

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
CAMPUS ITAQUI  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Franciele Fernandes da Cruz

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO  
**COMPULSÃO ALIMENTAR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM  
EXCESSO DE PESO ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE  
EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Itaqui, RS

2014.

Franciele Fernandes da Cruz

COMPULSÃO ALIMENTAR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM  
EXCESSO DE PESO ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM  
UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso  
(TCC) apresentado à disciplina de  
Trabalho de Conclusão de Curso  
como requisito parcial para obtenção  
do grau de **Bacharel em Nutrição**.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Karina Sanches Machado d'Almeida

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Anne y Castro Marques

Itaqui, RS

2014

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos  
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do  
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

C957c Cruz, Franciele Fernandes da  
Compulsão Alimentar e Qualidade de Vida de  
Pacientes com Excesso de Peso atendidos nas Unidades  
Básicas de Saúde em um Município do Sul do Brasil /  
Franciele Fernandes da Cruz.  
39 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Pampa, BACHARELADO EM  
NUTRIÇÃO, 2014.

"Orientação: Karina Sanches Machado d'Almeida".

1. Comportamento alimentar. 2. Obesidade. 3.  
Avaliação nutricional . 4. Qualidade de vida. I.  
Título.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder uma vida repleta de vitórias e bênçãos.

À minha mãe Sirlei Fernandes, por sua amizade e incentivo a busca do saber, a meu pai Otelo da Cruz, por seu carinho e incentivo ao meu crescimento, e ao amor incondicional e esforço incalculável dos dois que sempre lutaram para me proporcionar o melhor.

Ao meu marido Thiago Escobar, por sua compreensão, amizade e auxílio para continuar estudando.

Às colegas Taynara Kulmann, Ivana Castilhos, Emanoeli Rosa e Nithiéli Marques por terem colaborado no desenvolvimento do presente trabalho, obrigada pelo coleguismo de todas, em especial a Taynara por compartilharmos as mesmas dificuldades no desenvolvimento de nossos TCCs.

À professora Karina d'Almeida por sua orientação competente, empenho e paciência para que este trabalho fosse realizado com êxito.

À professora Anne Marques por suas orientações e enriquecimento ao trabalho.

E em especial a todos os participantes da pesquisa que se dispuseram a fornecer seu tempo para a pesquisa ser executada com sucesso.

**COMPULSÃO ALIMENTAR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM  
EXCESSO DE PESO ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UM  
MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

**BINGE EATING AND QUALITY OF LIFE IN OVERWEIGHT PATIENTS ASSISTED IN  
HEALTHCARE UNITS IN SOUTHERN BRAZIL**

**Comportamento alimentar no sul do Brasil**

**Dietary behavior in southern Brazil**

Franciele Fernandes da Cruz<sup>1</sup>

Anne y Castro Marques<sup>2</sup>

Karina Sanches Machado d'Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica de curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa, Campus Itaqui.

<sup>2</sup> Professora do curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa, Campus Itaqui.

FFC, ACM e KSMD desenharam a pesquisa. FFC e KSMD conduziram a pesquisa e analisaram os dados. FFC, ACM e KSMD escreveram o artigo e todos os autores aprovaram a versão final. Os mesmos relatam não haver conflito de interesse.

**Autor correspondente:** Karina Sanches Machado d'Almeida.

Universidade Federal do Pampa. Rua Luiz Joaquim de Sá Britto, s/n, bairro Promorar, CEP: 97650-000, Itaqui, RS, Brasil.

E-mail: karinasmdalmeida@unipampa.edu.br

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a propensão de compulsão alimentar e qualidade de vida de indivíduos com excesso de peso atendidos nas unidades básicas de saúde de um município do sul do Brasil.

**Métodos:** Neste estudo transversal, foram incluídos 41 pacientes maiores de 20 anos, de ambos os sexos. Dados sociodemográficos e hábitos de vida foram coletados por meio de questionário. Foram aferidos peso e estatura, e calculado o índice de massa corporal. A propensão de transtorno de compulsão alimentar periódica foi avaliada por escala específica. Foi aplicado um recordatório alimentar de 24 horas para avaliação do consumo alimentar e a análise da adequação foi realizada conforme recomendações da Dietary Reference Intake. Para a avaliação da qualidade de vida utilizou-se o questionário SF-36.

**Resultados:** A média de idade foi de  $40,90 \pm 14,47$  anos, sendo 85,40% do sexo feminino e 82,90% apresentou obesidade. A compulsão alimentar foi identificada em 26,80% da amostra. A maioria referiu não praticar atividade física (70,0% e 81,8%,  $p=0,371$ ) e realizar as refeições em casa (90,0% e 100,0%,  $p=0,381$ ) para os grupos sem e com compulsão, respectivamente; e o consumo de bebidas alcólicas foi maior no grupo com compulsão ( $p=0,003$ ). Não foram encontradas diferenças significativas em relação à qualidade de vida, com exceção do domínio vitalidade ( $p=0,010$ ).

**Conclusão:** Os pacientes avaliados neste estudo apresentaram elevada prevalência de obesidade e hábitos de vida não saudáveis, contudo, observou-se pequena prevalência de compulsão alimentar. Com relação à qualidade de vida, o domínio vitalidade apresentou escores menores para o grupo com compulsão.

**Termos de indexação:** Comportamento alimentar, Obesidade, Avaliação Nutricional, Qualidade de Vida.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To identify the propensity to binge eating and quality of life of overweight individuals assisted in healthcare units in a city in southern Brazil.

**Methods:** In this cross-sectional study, 41 patients aged over 20 years of both sexes were included. Sociodemographic data and lifestyle habits were collected through a questionnaire. Weight and height were measured, and the body mass index was calculated. The propensity for binge eating disorder was assessed by specific scale. A 24 hours food recall was performed to assess dietary intake and the adequacy of food intake was assessed according to the recommendations of the Dietary Reference Intake. For the assessment of quality of life was used the SF-36 questionnaire.

**Results:** The mean age of the population was  $40,90 \pm 14,47$  years, predominantly female (85.4%) and 82.90% was obese. Binge eating was identified in 26.80% of the sample. The majority reported no regular physical activity (70.0% and 81.8%,  $p = 0.371$ ) and eat meals at home (90.0% and 100.0%,  $p = 0.381$ ) for the groups without and with binge eating, respectively; and alcohol consumption was higher in the group with binge eating ( $p=0.003$ ). No significant differences were found in relation to quality of life, except for the vitality domain ( $p = 0.010$ ).

**Conclusion:** The patients in this study showed high prevalence of obesity and unhealthy living habits, despite the low prevalence of binge eating. Regarding quality of life, vitality domain showed lower scores for the group with binge eating.

**Indexing terms:** Feeding Behavior, Obesity, Nutrition Assessment, Quality of Life.

## INTRODUÇÃO

A obesidade possui elevada prevalência mundial, atingindo cerca de 10% da população adulta. A estimativa é de que em 2025 o número de pessoas obesas chegue a 300 milhões<sup>1</sup>. No Brasil, a obesidade já se caracteriza como um problema de saúde pública<sup>2</sup>, sendo mais prevalente nas regiões sudeste (9,8%), sul (9,7%) e centro oeste (8,4%). De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares<sup>3</sup> referente a 2008-2009, observou-se um aumento contínuo de excesso de peso e obesidade. Mais recentemente, dados da pesquisa Vigitel indicam que 17,4% da população adulta do país apresenta obesidade<sup>4</sup>.

Durante muito tempo, mesmo entre a comunidade científica, a obesidade foi vista como um desleixo por parte do indivíduo obeso, e sua conduta diante de seu peso era alvo de críticas. Contudo, devido a vários estudos realizados nas últimas décadas, atualmente se sabe que a obesidade é uma doença crônica de etiologia multifatorial, na qual se inclui fatores genético-biológicos, endócrinos e ambientais ainda não totalmente esclarecidos<sup>5</sup>. Neste cenário, a obesidade pode ser desencadeada pelas práticas alimentares atuais que se definem como inadequadas decorrentes do maior consumo de refeições fora de casa, aumento do consumo de bebidas açucaradas, consumo de grandes porções de alimentos e aumento da frequência das refeições<sup>6</sup>, além da redução da atividade física e da maior disponibilidade de alimentos devido ao decréscimo da composição familiar<sup>7</sup>.

A condição física, cada vez mais, é associada ao sucesso em várias esferas da vida, sendo também amplamente direcionada ao bom estado de saúde na área médica. Isso se deve à frequente exposição do corpo nos meios de multimídia, relacionando a magreza como padrão de forma física saudável e satisfação pessoal. Porém, para alcançar estes objetivos, muitas pessoas acabam expondo-se a restrições alimentares extremas e a episódios de compulsão alimentar que podem desencadear problemas psicológicos como os transtornos alimentares<sup>8</sup>.

Considerando a influência do comportamento alimentar e dos hábitos de vida na etiologia da obesidade, seu impacto na qualidade de vida, e a carência de estudos que avaliem tais fatores, esta pesquisa teve por objetivo identificar a propensão de compulsão alimentar e qualidade de vida em indivíduos com excesso de peso atendidos nas unidades básicas de saúde (UBSs) de um município do sul do Brasil.



## MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado com indivíduos cadastrados nas quatro unidades básicas de saúde (UBSs) com estratégia de saúde da família e centro de saúde do município de Itaqui - RS. Foram incluídos na pesquisa indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 20 anos e alfabetizados, que procurassem o serviço para atendimento de saúde, que não apresentassem diagnóstico de transtorno alimentar já identificado no momento da coleta e que concordassem em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos da pesquisa pacientes com doenças clínicas que poderiam ter um impacto sobre o comportamento alimentar ou peso, e/ou uso de medicamentos que pudessem alterar o funcionamento cognitivo e/ou o apetite. A coleta de dados foi realizada durante os meses de junho e julho de 2014, por acadêmicas do curso de Nutrição, previamente treinadas, sob orientação de um docente do curso.

Dados sociodemográficos referentes a idade, sexo, estado civil, escolaridade e etnia foram coletados por meio de um questionário elaborado pelos pesquisadores. O diagnóstico de hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia e doenças cardiovasculares (DCV) foi auto relatado pelos participantes da pesquisa.

Foram realizadas as medidas antropométricas de peso e estatura, para posterior determinação do estado nutricional. Para a aferição do peso foi utilizada balança de escala mecânica (Filizola®) ou balança digital portátil (Tanita®); na qual o indivíduo deveria estar descalço e com o mínimo de roupas possível. A estatura foi aferida com um estadiômetro padrão ou fita métrica inelástica fixada a uma parede plana e sem rodapé e com o indivíduo posicionado de costas para o estadiômetro, descalço, com os braços estendidos ao longo do corpo, calcanhares juntos, cabeça ereta e com os olhos no plano de Frankfurt<sup>9</sup>. O estado nutricional foi definido com base no índice de massa corporal (IMC), calculado como peso/altura ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) e classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>10</sup>.

A avaliação de propensão a episódios de compulsão alimentar periódica (TCAP) foi realizada por meio da aplicação da Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)<sup>11</sup>. A ECAP (ANEXO 1) se constitui em um questionário de autopreenchimento, traduzido e validado para o português, contendo 16 questões.

Foram coletados, por meio de questionário elaborado pelos pesquisadores, dados relacionados aos hábitos de vida (prática de atividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, local das principais refeições e consumo de *fast food*); e os dados referentes ao consumo alimentar foram coletados por meio da aplicação de um recordatório alimentar de 24 horas. Neste método, o entrevistado relata todo o

consumo alimentar do dia anterior ou nas últimas 24h, quantificando, em medidas caseiras, todos os alimentos e bebidas ingeridos<sup>12</sup>. O consumo de macronutrientes foi analisado no programa para cálculo de dietas ADsNutri<sup>13</sup> e a adequação foi realizada conforme parâmetros propostos pela Dietary Reference Intake (DRIS)<sup>14</sup>.

A qualidade de vida foi avaliada pelo questionário SF-36<sup>15</sup> (ANEXO 2). O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e há um ano<sup>16</sup>. Após a pontuação de cada questão, para avaliação de cada domínios, os valores são transformados numa escala de 0 a 100, na qual zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor, sendo analisada cada dimensão em separado<sup>17</sup>.

As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas como média  $\pm$  DP e as com distribuição assimétrica, mediana e intervalo interquartil; e variáveis categóricas foram expressas como número e percentual. Para a comparação entre os grupos foi utilizado teste t de Student para as variáveis com distribuição normal e teste de Mann-Whitney para aquelas com distribuição assimétrica. Para relação e associação de variáveis categóricas foi utilizado teste  $\chi^2$  ou teste exato de Fischer. O nível de significância adotado foi de 5% e os dados foram analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0.

O presente projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unipampa.

## RESULTADOS

Neste estudo foram avaliados 41 pacientes. As características sociodemográficas, clínicas e antropométricas são apresentadas na Tabela 1. A média de idade foi de  $40,90 \pm 14,47$  anos e a maioria dos pacientes era do sexo feminino, casadas, de etnia branca e com ensino fundamental incompleto. Com relação a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), observou-se que a maioria da população estudada referiu apresentar uma ou mais das doenças presentes no questionário.

Em relação às variáveis antropométricas, os pacientes apresentaram média de peso de  $85,84 \pm 11,85$  kg. A média de IMC foi de  $33,38 \pm 4,54$  kg/m<sup>2</sup>, e 82,90% apresentavam valores de IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, classificando-se com obesidade conforme os critérios da OMS<sup>10</sup>.

A presença de transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) foi identificada em 26,80% (n=13) da amostra. Ao avaliar a correlação entre pacientes classificados ou não com TCAP e a presença de DCNTs e IMC maior que 30 kg/m<sup>2</sup>, não foram encontradas correlações significativas.

Os hábitos de vida relacionados ao excesso de peso, para os grupos sem e com TCAP, são apresentados na Tabela 2. Observou-se que a maioria dos pacientes de ambos os grupos relata não praticar atividade física, não ser tabagista e realizar as refeições em casa. A respeito do consumo de bebidas alcólicas, observou-se maior prevalência no grupo classificado com TCAP e o consumo de *fast food* é similar entre os grupos.

A Figura 1 mostra a adequação de consumo de macronutrientes para indivíduos sem e com TCAP. Observou-se que a maioria dos indivíduos avaliados apresenta ingestão adequada de macronutrientes conforme as recomendações das DRIS<sup>14</sup>. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos.

Em relação aos fatores envolvidos com a qualidade de vida dos entrevistados, o domínio limitação por aspectos emocionais foi o que apresentou melhor resultado entre os pacientes sem TCAP, enquanto que, para o grupo com TCAP, foi capacidade funcional. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, com exceção do domínio vitalidade, que apresentou escores maiores para o grupo sem TCAP ( $p=0,010$ ) (Tabela 3). Ao comparar a qualidade de vida entre os obesos e não obesos não foram encontradas diferenças significativas.

## DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos foi possível traçar um perfil sociodemográfico, clínico e antropométrico, além da propensão de compulsão alimentar e avaliação da qualidade de vida de pacientes com excesso de peso da cidade de Itaqui-RS.

Observou-se uma prevalência de pacientes do sexo feminino, com média de idade de 41 anos, de etnia branca, casadas, e com grau de escolaridade de ensino fundamental incompleto. Os dados encontrados neste estudo assemelham-se aos dados disponíveis na literatura. Em um estudo realizado na cidade de Montes Claros (MG), que procurou avaliar a relação entre qualidade de vida e DCNTs, tais como o excesso de peso, observou prevalência de 74% dos entrevistados do sexo feminino, média de idade de 43 anos, 56,50% eram casadas e 86% apresentavam grau de escolaridade inferior a 11 anos<sup>18</sup>.

As DCNTs foram referidas por grande parte dos entrevistados. Estudos demonstram uma correlação entre a obesidade e as demais comorbidades, afirmando que quanto maior o valor do IMC, maior a prevalência de DCNTs<sup>19</sup>. Neste estudo, não

foi encontrada correlação significativa entre DCNTs e excesso de peso. Esses achados podem estar relacionados a faixa etária estudada, ao grau de instrução apresentado pela população, além do estilo e hábitos de vida, que podem estar relacionados ao desenvolvimento de DCNTs, independentemente do excesso de peso. Além disso, a obesidade foi prevalente na maioria dos entrevistados, refletindo o demonstrado pelo Programa de Orçamentos Familiares<sup>20</sup> (POF 2002-2003), que apresenta o aumento crescente da ocorrência do excesso de peso e obesidade na população desde o ano 1974.

Na atual pesquisa, 26,80% dos entrevistados foram classificados com TCAP. A prevalência de compulsão alimentar se encontra dentro da média encontrada em estudos realizados no país<sup>21,22</sup>, que identificaram prevalência de transtornos entre 15% e 56% em pacientes que procuraram tratamento para perda de peso. Observa-se na literatura que a prevalência de compulsão alimentar varia de 20 a 50% entre obesos que participam de programas de redução de peso<sup>23,24</sup>. Em nosso estudo, contudo, não foi encontrada correlação significativa entre valores de IMC maiores que 30 kg/m<sup>2</sup> e a presença de TCAP.

Uma das variáveis que tem influência tanto na presença da obesidade quanto no transtorno de compulsão alimentar é o sedentarismo, comportamento bastante comum no que se refere ao estilo de vida atual. A maioria dos brasileiros não pratica atividade física<sup>25</sup>. Em estudo realizado na região sul do Brasil, observou-se que apenas 32% da população realiza atividade física regular<sup>26</sup>. No presente estudo, pode-se identificar que 70% dos pacientes sem TCAP e 81,80% dos pacientes com TCAP não praticam nenhum tipo de atividade física, corroborando com os dados já publicados. Além disso, evidências sugerem que o sedentarismo está associado ao hábito de alimentar-se frequentemente<sup>27</sup>.

Ainda em relação aos hábitos de vida não houve diferença significativa entre os grupos no que se refere ao tabagismo, local das principais refeições e hábito de realizar as refeições assistindo televisão. Entretanto, na pesquisa nacional Vigitel 2012 observou-se que a frequência de fumantes foi de 12,1% na população das 27 cidades estudadas<sup>4</sup>, valor semelhante ao encontrado na presente pesquisa.

Os hábitos relacionados à obesidade como comer fora de casa, a preferência por alimentos industrializados e de alto valor energético associam-se ao estilo de vida moderno. Esses fatores relacionam-se também com um menor gasto energético, em que até as atividades domésticas e de deslocamento estão cada vez mais escassas devido às facilidades que a vida moderna proporciona<sup>28</sup>.

O consumo de álcool teve maior prevalência no grupo classificado com TCAP. A presença de transtornos alimentares tem estreita ligação ao maior consumo de

álcool, havendo como fatores associados a falta de auto controle e vínculos afetivos, além de comorbidades associadas, como a ansiedade e depressão<sup>29,30</sup>. Além disso, observa-se que pessoas em abstinência do álcool tem preferência por alimentos de alto valor calórico, como aqueles ricos em carboidratos<sup>31</sup>.

Sobre o consumo de *fast food*, no presente estudo observou-se que, no grupo classificado com TCAP, foi relatado maior consumo semanal. Outros estudos também apontam que a população cada vez mais está substituindo as principais refeições por lanches rápidos<sup>32,33</sup>. Nobre *et al.*<sup>34</sup> afirmam que a maior ingestão de alimentos ricos em gordura estimula a ingestão de um maior volume de alimentos para suprir o estoque de glicogênio, em consequência disso há um consumo crônico de calorias que pode levar à obesidade.

Ao que diz respeito aos macronutrientes, o consumo apresentado nesta amostra está adequado segundo os valores propostos pelas DRIs<sup>14</sup>. Estes valores assemelham-se aos identificados em outros estudos que avaliaram o consumo alimentar em pacientes com excesso de peso, sendo possível observar que houve maior consumo energético proveniente dos carboidratos na maioria dos participantes<sup>35</sup>. Porém, um estudo realizado na população de São Paulo observou que o consumo de carboidratos foi abaixo do preconizado, e o de lipídios ultrapassou os valores máximos<sup>36</sup>. Os valores encontrados no presente estudo, contudo, podem ter sido subestimados, uma vez que grande parcela da ingestão calórica pode estar oculta aos relatos, devido à dificuldade em quantificar o volume energético ingerido, sendo que aproximadamente 70% dos pacientes obesos informam valores fisiologicamente improváveis de energia ingerida<sup>37</sup>.

Ao avaliar a qualidade de vida dos participantes, foi encontrado menor escore no domínio vitalidade para o grupo com TCAP. Estes dados assemelham-se aos encontrados por Oliveira-Campos *et al.*<sup>18</sup>, que observaram melhor qualidade de vida em pacientes não obesos. Já em Sinzato *et al.*, o componente estado geral de saúde foi o único domínio que apresentou maior diferença entre obesos e não obesos, concordando que a obesidade está associada à existência de outras doenças<sup>38</sup>. Os resultados encontrados se justificam em razão da amostra estudada ser predominantemente obesa (82,9%) e das possíveis dificuldades na mobilidade física, que podem ter interferido na qualidade de vida.

## **CONCLUSÃO**

Os pacientes avaliados neste estudo apresentaram elevada prevalência de obesidade e hábitos de vida não saudáveis, como o consumo de *fast food*, o consumo de bebida alcóolica e o sedentarismo; contudo, observou-se pequena prevalência de

compulsão alimentar. Com relação à qualidade de vida, o domínio vitalidade apresentou escores menores para o grupo com TCAP.

Os prejuízos causados pela obesidade ultrapassam aos de estado físico, tendo impacto nos hábitos alimentares e qualidade de vida. Estudos que identifiquem não só a qualidade e quantidade de alimentos ingeridos, mas principalmente os motivos que levam as pessoas a realizar suas escolhas alimentares e sua conduta diante do ato de alimentar-se, tornam-se necessários, a fim de que se possam promover estratégias de educação e tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leão ALM, Santos LC. Consumo de micronutrientes e excesso de peso: existe relação? *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15(1): 85-95. doi: 10.1590/S1415-790X2012000100008.
2. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(4): 2279-87. doi: 10.1590/S1413-81232011000400027.
3. Brasil. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.
4. Brasil. *Vigitel 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. Perusse L. Obesidade: determinantes genéticos, ambientais e clínicos. *Nutrição em Pauta.* 2002; 56: 4-11.
6. Enes CC, Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13(1): 163-71. doi: 10.1590/S1415-790X2010000100015.
7. Cavalcanti APR, Dias MR, Costa MJC. Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estud Psicol.* 2005; 10(1): 121-29. doi: 10.1590/S1413-294X2005000100014.
8. Nunes RM. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) [Pós – graduação] Juiz de Fora: Faculdade de Psicologia; 2012.

9. Rosa MI, Silva FML, Giroldi SB, Antunes GN, Wendland EM. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviços de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(5): 2559-66. doi: 10.1590/S1413-81232011000500026.
10. World Health Organization. WHO Technical Report Series - Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000.
11. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001 23(4): 215-20. doi: 10.1590/S1516-44462001000400008.
12. Rossi L, Caruso L, Galante AP. Avaliação Nutricional: Novas perspectivas. São Paulo: Editora Roca; 2009.
13. Software de avaliação nutricional ADS Nutri [programa de computador]. Versão 2006. Pelotas: FAU-UFPe; 2006.
14. Otten JJ, Hellwig JP, Meyers LD. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. 2006.
15. Ciconelli R. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short - Form Health Survey (SF – 36)” [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
16. Ware JE, Gandek B, and the IQOLA Project Group. The Sf-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Ment Health*, 1994; 23(2): 49-73.
17. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey. Manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center, 1993.
18. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(3): 873-82. doi: 10.1590/S1413-81232013000300033.
19. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LMV. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(supl 2): 83-9. doi: 10.1590/S0034-89102009000900011.
20. Brasil. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2004.
21. Coutinho W. Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

22. Petribu K, Ribeiro ES, Oliveira FMF, Braz CIA, Gomes MLM, Araujo DE, et al. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006; 50(5): 901-8. doi: 10.1590/S0004-27302006000500011.
23. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: A multisite field trial for the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord.* 1992; 11(3):191-203. doi: 10.1002/1098-108X(199204)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S.
24. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Binge eating disorder is associated with psychiatric comorbidity in the obese. *Am J Psych.* 1993; 150(10): 1472-9.
25. Nunomura, M. Motivos de adesão à atividade física em função das variáveis idade, sexo, grau de instrução e tempo de permanência. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 1998; 3(3): 45-58.
26. Gigante DP, Barros FC, Post CLA, Olinto MTA. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev. Saúde Publica* 1997; 31(3): 236-46. doi: 10.1590/S0034-89101997000300004.
27. Blundell JE, Gillett A. Control of food intake in the obese. *Obes Res.* 2001; 9(suppl 4): 263S-70S.
28. Wanderley EM, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Cienc Saúde Coletiva.* 2010; 15(1): 185-94. doi: 10.1590/S1413-81232010000100024.
29. Krahn DD. The relationship of eating disorders and substance abuse. *J Subst Abuse.* 1991; 3(2): 239-53.
30. Pivetta LA, Gonçalves-Silva RMV. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(2): 337-46. doi: 10.1590/S0102-311X2010000200012.
31. Toffolo MCF, Pereira IS, Silva KAL, Marlière CA, Nemer ASA. Escolha de alimentos durante a abstinência alcóolica: influência na fissura e no peso corporal. *J Bras Psiquiatr.* 2011; 60(4): 341-6. doi: 10.1590/S0047-20852011000400017.
32. Teixeira AS, Philippi ST, Leal GVS, Araki EL, Estima CCP, Guerreiro RER. Substituição de refeições por lanches em adolescentes. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30(3): 330-7. doi: 10.1590/S0103-05822012000300005.
33. Ramalho AA, Dalamaria T, Souza O. Consumo regular de frutas e hortaliças por estudantes universitários em Rio Branco, Acre, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(7): 1405-43. doi: 10.1590/S0102-311X2012000700018.



34. Nobre LN, Monteiro JBR. Determinantes dietéticos da ingestão alimentar e efeito na regulação do peso corporal. ALAN. 2003; (53)3: 243-50.
35. Viana DS, Fernandes EP, Paz LCG, Cruz MAAS. Análise da dieta habitual às recomendações nutricionais em pacientes atendidos em consultório particular. RBONE. 2007; 1(3): 55-9.
36. Simoni NK, Previdelli NA, Fisberg RM, Marchioni DML. Adequação do consumo de macronutrientes na população residente em São Paulo, Brasil Nutrire. 2013; 38(3): 233-44. doi: 10.4322/nutrire.2013.022.
37. Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Rev Nutrição. 2005; 18(1): 85-93.
38. Sinzato EET. Qualidade de vida de pessoas com obesidade leve e moderada no município de Bandeirantes [Dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2005.

## TABELAS

**Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e antropométricas dos pacientes avaliados nas Unidades Básicas de Saúde de Itaqui - RS, 2014.**

Variáveis	Média ± DP ou n (%)
<b>Sociodemográficas</b>	
Idade (anos)	40,90 ± 14,47
Sexo	
Masculino (%)	6 (14,60%)
Feminino (%)	35 (85,40%)
Estado civil (%)	
Casado	20 (48,80%)
Solteiro	13 (31,70%)
Outros	8 (19,50%)
Escolaridade (%)	
Ensino fundamental incompleto	16 (39,00%)
Ensino fundamental completo	2 (4,90%)
Ensino médio incompleto	9 (22,00%)
Ensino médio completo	12 (29,30%)
Ensino superior Incompleto	2 (4,90%)
Ensino superior completo	---
Etnia (%)	
Branca	35 (85,40%)
Parda	5 (12,12%)
Negra	1 (2,40%)
<b>Clínicas</b>	
DM (%)	16 (39,00%)
HAS (%)	27 (65,90%)
Obesidade (%)	34 (82,90%)
Hipercolesterolemia (%)	8 (19,50%)
DCV (%)	12 (29,30%)
<b>Antropométricas</b>	
Peso (Kg)	85,84 ± 11,85
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	33,38 ± 4,54

DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DCV: Doença cardiovascular.

**Tabela 2. Hábitos de vida comparados entre os pacientes classificados com ou sem transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). Itaqui – RS, 2014.**

Hábitos de vida	Sem TCAP	Com TCAP	p
Pratica atividade física			0,371
Sim	9 (30,00%)	2 (18,20%)	
Não	21 (70,00%)	9 (81,80%)	
Tabagismo			0,400
Sim	4 (13,30%)	1 (9,10%)	
Não	18 (60,00%)	9 (81,80%)	
Prévio	8 (26,70%)	1 (9,10%)	
Consumo de bebida alcóolica			0,003
Sim	6 (20,00%)	8 (72,70%)	
Não	24 (80,00%)	3 (27,30%)	
Local das principais refeições			0,381
Casa	27 (90,00%)	11 (100,00%)	
Trabalho	3 (10,00%)	---	
Realiza refeições assistindo TV			0,140
Sim	9 (30,00%)	6 (54,50%)	
Não	21 (70,00%)	5 (45,50%)	
Consumo de <i>fast food</i>			0,316
Não consome	14 (46,70%)	2 (18,20%)	
1 x por semana	5 (16,70%)	4 (36,40%)	
1x por mês	8 (26,70%)	3 (27,30%)	
2x por mês	3 (10,00%)	2 (18,20%)	

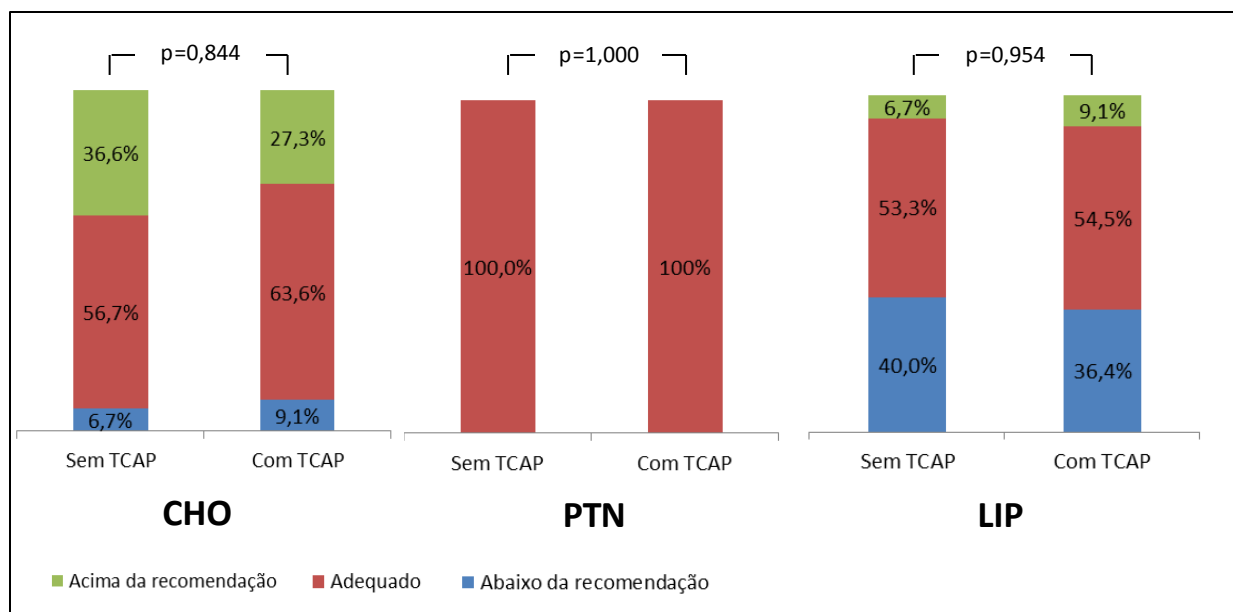
Valores expressos em n (%). Para comparação entre os grupos foi utilizado teste de  $\chi^2$  ou teste exato de *Fischer*.

**Tabela 3. Fatores físicos e emocionais relacionados à qualidade de vida entre os pacientes classificados com e sem transtorno de compulsão alimentar periódica. Itaqui – RS, 2014.**

<b>Domínio SF-36</b>	<b>Sem TCAP</b>	<b>Com TCAP</b>	<b>p</b>
Capacidade funcional	80,00 (48,75 – 95,00)	75,00 (55,00 – 90,00)	0,658
Limitação por aspectos físicos	75,00 (18,75 – 100,00)	50,00 (25,00 – 100,00)	0,479
Dor	56,07 ± 19,74	61,73 ± 14,85	0,393
Estado geral de saúde	81,00 (65,75 – 87,00)	57,00 (45,00 – 87,00)	0,262
Vitalidade	65,00 (58,75 – 70,00)	55,00 (35,00 – 65,00)	0,010
Aspectos sociais	75,00 (62,5 – 100,00)	62,50 (37,50 – 100,00)	0,392
Limitação por aspectos emocionais	100,00 (33,33 – 100,00)	66,66 (33,33 – 100,00)	0,089
Saúde mental	72,00 (62,00 – 84,00)	60,00 (40,00 – 72,00)	0,053

Valores expressos em Média ± DP ou Mediana (p25 – p75). Foi utilizado teste t de *Student* para a variável dor, para as demais utilizou-se teste de *Mann-Whitney*.

## FIGURAS



**Figura 1.** Adequação do consumo de macronutrientes para os pacientes classificados com e sem transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). CHO: carboidrato; PTN: proteína; LIP: lipídio.

## ANEXOS

## ANEXO 1

### ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA BES (*BINGE EATING SCALE*)

**Autores: Formally J, Black S, Dalton S, Cardin D. (1982).**

**Tradutores: Freitas S, Apolinário JC. (2001).**

Nome: \_\_\_\_\_

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

#### **Instruções:**

**Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e circule, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.**

# 1

1. Eu não me sinto constrangido (a) como meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
2. Eu me sinto preocupado (a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado (a) comigo mesmo (a).
3. Eu fico mesmo constrangido (a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado (a) comigo mesmo (a).
4. Eu me sinto muito constrangido (a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo (a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

# 2

1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado (a) por comer demais.
3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio (a) depois.
4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado (a) por ter comido demais.

# 3

1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

# 4

1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado (a).
2. Às vezes eu como quando estou chateado (a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado (a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado (a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

# 5

1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

# 6

1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.
2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.
3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.

# 7

1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo (a): “agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo (a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

# 8

1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado (a) depois.
2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado (a).
3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado (a).

# 9

1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de “festa” ou de “morrer de fome”.

#10

1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio (a).
2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio (a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado (a).
3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado (a) depois que faço uma refeição.



4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento#12
1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho (a).
2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado (a) com o meu comportamento alimentar.
4. Eu me sinto tão envergonhado (a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado (a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

1. Eu não penso muito sobre comida.
2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim

## ANEXO 2

### VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

Função exercida no trabalho: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo exerce essa função: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada á um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito Nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**PONTUAÇÃO: \_\_\_\_\_ /100**

## ANEXO 3

Normas de formatação - REVISTA DE NUTRIÇÃO

Qualis B1 - Fator de impacto entre 2,3999 a 1,0

### Instruções aos autores – Revista de Nutrição

#### Escopo e política

A Revista de Nutrição é um periódico especializado que publica artigos que contribuem para o estudo da Nutrição em suas diversas subáreas e interfaces. Com periodicidade bimestral, está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional.

Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da Revista de Nutrição, se os artigos forem considerados inadequados ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

#### Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de pesquisas inéditas, tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa (limite máximo de 5 mil palavras).

Especial: artigos a convite sobre temas atuais (limite máximo de 6 mil palavras).

Revisão (a convite): síntese de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa (limite máximo de 6 mil palavras). Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.

Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, cujo mote seja subsidiar o trabalho de profissionais que atuam na

área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema (limite máximo de 4 mil palavras).

Nota Científica: dados inéditos parciais de uma pesquisa em andamento (limite máximo de 4 mil palavras).

Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas (limite máximo de 5 mil palavras).

Seção Temática (a convite): seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 10 mil palavras no total).

Categoria e a área temática do artigo: Os autores devem indicar a categoria do artigo e a área temática, a saber: alimentação e ciências sociais, avaliação nutricional, bioquímica nutricional, dietética, educação nutricional, epidemiologia e estatística, micronutrientes, nutrição clínica, nutrição experimental, nutrição e geriatria, nutrição materno-infantil, nutrição em produção de refeições, políticas de alimentação e nutrição e saúde coletiva.

### **Pesquisas envolvendo seres vivos**

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos e animais devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa.

### **Registros de Ensaio Clínicos**

Artigos com resultados de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Os autores devem indicar três possíveis revisores para o manuscrito. Opcionalmente, podem indicar três revisores para os quais não gostaria que seu trabalho fosse enviado.

### **Procedimentos editoriais**

#### **Autoria**

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

### **Processo de julgamento dos manuscritos**

Todos os outros manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Instruções aos Autores. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou de outros documentos eventualmente necessários.

Recomenda-se fortemente que o(s) autor(es) busque(m) assessoria lingüística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua portuguesa e inglesa) antes de submeter(em) originais que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa "meu estudo...", ou da primeira pessoa do plural "percebemos....", pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

Originais identificados com incorreções e/ou inadequações morfológicas ou sintáticas serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação.

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a nutrição.

Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Cada manuscrito será enviado para dois revisores de reconhecida competência na temática abordada, podendo um deles ser escolhido a partir da indicação dos autores. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação.

Todo processo de avaliação dos manuscritos terminará na segunda e última versão.

O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Por isso os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os pareceres dos revisores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise; c) recusa. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

Os pareceres são analisados pelos editores associados, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

## **Conflito de interesse**

No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc.

Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Provas: serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

## **Preparo do manuscrito**

### **Submissão de trabalhos**

Serão aceitos trabalhos acompanhados de carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática, declaração de que o trabalho está sendo submetido apenas à Revista de Nutrição e de concordância com a cessão de direitos autorais e uma carta sobre a principal contribuição do estudo para a área.

Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

Enviar os manuscritos via site <<http://www.scielo.br/rn>>, preparados em espaço entrelinhas 1,5, com fonte Arial 11. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do Word (Windows).

É fundamental que o escopo do artigo não contenha qualquer forma de identificação da autoria, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem, por exemplo.

O texto deverá contemplar o número de palavras de acordo com a categoria do artigo. As folhas deverão ter numeração personalizada desde a folha de rosto (que deverá apresentar o número 1). O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Os artigos devem ter, aproximadamente, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada via <<http://www.scielo.br/rn>>. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho.



O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) ou sublinhar, para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito, na versão reformulada. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Página de rosto deve conter:

- a) título completo - deve ser conciso, evitando excesso de palavras, como "avaliação do...", "considerações acerca de..." 'estudo exploratório...";
- b) short title com até 40 caracteres (incluindo espaços), em português (ou espanhol) e inglês;
- c) nome de todos os autores por extenso, indicando a filiação institucional de cada um. Será aceita uma única titulação e filiação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher, entre suas titulações e filiações institucionais, aquela que julgar(em) a mais importante.
- d) Todos os dados da titulação e da filiação deverão ser apresentados por extenso, sem siglas.
- e) Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores;
- f) Indicação de endereço para correspondência com o autor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

**Resumo:** todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo.

Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

O texto não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme <<http://decs.bvs.br>>.

**Texto:** com exceção dos manuscritos apresentados como Revisão, Comunicação, Nota Científica e Ensaio, os trabalhos deverão seguir a estrutura formal para trabalhos científicos:

**Introdução:** deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

**Métodos:** deve conter descrição clara e sucinta do método empregado, acompanhada da correspondente citação bibliográfica, incluindo: procedimentos adotados; universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ) devem ser mencionados.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: sempre que possível, os resultados devem ser apresentados em tabelas ou figuras, elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados no texto.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a cinco no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.

O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão ser elaboradas em tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 400 dpi.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

A publicação de imagens coloridas, após avaliação da viabilidade técnica de sua reprodução, será custeada pelo(s) autor(es). Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), a Revista de Nutrição providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

**Discussão:** deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

**Conclusão:** apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

**Agradecimentos:** podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

**Anexos:** deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

**Abreviaturas e siglas:** deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

### **Referências de acordo com o estilo Vancouver**

**Referências:** devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, conforme o estilo Vancouver.

Nas referências com dois até o limite de seis autores, citam-se todos os autores; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros autores, seguido de et al.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com o Index Medicus.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, de trabalhos de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros, e de textos não publicados (aulas, entre outros).

Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Se dados não publicados obtidos por outros pesquisadores forem citados pelo manuscrito, será necessário incluir uma carta de autorização, do uso dos mesmos por seus autores.

Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

#### **Artigo com mais de seis autores**

Oliveira JS, Lira PIC, Veras ICL, Maia SR, Lemos MCC, Andrade SLL, et al. Estado nutricional e insegurança alimentar de adolescentes e adultos em duas localidades de baixo índice de desenvolvimento humano. Rev Nutr. 2009; 22(4): 453-66. doi: 10.1590/S1415-52732009000400002.

#### **Artigo com um autor**

Burlandy L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(3):851-60. doi: 10.1590/S1413-81232009000300020.

#### **Artigo em suporte eletrônico**

Sichieri R, Moura EC. Análise multinível das variações no índice de massa corporal entre adultos, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso 2009 dez 18]; 43(Suppl.2):90-7. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000900012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900012&lng=pt&nrm=iso)>. doi: 10.1590/S0034-89102009000900012.

#### **Livro**

Alberts B, Lewis J, Raff MC. Biologia molecular da célula. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

#### **Livro em suporte eletrônico**

Brasil. Alimentação saudável para pessoa idosa: um manual para o profissional da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 2010 jan 13]. Disponível em: <[http://200.18.252.57/services/e-books/alimentacao\\_saudavel\\_idosa\\_profissionais\\_saude.pdf](http://200.18.252.57/services/e-books/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf)>.

#### **Capítulos de livros**

Aciolly E. Banco de leite. In: Aciolly E. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. Unidade 4.

### **Capítulo de livro em suporte eletrônico**

Emergency contraceptive pills (ECPs). In: World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 4th ed. Geneva: WHO; 2009 [cited 2010 Jan 14]. Available from: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563888_eng.pdf)>.

### **Dissertações e teses**

Duran ACFL. Qualidade da dieta de adultos vivendo com HIV/AIDS e seus fatores associados [mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

### **Texto em formato eletrônico**

Sociedade Brasileira de Nutrição Parental e Enteral [Internet]. Assuntos de interesse do farmacêutico atuante na terapia nutricional. 2008/2009 [acesso 2010 jan 14]. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br/ctdpg.php?pg=13&ct=A>>.

### **Programa de computador**

Software de avaliação nutricional. DietWin Professional [programa de computador]. Versão 2008. Porto Alegre: Brubins Comércio de Alimentos e Supergelados; 2008. Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) <<http://www.icmje.org>>.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) <<http://www.icmje.org>>.

### **Lista de checagem**

- Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por cada autor.
- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras fonte Arial, corpo 11 e entrelinhas 1,5 e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).
- Indicação da categoria e área temática do artigo.
- Verificar se estão completas as informações de legendas das figuras e tabelas.
- Preparar página de rosto com as informações solicitadas.
- Incluir o nome de agências financiadoras e o número do processo.
- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, o ano de defesa.
- Incluir título do manuscrito, em português e em inglês.

- Incluir título abreviado (short title), com 40 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas.

- Incluir resumos estruturados para trabalhos submetidos na categoria de originais e narrativos para manuscritos submetidos nas demais categorias, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em espanhol, nos casos em que se aplique, com termos de indexação

- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto, e se todas estão citadas no texto.

- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.

- Cópia do parecer do Comitê de Ética em pesquisa.

## **Documentos**

### **Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais**

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais, nos quais constarão:

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito).

- Autor responsável pelas negociações:

**1. Declaração de responsabilidade:** todas as pessoas relacionadas como autoras devem assinar declarações de responsabilidade nos termos abaixo:

"Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo";

- "Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista de Nutrição, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

**2. Transferência de Direitos Autorais:** "Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista de Nutrição passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia

e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista".

Assinatura do(s) autores(s) Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Justificativa do artigo

Destaco que a principal contribuição do estudo para a área em que se insere é a seguinte: \_\_\_\_\_

(Escreva um parágrafo justificando porque a revista deve publicar o seu artigo, destacando a sua relevância científica, a sua contribuição para as discussões na área em que se insere, o(s) ponto(s) que caracteriza(m) a sua originalidade e o conseqüente potencial de ser citado)

Dada a competência na área do estudo, indico o nome dos seguintes pesquisadores (três) que podem atuar como revisores do manuscrito. Declaro igualmente não haver qualquer conflito de interesses para esta indicação.