

Apêndice A - Anúncio de divulgação do Estudo

#Sejavoluntário #Participe

“A utilização da *Griffonia simplicifolia* e *Rhodiola rosea* L. em pacientes com Compulsão Alimentar”

O ESTUDO:

A Compulsão Alimentar (CA) caracteriza-se por uma sensação de perda de controle sobre o ato de comer, em que o indivíduo não consegue parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo (APA, 2003). Por tanto, este estudo, tem como objetivo, analisar a utilização dos fitoterápicos *Griffonia simplicifolia* e *Rhodiola rosea* L. na redução da CA.



♣ A *Griffonia simplicifolia* pode ser seguramente utilizada no controle do apetite, uma alternativa para o controle da excessiva ingestão alimentar, algumas vezes geradas pelo estresse ou quadros de ansiedade (CARNEVALE, 2011).

♣ A *Rhodiola rosea* L. é conhecida por seus efeitos de proteção contra diversos fatores estressantes endógenos e exógenos (fator determinante da CA), estudos que utilizaram este fitoterápico indicaram redução da CA (DWYER; WHITTEN; HAWRELA, 2011).

QUEM PODE PARTICIPAR?

- ♣ Indivíduos adultos (20 a 59 anos) de ambos os sexos;
- ♣ Moradores de Salvador/BA ou região metropolitana;
- ♣ Portadores de Compulsão Alimentar, excesso de peso (IMC \geq 25 Kg/m² e peso corporal de até 150 Kg).

QUEM NÃO PODE PARTICIPAR?

- ♣ Indivíduos que façam uso de medicamentos que provoquem alterações no apetite e/ou na composição corporal;
- ♣ Em acompanhamento nutricional prévio;
- ♣ Etilista e/ou Tabagista;
- ♣ Mulheres no período gestacional ou lactantes;
- ♣ Pacientes com doença grave cardíaca, hepática ou renal, neoplasia maligna, Diabetes Mellitus;
- ♣ Rejeição ao uso dos Fitoterápicos propostos neste estudo.

▶ Duração do estudo: 2 (dois) meses - Setembro a Outubro/2016.

▶ Acompanhamento multiprofissional: Nutrição, Psicologia, Farmácia, Biomedicina e Medicina.



INSCRIÇÕES E/OU MAIS INFORMAÇÕES:

Ambulatório de Nutrição da Faculdade de Tecnologia e Ciências
End.: Av. Luiz Viana Filho, 8.812, módulo III, nível II - Salvador/BA.
Tel.: 71 32818110

- ✉ cihcosta@gmail.com
☎ 71 983124921 (Cintia Costa - Pesquisadora)
- ✉ lais.ss89@gmail.com
☎ 71 992572685 (Lais Silva - Pesquisadora)
- ✉ rosavirginianut@gmail.com
(Rosa Virginia Oliveira - Profa. Ma. Orientadora do Projeto)



PATROCINADORES

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadoras responsáveis - Graduandas em Nutrição:
Cíntia Costa da Silva
Laís Santos Silva

Prezado (a): _____, você está sendo convidado (a) como voluntário a participar da pesquisa, cujo título é: “**A UTILIZAÇÃO DA *GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA* E *RHODIOLA RÓSEA L.* EM PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR**”. O motivo que nos leva a estudar o uso destes Fitoterápicos, é para avaliar se existem efeitos positivos com a utilização dos compostos benéficos dos mesmos, na redução da Compulsão Alimentar, tratando-se de uma pesquisa importante para a saúde pública. Reafirmamos que sua participação é voluntária e muito importante para que os nossos resultados contribuam para melhorar a saúde da nossa população.

Abaixo se encontram algumas informações sobre o estudo:

PROCEDIMENTOS: Após assinatura deste TCLE, você passará por uma entrevista que abordará aspectos mais gerais, como: dados pessoais e socioeconômicos; antecedentes de saúde, história clínica e histórico familiar; atividade física e história alimentar; avaliação antropométrica e realização de exames bioquímicos. Também será encaminhado para o consultório de Psicologia para confirmação do diagnóstico de Compulsão Alimentar. Por fim, a intervenção com a utilização de cápsulas contendo substâncias dos *Fitoterápicos*.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto e risco mínimos para você que se submeterá a coleta do material para realização dos exames bioquímicos – desconforto causado pela ansiedade ou pela necessidade do jejum, podendo ocorrer tonturas ou mesmo desmaios – porém estes exames trarão benefícios, caso seja descoberto alguma alteração, onde você será informado e orientado sobre como proceder para receber atendimento e tratamento gratuito. Assim como a utilização das cápsulas dos Fitoterápicos, que se não forem seguidos o modo de utilização, horário de administração e dosagem recomendada neste estudo, poderá causar efeitos colaterais (*Griffonia simplicifolia*: náuseas, obstipação, gases, sonolência ou um desejo sexual diminuído; *Rhodiola rósea L.*: disfunções do sono, irritabilidade, agitação, náuseas, hipersalivação, tremores e aumento dos níveis de açúcar no sangue). Caso seja notado alguma manifestação de sintomas indesejáveis, que precise de acompanhamento após o uso das cápsulas, será completamente assistido de forma gratuita pela equipe de Medicina da Faculdade. Em ressalva, as cápsulas dos Fitoterápicos apenas serão disponibilizadas no tempo

que ocorrerá o Estudo. Segundo Oyt et al. (2004) e Panossian et al. (2008) a utilização destes Fitoterápicos por um período maior do que o proposto, pode causar formação de tolerância no organismo.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E CONFIDENCIALIDADE: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação como já foi dita, é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados do exame clínico, laboratorial, e dos demais procedimentos da pesquisa, serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada na coordenação do Curso de Nutrição da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Salvador – BA (instituição onde acontecerá a coleta de dados para o *Estudo*) e outra será fornecida a você.

DESPESAS: A participação no *Estudo* não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE: Recebi claras explicações sobre o estudo, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Portanto, estou de acordo, manifesto meu livre consentimento em participar do Estudo.

_____ DATA: ___/___/2016
Assinatura do Participante

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS PESQUISADORAS: Explicamos a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Colocamo-nos à disposição para perguntas e as respondemos/esclarecemos em sua totalidade. O participante compreendeu nossa explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento.

_____ DATA: ___/___/2016
Assinatura da Pesquisadora

_____ DATA: ___/___/2016
Assinatura da Pesquisadora

_____ DATA: ___/___/2016
Assinatura da Testemunha

Apêndice C - Questionário de Entrevista (Coleta de Dados)



FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS

ANAMNESE NUTRICIONAL

1 - Identificação:

Data () primeira / () segunda entrevista: ___/___/2016		Horário: _____ horas
Nome:		Idade:
Sexo: F () / M ()	Etnia:	Naturalidade:
Estado Civil:	Nº filhos:	Escolaridade:
Profissão:	Horas/Trabalho:	Renda familiar:
Endereço:		Telefone:
E-mail:		

2 - História Patológica Pgressa:

Portador de:
Já passou por algum tipo de cirurgia? Qual(is)? Quando?

3 - Trato Gastrointestinal:

DISFAGIA ()	DISPEPSIA ()	EPIGASTRALGIA ()	PIROSE ()
ODINOFAGIA ()	REFLUXO GE. ()	DIARREIA ()	OBSTIPAÇÃO ()
FLATULÊNCIA ()	DOR ABDOMINAL ()	NÁUSEAS ()	VÔMITO – episódios ()

4 - Antecedentes Familiares:

DM ()	OBESIDADE ()	HAS ()	MAGREZA ()	INFARTO ()	NEOPLASIA ()
AVC ()	DISLIPIDEMIAS ()	DISFUNÇÃO RENAL ()	OUTROS ()		

5 - Atividade Física:

Tipo:	Frequência/Intensidade:
-------	-------------------------

6 - Outros:

Está grávida?	() SIM () NÃO
Tabagista (Frequência/Quantidade)?	() SIM () NÃO
Etilista (Frequência/Quantidade)?	() SIM () NÃO
Usa Medicamentos (Qual(is))?	() SIM () NÃO

7 - Recordatório Alimentar Habitual:

DESJEJUM: _____ horas	LOCAL:	HUMOR:
ALIMENTOS/QUANTIDADES:		
COLAÇÃO: _____ horas	LOCAL:	HUMOR:
ALIMENTOS/QUANTIDADES:		
ALMOÇO: _____ horas	LOCAL:	HUMOR:
ALIMENTOS/QUANTIDADES:		
LANCHE TARDE: _____ horas	LOCAL:	HUMOR:
ALIMENTOS/QUANTIDADES:		
JANTAR: _____ horas	LOCAL:	HUMOR:
ALIMENTOS/QUANTIDADES:		
CEIA: _____ horas	LOCAL:	HUMOR:
ALIMENTOS/QUANTIDADES:		
FORA DE HORA: _____ horas	LOCAL:	HUMOR:
ALIMENTOS/QUANTIDADES:		
FINAIS DE SEMANA: _____ horas	LOCAL:	HUMOR:
ALIMENTOS/QUANTIDADES:		

8 - Frequência Alimentar:

<i>ALIMENTOS</i>	4 ou mais vezes por semana	1 a 3 vezes por semana	Menos de 1 vez por semana	Não consumo	Não sei informar
1) Carnes salgadas: bacalhau, charque, carne seca, carne de sol, paio, toucinho, costela etc.					
2) Produtos industrializados: enlatados, conservas, sucos engarrafados, sucos desidratados, sopa desidratadas, produtos em vidros, produtos em pacotes, etc.					
3) Embutidos: linguiça, salsicha, fiambre, presunto, etc.					
4) Frituras					
5) Manteigas, margarinas, gorduras hidrogenadas, etc.					
6) Azeites e óleos vegetais em geral					
7) Carne de porco: pernil, carrê, costeleta etc., ou carne de carneiro ou cabra.					
8) Carne de vaca					
9) Refrigerantes não dietéticos					
10) Balas, doces, geleias, bombons ou chocolate					
11) Açúcar, mel ou melaço usados como adoçantes no café, chá, sucos etc.					
12) Produtos lácteos					
13) Ovos: crus, cozidos, fritos, pochê, etc.					
14) Pães, cereais e similares					
15) Verduras, legumes e frutas					

Fonte: *adaptado* de FONSECA; CHOR; VALENTE (1999)

9 - Parâmetros Antropométricos

INDICADORES	1ª AVALIAÇÃO (Início - Estudo)	2ª AVALIAÇÃO (Término - Estudo)
	RESULTADOS	
<i>Peso (Kg)</i>		
<i>Altura (m)</i>		
<i>IMC (Kg/m²)</i>		
<i>Circunferência do braço (cm)</i>		
<i>Circunferência do abdômen (cm)</i>		
<i>Circunferência da cintura (cm)</i>		
<i>Circunferência do quadril (cm)</i>		
<i>Circunferência da coxa (cm)</i>		
ICQ		
<i>DCT (mm)</i>		
<i>DCSE (mm)</i>		
<i>DCSI (mm)</i>		
<i>DCPt (mm)</i>		
<i>DCAx (mm)</i>		
<i>DCAb (mm)</i>		
<i>DCCx (mm)</i>		
<i>%GC*</i>		

Método: Protocolo de Pollock et al. (1984) - 7 Dobras Cutâneas (DC): DCT, DCSE, DCSI, DCPt, DCAx, DCAb, DCCx.

10 - Parâmetros Bioquímicos:

INDICADORES	1ª COLETA (Início - Estudo)	2ª COLETA (Término - Estudo)
	RESULTADOS	
<i>Glicemia de Jejum (mg/dL)</i>		
<i>CT (mg/dL)</i>		
<i>LDL-c (mg/dL)</i>		
<i>HDL-c (mg/dL)</i>		
<i>TG (mg/dL)</i>		

Parâmetros de resultados utilizados: SBAC/ML (2013)

1 ANEXOS

1.1. Anexo 1 - RDC N° 26, de maio de 2014, registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.

Lista de espécies que não podem ser utilizadas na composição de produtos tradicionais fitoterápicos:	
<i>Abrus precatorius</i> (sementes e raízes)	<i>Heliotropium</i> spp.
<i>Acorus calamus</i>	<i>Ipomoea carnea</i> subsp. <i>Fistulosa</i> (folhas)
<i>Ageratum conyzoides</i>	<i>Ipomoea burmanni</i> (<i>Rivea corymbosa</i>)
<i>Aleurites fordii</i> (folhas, frutos e sementes)	<i>Ipomoea hederacea</i>
<i>Aleurites moluccanus</i> (sementes e frutos)	<i>Ipomoea violacea</i> (<i>Ipomoea tricolor</i>)
<i>Allamanda cathartica</i>	<i>Jatropha curcas</i>
<i>Amanita</i> spp.	<i>Lantana camara</i> (frutos e folhas)
<i>Anadenanthera peregrina</i>	<i>Lithraea brasiliensis</i>
<i>Anadenanthera macrocarpa</i> (sementes e folhas)	<i>Lithraea molleoides</i>
<i>Argemone mexicana</i> (folhas, flores e sementes)	<i>Lobelia inflata</i>
<i>Argyreia nervosa</i>	<i>Lophophora</i> spp.
<i>Aristolochia</i> spp.	<i>Manihot esculenta</i>
<i>Asarum</i> spp.	<i>Melia azedarach</i> (parte aérea e frutos)
<i>Asclepias curassavica</i>	<i>Microsporum audouinii</i>
<i>Aspergillus fumigates</i>	<i>Microsporum canis</i>
<i>Aspergillus nidulans</i>	<i>Nerium oleander</i>
<i>Aspergillus niger</i>	<i>Nicotiana glauca</i>
<i>Aspergillus sydowi</i>	<i>Nicotiana tabacum</i>
<i>Aspergillus terreus</i>	<i>Opuntia cylindrica</i>
<i>Baccharis coridifolia</i>	<i>Palicourea marcgravii</i>
<i>Banisteriopsis caapi</i>	<i>Papaver bracteatum</i>
<i>Brugmansia arborea</i>	<i>Pedilanthus tithymaloides</i>
<i>Brugmansia suaveolens</i>	<i>Peganum harmala</i>
<i>Brunfelsia uniflora</i>	<i>Petasites</i> spp.
<i>Calotropis procera</i>	<i>Petiveria alliacea</i>
<i>Cannabis</i> spp.	<i>Piptadenia macrocarpa</i>
<i>Catha edulis</i>	<i>Piptadenia peregrina</i>
<i>Claviceps paspali</i>	<i>Plumbago scandens</i> (folhas e raízes)
<i>Combretum glaucocarpum</i> (folhas)	<i>Prestonia amazonica</i>
<i>Conocybe</i> spp.	<i>Psylocybe</i> spp.
<i>Consolida ajacis</i>	<i>Pteridium aquilinum</i>
<i>Cnidoscopus phyllacanthus</i> (folhas e espinhos)	<i>Rhizopus oligosporus</i>
<i>Crotalaria</i> spp.	<i>Salvia divinorum</i>
<i>Cryptostegia grandiflora</i>	<i>Senecio</i> spp.
<i>Cynoglossum officinale</i>	<i>Sida acuta</i>

<i>Datura spp. (folhas, frutos e sementes)</i>	<i>Sophora secundiflora</i>
<i>Dieffenbachia seguine</i>	<i>Spartium junceum</i>
<i>Epidermophyton floccosum</i>	<i>Spigelia anthelmia</i>
<i>Erythroxylum coca</i>	<i>Stropharia cubensis</i>
<i>Euphorbia tirucalli (látex)</i>	<i>Strychnos gauthieriana</i>
<i>Ficus pumila (folhas e látex)</i>	<i>Strychnos ignatii (Ignatia amara)</i>
<i>Geotrichum candidum</i>	<i>Thevetia peruviana</i>
<i>Gloriosa superba</i>	<i>Trichophyton spp.</i>
<i>Gymnopilus spp.</i>	<i>Tussilago farfara</i>
<i>Haemadictyon spp.</i>	<i>Viola sebifera</i>

spp. - todas ou quaisquer espécies do gênero.

Deve-se verificar as sinónimas botânicas das espécies citadas as quais também estão proibidas.

Lista de espécies vegetais com restrições para o registro/notificação de medicamentos fitoterápicos e produtos tradicionais fitoterápicos:

<i>Arnica spp.</i>	O IFAV só pode ser utilizado para uso externo.
<i>Espécies com alcaloides pirrolizidínicos</i>	A exposição diária de alcaloides pirrolizidínicos não pode ser superior a 1 ppm, ou seja 1 µg/g.
<i>Mentha pulegium</i>	Só pode ser utilizado se a posologia proposta para o produto não exceder uma dosagem diária de tujona de 3 a 6 mg.
<i>Ricinus communis</i>	Só pode ser utilizado o IFAV óleo fixo obtido exclusivamente das sementes.
<i>Solanum (quaisquer espécies)</i>	Se o IFAV é para qualquer uso que não o externo, não pode conter mais que 10 mg (dez miligramas) de alcaloides esteroidais.
<i>Symphytum officinale</i>	O IFAV só pode ser utilizado para uso externo.

Deve-se verificar as sinónimas botânicas das espécies citadas as quais também terão restrições.

- 1.2. Anexo 2 – RDC N° 8, de 13 de fevereiro de 2015, dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998 e dá outras providências.

Lista das substâncias psicotrópicas:	
Orexígenas	Anorexígenas
Ciprooptadina Buclizina	Aminorex Anfepramona Femproporex Fendimetrazina Fentermina Mazindol Mefenorex Sibutramina

1.3. Anexo 3 - Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Rev Bras Psiquiatr 2001;23(4):215-20

Tradução da "Binge Eating Scale"
Freitas S et al.

Anexo 2

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).
Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: _____ Data: ____/____/____

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, 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) com o 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 idéia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.

#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 2	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 1	3 = 2	3 = 3	3 = 0	3 = 2	3 = 3	3 = 3	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 2	4 = 3	-	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	-

1.4. Anexo 4 - Escala de Ansiedade de BECK

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

(BECK-A)

Data: ____ / ____ / ____

Checado por: _____

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	<u>Ausente</u>	Suave, não me incomoda muito	Moderado, é desagradável mas consigo suportar	Severo, quase não consigo suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte e rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Desenvolvido por: BECK, A.T.; EPSTEIN, N.; et al. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56:893-897.

1.5. Anexo 5 - Declaração de ausência de coleta de dados



Salvador, 30 de maio de 2016.

Ilmo. Prof.Dr. José Antônio de Almeida Souza
Coordenador do CEP/ IMES/ FTC

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE COLETA DE DADOS ANTES DO PARCER DO COMITÊ

Declaro, para os devidos fins, como pesquisadora pesquisa intitulada **A UTILIZAÇÃO DA GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA E RHODIOLA RÓSEA L. EM PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR** e professora orientadora das discentes **CÍNTIA COSTA DA SILVA** e **LAÍS SANTOS SILVA**, que a coleta de dados da referida pesquisa ainda não se iniciou, conforme orientações da Resolução nº 466/12 (em seu capítulo XI, alínea a), do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

Salvador, 30 de maio de 2016

Profa. Ma. Rosa Virgínia Oliveira Carvalho
Pesquisadora Responsável/Orientadora
Docente do Curso de Bacharelado em Nutrição

1.6. Anexo 6 - Termo de confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: *A utilização da Griffonia simplicifolia e Rhodiola rósea L. em pacientes com Compulsão Alimentar.*

Pesquisadoras responsáveis: *Cíntia Costa da Silva e Laís Santos Silva*

Instituição de origem das pesquisadoras: Faculdade de Tecnologia e Ciências

Área de Conhecimento: Fitoterapia

Curso: Bacharelado em Nutrição

Telefone(s) para contato: (71) 98312-4821 / 99996-5526 / 992572685

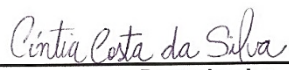
Local da Coleta de dados: Faculdade de Tecnologia e Ciências, Salvador - BA.

As pesquisadoras do projeto acima identificadas assumem o compromisso de:

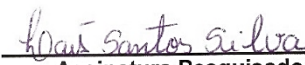
- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados serão estudados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

As Pesquisadoras declaram ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Salvador, 30 de maio de 2016



Assinatura Pesquisador
Cíntia Costa da Silva
RG.: 157859314



Assinatura Pesquisador
Laís Santos Silva
RG.: 1573008388

1.7. Anexo 7 - Declaração de comprometimento com a pesquisa



Salvador, 30 de maio de 2016.

Ilmo. Prof.Dr. José Antônio de Almeida Souza
Coordenador do CEP/ IMES/ FTC

DECLARAÇÃO DE COMPROMETIMENTO COM A PESQUISA

Declaro, para os devidos fins, como pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada **A UTILIZAÇÃO DA *GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA* E *RHODIOLA RÓSEA L.* EM PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR**e professora orientadora das discentes **CÍNTIA COSTA DA SILVA** e **LAÍS SANTOS SILVA**, que estarei comprometida na observação de todos os critérios estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em todas as suas fases, inclusive na entrega de relatórios anuais e relatório final.

Salvador, 30 de maio de 2016

A handwritten signature in cursive script, reading 'Rosa Virgínia Oliveira Carvalho', is written over a horizontal line.

Profª. Ma. Rosa Virgínia Oliveira Carvalho
Pesquisadora Responsável/Orientadora
Docente do Curso de Bacharelado em Nutrição

1.8. Anexo 8 - Carta de Anuência



FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo. Sr. Prof. **EDILSON BARBUDA LINS**
Diretor Geral da Faculdade de Tecnologia e Ciências

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **A UTILIZAÇÃO DA GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA E RHODIOLA ROSEA L. EM PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR** na Faculdade de Tecnologia e Ciências, por nome das discentes **CÍNTIA COSTA DA SILVA** e **LAÍS SANTOS SILVA**, acadêmicas do curso de Nutrição, sob orientação da Profa. Ma. **ROSA VIRGÍNIA OLIVEIRA CARVALHO**, cujo objetivo é analisar a utilização da Griffonia simplicifolia e Rhodiola rosea L. na redução da Compulsão Alimentar, necessitando, portanto, ter acesso aos ambulatórios de Nutrição e Psicologia, assim como o laboratório de análises clínicas desta Instituição.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que trata da pesquisa científica envolvendo seres humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

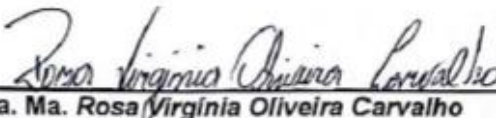
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho destas Coordenações, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Salvador, 10 de junho de 2016

Sr. Prof. Edilson Barbuda Lins
Diretor Geral da Faculdade de Tecnologia e Ciências

Natanael Moura
Coordenação Nutrição
FCS/SSA

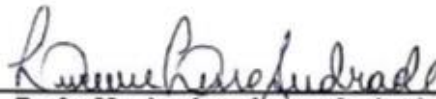
Prof. Me. Natanael Moura Teixeira de Jesus
Coordenador do Curso de Graduação em Nutrição



Profa. Ma. Rosa Virginia Oliveira Carvalho
Orientadora do Projeto de Pesquisa em Nutrição

Coordenação
Serviço Psicologia FJC

Profa. Laiz Cardozo Rodrigues
Coordenadora do Serviço de Psicologia



Profa. Ma. Luciene Lessa Andrade
Coordenadora do Curso de Graduação em Biomedicina

Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação

1.9. Anexo 9 - Requerimento de encaminhamento



Salvador, 30 de maio de 2016.

Ao

Ilmo. Prof. Dr. José Antônio de Almeida Souza
Coordenador do CEP/ IMES/ FTC

Na condição de pesquisadora responsável, solicito a este Comitê a análise e parecer ético/técnico deste protocolo de pesquisa, segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, intitulado **A UTILIZAÇÃO DA GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA E RHODIOLA RÓSEA L. EM PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR**, a ser desenvolvido pelas discentes **CÍNTIA COSTA DA SILVA** e **LAÍS SANTOS SILVA**, como Trabalho de Conclusão de Curso.

Salvador, 30 de maio de 2016

Profª. Ma. Rosa Virgínia Oliveira Carvalho
Pesquisadora Responsável/Orientadora
Docente do Curso de Bacharelado em Nutrição

1.10. Anexo 10 - Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Plataforma Brasil 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:
A UTILIZAÇÃO DA GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA E RHODIOLA ROSEA L. EM PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR.

2. Número de Participantes da Pesquisa: **40**

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:
 Grande Área 4. Ciências da Saúde

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome:
ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO

6. CPF:
953.593.415-72

7. Endereço (Rua, n.º):
PRAIA DE GUARATUBA STELLA MARIS 461 CS 06 SALVADOR BAHIA 41800270

8. Nacionalidade:
BRASILEIRO

9. Telefone:
(71) 3065-9947

10. Outro Telefone:

11. E-mail:
rosevrgnia@bol.com.br

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro 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. Termo idêntico que esse formulário será anexado ao projeto devidamente assinado por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 20 / 06 / 2016

Rosa Virginia Oliveira Carvalho
 Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:
Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia - IMESB

13. CNPJ:
04.670.333/0001-89

14. Unidade/Orgão:

15. Telefone:
(71) 3281-8214

16. Outro Telefone:

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro 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: Edilson Santuza Lima CPF: 217.713.865-00

Cargo/Função: Superior Geral

Data: 20 / 06 / 2016

Edilson Santuza Lima
 Assinatura
 Edilson Santuza Lima
 Superior Geral
 IMESB

PATROCINADOR PRINCIPAL

1.11. Anexo 11 - Comprovante de envio do projeto ao CEP

INSTITUTO MANTENEDOR DE
ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
- IMES



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A UTILIZAÇÃO DA GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA E RHODIOLA ROSEA L. EM PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR

Pesquisador: ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO

Versão: 2

CAAE: 57333016.0.0000.5032

Instituição Proponente: Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia - IMES

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 061520/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
INSTITUTO MANTENEDOR DE ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
LTDA - ME

Informamos que o projeto A UTILIZAÇÃO DA GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA E RHODIOLA ROSEA L. EM PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR que tem como pesquisador responsável ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO, foi recebido para análise ética no CEP Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia - IMES em 27/06/2016 às 12:54.

Endereço: Avenida Luis Viana Filho, 8812, Mód IV Nivel IV
Bairro: Paralela CEP: 41.741-590
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3281-8214 Fax: (71)3281-8213 E-mail: ffc@ftc.edu.br

1.12. Anexo 12 - Comprovante de aprovação do projeto pelo CEP

INSTITUTO MANTENEDOR DE
ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
- IMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A UTILIZAÇÃO DA GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA E RHODIOLA ROSEA L. EM PACIENTES COM COMPULSÃO ALIMENTAR

Pesquisador: ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57333016.0.0000.5032

Instituição Proponente: Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia - IMES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
INSTITUTO MANTENEDOR DE ENSINO SUPERIOR DA BAHIA LTDA - ME

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.773.470

Apresentação do Projeto:

PROJETO REENVIADO PELA PESQUISADORA PRINCIPAL. TRATA-SE DE UM TRABALHO QUE IRÁ AVALIAR A UTILIZAÇÃO DA GRIFFONIA SIMPLICIFOLIA E RHODIOLA ROSEA L. NA REDUÇÃO DA COMPULSÃO ALIMENTAR AS AUTORAS PRETENDEM AVALIAR O EFEITO DOS FITOTERÁPICOS EM PACIENTES PORTADORES DA REFERIDA ENFERMIDADE. A COMPULSÃO ALIMENTAR SERÁ AVALIADA ATRAVÉS QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO: ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA. COM ESTE ESTUDO AS AUTORAS VISAM AUXILIAR NO TRATAMENTO DA COMPULSÃO ALIMENTAR CASO COMPROVEM A EXISTÊNCIA DE EFEITOS POSITIVOS COM UTILIZAÇÃO DOS COMPOSTOS DESTES FITOTERÁPICOS. TRATA-SE DE UM ESTUDO DE INTERVENÇÃO MEDIANTE AMOSTRAGEM RANDOMIZADA, DUPLO-CEGO, PLACEBO-CONTROLADO, EM MAIORES DE 18 ANOS, RESIDENTES NA CIDADE DE SALVADOR - BA E REGIÃO METROPOLITANA. O TAMANHO AMOSTRAL SERÁ DE 40 PACIENTES PORTADORES DE COMPULSÃO ALIMENTAR, OS PACIENTES QUE PARTICIPARÃO DA PESQUISA SERÃO ATENDIDOS NOS AMBULATÓRIOS DE NUTRIÇÃO E PSICOLOGIA DA FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS (FTC). TRATA-SE DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DA DISCIPLINA TCC I DO CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO DA FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS (FTC) QUE VAI SER REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DA NUTRICIONISTA PROFA. MA. ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO. O ESTUDO FOI APROVADO

Endereço: Avenida Luis Viana Filho, 8812, Mód IV Nível IV
Bairro: Fariale CEP: 41.741-590
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3281-8214 Fax: (71)3281-8213 E-mail: ftc@ftec.edu.br

INSTITUTO MANTENEDOR DE
ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
- IMES



Continuação do Parecer: 1.773.470

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_728710.pdf	23/09/2016 10:41:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ESCALA_Ansiedade_de_BECK.jpg	10/09/2016 12:34:44	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/09/2016 12:33:29	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ESTUDO_Griffonia_simplicifolia_Rhodola_rosea_L.pdf	10/09/2016 12:29:40	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_ESCALA_CO_MPULSAO_ALIMENTAR.pdf	21/06/2016 17:58:12	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	21/06/2016 17:55:00	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.jpg	21/06/2016 17:51:16	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	REQUERIMENTO_DE_ENCAMINHAMENTO.jpg	21/06/2016 17:50:48	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_AUSENCIA_DE_COLETA_DE_DADOS.jpg	21/06/2016 17:50:02	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO.jpg	21/06/2016 17:47:32	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DA_INSTITUICAO.pdf	21/06/2016 17:44:53	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/06/2016 17:42:55	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	21/06/2016 17:26:35	ROSA VIRGINIA OLIVEIRA CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Luis Viana Filho, 8812, Mód IV Nível IV
 Bairro: Paralela CEP: 41.741-590
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3281-8214 Fax: (71)3281-8213 E-mail: fmc@fmc.edu.br