**ANEXOS/APENDICES**

**APENDICE 1 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou aluna do 4º ano do curso de Nutrição, das Faculdades Integradas de Bauru e estou convidando você a participar de minha pesquisa de Conclusão de Curso, “VERIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ESTUDANTES DO CURSO DENUTRIÇÃO DAS FACULDADES INTEGRADAS DE BAURU – SP COM ENFOQUENA ORTOREXIA.” O objetivo deste estudo é avaliar seu estado nutricional, por meio da coleta do seu peso e de sua altura, circunferência da cintura e cálculo do índice de massa corpórea. Além disso, gostaria que respondesse 2 questionários, o Orto-15 e o BSQ que visam a hipótese de aparecimento da ortorexia, que é comportamento obsessivo patológico, caracterizado pela fixação por saúde alimentar, qualidade dos alimentos e pureza da dieta, podendo levar a importantes restrições alimentares. Outro ponto a ser questionado é sobre seus hábitos alimentares. Quanto aos riscos, não será utilizado nenhum procedimento invasivo para a execução do mesmo e toda informação sobre os dados pessoais ficarão em sigilo. Caso o participante em algum momento sinta-se constrangido poderá desistir da pesquisa não sendo obrigado a participar da avaliação nutricional. Como benefícios, visamos mostrar seu estado nutricional, alimentar e de saúde, assim como identificar os possíveis quadros de ortorexia. Além disso, os estudantes que tiverem qualquer alteração nos resultados serão aconselhados e orientados nutricionalmente, podendo ser encaminhados para acompanhamento nutricional. Garantimos o sigilo dos seus dados pessoais e divulgação, apenas, dos resultados gerais obtidos em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos, sem finalidade comercial ou publicitária. Saiba que sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição.
Caso haja dúvidas, favor entrar em contato com o pesquisador responsável Débora Tarcinalli Souza (deboratarcinalli@hotmail.com e 981049397) ou pesquisadora participante Raíssa Tessaroli Cruz (14) 981263210 ou no telefone (14) 2109-6213 – Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Bauru.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura do Pesquisador (orientador)

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro
que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) – Raíssa Tessaroli Cruz e Débora Tarcinalli Souza. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda ter recebido uma cópia desse Termo de Consentimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
<assinatura do participante

**APENDICE 2 – Ficha de Anamnese para Avaliação Nutricional**

**1. Dados Pessoais**

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

Data Nascimento: \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_ Data 1ª avaliação: \_\_\_/\_\_\_ /\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_­­\_\_ Estado civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Escolaridade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_\_

**2. Sistema Digestório e urinário**

Hábito Intestinal: ( ) diárias ( ) dias alternados ( ) > 2 dias ( ) > 4dias

Alterações GI: ( ) Obstipação ( ) Diarreia ( ) Distensão ( ) Flatulência

Hábito Urinário: ( ) até 3 vezes/dia ( ) até 6vezes/dia

Mastigação: ( ) Rápida ( ) Adequada ( ) Lenta ( ) Compulsiva

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese

**3. Estilo de Vida**

3.1 Bebida alcoólica: ( ) sim ( ) não Frequencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quantidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.2 Tabagismo: ( )sim ( )não

Tempo de tabagismo: \_\_\_\_anos \_\_\_\_meses Idade de início: \_\_\_\_\_anos

3.3 Uso de medicamentos: ( ) sim ( )não Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Hábitos Alimentares**

Ingestão de água: ( ) < 2 copos ( ) 2 a 4 copos ( ) 5 a 8 copos ( ) + 8copos

Gordura utilizada: ( ) vegetal ( ) animal Nº. latas/pessoa/mês:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coloca mais sal na comida que está no seu prato: ( ) sim ( ) não ( ) às vezes

Ingestão de sal: ( ) baixa ( ) normal ( ) alta

Troca o almoço ou o jantar por lanches: ( ) sim ( ) não ( ) às vezes

O que usa para adoçar: ( ) açúcar branco ( ) adoçante ( ) mel/melado/açúcar mascavo

Quem prepara a comida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Restrições:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Preferências: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intolerância ou Alergia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Suplemento ou Complemento Nutricional: ( ) Não ( ) Sim Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.1 Recordatório de Frequência Alimentar

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupo Alimentar** | **consumo diário** | **1 a 2 x semana** | **2 x mês** | **raramente** | **nunca** |
| **VEGETAIS** |  |  |  |  |  |
| **FRUTAS** |  |  |  |  |  |
| **CEREAIS** |  |  |  |  |  |
| **GORDRUAS** |  |  |  |  |  |
| **LÁCTEOS** |  |  |  |  |  |
| **CARNES** |  |  |  |  |  |
| **LEGUMINOSAS** |  |  |  |  |  |
| **AÇÚCAR** |  |  |  |  |  |

**5. Avaliação Antropométrica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PESO - Kg** | **ALTURA - cm** | **CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL - cm** | **IMC – kg/m2** |
|  |  |  |  |

**ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO ORTO-15 – TRADUZIDO E ADAPTADO POR PONTES E MONTAGNER – BRASILIA – DF, 2010**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Marcar com X a alternativa que melhor corresponde ao seu comportamento em relação a comida** | **sempre** | **Muitas Vezes** | **Algumas vezes** | **nunca** |
| 1 – Você fica atento (a) as calorias dos alimentos quando come? |  |  |  |  |
| 2 – Quando você vai a um mercado de alimentos, se sente confuso a respeito do que deve comprar? |  |  |  |  |
| 3 – Nos últimos três meses, pensar sobre sua alimentação tem sido uma preocupação? |  |  |  |  |
| 4 – as suas escolhas alimentares são determinadas pela preocupação com seu estado de saúde? |  |  |  |  |
| 5 – o sabor é a qualidade mais importante que você leva em consideração ao escolher um alimento? |  |  |  |  |
| 6 – Normalmente, você se dispões a pagar mais por alimentos saudáveis? |  |  |  |  |
| 7 – a preocupação com a alimentação saudável toma mais de três horas do seu dia? |  |  |  |  |
| 8 – Você se permite alguma quebra da sua rotina alimentar? |  |  |  |  |
| 9 – para você, o seu humor influencia o seu comportamento alimentar? |  |  |  |  |
| 10 – Você acredita que a convicção de se alimentar saudavelmente aumenta sua autoestima? |  |  |  |  |
| 11 – Você acha que o consumo de alimentos saudáveis modifica seu estilo de vida (ida a restaurantes, amigos...)? |  |  |  |  |
| 12 – Você acredita que consumir alimentos saudáveis pode melhorar seu aspecto físico? |  |  |  |  |
| 13 – Sente-se culpado (a) quando sai da sua rotina alimentar? |  |  |  |  |
| 14 – Você pensa que no mercado existem alimentos não saudáveis? |  |  |  |  |
| 15 – ultimamente você costuma estar sozinho (a) quando se alimenta? |  |  |  |  |

**ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO BSQ**



