



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

ANELISE PINHEIRO CÂNDIDO

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

**CUITÉ - PB
2017**

ANELISE PINHEIRO CÂNDIDO

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

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

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

**CUITÉ - PB
2017**

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

C651p

Cândido, Anelise Pinheiro.

Prevalência ortorexia nervosa em estudantes de cursos da área de educação da Universidade Federal de Campina Grande - CES - Campus Cuité - PB. / Anelise Pinheiro Cândido. - Cuité: CES, 2017.

61 fl.

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

Orientadora: Maria Emília da Silva Menezes.

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

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.39

ANELISE PINHEIRO CÂNDIDO

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

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

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

Aprovado em: 01 de Dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^º. Dr. Wellington Sabino Adriano – Examinador 1
Suplente: Prof^º. Dr. Egberto Santos Carmo

Prof^ª. Dr^ª. Francinalva Dantas de Medeiros – Examinador 2
Suplente: Prof^º. Dr. Renner de Souza Leite

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela dádiva da vida, por toda força e sabedoria, e por estar sempre comigo.

À minha mãe Emília por ser exemplo de mulher guerreira e batalhadora, e que foi fundamental em todas as minhas conquistas, com todos os conselhos, carinho, companheirismo e força.

À minha irmã Amanda por sempre estar ao meu lado nos momentos mais importantes e torcer pelo meu sucesso.

A toda minha família por todo apoio dado e por ser exemplo de união e superação, em especial a minha avó Maria Cremilda (*in memoriam*) por todo apoio e incentivo para que eu iniciasse o curso, infelizmente ela não estará presente fisicamente para a concretização desse sonho.

Aos meus amigos, tanto os da minha terra amada (Jaguaribe – CE) quanto os que conheci em Cuité, principalmente Neves, Franncielly, Mateus, Michael, Lucas Bezerra, Ana Luiza, Layza, Letícia, Sara e Alan. Em especial, agradeço a Iraneide por estar sempre ao meu lado, me dando força e ajudando em todos os momentos.

Às alunas participantes por tornarem possível a realização desta pesquisa.

Aos funcionários do CES, principalmente Vital e Jardel pela grande colaboração na aplicação dos questionários.

Aos professores do curso de Farmácia, em especial aos participantes da banca examinadora, Prof^a. Francinalva Medeiros e Prof^o. Wellington Sabino, por ajudar e tornar possível a concretização deste trabalho.

À professora Maria Emília por me aceitar como orientanda, por toda paciência e apoio prestados, que apesar da agenda cheia sempre teve um tempo para dar assistência, sendo fundamental para a concretização deste estudo.

“Queremos ter certezas e não dúvidas, resultados e não experiências, mas nem mesmo percebemos que as certezas só podem surgir através das dúvidas e os resultados somente através das experiências.”

Carl Jung

RESUMO

A ortorexia nervosa é um comportamento obsessivo-patológico relacionado à fixação por saúde alimentar. Esse quadro clínico ainda não foi oficialmente reconhecido como transtorno alimentar, não estando presente no DSM-V. O termo ortorexia nervosa significa alimentação correta. Os indivíduos com ortorexia nervosa apresentam fixação por alimentos saudáveis e dedicam-se muito tempo para a elaboração e preparação de refeições que consideram puras. Essa preocupação exagerada com a alimentação faz com que os indivíduos excluam do cardápio: lactose, glúten, corantes, conservantes, sal, açúcar e gordura, pois são vistos como prejudiciais à saúde, sentindo-se mais seguros com alimentação orgânica, ecológica e funcional. A exclusão de tantos alimentos favorece carências nutricionais que, por sua vez, podem contribuir para o surgimento de várias enfermidades associadas à deficiência de vitaminas e sais minerais. O objetivo do projeto é avaliar o comportamento de risco para desenvolvimento de ortorexia nervosa em estudantes da Área de Educação (Biologia, Química, Matemática e Física) do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB. Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativo/quantitativo de caráter descritivo e transversal. O instrumento de pesquisa utilizado para avaliar o comportamento de risco para desenvolver a ortorexia nervosa será o questionário Orto-15. Os questionários foram numerados, e em seguida, transpostos para uma plataforma digital utilizando os recursos do Programa Microsoft Access versão 2010. Para a validação da digitação foi utilizado o Programa Epi Info, versão 6.02. Após a digitação, o banco de dados foi transferido para o Programa Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 13.0 para a análise estatística dos dados. No total, 76,5% das alunas apresentaram comportamento de risco para ortorexia nervosa, enquanto 23,5% não apresentaram tal comportamento. Foram utilizados como parâmetro idade, curso, período, estado civil e IMC para análise de risco para ortorexia, onde todos mostraram participantes com comportamento de risco. O percentual de alunas com tendência a comportamento de risco para ortorexia nervosa sugere a importância de mais estudos sobre o tema, aumentando o nível de conhecimento sobre o mesmo. Apesar de poucos estudos sobre o assunto, foi possível observar que uma parcela considerável das participantes apresenta comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa, confirmando a necessidade de mais estudos sobre esse quadro obsessivo-compulsivo.

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

ABSTRACT

Ortorexia nervosa is an obsessive-pathological behavior related to food-fixation. This clinical picture has not yet been officially recognized as an eating disorder and is not present in DSM-V. The term orthorexia nervosa means correct feeding. Individuals with orthorexia nervosa are fixated by healthy foods and spend a lot of time preparing and preparing meals that they consider to be pure. This exaggerated preoccupation with food causes individuals to exclude from the menu: lactose, gluten, colorings, preservatives, salt, sugar and fat, as they are seen as harmful to health, feeling safer with organic, ecological and functional food. The exclusion of so many foods favors nutritional deficiencies which, in turn, can contribute to the emergence of several diseases associated with the deficiency of vitamins and minerals. The objective of the project is to evaluate the risk behavior for the development of orthorexia nervosa in students of the Education Department (Biology, Chemistry, Mathematics and Physics) of the Federal University of Campina Grande - Campus de Cuité - PB. It is a qualitative / quantitative field research of descriptive and transversal character. The questionnaires were numbered, and then transposed to a digital platform using the features of the Microsoft Access 2007 program. After typing, the database was transferred to the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows version 13.0 The statistical analysis of the data. In total 76.5% of the students presented risk behavior for orthorexia nervosa, while 23.5% did not present such behavior. Age, course, period, marital status and BMI were used as parameters for risk analysis for orthorexia, where all participants showed risk behavior. The percentage of students with a tendency to risk behavior for orthorexia nervosa suggests the importance of more studies on the topic, increasing the level of knowledge about it. Despite some studies on the subject, it was possible to observe that a considerable part of the participants presents a risk behavior for the development of orthorexia nervosa, confirming a need for further studies on this obsessive-compulsive disorder.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Classificação da obesidade de acordo com a localização da massa adiposa no corpo.....	16
Figura 2: Componentes envolvidos com os transtornos alimentares.....	19
Figura 3: Mudanças das secreções endócrinas encontradas na SCN.....	22
Figura 4: Foto da fachada da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité/PB.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação de peso pelo IMC.....	15
Tabela 2: Distribuição das alunas de acordo com o comportamento de risco para ON....	32
Tabela 3: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com a faixa etária.....	33
Tabela 4: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o curso....	34
Tabela 5: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o período.....	35
Tabela 6: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o estado civil.....	37
Tabela 7: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o estado nutricional.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

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

AN – Anorexia Nervosa

NA – Bulimia Nervosa

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Código Internacional de Doenças

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HDL - (High Density Lipoproteins) Lipoproteína de Alta Densidade

IMC - Índice de Massa Corpórea

OMS - Organização Mundial da Saúde

ON – Ortorexia Nervosa

SCN - Síndrome do Comer Noturno

SSPS - Statistical Package for the Social Sciences

TA - Transtorno Alimentar

TCAP - Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
3.1 OBESIDADE E SUAS COMPLICAÇÕES.....	15
3.2 O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SUAS ALTERAÇÕES.....	18
3.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	19
3.3.1 Anorexia nervosa.....	20
3.3.2 Bulimia nervosa.....	21
3.3.3 Transtorno da compulsão alimentar periódica.....	21
3.3.4 Síndrome do comer noturno.....	22
3.4 ORTOREXIA NERVOSA.....	23
3.4.1 Definição.....	23
3.4.2 Características gerais.....	23
3.4.3 Diagnóstico.....	25
3.4.4 Grupos de risco.....	26
3.4.5 Sintomas.....	26
3.4.6 Consequências no estado nutricional.....	26
4. METODOLOGIA.....	28
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	29
4.3.1 Critérios de inclusão.....	29
4.3.2 Critérios de exclusão.....	30

4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADO.....	30
4.5.1 Dados sócio-demográficos e clínicos.....	30
4.5.2 Avaliação de comportamento alimentar disfuncional.....	30
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
7. REFERÊNCIAS.....	42
ANEXOS E APÊNDICES	

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

Mais recentemente, um novo transtorno tem sido estudado, a Ortorexia Nervosa (ON) (BEHAR; MOLINARI, 2010; GARCÍA et al., 2012). O termo ortorexia foi usado pela primeira vez em 1997 pelo pesquisador Steven Bratman, para descrever uma obsessão por uma alimentação saudável (BRATMAN, 1997), caracterizada por uma excessiva preocupação com a saúde e alimentos. Já Donini et al. (2005), definem ortorexia como uma atitude com características de personalidade obsessivo-compulsivo, sendo o indivíduo um "fanático" por hábitos alimentares saudáveis.

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

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

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

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o comportamento de risco para desenvolvimento de Ortorexia Nervosa em estudantes do sexo feminino da Área de Educação (Biologia, Química, Matemática e Física) do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e quantificar a ON em estudantes do sexo feminino na Unidade Acadêmica de Educação (Biologia, Química, Matemática e Física) do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB;
- Avaliar a associação da ON com o índice de massa corpórea (IMC);
- Avaliar a associação da ON com a idade;
- Avaliar a associação da ON com o curso;
- Avaliar a confiabilidade da versão em Português;
- Contribuir com a validação:
- Informar a população os riscos da Ortorexia Nervosa, já que a maioria da população desconhece completamente a doença e os efeitos que ela pode causar a saúde.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 OBESIDADE E SUAS COMPLICAÇÕES

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

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

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

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

Tabela 1: Classificação de peso pelo IMC.

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

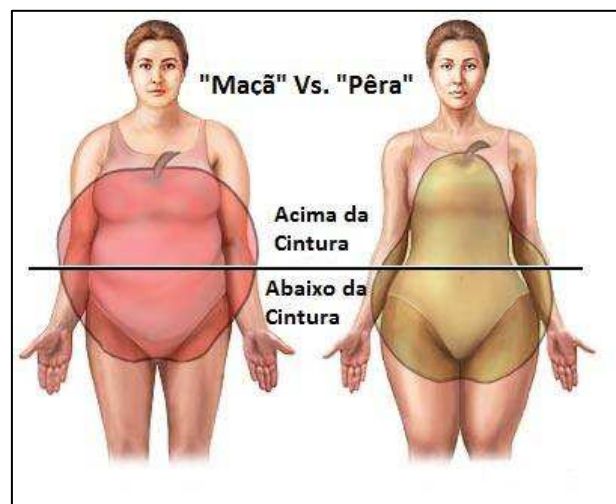
Fonte: Adaptada de ABESO, 2009.

Segundo a American College of Physicians (2013), um parâmetro de grande importância a ser avaliada nesses indivíduos é a circunferência abdominal, pois este

parâmetro fornece informações sobre a adiposidade, além da fornecida pelo IMC. A adiposidade visceral eleva o risco para desenvolvimento das doenças relacionadas à obesidade. Os valores para a circunferência da cintura ≥ 88 cm para mulheres e ≥ 102 cm para os homens são considerados elevados, podendo-se prever, com maior poder, o risco para doença cardiovascular do que a obesidade indicada pelo IMC.

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

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



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

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

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

- Alterações Mecânicas:
 - Pulmonar: apneia do sono, doença pulmonar restritiva.

- Alterações Musculoesqueléticas:
 - Artrite, dor nas costas.

- Alterações Psicossociais:
 - Depressão, ansiedade e estigma social.

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

3.2 O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E SUAS ALTERAÇÕES

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

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

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

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

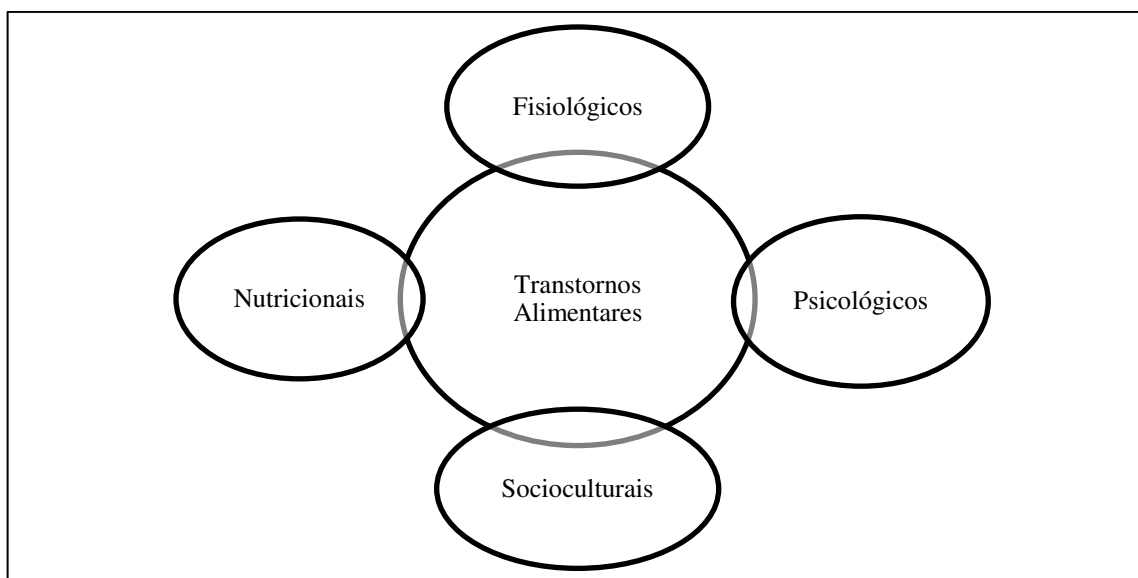
Já na adolescência, observa-se um aspecto agravante e bastante peculiar, que é a tendência a viver o momento, não dando importância às consequências das práticas alimentares que podem ser fatores de risco para doenças crônicas e obesidade na vida adulta (NUNES; GUIMARÃES, 2009).

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

3.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES

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

Figura 2: Componentes envolvidos com os transtornos alimentares.



Fonte: Própria autora, 2017.

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

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

3.3.1 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa (AN) é caracterizada por uma perda de peso auto imposta à custa de dieta extremamente restrita, acompanhada de disfunção endócrina e atitude psicopatológica distorcida em relação à imagem corporal, à alimentação e ao peso (BORGES et al., 2006; KIRSTEN et al., 2009). O curso da doença é caracterizado por uma progressiva perda de peso. No qual, o padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas e bizarras (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2011).

A palavra anorexia provém do grego e significa falta de apetite, contudo este distúrbio não se trata de uma ausência de apetite, mas sim, do autocontrole para não ingerir alimentos de forma a perder peso (GIORDANI, 2006 *apud* SILVA, 2012).

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

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

3.3.2 Bulimia nervosa

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

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

3.3.3 Transtorno da compulsão alimentar periódica

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

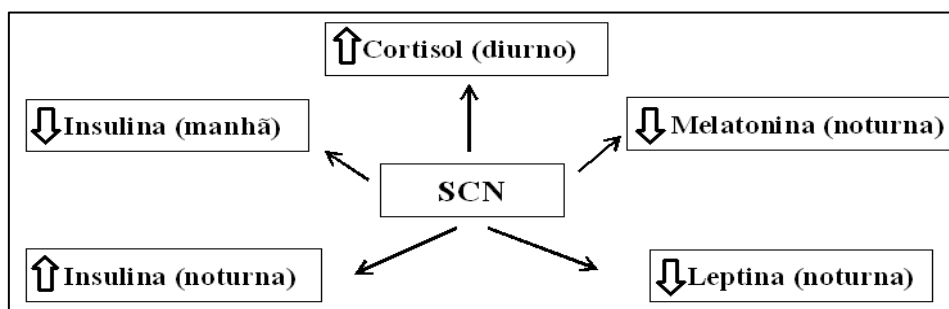
O TCAP pode ser distinguido da BN por alguns aspectos como: geralmente os portadores do TCAP apresentam elevado índice de massa corporal (IMC) em relação aos portadores de BN; a história natural da BN geralmente revela a ocorrência de dietas e perda de peso, enquanto que os comportamentos prévios do TCAP são mais variáveis. Desta forma, os portadores de BN demonstram maior restrição alimentar em relação aos portadores de TCAP. (AZEVEDO; SANTOS; FONSECA, 2004).

3.3.4 Síndrome do comer noturno

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

Em termos de características neuroendócrinas a SCN está relacionada a mudanças nos ritmos circadianos de secreções endócrinas como cortisol, melatonina, leptina e insulina (Figura 3) (BERNARDI et al., 2009).

Figura 3: Mudanças das secreções endócrinas encontradas na SCN.



Fonte: Própria autora, 2017.

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

Incorpora-se como características prevalentes da SCN o fato de estar associada a redução de fome diurna, maior prevalência em mulheres, de aparecer na infância ou na adolescência e de ter conexão com comorbidades psiquiátricas, especialmente depressão, baixa autoestima e uso de antidepressivos atípicos (HARB et al., 2010; ZIROLDO et al., 2011).

O reconhecimento e tratamento dessa síndrome têm crescido e parece ser o caminho promissor para o tratamento da obesidade. Assim, a avaliação de fatores de risco para a obesidade deve priorizar o desenvolvimento de métodos sistematizados que permitam rastrear hábitos de alimentação implicados no seu curso, ainda pouco explorados na pesquisa e na clínica, como a alocação dos alimentos no turno da noite (HARB; CAUMO; HIDALGO, 2008).

3.4. ORTOREXIA NERVOSA

3.4.1 Definição

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

A ortorexia não é um transtorno formal, mas em casos extremos, suas características obsessivas, se tornam patológicas, conduzindo a uma dieta muito restritiva, com exclusão de

vários alimentos considerados “prejudiciais” e, até mesmo, isolamento social (BO et al., 2014).

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

3.4.2 Características gerais

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

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

- Fixação em alimentação saudável, com mais de três horas ao dia de dedicação em torno da sua dieta (DONINI et al., 2004; BARTRINA, 2007);
- Definição bastante rígida do que é saudável, mas que varia de acordo com as crenças nutricionais individuais. Em geral, evitação extrema de corantes, aromatizantes, conservantes, herbicidas, pesticidas, alimentos geneticamente modificados, alimentos com muito sal, açúcar e gorduras, são vistos como prejudiciais à saúde. A forma de preparo e os utensílios utilizados também são parte do ritual obsessivo (ex.: somente cerâmica ou madeira) (BARTRINA, 2007; ZAMORA et al., 2005);
- Sensação de segurança, conforto e tranquilidade vinculada à alimentação orgânica, ecológica ou funcional (BARTRINA, 2007);

- Desejo de prevenir ou eliminar sintomas físicos (reais ou exagerados) ou de ser puro e natural, mesmo que à custa da perda de prazer na alimentação (BARTRINA, 2007; DONINI et al., 2005; MATHIEU, 2005);
- Inicia-se com o desejo de melhorar a saúde, tratar uma enfermidade ou perder peso, mas, finalmente, a dieta passa a ocupar lugar central na vida, requerendo grande autocontrole para manter hábitos alimentares radicalmente diferentes daqueles típicos da sua cultura (ZAMORA et al., 2005);
- Presença de traços de personalidade fóbicos e obsessivos (DONINI et al., 2005);
- Os indivíduos ortoréxicos costumam ter personalidade meticulosa e ordenada, além de serem exigentes consigo mesmos e com os demais (perfeccionistas), com exagerada necessidade de autocuidado e de proteção (BARTRINA, 2007; MATHIEU, 2005; ZAMORA et al., 2005);
- Os lapsos em relação a alimentação são acompanhados de sentimento de culpa (BARTRINA, 2007; DONINI et al., 2005).
- É preferível jejuar a comer o que se considera impuro ou perigoso à saúde (DONINI et al., 2004);
- O que comer passa a dominar o cotidiano da pessoa, desde o planejamento, aquisição, preparo e consumo dos alimentos considerados saudáveis (BARTRINA, 2007; DONINI et al., 2005);
- O comportamento alimentar ortoréxico se torna o único possível, gerando uma sensação de superioridade e desprezo sobre outros hábitos alimentares e estilos de vida, considerados insalubres (DONINI et al., 2004);
- O cotidiano se torna extremamente limitado devido ao padrão restritivo de alimentação, gerando uma diminuição da qualidade de vida, conforme aumenta a “qualidade” da alimentação (BARTRINA, 2007; DONINI et al., 2005);
- Sensação de solidão e de insatisfação com a própria condição (BRATMAN, 1997).
- Tentativas insistentes de esclarecer outros acerca da “alimentação saudável” (BRATMAN, 1997);
- Quando a aquisição da pureza dietética apresenta fundamentação religiosa, pode ocorrer a busca por compensações espirituais (ZAMORA et al., 2005).

3.4.3 Diagnóstico

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

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

3.4.4 Grupos de risco

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

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

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

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

3.4.5 Sintomas

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

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

3.4.6 Consequências no estado nutricional

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

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

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

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

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

A epidemiologia pode ser compreendida como um processo contínuo de acúmulo de conhecimentos com o objetivo de prover um acervo de evidências indiretas, cada vez mais consistentes, de associação entre saúde e fatores protetores ou doença e fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, [201?]).

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

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

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

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada durante seis semanas, nas salas de aulas da Universidade Federal de Campina Grande (Figura 6), Campus Cuité/PB e solicitando ao docente a permissão para o preenchimento do questionário *ORTO 15*, que teve tempo médio

de 10 a 20 minutos para o preenchimento. Os dados de idade, peso e estatura foram autorreferidos pelas alunas.

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



FONTE: Própria autora, 2016.

4.3 POPULAÇÃO DA PESQUISA

Prevalência de Ortorexia Nervosa em estudantes do sexo feminino de cursos da área de educação (Curso de Matemática, Curso de Física, Curso de Biologia e Curso de Química) da Universidade Federal de Campina Grande – CES – Campus de Cuité – PB.

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão considerados foram: a) estar matriculado na referida universidade; b) ser do gênero feminino; e, c) apresentar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (APÊNDICE A) assinado por um responsável e manifestar vontade de participar.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas aquelas que se negaram a participar da pesquisa, que não restituíram o TCLE ou que não responderam as variáveis de peso e/ou altura.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

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

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

4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

4.5.1 Dados sócio-demográficos e clínicos

Coletados por meio da aplicação do questionário, com utilização de instrumento próprio elaborado pelo grupo de pesquisa (ANEXO A), sendo registrados idade, peso, altura, estado civil, profissão, curso, período e IMC.

4.5.2 Avaliação de comportamento alimentar disfuncional

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

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

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

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cursos da área da educação do Campus Cuité (Biologia, Física, Matemática e Química) contam com 362 alunas matriculadas. Destas, 200 participaram da pesquisa, totalizando 55,3%. As demais alunas não participam por diversos motivos, entre eles a ausência do *Campus* durante a aplicação dos questionários ou indisponibilidade no momento da abordagem, além de questionários descartados por estarem incompletos ou sem a assinatura do TCLE. O público participante desta pesquisa foi composto por estudantes do sexo feminino matriculadas nos cursos da área de educação da UFCG *Campus* Cuité, com idades entre 17 e 57 anos.

Das 200 participantes, 76,5% (n=153) apresentaram comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa, enquanto 23,5% (n=47) não apresentaram tal comportamento. Estes resultados estão ilustrados na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição das alunas de acordo com o comportamento de risco para Ortorexia Nervosa.

Comportamento de risco	n	%
Sim	153	76,5
Não	47	23,5
Total	200	100

Fonte: Própria Autora, 2017.

Alguns estudos com o intuito de determinar comportamentos de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa em diferentes grupos de pessoas e em diversos países vêm sendo realizados desde 2005, quando Donini et al. desenvolveu o questionário Orto 15.

Um estudo semelhante a este foi realizado com estudantes do sexo feminino, com 18 ou mais anos e que cursam Nutrição em uma Universidade do Vale do Paraíba no Sul – SP, onde 88,7% das participantes apresentaram comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia nervosa (SOUZA; RODRIGUES, 2014).

Os estudantes de nutrição são o público mais tendencioso a restrições alimentares, apresentando assim maiores riscos de desenvolver ortorexia nervosa, que se caracteriza por ser um transtorno de comportamento obsessivo-compulsivo que visa uma alimentação extremamente saldável com objetivo de melhorar a saúde (LUNA; BELMONTE, 2016; AKSOYDAN; CAMCI, 2009). Esses estudantes acabam sofrendo um tipo de pressão maior

por acharem que precisam estar dentro dos padrões impostos pela sociedade para que isso não seja um interferente em suas carreiras profissionais (GARCIA et al., 2010).

Outras carreiras como a de educador físico, atletas, dançarinos, modelos e demais profissionais da saúde, por também sofrerem pressão para apresentarem padrões estéticos ou alto desempenho em suas atividades e controle de peso, acabam se tornando grupos de risco para o desenvolvimento de transtornos comportamentais sobre a alimentação (BOSI et al., 2007).

O público feminino, em particular, também é muito influenciado quanto a cultura do corpo perfeito por serem mais vulneráveis aos padrões estéticos, principalmente pelo alto crescimento de influenciadoras digitais que fazem uso das redes sociais para exibir seus corpos bem moldados, além de modelos e artistas exibindo seus corpos “dentro dos padrões” em revistas, cinema e televisão (BOSI et al., 2006).

Com os dados obtidos no presente estudo, é possível haver a inclusão de um novo público com perfil para o desenvolvimento de ortorexia nervosa, visto que, podemos constatar que as alunas de cursos da educação participantes, em sua maioria apresentam comportamento de risco, tendo certas preocupações com os alimentos que ingerem, podendo apresentar rejeição a alimentos que não consideram saudáveis e “não puros”.

A distribuição das alunas em relação à idade mostrou que 173 tinham de 17 a 27 anos, 24 tinham de 28 a 37 anos, duas tinham de 38 a 47 anos e uma tinha mais de 48 anos. Na Tabela 3 é possível observar que o grupo de alunas com idades entre 17 e 27 anos apresentam maior risco para desenvolver ON, sendo esse também o intervalo com o maior número de participantes.

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

Faixa etária	Comportamento de risco	
	n	%
17-27	132	66,0
28-37	19	9,5
38-47	1	0,5
≥ 48	1	0,5
Total	153	76,5

Fonte: Própria Autora, 2017.

No estudo realizado por Fidan et al. (2010) na Turquia com estudantes de Medicina de ambos os sexos e idades entre 16 e 29 anos, mostrou que os alunos com idade inferior ou igual a 21 anos apresentavam maior comportamento de risco para ON. Alvarenga et al. (2012) realizou uma pesquisa com nutricionistas do estado de São Paulo/Brasil e constatou que os profissionais com menos de 30 anos apresentam maior comportamento de risco para desenvolver ortorexia nervosa, resultados que corroboram com os obtidos no presente estudo.

Uma explicação para tais resultados deve-se ao fato de que os adultos jovens fazem parte do grupo de pessoas que mais se preocupam com a alimentação e com a autoimagem corporal, já que são os maiores frequentadores de academias e fazem maior busca por dietas, com ou sem auxílio de nutricionistas.

Em contrapartida, Pontes (2012) e Donini et al. (2004) em seus respectivos estudos, observaram que quanto mais elevada a idade, maior o risco de desenvolver ortorexia nervosa. Com isso, podemos ver que a correlação entre idade e ortorexia ainda não se encontra bem definida.

Quando distribuídas de acordo com o curso em que estão matriculadas, as alunas participantes da pesquisa se distribuem da seguinte forma: 40% (n=80) cursa Biologia, 15% (n=30) cursa Física, 20% (n=40) cursa Matemática e 25% (n=50) cursa Química. Como é possível observar, os cursos que possuem mais alunas matriculadas, conseqüentemente também são os que apresentam maior número de participantes da pesquisa. Usando a relação quantidade de alunas e comportamento de risco, as alunas de Química apresentam maior tendência a desenvolver ortorexia, totalizando 84% delas. Na Tabela 4 é possível observar o comportamento de risco referente a cada curso.

Tabela 4: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o curso que em estão matriculadas.

Curso	Comportamento de risco	
	n	%
Biologia	61	30,5
Física	21	10,5
Matemática	29	14,5
Química	42	21
Total	153	76,5

Fonte: Própria Autora, 2017.

Os cursos de saúde foram os mais estudados no que se refere a ortorexia nervosa, sendo nutrição, educação física e medicina, os que apresentam mais estudantes com comportamento de risco para esse distúrbio e também aos demais transtornos alimentares, como anorexia e bulimia (GARCIA et al., 2010). Ainda não há na literatura estudos que tenham como público alvo alunos de outras áreas, e como é possível observar no presente trabalho, as alunas da área da educação também podem apresentar comportamento de risco para ON.

Um estudo realizado com 94 artistas turcos de ambos os sexos e idade média de 33 anos, mostrou que 56,4% dos participantes tinham ortorexia nervosa de acordo com o ORTO-15. Destes, os cantores de ópera apresentaram maior prevalência (81,8% dos participantes), seguido dos artistas da orquestra sinfônica (36,4%) e os bailarinos apresentaram a menor prevalência (32,1%) (AKSOYDAN; CAMCI, 2009).

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

As alunas participantes da pesquisa cursam diferentes períodos em seus respectivos cursos, sendo 70 do primeiro período, 42 do terceiro, 20 do quinto, duas do sexto, 36 do sétimo, cinco do oitavo, 17 do nono e oito do décimo. Como é possível observar na Tabela 5, os períodos que apresentaram a maior quantidade de alunas com comportamento de risco foram o primeiro, terceiro e sétimo. Destes, o sétimo apresentou maior porcentagem em relação quantidade de alunas e comportamento de risco, totalizando 77,8%. O sexto, oitavo e décimo períodos não apresentaram relevância estatística em suas quantidades amostrais.

Tabela 5: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o período.

Período	Comportamento de risco	
	n	%
1º	51	25,5
3º	32	16
5º	16	8
6º	1	0,5
7º	28	14

8º	4	2
9º	14	7
10º	7	3,5
Total	153	76,5

Fonte: Própria Autora, 2017.

Em seu estudo com 40 estudantes de uma instituição de ensino superior da cidade de Petrolina-PE, matriculados em 2015 no curso de educação física, de ambos os sexos e idade a partir de 18, Vital et al. (2017) observaram que os alunos do primeiro período apresentaram maior comportamento de risco para ortorexia (87,5%), seguidos dos alunos do sétimo período (75%). Nesse mesmo estudo, apenas três alunos do primeiro período e quatro veteranos não apresentaram comportamento de risco.

Nassau (2012) realizou um estudo com 124 estudantes de nutrição do primeiro ao oitavo período da Universidade Católica de Brasília encontrou que os alunos do segundo semestre apresentavam traços ortoréxicos, 43,5% do total. Os alunos do terceiro e oitavo períodos apresentaram maior comportamento de risco, ambos totalizando 90% dos alunos. Souza (2014) encontrou maior comportamento de risco nos alunos do primeiro ao quarto semestres.

Em contrapartida, Pontes (2012) e Korinth et al. (2009) não encontraram diferenças estatísticas significativas nos percentuais de ortorexia entre os diferentes período de curso, já que o público de ambos os estudos foram estudantes do curso de nutrição. Também concluíram que os alunos de nutrição vão adquirindo hábitos de alimentação menos restritivos ao longo do curso, diminuindo o risco de desenvolver comportamentos obsessivos no que diz respeito ao que comem.

Quanto ao estado civil, as alunas se distribuem da seguinte maneira: 21 são casadas, três são divorciadas, 174 são solteiras e duas vivem uma união estável. Relacionando a quantidade de participantes e comportamento de risco, as solteiras e as casadas apresentaram praticamente a mesma porcentagem, aproximadamente 76%. A Tabela 6 apresenta o comportamento de risco de cada estado civil.

Tabela 6: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o estado civil.

Estado Civil	Comportamento de risco	
	n	%
Casado	16	8
Divorciado	3	1,5
Solteiro	133	66,5
União Estável	1	0,5
Total	153	76,5

Fonte: Própria Autora, 2017.

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

Já no estudo de Donini et al. (2004) a maioria dos ortorexos eram casados, com 66,7% da população estudada, seguido dos viúvos com 40%, os divorciados com 19,7% e os solteiros com 14,2%.

O parâmetro de estado civil é bastante relevante para esta pesquisa pois leva em consideração o convívio social dos participantes. Normalmente as pessoas casadas apresentam uma rotina alimentar mais equilibrada por compartilhar o convívio com pelo menos mais uma pessoa. Já os solteiros, principalmente estudantes, acabam não tendo uma rotina alimentar tão bem definida, e quando há o surgimento da ortorexia nervosa é mais fácil o “isolamento alimentar”, uma das características da ON. O surgimento de mais estudos relacionando esses parâmetros será fundamental para se criar um perfil epidemiológico baseado na influência imposta pelo estado civil.

Ao avaliar o estado nutricional das alunas participantes, o resultado foi que 29 estavam abaixo do peso, 129 estavam com peso normal, 33 estavam na faixa de pré-obeso, cinco estavam com obesidade de grau I e quatro com obesidade de grau II. No presente estudo não

foi encontrada nenhuma participante com obesidade de grau III. Relacionando o índice de massa corpórea (IMC) com o comportamento de risco, observamos que 23 das alunas abaixo do peso apresentam comportamento de risco, 100 com peso normal, 26 pré-obesas, três com obesidade de grau I e uma com obesidade de grau II. A Tabela 7 ilustra esses dados.

Tabela 7: Distribuição das alunas com comportamento de risco de acordo com o estado nutricional.

IMC	Comportamento de risco	
	n	%
Baixo peso	23	11,5
Peso normal	100	50
Pré-obeso	26	13
Obeso I	3	1,5
Obeso II	1	0,5
Total	153	76,5

Fonte: Própria Autora, 2017.

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

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

Em contrapartida, outros estudos não encontram associação entre o estado nutricional e o comportamento de risco (BO et al., 2014; DONINI et al., 2004; SOUZA; RODRIGUES, 2014).

Pontes (2012) também não encontrou correlação entre IMC e ortorexia, diferente do que acontece com os demais distúrbios alimentares, como anorexia e bulimia. Arusoglu et al.

(2008), apesar de não encontrar significância estatística, observou alto IMC e sintomas obsessivos-compulsivos predizem a tendências ortoréxicas.

Como a ortorexia trata-se de um quadro obsessivo-compulsivo, onde se busca uma alimentação extremamente saudável e a base de alimentos “puros”, as pessoas acabam excluindo certos grupos de alimentos da dieta, como carnes, laticínios, gorduras e carboidratos, além dos alimentos que contém corantes artificiais, resíduos de produtos agrotóxicos e outros componentes (BARTINA, 2007).

Ao desenvolver esse distúrbio, a pessoa acaba por apresentar carências nutricionais como a falta de vitaminas e minerais, carência de ferro, falta de cálcio e vitamina B12, podendo se agravar para casos de anemia, osteoporose e hipovitaminose. Além de também gerar certa exclusão social, já que os indivíduos ortoréxicos evitam realizar suas refeições na companhia de outras pessoas (LUNA; BELMONTE, 2016; PONTES, 2012).

O desconhecimento de tal comportamento por boa parte dos profissionais de saúde e principalmente por parte da população associado às práticas secretas dificultam bastante o diagnóstico de ortorexia nervosa. Por isso a importância de novos estudos para difundir conhecimentos sobre a temática (BOSI et al., 2006; LOPES; KIRSTEN, 2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ortorexia nervosa é um comportamento obsessivo-compulsivo que diferente dos transtornos alimentares como anorexia e bulimia, ainda não foi muito estudado ao redor do mundo, e a ainda se está construindo critérios para diagnóstico e tratamento.

No presente estudo, a maioria das alunas dos cursos da área da educação da UFCG Campus Cuité (76,5%) apresentou comportamento de risco para o desenvolvimento de ortorexia. Como a maioria dos estudos realizados tem como público participante alunos do curso de nutrição, tais resultados inserem um novo grupo onde tal comportamento pode está inserido.

Na avaliação de acordo com a idade, as participantes com idade ente 17 e 27 anos apresentaram maior comportamento de risco para ortorexia. Esse resultado é semelhante a outros estudos que utilizaram a idade como parâmetro de avaliação.

Quando o parâmetro analisado foi o curso em que estavam matriculadas, as alunas de Química apresentaram maior significância estatística para comportamento de risco, mesmo não sendo o curso com a maior quantidade de alunas matriculadas. Em relação ao curso, só foram encontrados estudos com alunos de medicina, educação física e principalmente nutrição, por isso, os dados obtidos no presente trabalho sugere a inserção de um novo grupo de análise, necessitando mais estudos com estudantes de tais cursos para um maior aprofundamento.

Ao se analisar o estado nutricional, através do IMC, é possível observar que as participantes de peso normal e pré-obesas apresentaram maior comportamento de risco, o que pode ser explicado pelo fato de que a pessoa com comportamento ortoréxico não tem foco principal no peso, mas sim na origem dos alimentos que consomem. Esse parâmetro apresentou grande divergência entre outros estudos, já que alguns acreditam na sua significância estatística, enquanto outros determinam que não há significância. Portanto, são necessários mais estudos para se determinar uma unanimidade.

O desenvolvimento do ORTO-15 como ferramenta para diagnosticar a ortorexia nervosa foi de grande importância, mas é necessária uma padronização na utilização do mesmo e maior disseminação sobre o tema entre profissionais de saúde e população em geral.

No tocante ao público estudado, é fundamental a realização de mais estudos em todas as regiões do país e ao redor do mundo para que se tenham dados mais abrangentes e seja possível criar um perfil epidemiológico.

Diante disso, é de suma importância a realização de mais estudos sobre o tema, com maior diversidade de público alvo, principalmente no momento em que vivemos, onde há grande influência da mídia para a busca da alimentação saudável. O aumento de estudos sobre a ortorexia nervosa trará maior disseminação do assunto à população, além de ajudar no desenvolvimento de diagnóstico e tratamentos eficazes, além de medidas de prevenção.

7. REFERÊNCIAS

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

ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. **Psicologia da USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 197-216, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100010&script=sci_arttext>.

Acesso em: 17 de agosto de 2016.

AKSOYDAN, E.; CAMCI, N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. **Eat Weight Disord.** Mar;14(1):33-7. 2009.

ALVARENGA, M. S.; MARTINS, M. C.; SATO, K. S.; VARGAS, S. V.; PHILIPPI, S. T.; SCAGLIUSI, F.B. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. **Eat Weight Disord.** Mar;17(1):29-35. 2012.

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

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

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

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

ARUSOĞLU, G.; KABAKÇI, E.; KÖKSAL, G.; MERDOL, T.K. Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. **Turk Psikiyatri Derg.** Fall;19(3):283-91. 2008.

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

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

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

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

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

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

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

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

BOSI, M. L.; LUIZ, R.R.; MORGADO, C. M.; COSTA, M.L.; CARVALHO, R. J. Auto percepção da imagem corporal entre estudantes de Nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **J Bras Psiquiatria**. 55(2):108-13. 2006.

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

BRATMAN S. Orthorexia nervosa: the health food eating disorder. New York: Broadway Books. 2002.

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

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

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

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

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

COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Types of epidemiologic studies: basic concepts and uses in the area of aging. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

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

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

DONINI, L. M. et al. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. **Eat Weight Disord.**; 10 (2): 28-32. 2005.

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

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

GARCIA, C. A.; CASTRO, T. G.; SOARES, R. M. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de Nutrição de uma universidade pública de Porto Alegre – RS. **Revista HCPA**. 30(3):219-224. 2010.

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

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

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

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

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

KORINTH, A.; SCHIESS, S.; WESTENHOEFER, J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. **Public Health Nutr**. Jan;13(1):32-7. 2009.

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

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

- MATHIEU, J. What is orthorexia? **J. Am. Diet Assoc.**; 105 (10): 1510-12. 2005.
- MARTINS, M. C. T.; ALVARENGA, M. S.; VARGAS, S. V. A.; SATO, K. S. C. J.; SCAGLIUSI, F.B. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. **Revista Nutrição**. 24 (2):345-57. 2011.
- MUNSCH, S. Study protocol: psychological and physiological consequences of exposure to mass media in young women - an experimental cross-sectional and longitudinal study and the role of moderators. **BMC Psychol.**; 20;2 (1):37. 2014.
- NASSAU, B. O. P. Prevalência de ortorexia nervosa em estudantes de nutrição da Universidade Católica de Brasília. 2012. 27 f. Universidade Católica de Brasília, Brasília. 2012.
- NUNES, C. B.; GUIMARÃES, W. A. **Alterações do comportamento alimentar na adolescência: Anorexia, Bulimia e Obesidade**. 2009. 49 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares. 2009.
- O'REARDON, J. P.; PESHEK, A.; ALLISON, K. C. Night Eating Syndrome Diagnosis, Epidemiology and Management. **CNS Drugs**, v. 19, n.12, p. 997-1008. 2005.
- PONTES, J. B. **Ortorexia em estudantes de nutrição: a hipercorreção incorporada ao habitus profissional**. 2012. 73 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2012.
- QUAIOTI, T. C. B.; ALMEIDA, S. S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 193-211. 2006.
- RAMACCIOTTI, C. E.; PERRONE, P.; COLI, E.; BURGALASSI, A.; CONVERSANO, C.; MASSIMETTI, G.; et al. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). **Eat Weight Disord**. Jun;16(2):e127-30. 2010.

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

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

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

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

VASQUES, Fátima; MARTINS, Fernanda Celeste; AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, vol. 31, n. 4, p. 195-198. 2004.

VITAL, A. N. S.; SILVA, A. B. A.; SILVA, E. I. G.; MESSIAS, C. M. B. O. Risco para desenvolvimento de ortorexia nervosa e o comportamento alimentar de estudantes universitários. **Revista Saúde e Pesquisa**. v. 10, n. 1, p. 83-89.jan/abr. 2017.

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

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

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

ANEXOS

E

APÊNDICES

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

QUESTIONÁRIO ORTO - 15- AUTO-PREENCHIDO

Data: ___/___/___ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ Curso: _____ Período: _____

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

(ÁREA RESTRITA A PESQUISADORA – ALUNA)***

Marcar com um X a alternativa que melhor corresponde ao seu comportamento em relação à comida	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Nunca
1. Você fica atento(a) às calorias dos alimentos quando come?				
2. Quando você vai a um mercado de alimentos, se sente confuso(a) a respeito do que deve comprar?				
3. Nos últimos três meses, pensar sobre sua alimentação tem sido uma preocupação?				
4. As suas escolhas alimentares são determinadas pela preocupação com seu estado de saúde?				
5. O sabor é a qualidade mais importante que você leva em consideração ao escolher um alimento?				
6. Normalmente, você se dispõe a pagar mais por alimentos saudáveis?				
7. A preocupação com alimentação saudável toma mais de três horas do seu dia?				
8. Você se permite alguma quebra da sua rotina alimentar?				
9. Para você, o seu humor influencia o seu comportamento alimentar?				
10. Você acredita que a convicção de se alimentar saudavelmente aumenta sua autoestima?				
11. Você acha que o consumo de alimentos saudáveis modifica seu estilo de vida (ida a restaurantes, amigos...)?				

12. Você acredita que consumir alimentos saudáveis pode melhorar o seu aspecto físico?				
13. Sente-se culpado(a) quando sai da sua rotina alimentar?				
14. Você pensa que no mercado existem alimentos não saudáveis?				
15. Ultimamente, você costuma estar sozinho(a) quando se alimenta?				

Escala de respostas				
Questões agrupadas por tipo	<i>Sempre</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Nunca</i>
nº 2, 5, 8, 9	4 ptos	3 ptos	2 ptos	1 pto
nº 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15	1 ptos	2 ptos	3 ptos	4 ptos
nº 1, 13	2 ptos	4 ptos	3 ptos	1 pto

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

A aluna do Curso de Farmácia Anelise Pinheiro Cândido da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - *Campus* Cuité - PB, e a Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes desta mesma instituição, estão fazendo uma pesquisa sobre o comportamento de risco para desenvolvimento de Ortorexia Nervosa em estudantes do sexo feminino da Área de Educação (Biologia, Química, Matemática e Física) do Centro de Educação e Saúde (CES) da Universidade Federal de Campina Grande - Campus de Cuité – PB.

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

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

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

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

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

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

Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora (aluna do Curso de Farmácia). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

As pesquisadoras (aluna e a professora) estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

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

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contado com o pesquisador e sua responsável:

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

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

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

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes
Celular [REDACTED]

Assinatura da Pesquisadora
Anelise Pinheiro Cândido
Celular [REDACTED]

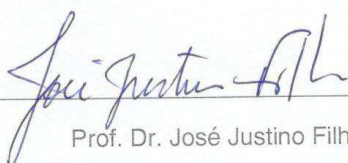
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO CES



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

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

Cuité, 06 de dezembro de 2016.



Prof. Dr. José Justino Filho

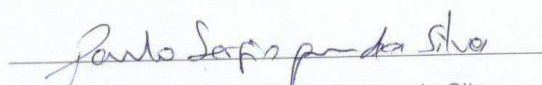
APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA COORDENAÇÃO DE UNIDADE DA BIOLOGIA E QUÍMICA



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

Eu, **Paulo Sérgio Gomes da Silva** coordenador da unidade de Biologia e Química da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento das pesquisas intituladas: **-2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO (CURSO DE BIOLOGIA E QUÍMICA) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB** e **3. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB**, das alunas de Farmácia **“alunas a serem selecionadas para o projeto”** que serão realizadas com alunas matriculadas (Biologia e Química) e os docentes na referida instituição no período de **março de 2017 a junho de 2018**, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 01 de dezembro de 2016.


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

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



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

Eu, **Fábio Ferreira de Medeiros** coordenador da unidade de Física e Matemática da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento das pesquisas intituladas: – 2. **PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO (FÍSICA E MATEMÁTICA) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB** e 3. **PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CES – CAMPUS DE CUITÉ – PB**, das alunas de Farmácia “**alunas a serem selecionadas para o projeto**” que serão realizadas com alunas matriculadas (Curso de Física e Matemática) e os docentes na referida instituição no período de **março de 2017 a junho de 2018**, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 05 de dezembro de 2016.

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Fábio Ferreira de Medeiros".

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



APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Cuité, 01 de dezembro de 2016.

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, professora adjunta III e atualmente coordenadora do Curso de Bacharelado em Farmácia da UFCA *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape1841279**. Que sou a professora responsável pelos Projetos de Pesquisas:

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

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

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

APÊNDICE F - DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Cuité, 01 de dezembro de 2016.

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, professora adjunta III e atualmente coordenadora do curso de Bacharelado em Farmácia da UFCA *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape1841279**. Que irei encaminhar os resultados das pesquisas para publicação, com os devidos créditos aos autores. E que só levarei para congressos e publicarei em revista científica após o parecer **Positivo** do Comitê.


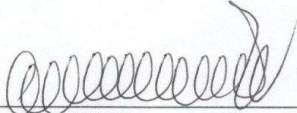

Prof.ª. Dr.ª Maria Emília da Silva Menezes
Matrícula SIAPE 1841279-1

APÊNDICE G - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



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

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

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

APÊNDICE H – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES

Versão: 1

CAAE: 64353016.3.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 007067/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto.PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÉ - PB, foi recebido para análise ética no CEP UFCG - Centro de Formação de Professores - Campus de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande em 03/02/2017 às 09:54.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

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

APÊNDICE I – APROVAÇÃO DO PROJETO

Plataforma Brasil

← → C Não seguro https://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf

Saúde
Ministério da Saúde

Plataforma Brasil

principal sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES - Pesquisador | V3.0

Cadastros Sua sessão expira em: 30min 54

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: 1. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOUSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÊ - PB. 2. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOUSA EM ESTUDANTES DE CURSOS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÊ - PB. 3. PREVALÊNCIA DE ORTOREXIA NERVOUSA EM PROFESSORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CES - CAMPUS DE CUITÊ - PB.

Pesquisador Responsável: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64353016.3.0000.5575


Submetido em: 19/12/2016


Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Receção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_842650

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - Projeto Original (PO) - Versão 1
 - Documentos do Projeto
 - Comprovante de Receção - Submissã
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Subm

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