al., 2009).

Estudo realizado com comedores noturnos e grupo controle demonstrou que os níveis de glicose e de insulina elevam-se mais à noite nesses indivíduos (estes se encontram diminuídos pela manhã), devido ao consumo de uma grande quantidade de carboidratos, uma vez que os mesmos tendem a ingerir principalmente esse nutriente em seus despertares noturnos, aumentando o risco para o desenvolvimento de diabetes melito (BIRKETVEDT et al., 1999; STRIEGEL-MOORE et al., 2008).

Quadro 1: Diferença das Secreções endócrinas encontradas em pessoas sem a SCN e com a SCN, e os problemas relacionados.

Período	Secreções Endócrinas	Padrão	SCN	Problema	Referências
Noite	Melatonina	↑	↓	Insônia e Humor deprimido	BIRKETVEDT et al., 1999;
	Leptina	↑	↓	Indução da fome	STUNKARD et al., 2003;
	Grelina	↓	↑		
	Glicose	↓	↑	Risco para Diabetes	BERNARD et al., 2009; STRIEGEL-MOORE et al., 2008.
	Insulina				
Manha	Cortisol	↓	↑	Estresse	

Fonte: Da autora.

A SCN é considerada um transtorno alimentar atípico, uma vez que apresenta uma sintomatologia não específica. Os principais critérios diagnósticos são hiperfagia noturna, (ingestão $\geq 25\%$ da energia diária após as 19h), anorexia matutina, despertares noturnos para comer ao menos duas vezes por semana nos últimos três meses, com consciência do ato

(consumo de lanches de alto valor energético nos despertares noturnos), ausência de critérios para Bulimia Nervosa (BN) ou Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) (ALLISON et al., 2010; HARB et al., 2010; AMORAS et al., 2010).

Pode-se diferenciar a SCN da BN (**Quadro 2**) pela ausência de métodos compensatórios para eliminar as calorias ingeridas. Na TCAP tem-se episódios de superalimentação acompanhado por subjetiva falta de controle, enquanto na SCN o critério essencial é o atraso de fase de padrão alimentar (maior ingestão de calorias no período da noite) (BERNARD et al., 2009; HARB et al., 2010).

Quadro 2 – Critérios para Diferenciar a SCN da BN.

Sintomas	BN e TCAP	SCN
Anorexia Matinal	Normalmente não	Sim
Hiperfagia Noturna	Não	Sim
Compulsões	Sim	Não (pequenos lanches)
Ingestões Noturnas	Raro	Sim
Despertares Noturnos para Comer	Sim	Sim

Fonte: Adaptado de Silva, 2012.

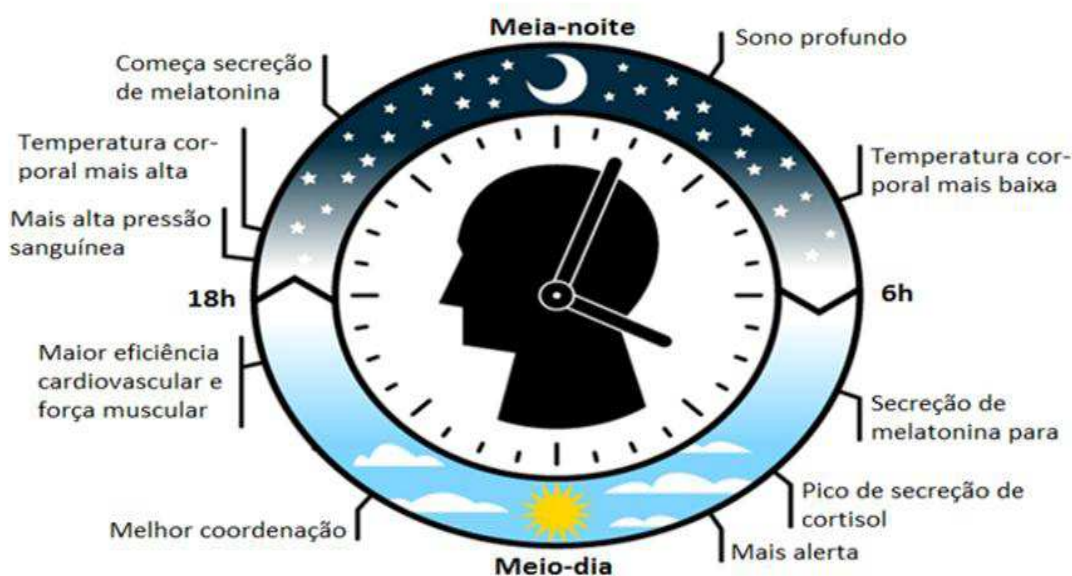
2.5 Síndrome do Comer Noturno e os Padrão Circadiano

A disfunção circadiana hormonal e distúrbios provocados pelas alterações de horários no ciclo sono/vigília influenciam o apetite, a saciedade e, conseqüentemente, a ingestão alimentar, o que parece favorecer o desenvolvimento desse transtorno. O sistema circadiano (**Figura 2**) é responsável por manter a sincronização entre comportamentos, sistemas fisiológicos e moleculares, controlando expressões de adipocinas, atividades enzimáticas e hormônios responsáveis pelo controle do processo alimentar. É gerenciado por um relógio

interno, sincronizado pelo período de 24 h (HIDALGO et al., 2003; O'REARDON et al., 2005).

Alguns fatores externos servem de indicadores de tempo, como é o caso do sol e são designados de *zeitgeber* ou sincronizador, na falta destes o ritmo circadiano é chamado de corredor livre e passa a existir um período que difere das 24 horas. Na ausência da luz os ritmos podem ser modulados por horários regulares de ingestão alimentar que ajudam a ajustar os ritmos circadianos (CHALLET et al., 2003; SCHULZ et al., 2009; MENDONZA et al., 2010).

Figura 2 – Sistema Circadiano Regular.



Fonte: PILZ, 2016.

Esta relação direta entre a regulação do sistema circadiano e a alimentação é suportada pelo fato de alterações no sistema circadiano levarem a alterações no metabolismo e regulação do peso corporal. A sincronização desses ritmos é realizada pelo núcleo supraquiasmático, localizado no hipotálamo (sistema nervoso central), responsável pela coordenação dos ritmos de comportamento e fisiologia. Diante da sociedade contemporânea que funciona 24 h por dia, o seu impacto na quantidade, qualidade e horários da alimentação tem sido inexorável, podendo ocasionar uma dessincronização da ritmicidade (WATERHOUSE et al., 2003; O'REARDON et al., 2004; SPIEGEL et al., 2004).

Estudos demonstraram que sujeitos sem SCN tinham a fase e amplitudes normais para todos os ritmos circadianos investigados. Já os sujeitos com SCN demonstraram mudanças significativas em todos os marcadores comportamentais e fisiológicos envolvendo o apetite e a regulação neuroendócrina, podendo apresentar mecanismos anormais nos osciladores periféricos como no estômago e no fígado e/ou no mecanismo central. A desregulação relacionada aos osciladores periféricos fornecem sinais centrais de regulação da ingestão alimentar, tais como avanço de fase nos osciladores periféricos do estômago como regulação de grelina, estando aumentada durante a noite, atraso de fase nos osciladores periféricos do tecido adiposo regulando a liberação de leptina com diminuição noturna deste hormônio e mudança de fase de insulina e cortisol, ritmos de 24h invertidos de glicose no sangue, além de um oscilador periférico do fígado envolvendo o processo alimentar (BIRKETVEDT et al., 1999; GOEL et al., 2009).

A ritmicidade e o sincronismo na secreção de adipocinas são importantes para o padrão diário das refeições. A leptina inibe tanto a secreção de grelina quanto o estímulo de alimentação por esta, indicando que a leptina desempenha o papel de comunicação de realimentação entre a periferia e o hipotálamo para a homeostase da massa corporal. Um aumento nos níveis de leptina reduz a ingestão alimentar enquanto baixos níveis induz a alimentação. A grelina está envolvida na sinalização dos centros hipotalâmicos que regulam a ingestão alimentar e o balanço energético. Níveis circulantes de grelina encontram-se aumentados durante o jejum prolongado e em estado de hipoglicemia e têm sua concentração diminuída após a refeição. O cortisol é um hormônio corticosteroide que está envolvido na resposta ao estresse e pode ter um papel importante no comportamento alimentar, além de ser associado com aumento da ingestão energética em indivíduos saudáveis. Seu nível encontra-se elevado próximo ao início das atividades diárias, decaindo ao longo das 24 h. (BIRKETVEDT et al., 1999; STUNKARD et al., 2003; CRISPIM et al., 2007; LAPOSKY et al., 2008).

Embora a etiologia da Síndrome do Comer Noturno e da obesidade seja extremamente complexa e não completamente entendida, uma possível explicação poderia ser o mau funcionamento do sistema de temporização circadiana (TAKAHASHI et al., 2008).

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Corresponde a uma pesquisa de campo, quantitativa, e do tipo descritiva. A pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. A coleta dos dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador (GONÇALVES, 2001; SEVERINO, 2007).

Para Diehl (2004), a pesquisa quantitativa baseia-se no emprego da quantificação, sendo usado tanto na coleta dos dados quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O local de escolha para a pesquisa foi a Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Dona Carlota Távora (**Figura 3**), situada no Município de Araripe-CE que se localiza no Sul Cearense, na microrregião da Chapada do Araripe, a 556 km de distância da capital Fortaleza, com população estimada em 20.689 habitantes, segundo o último censo do IBGE, (2010).

Figura 3: Fachada da Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Dona Carlota Távora.



Fonte: Foto fornecida pela escola.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A amostragem compreendeu 300 estudantes do gênero feminino e masculino, com idades entre 13 e 22 anos, matriculados no Ensino Médio diurno e noturno da Rede Pública Estadual de Ensino do Município de Araripe-CE.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Estar matriculado na referida escola;
- Ser aluno do ensino médio;
- Manifestar vontade de participar;
- Apresentar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (**Apêndice A**) devidamente assinado por um responsável.

Todos os alunos matriculados no ensino médio, na devida escola, foram convidados a participar da pesquisa.

4.3.2 Critérios de exclusão

- Foram excluídos os estudantes que optaram por não participar da pesquisa;
- Quem não restituiu o TCLE;
- Os questionários que não estavam devidamente respondidos com os dados de peso e altura.

Devido às exclusões, foram contabilizadas 191 participações. O maior número de exclusões se deu pela falta das variáveis de peso e/ou altura.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para avaliação da SCN foi o Nigth Eating Questionaire, traduzido e adaptado para versão brasileira por Harb, Caumo e Hidalgo (2008). O questionário sobre a Síndrome do Comer noturno (**Anexo A**) é composto por 14 questões e cada questão apresenta cinco possibilidades de resposta (0-4). O escore total varia de 0 a 56, sendo menor que 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 duas semanas do mês de fevereiro de 2016, nas salas de aula, com o acompanhamento do coordenador da escola, sendo solicitado aos docentes permissão para explicação da pesquisa e do TCLE, o qual posteriormente foi entregue aos alunos para obtenção da assinatura do seu responsável. O questionário da Síndrome do Comer Noturno só foi aplicado aos alunos que devolveram o TCLE devidamente assinado pelo responsável ou por o próprio aluno, no caso dos maiores de idade, e teve tempo médio de 10 minutos a 15 minutos para o autopreenchimento. Os dados de idade, peso e estatura foram autoreferidos pelos alunos.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Realizada a coleta dos dados, os mesmos 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 avaliação do estado nutricional foi feito o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), que é obtido pela divisão do peso (quilogramas) pela altura (metros) ao quadrado, a fim de avaliar o estado nutricional na ocorrência da SCN. Sendo considerados com baixo peso aquelas ou aqueles com $IMC \leq 18,4$, em estado de eutrofia IMC 18,5 a 24,9, com excesso de

peso IMC 25 a 29,9 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 DE SAÚDE (1995).

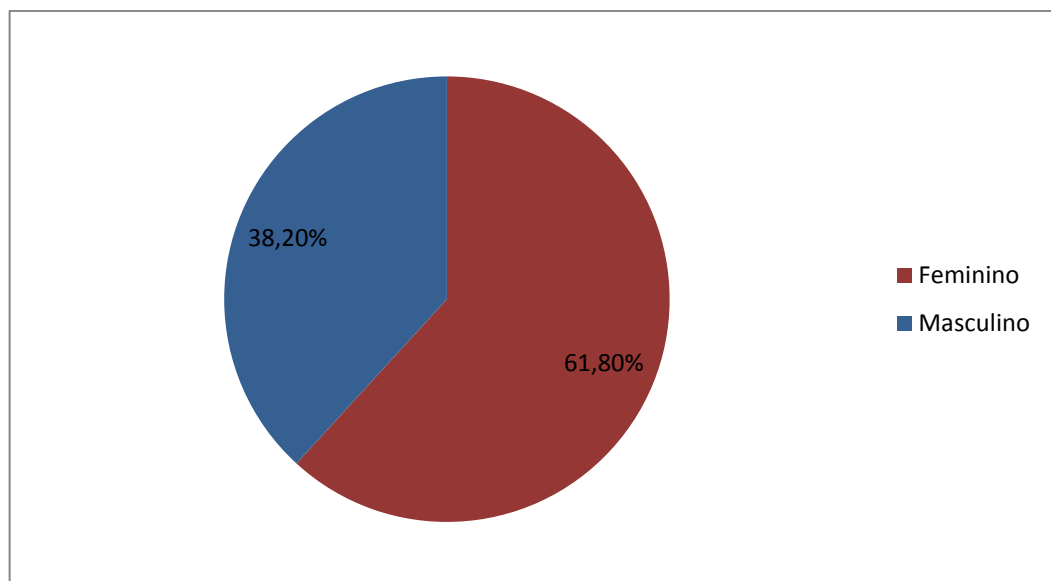
4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil (**Anexo B**). O mesmo foi desenvolvido de acordo com os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Com isso, todos os alunos foram informados quanto aos objetivos do estudo, da preservação do anonimato, da privacidade, da desistência de sua participação a qualquer momento, caso seja desejado, como também da necessidade da assinatura do TCLE por um responsável ou o próprio aluno que for maior de idade a fim de autorizar sua participação na pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os questionários foram ofertados a todos os alunos matriculados no ensino médio da escola, mas apenas 300 alunos entre homens e mulheres aceitaram participar da pesquisa. Houve desistência de participação logo após o preenchimento do questionário por 40 alunos, não podendo mais ser contabilizados, e foram excluídos 69 questionários devido à falta de preenchimento das variáveis peso e/ou altura, o que totalizou 191 questionários utilizados. No presente estudo a maioria é composta pelo gênero feminino, com 61,8 % (n = 118) e 38,2 % (n = 73) participantes do gênero masculino, o que pode ser explicado devido ao fato que muitos meninos se recusaram a participar do estudo (**Figura 4**).

Figura 4: Classificação dos estudantes segundo o gênero.



Fonte: Dados da pesquisa.

A média de idade do grupo foi de 16,9 anos, variando de 13 a 22 anos. As médias de estatura, massa corporal e o índice de massa corporal (IMC) do gênero feminino foram respectivamente 1,57 m, 53,61 kg e 21,3 kg/m². Já as médias do gênero masculino foram respectivamente 1,68 m, 63,8 e 22,5 kg/m² (**Tabela 1**).

Tabela 1: Médias de Estatura, Massa Corporal e Índice de Massa Corporal do Gênero Masculino e Feminino.

Variáveis	Feminino		Masculino	
	Médias	<i>p</i>	Médias	<i>p</i>
Estatura	1,57	0,072	1,68	0,068
Massa Corporal	53,61	7,957	63,8	8,911
IMC	21,3	3,503	22,5	2,356

Fonte: Dados da pesquisa.

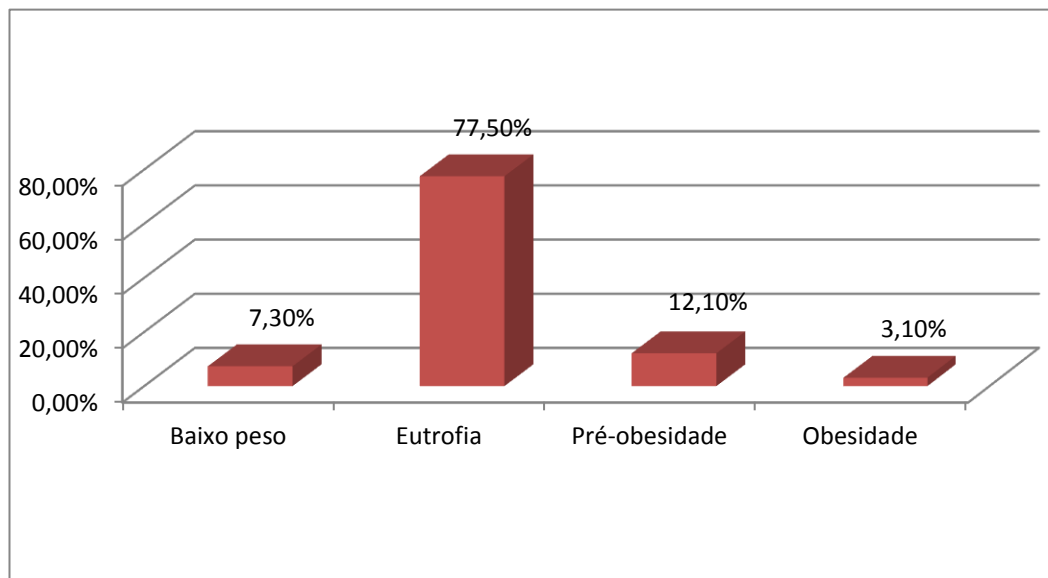
Neste estudo os valores de estatura e peso foram informados pelos próprios alunos, o que não coloca em risco a confiabilidade dos dados, pois existem estudos que mostram uma boa concordância entre os valores autorreferidos e os aferidos. Segundo Fonseca et al. (2004), em seu estudo realizado com 3.713 funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro, houve alta concordância entre os pesos aferido e informado, com maior concordância entre as mulheres do que entre os homens, não havendo diferença significativa entre os valores, sendo assim confiáveis e podendo ser utilizados quando necessário.

Em um estudo de Pregolato et al. (2009), com 944 adolescentes da Universidade Santa Cecília – Santos, os sujeitos do sexo masculino referiram de forma válida a sua massa e estatura, não promovendo diferença estatisticamente significativa quando comparados aos valores mensurados, enquanto as mulheres tiveram dados subestimados. Um estudo realizado por Thomaz et al. (2013), em Brasília com aproximadamente 500 indivíduos, a investigação demonstrou que as médias de peso, altura e IMC calculadas com os valores autorreferidos aproximam-se dos aferidos. Marangoni et al. (2011), em seu estudo com 304 adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos, com alunos de 2 escolas particulares e 1 pública verificou uma alta concordância e correlação entre os valores aferidos e referidos para as três medidas (massa corporal, estatura e IMC), uma vez que a estatura referida, mesmo tendo se mostrado maior do que a aferida, não foi o suficiente para influenciar de forma significativa na classificação de estatura para idade. A classificação de estado nutricional feita com base nos dados referidos e aferidos, por sua vez, apresentou concordância moderada, mas sem diferenças estatisticamente significativas entre as medidas.

A análise do estado nutricional (**Figura 5**) demonstrou que 15,2 % (n = 28) apresentaram excesso de peso, sendo caracterizados em 12,10 % (n = 22) e 3,10 % (n = 6)

com pré-obesidade e obesidade, respectivamente. A maior parcela dos escolares, 77,50 % (n = 148) foi categorizada em estado de eutrofia e apenas 7,30 % (n = 14) com baixo peso. Estes valores nutricionais estão próximos aos encontrados em um estudo de Teixeira et al. (2015), com 222 adolescentes de uma escola estadual do noroeste paulista, onde foi observado que 16,3 % apresentaram excesso de peso, no qual 10,4 % pré-obesidade e 5,9 % obesidade, 75,5 % apresentaram eutrofia e 5,0 % estavam abaixo do peso. Também estão de acordo com o estudo de Zirolto et al. (2011), com 275 universitárias, no qual 14,10 % apresentaram excesso de peso, sendo caracterizados em 9,8 % e 4,3 % com pré-obesidade e obesidade, respectivamente.

Figura 5: Classificação dos estudantes segundo estado nutricional.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Em estudo com 104 adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia localizado no município de Picuí/PB, com idades entre 14 e 26 anos, entre homens e mulheres, Lima (2015) verificou que 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, diferindo desse estudo apenas quanto ao percentual com baixo peso, 16,3 % (n = 17). Em estudo semelhante com 90 estudantes do ensino médio de uma escola pública do município de Cuité/PB, com idades entre 14 e 21 anos, Falcão (2014) verificou que a maior parcela das escolares, 66,7 % (n = 60) foram categorizadas em estado de eutrofia, diferindo do

presente estudo quanto aos dados de sobrepeso e obesidade com apenas 5,5 % (n = 5), e baixo peso, 27,8% (n = 25).

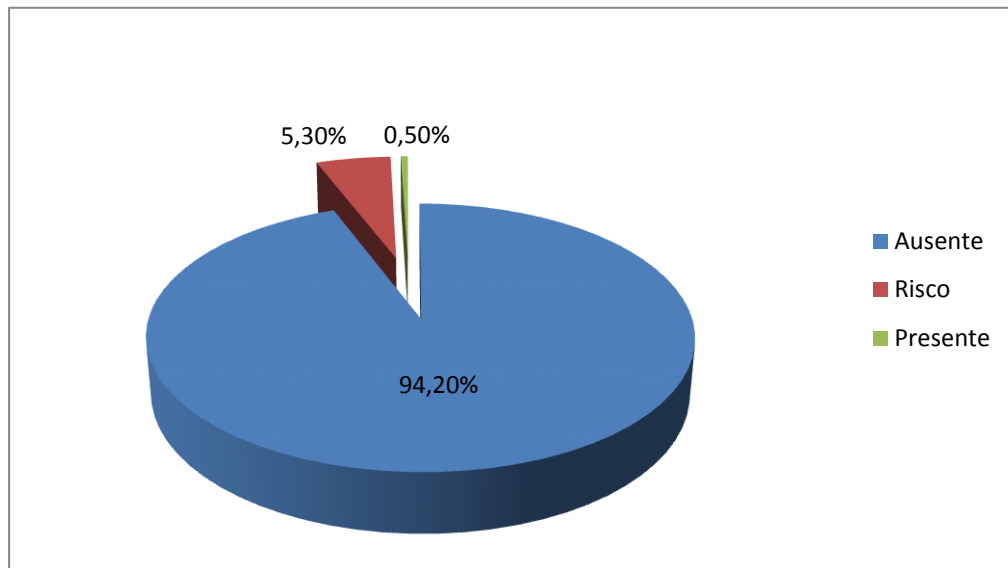
Martins et al. (2014), em seu estudo com 130 crianças e adolescentes de 10 a 17 anos, alunos de uma escola particular de Maringá-PR observou que 56,2% apresentaram eutrofia, 40% peso acima do adequado, no qual, 21,5% excesso de peso e 18,5% obesidade. Já a classificação de subnutrição apresentou baixa frequência totalizando 3,8%.

O estado nutricional da população brasileira de crianças e adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, expresso pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF / 2008-2009), realizada no Brasil, revela que a população de adolescentes de todas as regiões brasileiras apresenta tendência declinante do déficit de peso e aumento contínuo do excesso de peso e de obesidade, não sendo representado pelo estudo em questão, pois os resultados da análise nutricional se mostraram favoráveis para os pesquisados, uma vez que a maioria se mostraram eutróficos. Os percentuais de sobrepeso e obesidade foram baixos entre a população estudada, estando em comum acordo apenas com os percentuais de baixo peso. Esses resultados mostram que a população estudada não se enquadra no processo de transição nutricional que vem ocorrendo no Brasil, que é caracterizada por alterações nos padrões dietéticos e nutricionais da população de todos os estratos sociais e faixas etárias, sendo consequência de alterações dos déficits nutricionais e o aumento expressivo de sobrepeso e obesidade (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; BRASIL, 2010).

No presente estudo a Síndrome do Comer Noturno foi observada em 0,50 % dos entrevistados, correspondente a 1 aluna do sexo feminino, e 5,30 % (n = 10) apresentaram risco para desenvolvê-la (**Figura 6**). Esse resultado está compatível com as estimativas da presença da síndrome na população americana em geral, indicando que 0,5 a 1,5%, incluindo adultos e crianças apresentam SCN. Também de acordo com o estudo de Lima (2015) onde a síndrome foi observada em 1,0 % (n = 1) dos discentes e 5,8 % (n = 6) apresentaram risco para desenvolvê-la e do estudo de Falcão (2014) com 1,1 % (n = 1) apresentando a síndrome. Divergindo do presente estudo, esta os dados do estudo de Zirolto et al. (2011), no qual a SCN foi observada em 1,4% (n = 4) das alunas entrevistadas. (DOBROW; KAMENETZ; DEVLIN, 2002).

A baixa frequência da SCN nesse estudo pode ter relação com os resultados nutricionais desta pesquisa, pois sabe-se da sua relação com a obesidade já nos seus primeiros relatos, com maior prevalência em clínicas de obesidade, cerca de 14%, e situando-se em 12%, em sujeitos atendidos em clínicas de nutrição, chegando até a 42% nos obesos que procuram cirurgia bariátrica (HARB et al., 2010).

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



Fonte: Dados da pesquisa.

A distribuição da SCN de acordo com a idade e o estado nutricional estão descritos na **Tabela 2**. Pode-se observar que houve uma maior concentração da Presença/Risco da SCN em escolares com idade ≤ 18 anos, apresentando 1 escolar com a síndrome e 8 com risco de desenvolver, esse fato pode ser explicado pela maior quantidade de questionários (80,1 %) terem sido respondidos por escolares dessa faixa etária.

Tabela 2: Distribuição da escala SCN segundo idade e o estado nutricional.

	SCN			
	Presente/Risco		Ausente	
Idade	N	%	N	%
≤ 18 anos	9	4,7	144	75,4
≥ 19 anos	2	1,1	36	18,8
Estado Nutricional				
Desnutrição	1	0,5	13	6,8
Eutrofia	10	5,2	138	72,3
Pré-obesidade	0	0	23	12,0
Obesidade	0	0	6	3,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao estado nutricional, pode-se observar que o mesmo não influenciou o desenvolvimento da síndrome, visto que o único caso presente se deu em um participante com eutrofia e todos os casos de risco se deram em indivíduos com peso normal. Nenhum caso de Presença/Risco foi verificado nos escolares pré-obesos e obesos.

A **Tabela 3** mostra a distribuição da SCN de acordo com o gênero. Observa-se que a maior quantidade de Presença/Risco se deu nos escolares do gênero feminino, com 1 caso presente e 8 casos de risco, e os escolares do gênero masculino apresentaram apenas 2 casos de risco e nenhum caso presente. Lima (2015) encontrou resultados diferentes dessa associação em seu estudo, verificando uma maior concentração de Presença/Risco no gênero masculino 57,1%.

Tabela 3: Distribuição da escala SCN segundo o gênero.

Gênero	SCN			
	Presente/Risco		Ausente	
	N	%	N	%
Feminino	9	7,6	109	92,4
Masculino	2	2,7	71	97,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Esses resultados estão em consenso com outros estudos os quais incorporam como características prevalentes da SCN o fato de ocorrer mais em mulheres, de aparecer na infância ou na adolescência, apesar dos resultados da associação da síndrome com idade e gênero não terem sido significativa, e de ter conexão com comorbidades psiquiátricas, especialmente depressão, uso de antipsicóticos atípicos e obesidade. Não sendo possível por parte deste estudo a verificação da sua relação com a obesidade por não se ter um número expressivo de participantes pré-obesos e obesos. (MARSHALL et al., 2004; STRIEGEL-MOORE et al., 2004; O'REARDON et al., 2005; LUNDGREN et al., 2006).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Conclui-se que houve uma baixa prevalência da SCN, 0,50 %, correspondente a 1 aluna.
- Observou-se uma maior prevalência no gênero feminino, cerca de 7,6 %, e em estudantes com idades ≤ 18 anos com 4,7 %.
- Não foi observado a relação da SCN com a obesidade na população amostral, devido ao número reduzido de participantes obesos e pré-obesos.
- Quanto ao questionário, esse se mostrou confiável e de fácil compreensão, adequado para a identificação da síndrome.
- Não há na literatura estudos com a população em questão, com isso, esse estudo se mostrou importante para auxiliar na validação da versão brasileira do Night Eating Questionnaire. Contudo, ainda são necessários outros estudos com populações diferentes e com maior quantidade de participantes, a fim de, que se tenha uma melhor avaliação da sua relação com a idade e o sexo, bem como a sua relação com a obesidade, e assim possa ser feito o seu tratamento e da obesidade de maneira adequada.

REFERÊNCIAS

ALLISON, K. C. et al. Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. **Journal Consult Clinical Psychology**, v. 73, p. 1107-15. 2005.

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington: APA, v. 04. 2002.

AMORAS, DINAH RIBEIRO, et al. Caracterização dos transtornos alimentares e suas implicações na cavidade bucal. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 04, n. 39, p.241-245. ago. 2010.

ANDRADE A.; BOSI M. L. M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 1, p.117-25, Jan./mar. 2003.

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. Transtornos Alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 28-31. 2000.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 181-191, jan. 2003.

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.; FLOHOLMEN JR. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the night eating syndrome. **American Journal Physiology Endocrinology Metabolism**, v. 282, n. 2. p.366-9. 2002.

BIRKETVEDT, G. S. et al. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. **JAMA**, v. 282, n. 7, p. 657-663. 2009.

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

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.

CHALLET, E.; CALDELAS, I.; GRAFF, C.; PEVET, P. Synchronization of the molecular clockwork by light- and food-related cues in mammals. **Biological Chemistry**, v. 384, n. 5, p. 711-9. 2003.

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

CRISPIM, C.A. et al. Relação entre sono e obesidade: uma revisão da literatura. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 51, n. 7, p.1041-9. 2007.

CORDÁS, T. A. **Avaliação da eficácia terapêutica de dois modelos de atendimento em bulimia nervosa**. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP). 1995.

DIEHL, ASTOR ANTONIO. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. Prentice Hall, São Paulo. 2004.

DOBROW, I. J.; KAMENTZ, C.; DEVLIN M. J. Aspectos psiquiátricos da obesidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, p. 63-77. 2002.

DOMÍNGUEZ, S. M.; RODRÍGUEZ, A. V. Características clínicas e tratamento dos transtornos do comportamento alimentar. Em: Caballo, W. E; Simón, M. A. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos**. Tradução de: Dolinsky, S. M.; Marinho, M.L. São Paulo: Santos. 2010.

ELLENBERG, C. et al. Síndrome do comedor noturno: um nuevo trastorno de la conducta alimentaria. **Anales Venezolano Nutrición**, v. 19, n. 1, p. 1-9. 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.

FANDIÑO, JULIA, et al. Cirurgia Bariátrica: aspectos clínicos-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria**, Rs, v. 26, n. 1, p. 47-51, jan. 2004.

FONSECA M. J. M. et al. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. **Revista de Saúde Pública**, 38: 392-8. 2004.

GONÇALVES, E. M. Iniciação à pesquisa científica. **Alínea**, Campinas SP, v. 2. 2001.

GOEL N. et al. Circadian rhythm profiles in women with night eating syndrome. **Journal Biological Rhythms**, v, 24, n. 1, p. 85-94, jan. 2009.

GLUCK, M. E.; GELIEBTER, A.; SATOV, T. Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. **Obesity Research**, v. 9, n. 4, p. 264-7. 2001.

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

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.

HIDALGO M. S. et al. Revisão sobre cronobiologia e aspectos cognitivo-comportamentais relacionados à cronotipos. **Revista de Psiquiatria**, RS, v. 25, p. 174-81. 2003.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 de março de 2016.

JÚNIOR A. J. Obesidade uma epidemia da atualidade. **Revista Qualidade em Alimentação**, v. 4, dez. 2002.

LAPOSKY, A. D. et al. Sleep and circadian rhythms: key components in the regulation of energy metabolism. **FEBS Letters**, v, 582, n.1. p.142-51. 2008.

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.

MARSHALL, H. M. et al. Night eating syndrome among nonobese persons. **International Journal Eating Disorders**, v. 35, n.2, p. 217-22. 2004.

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.

MARANGONI, A. B. et al. Validade de medidas antropométricas autorreferidas em adolescentes: sua relação com percepção e satisfação corporal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 3, p. 198-204. 2011.

MATOS A. F. G.; MOREIRA, R. O.; GUEDES E. P. Aspectos neuroendócrinos da síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 47, n.4, p. 410- 420; agos. 2003.

MELIN, P.; ARAUJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 73-76, dez. 2002.

MENDONZA J. et al. Food-reward signalling in the suprachiasmatic clock. **Journal Neurochem**, v. 112, n. 6, p. 1489-99, jun. 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, p. 18-23. 2002.

NAPOLITANO, M. A. et al. Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. **International Journal Eating Disorders**, v, 30 n. 2, p. 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.

O'REARDON J. P. et al. Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome. **Obesity Research**, v. 12, n. 11, p.1789-96. 2004.

PREGNOLATO, T. S. et al. Validade de medidas autorreferidas de massa e estatura e seu impacto na estimativa do estado nutricional pelo índice de massa corporal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, 19(1):35-41. 2009.

ROSENBAUM, P. FERREIRA, S. R. G. Uma atualização em risco cardiovascular da síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 47, n. 3, p. 220- 227, Jun. 2003.

SEVERINO, A. J. Formação docente: conhecimento científico e saberes dos professores. Ariús, Campina Grande, v. 13, n. 2, p. 121-132, jul/dez 2007.

SILVA, BRUNA LOUREIRO OLIVEIRA DE SOUSA. **Distúrbios Alimentares: Impacto na Saúde Oral**. 58 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina Dentaria, Universidade Fernando Pessoa, Porto Alegre. 2012.

STRIEGEL-MOORE, R. H. et al.. Definitions of night eating in adolescent girls. **Obesity Research**, v.12, n. 8,p. 1311-21. 2004.

STRIEGEL-MOORE, R. H. et al. Exploring the typology of night eating syndrome. **International Journal Eating Disorders**, v. 41, n. 5, p. 411-8. 2008.

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.; GRACE, W. J.; WOLFF, H. G. The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. **American Journal Medicine**, v. 19 n. 1, p. 78-86. 1995.

STUNKARD, A.; ALLISON, K.; LUNDGREN, J. Issues for DSM-V: night eating syndrome. **American Journal Psychiatry**, v. 165, n. 4, p. 424. 2008.

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.

SCHULTZ, P.; STEIMER, T. Neurobiology of circadian systems. **CNS Drugs**, v. 23, n. 2, p. 3-13. 2009.

SPIEGEL, K. et al.. Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. **Annals International Medicine**, v. 141, n. 11, p. 846-50. 2004.

PILZ, LUISA KLAUS. **Sobre o seu tempo interno e o que são cronotipos**. 2014. Disponível em: <<https://seucorposeutempo.wordpress.com/category/cronobiologia-2/>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

TAKAHASHI, J. S.; HONG, H. K.; MCDEARMON, E. L. The genetics of mammalian circadian order and disorder: implications for physiology and disease. **National Reviews Genetics**, v. 9, n. 10, p. 764-75, set. 2008.

TANOFSKY-KRAFF, M.; YANOVSKI, S. Z. Eating disorder or disordered eating? Non-normative eating patterns in obese individuals. **Obesity Research**, v. 12, n. 9, p. 1361-6, 2004.

TEIXEIRA, CARLA SOMAIO, et al. Transtornos alimentares em adolescentes de uma escola estadual do noroeste paulista. **Arquivo Ciência e Saúde**, São José do Rio Preto-sp, v. 2, n. 22, p.84-87, jun. 2015.

THOMAZ, PRISCILLA MARCONDELLI DIAS, et al. Validade de peso, altura e índice de massa corporal autorreferidos na população adulta de Brasília. **Revista Brasileira Epidemiologia**, Brasília, v. 16, n. 1, p.69-157, jan. 2013.

WATERHOUSE, J. et al. Measurement of, and some reasons for, differences in eating habits between night and day workers. **Chronobiology International**, v, 20, n. 6, p. 1075-92. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO. **Technical Report Series**, 854 p. 1995.

VASQUES, F.; MARTINS, F. C.; AZEVEDO, A. P. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, SP, 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. 2006.

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

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

A aluna do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - *Campus Cuité* - PB, Talita Ângelo de Brito 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 e masculino de uma escola pública do Município de Araripe-CE. A Escola Dona Carlota Távora foi escolhida para a realização da pesquisa de Conclusão do Curso de Farmácia da aluna Talita Ângelo de Brito.

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 de uma escola pública do Município de Araripe-CE, a Escola Dona Carlota Távora.

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 saúde do seu filho(a).

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, assim como o da criança será mantido em sigilo.

Esclarecemos que a participação do seu filho(a) no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas 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 á 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 que minha filha participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma via desse documento.

Assinatura do(a) Responsável pelo(a) Aluno(a)

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

Assinatura da Pesquisadora (Aluna de Farmácia)
Talita Ângelo de Brito
Celular

ANEXO

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DO COMER NOTURNO

QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DO COMER NOTURNO				
Nome: _____		Data: ___ / ___ / _____		
Idade: _____		Altura: _____		Peso: _____
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 B – DOCUMENTOS DA SUBMISSÃO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PLATAFORMA BRASIL

Endereço de envio dos documentos ao comitê de Ética: 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 ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ARARIPE-CE				
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:	7. Endereço (Rua, n.º):			
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone:	10. Outro Telefone:	11. Email:	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprerei 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.				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>Data: <u>29</u> / <u>02</u> / <u>16</u></p> </div> <div style="text-align: center;">  Assinatura </div> </div>				
INSTITUIÇÃO PROPONENTE				
12. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		13. CNPJ: 1		14. Unidade/Orgão: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
15. Telefone:		16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprerei 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>FRANCILTON MARINHO COSTA</u> CPF: _____				
Cargo/Função: <u>PROFESSOR / DIRETOR</u>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>Data: <u>29</u> / <u>02</u> / <u>2016</u></p> </div> <div style="text-align: center;">  Assinatura </div> </div>				
PATROCINADOR PRINCIPAL				
Não se aplica. <div style="float: right; font-size: small; text-align: right;">  Conselho Nacional de Saúde Diretor do CIB Tel: 33478 33726 </div>				

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

29/02/2016

Plataforma Brasil

Saúde



MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES - Pesquisador | V3.0

Cadastros

Sua sessão expira em: 37 min 54

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ARARIPE-CE
 Pesquisador Responsável: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE:
 Submetido em: 29/02/2016
 Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
 Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental
 Localização atual da Versão do Projeto: Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



- DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- ↳ Versão em Tramitação (PO) - Versão 1
 - ↳ Projeto Original (PO) - Versão 1
 - ↳ Documentos do Projeto
 - ↳ Declaração de Pesquisadores - Submis
 - ↳ Folha de Rosto - Submissão 1
 - ↳ Informações Básicas do Projeto - Subm
 - ↳ Outros - Submissão 1
 - ↳ Projeto Detalhado / Brochura Investigad
 - ↳ TCLE / Termos de Assentimento / Justi
 - ↳ Apreciação 1 - Hospital Universitário Alcides

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

- LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES	1	29/02/2016	29/02/2016	Em Recepção e Validação Documental	Não	

- HISTÓRICO DE TRÂMITES

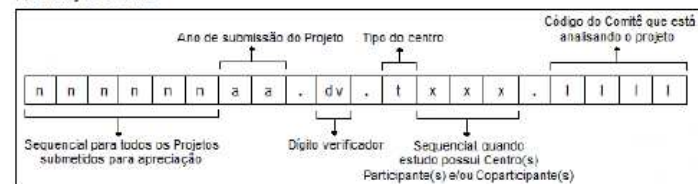
Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	29/02/2016 18:48:50	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande	

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador
 E = Emenda de Centro Coordenador
 NI = Notificação de Centro Coordenador
 POp = Projeto Original de Centro Participante
 Ep = Emenda de Centro Participante
 Np = Notificação de Centro Participante
 POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
 Ec = Emenda de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE


[Voltar](#)

ANEXO C - DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO DA ESCOLA**DECLARAÇÃO**

Eu DAISYANNE ALENCAR DE S. RIBEIRO Declaro para os devidos fins, que estou ciente de que a aluna do Curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cuité – CES (Centro de Educação e Saúde) matrícula 510120025 **Talita Ângelo de Brito**, e a Professora Doutora **María Emília da Silva Menezes** Siape 1841279, realizará na Escola de Ensino Fundamental e Médio Dona Carlota Távora, no período de 15 de março a 25 de abril de 2016 a pesquisa para caracterizar prevalência da “Síndrome do Comer Noturno” em estudantes do sexo feminino do Ensino Médio matriculados na referida Instituição de Ensino.

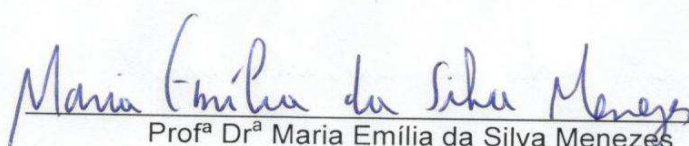
Araripe, Ceará, 25 de Janeiro de 2016.


Diretora da Escola
CPF
Daisyanne Alencar
Diretora
D.O. 26/09/2013

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

Cuité, 25 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 ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ARARIPE-CE**" da aluna "**TALITA ÂNGELO DE BRITO**". 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.



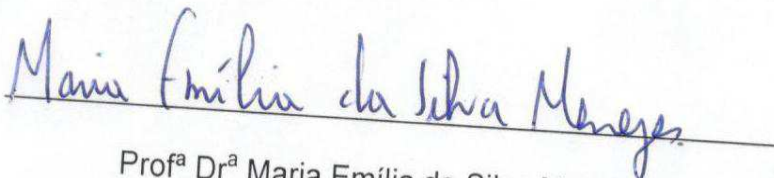
Prof^a Dr^a Maria Emília da Silva Menezes
Matrícula SIAPE 1841279-1

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

**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Cuité, 25 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, **Matrícula Siape 1841279**. Que sou a professora responsável pelo Projeto de TCC – “**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO COMER NOTURNO EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ARARIPE-CE**” da aluna “**TALITA ÂNGELO DE BRITO – 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
Matrícula SIAPE 1841279