

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Karen Hofmann de Oliveira

INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES ADAPTADOS E VALIDADOS EM LÍNGUA
PORTUGUESA

Porto Alegre

2016

Karen Hofmann de Oliveira

INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES ADAPTADOS E VALIDADOS EM LÍNGUA
PORTUGUESA

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao curso de Nutrição da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito parcial para a obtenção do título
de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Maurem Ramos

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Karen Hofmann

Instrumentos de pesquisa para comportamento alimentar de crianças e adolescentes adaptados e validados em língua portuguesa / Karen Hofmann Oliveira. -- 2016.

84 f.

Orientadora: Maurem Ramos.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Comportamento Alimentar. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Instrumento Validado. I. Ramos, Maurem, orient. II. Título.

Karen Hofmann de Oliveira

INSTRUMENTOS DE PESQUISA PARA COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES ADAPTADOS E VALIDADOS EM LÍNGUA
PORTUGUESA

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao curso de Nutrição da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como requisito parcial para a obtenção do título
de Bacharel em Nutrição.

Porto Alegre, Dezembro de 2016

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova o trabalho de conclusão de curso,
elaborado por Karen Hofmann de Oliveira, como requisito parcial para a obtenção do Grau
de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Prof^ª Vera Lúcia Bosa - UFRGS

Prof^ª Lisiane Bizzaro Araújo - UFRGS

Orientadora: Prof^ª Maurem Ramos - UFRGS

RESUMO

O comportamento alimentar se dá através da junção de fatores fisiológicos, ambientais, sociais e práticas alimentares, onde aspectos individuais e coletivos devem ser considerados. No Brasil, encontra-se uma expressiva parcela de crianças e adolescentes com alterações alimentares, sendo elas o consumo de alimentos não saudáveis, aumento de sobrepeso e obesidade e também de transtornos alimentares. Visto que essa faixa etária é mais suscetível a mudanças comportamentais, é de grande importância que se tenha meios para avaliar e intervir nesses comportamentos. Para tanto, se faz necessário ter instrumentos adaptados e validados para essa faixa etária, a fim de ser possível uma avaliação com resultados mais confiáveis. Este trabalho teve como objetivo encontrar, através da revisão bibliográfica, instrumentos de pesquisa que avaliem comportamento alimentar de crianças e adolescentes, que sejam adaptados e validados em língua portuguesa. Foi procurado nas bases de dados Google Acadêmico e Scielo artigos a partir do ano de 2000 referentes à validação de instrumentos em português. Como resultado obteve-se 18 artigos, dos quais nove eram de validação, oito de validação interna e um de adaptação. Do total de artigos 11 eram publicações brasileiras e sete portuguesas. Foi possível notar a pequena quantidade de instrumentos construídos especificamente para crianças e adolescentes, sendo a maioria adaptações de versões feitas para adultos. Além disso, apenas um instrumento foi produzido primariamente para a população brasileira. Tendo em vista a importância destes instrumentos, nos quais suas aplicações podem trazer um diagnóstico precoce de alterações ou distúrbios alimentares, sugere-se o seu uso para a compreensão do comportamento alimentar, além de ser um preditor para realização de intervenções educacionais. Salienta-se, também, a relevância de existirem instrumentos elaborados para a população de crianças e adolescentes brasileiros.

Palavras-chaves: Comportamento Alimentar; Crianças; Adolescentes; Instrumentos Validados

ABSTRACT

Eating behavior occurs through the combination of physiological, environmental and social factors and eating practices, where individual and collective aspects must be considered. In Brazil, there is an expressive number of children and adolescents with food alteration, being the consumption of unhealthy foods, an increase in overweight and obesity and also eating disorders. Since children and adolescents are more susceptible to behavioral changes, it is of great importance that one has the means to evaluate and intervene in these behaviors. To do so, it is necessary to have instruments adapted and validated for this age group, in order to be possible an evaluation with more reliable results. This work aimed to find, through the bibliographic review, research instruments that evaluate the eating behavior of children and adolescents, which are adapted and validated in Portuguese language. It was searched in the databases Google Acadêmico and Scielo articles from the year of 2000 referring to the validation of instruments in Portuguese. As a result, 18 articles were obtained, of which nine were validations, eight were internal validation and one was an adaptation. Of the total of articles 11 were Brazilian and seven Portuguese publications. It was possible to note the small amount of instruments made specifically for children and adolescents, most of which are adaptations of versions made for adults. In addition, only one instrument was produced primarily for the Brazilian population. Considering the importance of these instruments, in which their application can bring an early diagnosis of food alterations or disorders, it is suggested to use them to understand the eating behavior, besides being a predictor for educational interventions. It is also worth mentioning the relevance of the existence of instruments developed for the Brazilian children and adolescents' population.

Keywords: Eating Behavior; Children; Adolescents; Instrument Validated

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe e irmã, que estiveram presentes esses anos todos de faculdade vivenciando os obstáculos e dificuldades que existiram até chegar nesse importante momento de conclusão do curso. Cada uma do seu jeito me ajudou muito a finalizar essa etapa.

A minha orientadora Maurem Ramos, na qual me deu a ideia e todo auxílio para que fosse possível realizar este trabalho, sempre disponível e trazendo muito conhecimento para desenvolver meu aprendizado como aluna de graduação.

Aos amigos queridos que me incentivaram, me ouviram e estiveram dando apoio do melhor modo possível em muitos momentos desse percurso.

Também um agradecimento especial aos pesquisadores Victor Viana, Carmen Bento, Nelson Junior, Sarah Warkentin, Marle Alvarenga, Laís Amaral e Rita Francisco, por terem sido muito solícitos e atenciosos. Colaboraram com o enriquecimento deste trabalho me disponibilizando seus instrumentos de avaliação de comportamento alimentar para que fosse possível anexá-los em meu trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

AN - Anorexia Nervosa

BEBQ- *Baby Eating Behaviour Questionnaire*

BITE - *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh*

BN - Bulimia Nervosa

CEBQ - *Child Eating Behaviour Questionnaire*

CFPQ - *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire*

CFQ - *Child Feeding Questionnaire*

ChEAT - *Children's Eating Attitudes Test*

DEBQ - *Dutch Eating Behaviour Questionnaire*

EAAT - Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas

EAT-26 - *Eating attitudes test*

EBBIT - *Eating Behaviours and Body Image Test*

MRFS-IV - *McKnight Risk Factor Survey IV*

QAC – Questionário Alimentar da Criança

QEWPR - Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso-Revisado

QEWPA - Questionário sobre padrões de peso e alimentação para adolescentes

TCAP - Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

Teen-PFP - Escala de Percepção do adolescente sobre as práticas alimentares Parentais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3. OBJETIVO.....	22
4. METODOLOGIA.....	22
5. RESULTADOS.....	23
5.1 ARTIGOS BRASILEIROS.....	23
5.1 ARTIGOS PORTUGUESES.....	30
6. DISCUSSÃO.....	35
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO A – INSTRUMENTOS EM PORTUGUÊS.....	51

1. INTRODUÇÃO

A palavra comportamento é determinada no dicionário como: modo de comportar-se (Ferreira, 2010). Por essa definição, o termo tem uma grande abrangência de interpretações e significados, que depende de variáveis fatores.

A partir da descrição de Contento (2011), três fatores são determinantes do comportamento alimentar: fisiológicos, cognitivos/motivacionais e ambientais. Os fatores fisiológicos são dados como a principal razão das preferências alimentares, resultado dos efeitos agradáveis ou desagradáveis das características sensoriais dos alimentos. Já fatores cognitivos e motivacionais englobam os conhecimentos e as crenças sobre alimentação, o que resulta nas decisões alimentares. Por fim, os fatores ambientais, determinando um maior ou menor acesso aos alimentos, que juntamente com outros fatores, influenciam as escolhas alimentares. Apesar de citados separadamente, todos os fatores estão envolvidos e um pode interferir no outro.

Segundo a definição de Garcia & Mancuso (2012), o comportamento alimentar é a relação de práticas alimentares (o modo de comer, o que se come e com quem, seleção de alimentos, técnicas de preparo, modo de apresentação, horários e onde são feitas as refeições, etc) associadas a atributos socioculturais, ou seja, aos aspectos individuais e coletivos vinculados com o comer e a comida (escolhas alimentares, comida desejada e apreciada, combinações de alimentos, valores atribuídos a alimentos e preparações, etc).

Já para Alvarenga (2015), o comportamento alimentar é considerado “um conjunto de cognições e afetos que regem as ações e condutas alimentares” (Alvarenga *et al*, 2015, p. 16). Do ponto de vista da psicologia, cognições são os processos de conhecer e afetos são agentes modificadores de comportamento, que induzem no modo de pensarmos sobre algo; juntos eles moldam nosso comportamento. Todas as experiências vivenciadas contribuem para moldar nosso conhecimento e comportamento frente à determinada situação, sendo ela positiva ou negativa. Assim, pode-se dizer que comportamento alimentar retrata a relação do estado fisiológico, psicológico e ambiente em que estamos inseridos.

Existe a ideia equivocada de que comportamento alimentar e hábito alimentar são sinônimos, porém há grandes diferenças de conceituação e aplicação dessas duas expressões. O comportamento alimentar é moldado e influenciado por diversos fatores, sendo eles pessoais, como elementos sensoriais do alimento (aroma, sabor, cor,

textura) e ambientais, podendo envolver ambiente familiar, escola, círculo social e mídia (Petty, 2015). O hábito é uma sequência aprendida de atos que são desencadeados pelo ambiente para produzir um comportamento, normalmente realizado inconscientemente pelas pessoas. É envolvido com o sistema nervoso central, onde uma ação padrão é aprendida para ser dada em resposta a situações semelhantes, que são acionadas automaticamente por sinal específico do ambiente. Além disso, a força dos hábitos aumenta quando o comportamento é repetidamente reforçado por experiências satisfatórias. Quando pensamos e fazemos escolhas já não estamos nos referindo a hábitos. No momento em que um comportamento é habitual, as intenções são meros preditores e o comportamento é desencadeado por sinais situacionais (Riet *et al*, 2011).

No Brasil, diversas pesquisas de consumo alimentar, as quais utilizam normalmente questionários de frequência alimentar, investigam o tipo de alimentação da população e também suas alterações. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, feita com escolares do 9º ano de todas capitais do Brasil, apontou que existe consumo frequente de alimentos não saudáveis (guloseimas, refrigerante, biscoito doce e embutidos) e consumo abaixo do recomendado de alimentos saudáveis (feijão, frutas, hortaliças e leite) (Levy *et al*, 2009). Esse padrão de alimentação se mostra presente em várias faixas etárias, sendo uma tendência preocupante na população brasileira de crianças e jovens, justamente por ser um período de descobertas de alimentos e fácil influência de fatores externos, sendo um momento suscetível para hábitos inadequados (Laus *et al*, 2012).

No entanto, sobre comportamento alimentar a investigação inicialmente se deu com relação a suas alterações patológicas que caracterizam os transtornos alimentares. Ao se pensar em alterações do comportamento alimentar, os transtornos alimentares são muito lembrados, pois eles levam o indivíduo a ter alterações na ingestão alimentar, podendo acarretar a diminuição ou aumento do consumo. (Borges, 2006). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 (DSM-5) apresenta o capítulo “Alimentação e transtornos alimentares”, no qual mostra distúrbios alimentares e seus métodos para diagnósticos. A anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), e o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) (que está muito envolvida com a obesidade), são três dos principais transtornos (APA, 2014). Os transtornos alimentares são doenças com causas multifatoriais, envolvendo fatores

psicológicos, genéticos, biológicos, socioculturais e familiares (Borges, 2006). A população mais acometida é de meninas no período da adolescência, justamente por se tratar de uma fase de grandes mudanças e desenvolvimento corporal, além da pressão social que naturalmente adolescentes sofrem para se enquadrarem nos padrões ditados pela mídia e sociedade (Saikali, 2004).

A obesidade também é uma doença multifatorial, na qual não somente a genética e fatores biológicos estão envolvidos, mas também fatores ambientais e culturais são influenciadores dessa patologia, como ingestão inadequada de alimentos, distúrbios comportamentais relacionadas à alimentação e relação familiar, além do aumento da inatividade física das crianças e adolescentes (Lacerda, 2014). Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, cerca de um terço dos meninos e das meninas de 5 a 9 anos foram diagnosticados com excesso de peso. Desses, quase metade dos meninos e cerca de um terço das meninas apresentavam obesidade. Já para os adolescentes, de 10 a 19 anos, para ambos os sexos um quinto apresentava excesso de peso e desses um quarto possuía obesidade (IBGE, 2010). A obesidade não acarreta um comportamento alimentar inadequado, mas, a inadequação do comportamento alimentar poderá trazer como consequência a obesidade. Essas inadequações são vistas em vários grupos de crianças e adolescentes, não se restringindo apenas àqueles que aparentemente apresentam uma patologia.

Há diferentes modos de compreender as práticas e comportamentos alimentares. Segundo Poulain (2012), seguindo uma abordagem sociológica, essa coleta de dados pode ser realizada por seis tipos de métodos diferentes: 1) A observação participante, onde o pesquisador se torna parte do grupo social que está pesquisando e vivencia a rotina do mesmo, deixando o papel de apenas observador para se tornar um membro do grupo. 2) A observação armada, que é dirigida a certos aspectos específicos já selecionados em momentos anteriores do processo. 3) O questionário, que é um instrumento fundamental quando a pesquisa é efetuada com pessoas, já que é possível coletar grande número de informações com um mesmo instrumento, como dados pessoais, opiniões, comportamentos aparentes e reclusos. Os questionários podem ser aplicados de vários modos, os mais usados em estudos de alimentação são a entrevista pessoal, realizada presencialmente com o entrevistado, onde um entrevistador treinado conduz as perguntas, a entrevista telefônica e a entrevista por autoadministração, em que o entrevistado responde as questões sozinho, em lugares e contextos diversos. 4) A

Entrevista semiestruturada, onde o pesquisador apresenta uma questão, e a partir das respostas e comentários dos participantes acontece o redirecionamento da discussão. Podem ser individuais ou coletivas. 5) História de vida alimentar, onde o entrevistado refaz seu histórico alimentar, pensando nas mudanças de hábitos, por exemplo. 6) Tratamento de dados secundários, que são dados coletados para outros fins, como uma pesquisa demográfica, que podem ser usados para analisar características alimentares e nutricionais do indivíduo.

Já do ponto de vista psicológico, além da metodologia qualitativa de pesquisa, para a pesquisa de desenho quantitativo, são utilizados instrumentos psicométricos, considerando que psicometria vem a ser toda classe de medida em psicologia. Um dos instrumentos de medida é a escala psicométrica, que visa graduar estímulos que expressem construtos psicológicos e é composta por uma sequência numérica. Essas escalas podem ser apresentadas de diversos modos, como: 1) Escala nominal: usando números apenas para identificar pessoas, categorias ou objetos; 2) Escala ordinal: além de identificar pessoas, categorias ou objetos essa escala faz uma hierarquização de preferência entre os itens; 3) Escala Likert: apresenta um determinado número de alternativas para julgar uma pergunta ou afirmação, por exemplo, de 1 a 5, sendo 1 pouco, e 5 muito, o quanto o indivíduo concorda com uma questão; 4) Escala intervalar: tem o mesmo princípio da escala Likert, porém os intervalos entre os números têm um tamanho conhecido e podem ser comparados; 5) Escala de Razão: utilizadas quando a resposta é um número, por exemplo, quanto tempo o indivíduo gasta fazendo uma tarefa ou qual o salário que ele recebe. O instrumento para este tipo de coleta de dados é o questionário, que pode ser aplicado tanto por um entrevistador quanto ser autoaplicado. (Pasquali *et al*, 2010)

Visto a grande gama de práticas alimentares inadequadas que podem ser desenvolvidas e seus malefícios para a saúde, principalmente por crianças e adolescentes que estão com seus hábitos em formação, é de grande importância termos formas confiáveis para diagnósticos e avaliações desses comportamentos. Existem inúmeros instrumentos para realizar essas avaliações, porém, para haver um uso facilitado e confiável desses recursos, precisa-se levar em conta se o instrumento existe no idioma de interesse, adaptado ou validado para a população desejada, do contrário pode-se encontrar vieses de resultados, além de dificuldade para a aplicação do instrumento. Este trabalho visa pesquisar a existência de instrumentos de avaliação de

comportamento alimentar que sejam adaptados e/ou validados em língua portuguesa, voltados para uso em crianças e/ou adolescentes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

É consenso entre vários autores que comportamento alimentar é algo complexo que se dá a partir da junção de diversos fatores que vão muito além do ato básico de ingerir alimentos visando às necessidades básicas do corpo (Netto, 1998; Moreira & Costa, 2013; Vaz & Bennemann, 2014). Devem ser considerados diversos determinantes que afetam o comportamento e as escolhas alimentares dos indivíduos, dentre eles aspectos sociais, culturais, psicológicos, escolaridade e renda, peso e imagem corporal, influência da mídia e ambiente familiar (Vaz & Bennemann, 2014). Moreira & Costa também citam o Modelo Hipotético do Comportamento Alimentar, que além dos fatores já citados deve-se levar em conta mais três aspectos, sendo eles: o gosto da pessoa; capacidade do alimento de saciar a fome e se essa capacidade é alta ou baixa (consequências antecipadas do alimento); identificação do alimento como apropriado ou não e conhecimento sobre a composição e proveniência do alimento (fatores ideacionais). O conjunto de todos esses fatores formarão nossas escolhas, seleções, preferências e conseqüentemente a ingestão alimentar (Moreira & Costa, 2013).

Encontra-se na literatura várias teorias que abrangem o comportamento alimentar, podendo utilizá-las como base para tentar entender e avaliar esses comportamentos. Bandura (2008) descreve, a partir da Teoria Social Cognitiva, que o comportamento é parte de um determinismo envolvendo, aspectos cognitivos e o ambiente externo, ou seja, fatores pessoais internos e eventos ambientais interagem entre si. São analisados os construtos autorregulação e autorreflexão, modelação social e autoeficácia. A autorregulação vem a ser a capacidade das pessoas de exercer influência sobre o seu comportamento. O indivíduo processa e preserva as experiências de forma a servirem de modelo para o futuro. A capacidade para idealizar resultados futuros ajuda na formação de estratégias para alcançar esses objetivos. A autoeficácia diz respeito a capacidade para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um resultado determinado. A modelação é a capacidade de aprendizagem através da observação de um modelo, reproduzindo, assim, o comportamento observado.

Destaca-se também a Teoria Psicossomática, Teoria da Externalidade e Teoria da Restrição. A Teoria Psicossomática explica o modo como as emoções afetam nossa alimentação, ainda não temos claramente explicado como é processado esse mecanismo, porém sabe-se que situações distintas podem determinar a preferência por um alimento, e alimentos podem ser associados ao contexto emocional em que são habitualmente consumidos, como por exemplo em um momento de stress psicológico perder o apetite, ou uma situação agradável nos levar a comer alimentos que são considerados prazerosos. A Teoria da Externalidade diz respeito a quando fatores ambientais (externos) influenciam no consumo alimentar, como cheiro e aparência do alimento. Ocorre quando a percepção de fome ou saciedade fica desregulada, assim ao ver ou sentir o aroma de um alimento palatável o indivíduo automaticamente sentirá vontade de comer, mesmo não estando com fome. A Teoria da Restrição explica que dietas restritivas podem levar ao aumento do peso. Restringir o consumo alimentar conscientemente, a fim de promover a perda de peso, pode provocar posteriormente o ganho de peso, visto que diante de um período de controle do apetite forçado, surge um estado de desequilíbrio onde o indivíduo tende a comer mais para manter a homeostase do peso (Rebelo & Leal, 2007; Viana, *et al*, 2009).

O Modelo Transteórico, proposto por Prochaska & DiClemente, defende que os indivíduos não estão inicialmente prontos para uma mudança de comportamento, mas que passa por diversos estágios até chegar nesse momento, onde o indivíduo manifesta graus de motivação diferentes para mudar um comportamento alimentar, por exemplo. São elas: pré-contemplação, quando não há pretensão de modificar sua alimentação num futuro próximo; contemplação, quando reconhece suas práticas alimentares como inadequadas, mas ainda tem diversas barreiras para modificá-las; preparação, quando é tomada a decisão de alterar sua dieta; ação, quando alterou determinadas práticas alimentares; e manutenção, quando manteve sua mudança (Toral & Slater, 2012).

Segundo a Teoria do Comportamento Planejado, de Ajzen (1985), a intenção comportamental de uma pessoa é determinada por três fatores principais. O primeiro é a “Atitude”, que se refere aos fatores pessoais acerca do comportamento, o qual é formado pelas avaliações positivas e negativas ao agir. O segundo são as “Normas subjetivas”, que dizem respeito a pressões sociais em relação ao comportamento em questão, ou seja, a opinião de outras pessoas que o indivíduo considera importante em relação a um determinado comportamento. E o terceiro controle percebido sobre o

comportamento. Quando é sentido pelo indivíduo controle sobre o comportamento e intenções comportamentais isoladamente, é capaz de prever o comportamento. Sendo assim, na Teoria do Comportamento Planejado, a motivação para agir é o principal determinante do comportamento, já a motivação é originada pela atitude, norma social e controle comportamental percebido (Heidemann, 2012).

Sabe-se que aspectos da alimentação podem ser complexos para serem modificados, além de tentar mudar antigos padrões, estes são considerados como componentes da história individual, da família ou do grupo social. Por este motivo a educação alimentar em crianças e adolescentes mostra-se efetiva, já que assim há a intervenção precocemente neste processo de formação por meio de ações educativas influenciando positivamente na formação dos hábitos alimentares, contribuindo para o estabelecimento do comportamento alimentar saudável (Santos, 2005). Conhecimentos sobre alimentação saudável, associados ao desenvolvimento da capacidade crítica, parecem ser um bom preditor de escolhas saudáveis. A intervenção educativa deve propor a construção coletiva do conhecimento, mediante planejamento com integração entre a equipe de saúde, a escola, a criança e a família e tendo como ponto-chave trabalhar os conteúdos visando expressões das práticas, crenças, saberes e vivências da criança, de maneira integrada e não dissociados em práticas pedagógicas exclusivamente teóricas (Garcia & Mancuso, 2012; Moreira & Costa, 2013).

Observando-se a multiplicidade de fatores que compõem e formam um comportamento, nota-se que não é simples avaliá-lo, porém é uma estratégia que pode ser usada principalmente na prevenção ou diagnóstico precoce de, por exemplo, algum distúrbio alimentar ou obesidade. Um modo de avaliar o comportamento alimentar é através da aplicação de questionários ou escalas. Eles podem analisar de diversos modos o comportamento, além de terem estruturas distintas para avaliarem determinado tipo de comportamento (Poulain, 2012). A validação de um instrumento é de grande importância para a confiabilidade de seu uso (Reichenheim, 2007). Quanto maior a quantidade de validações do mesmo instrumento em populações diferentes, mais comparações entre os estudos poderão ser feitas e assim, mais seguros serão os resultados obtidos nas pesquisas. Para um instrumento já existente em uma determinada língua ou país, é recomendado passar pelas etapas de tradução, adaptação e validação para ser aplicado numa nova população e assim apresentar respostas mais condizentes (Soárez, 2007). Encontra-se na literatura diversos instrumentos de

avaliação do comportamento alimentar. Porém o presente trabalho foca-se em uso de instrumentos para serem aplicados em crianças e adolescentes, excluindo-se do embasamento teórico instrumentos que não tenham sido validados para uso nessa população. Há grande quantidade de instrumentos elaborados e validados para a faixa etária de crianças e adolescentes, sendo eles desenvolvidos em diferentes países. Cada instrumento visa avaliar o comportamento através de um modo distinto, estando alguns citados abaixo:

O Child Feeding Questionnaire (CFQ) (Birch *et al*, 2001), é um questionário direcionado aos pais, para avaliar crenças e preocupações em relação à obesidade infantil, além de atitudes e práticas alimentares dos filhos em idades de 2 a 11 anos, com foco na pré-disposição de crianças à obesidade, feito com população norte-americana. Ele é composto de 31 questões divididas em sete fatores, quatro deles avaliam a percepção dos pais em relação ao seu próprio peso e o dos filhos, podendo provocar um controle na alimentação das crianças pela parte dos pais (responsabilidade alimentar percebida, preocupação com o ganho de peso da criança, percepção do peso da criança e percepção do peso das mães) e três fatores avaliam as práticas e atitudes dos pais em relação a utilização de estratégias de controle da alimentação dos filhos (restrição, pressão para comer e monitorização). Este questionário mostra a influência dos pais no consumo e comportamento alimentar dos filhos. As crianças são capazes de regular sua ingestão calórica, entretanto, essa capacidade é afetada com a imposição de práticas alimentares, como por exemplo, a pressão para a criança precisar comer todo alimento que está no prato, mesmo não sentindo mais fome, prática comum entre os pais. Essas atitudes podem modificar a percepção de fome e saciedade, o que pode acarretar o sobrepeso ou obesidade. A capacidade da resposta à saciedade nas crianças, ou a falta dela, está relacionada com a mesma capacidade apresentada pelos pais. Filhos de pais que não exercem bem a resposta à saciedade tendem a ter problemas com o entendimento do seu próprio apetite (Wardle *et al*, 2001). O peso dos pais também pode ser um indicador de fator de risco para obesidade, o que pode oportunizar a investigação dos hábitos alimentares das crianças antes de elas adquirirem sobrepeso. Crianças de pais com sobrepeso tem a tendência maior de serem adultos com sobrepeso do que as crianças com pais eutróficos (Viana, 2008). Este questionário vem sendo utilizado em diversas populações para avaliar práticas e atitudes dos pais em relação à alimentação dos filhos, tendo numerosas adaptações e traduções. Anderson *et al* (2005) aplicaram uma versão reduzida do CFQ (com 24

questões) em países latino-americanos e afro-americanos, de crianças em idade pré-escolar, tendo como conclusão o bom uso do instrumento para essas etnias, mostrando diferença apenas na relação da educação dos pais com o sobrepeso da criança. Shan *et al* (2010) aplicou o CFQ, com adição de 12 itens desenvolvidos pelos pesquisadores, em pais chineses de adolescentes do 7º e 8º ano escolar, tendo como resultado, que seriam necessárias modificações nas questões para o melhor uso do instrumento nessa população. Esses resultados podem ser explicados visto que o CFQ foi construído considerando hábitos alimentares ocidentais, que podem divergir dos hábitos orientais.

O Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) foi desenvolvido por Wardle *et al* (2001), é um questionário de aplicação parental (para os pais), feito para avaliar o comportamento alimentar de crianças de 2 à 7 anos, focando em determinantes comportamentais para a obesidade. Diferentemente do CFQ, este questionário avalia o comportamento e hábitos alimentares da criança em si, devendo ser respondido a partir de atitudes e comportamentos que a própria criança apresenta. Ele é composto por 35 itens, divididos em oito fatores relacionados à obesidade infantil, segundo os autores: Resposta à saciedade, Ingestão lenta, Seletividade, Resposta à comida, Prazer em comer, Desejo de beber, Sobre ingestão emocional, Sub ingestão emocional. Visando, assim, estudar os hábitos alimentares de crianças com diferentes Índices de Massa Corporal (IMC) e de discriminar os seus comportamentos alimentares no contexto da obesidade através das respostas dos seus cuidadores. Posteriormente o instrumento passou por processo de validação na população do Reino Unido (Carnell & Wardle, 2007). Cada fator está envolvido e fundamentado com algumas das teorias comportamentais que podem ser relacionadas com o excesso de peso, sendo elas: 1)Teoria da externalidade. 2)Teoria psicossomática; 3)Teoria da restrição alimentar. As questões no CEBQ dizem respeito a comportamentos que podem levar ao sobrepeso e obesidade, sendo as teorias acima citadas norteadoras para a compreensão desses comportamentos. Esse instrumento foi desenvolvido e validado no Reino Unido, mas possui traduções e validações para uso em outras populações. Um estudo holandês feito por Slenddens *et al* (2008), validou o CEBQ para uso em crianças holandesas de 6 e 7 anos, apresentando como resultado que o questionário é uma boa ferramenta para avaliar comportamento alimentar de crianças holandesas, também tendo uma boa aplicabilidade em estudos relacionados com sobrepeso.

Foi desenvolvido por Llewellyno *et al* (2011) o Baby Eating Behaviour Questionnaire (BEBQ). Esse instrumento foi construído a partir do CEBQ, com questões adaptadas para bebês em período de aleitamento materno. O BEBQ é composto por 17 itens, separados em quatro fatores: “prazer alimentar”, referente ao gosto do leite percebido pelo lactente e da alimentação em geral; "responsividade alimentar" relativo a exigência da criança em relação a ser alimentado e seu nível de responsividade a sugestões de leite e alimentação; "lentidão na alimentação" mede a velocidade com que o bebê se alimenta; e "responsividade à saciedade", avaliando a facilidade com que a criança fica satisfeita durante uma alimentação. Os pesquisadores apresentam algumas limitações do estudo. A primeira se refere ao tipo de aleitamento, devendo ser levado em conta para a validação à diferença em aleitamento apenas no peito ou o uso de mamadeira. A segunda é referente à idade dos bebês, alguns já não estavam apenas consumindo leite quando as mães responderam ao instrumento, o que pode causar um viés de informação caso as mães tenham levado em conta o apetite dos bebês para comidas sólidas também. Como conclusão, foi sugerido que o BEBQ é uma medida prática para compreender o apetite no início da infância que poderá facilitar pesquisas sobre os preditores e resultados da variação no apetite. Os resultados indicaram também que a estrutura do apetite na infância é o mesmo que em crianças mais velhas. Também são necessários estudos futuros para validação externa. Um estudo de Leiras (2015), feito em Portugal, também fez a adaptação do CEBQ, para o uso em mães de crianças de três anos, sendo chamado de Questionário do Comportamento Alimentar da Mãe, fazendo uso das mesmas questões do CEBQ, adaptando para serem respondidas pelas mães pensando em seus hábitos, não o das crianças. Esse instrumento não passou por processo de validação, apenas de análise de consistência interna.

O Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) foi elaborado por Van Strien *et al* (1986), voltado para a população holandesa que apresente inadequações do comportamento alimentar, tais como: anorexia, bulimia e ingestão compulsiva, incluindo também a obesidade. Além de ser indicado para investigar comportamento alimentar de grupos saudáveis. Ele é composto de 33 itens separados em quatro escalas: escala de restrição, escala de ingestão externa, escala de emoções difusas e precisas e posteriormente passou por processo de validação (Van Strien *et al*, 2002). Esse instrumento tem diversas adaptações, como a tradução para o português e validação para uso na população portuguesa (Viana & Sinde, 2003) e validação para

uso em uma amostra de mulheres espanholas (Cebolla *et al*, 2015). O DEBQ original não é voltado para o uso em crianças, porém a partir dele foi pensada a construção de um instrumento voltado para esse público, que vem a ser o CEBQ. Além disso, há uma versão adaptada do DEBQ para crianças de 7 à 12 anos (Strein & Oosterveld, 2007). Também se encontra um trabalho de pesquisadores italianos, onde foi feita a validação de uma versão do DEBQ para ser respondido pelos pais à cerca do comportamento alimentar dos filhos pré-adolescentes (DEBQ-P), concluindo que o instrumento pode ser usado para avaliar o comportamento alimentar da população, porém a relação do peso com indicadores de ingestão interna e comer emocional precisam ser melhor exploradas (Caccialanza *et al*, 2004). Outro estudo objetivou validar o questionário para uso numa amostra de adolescentes chineses, concluindo que o DEBQ foi eficaz para avaliar essa população (Wu *et al*, 2016).

O Children Eating Atitudes Test (ChEAT), foi elaborado originalmente por Maloney, McGuire & Daniels (1988) e validado na população norte-americana por Smolak & Levine (1994), sendo um instrumento para avaliar comportamentos e atitudes alimentares associados com AN e BN em indivíduos menores de 15 anos. Ele é a versão infantil do Eating Attitudes Test (EAT-26), elaborado por Garner & Garfinkel (1982). A versão inicial do EAT foi validada para a população feminina do Canadá e continha 40 itens, que posteriormente foi diminuído para 26, virando o EAT-26. O ChEAT conta com 26 questões, com respostas variando de 1 (sempre) até 6 (nunca), divididas em três fatores: Fazer Dieta, englobando preocupação com imagem corporal e rejeição no consumo de alimentos calóricos; Controle da ingestão, sendo controle pessoal e social sobre alimentação; Bulimia e Preocupação pela comida, onde se encaixam episódios de vômitos e pensamentos persistentes em relação à comida. Um estudo feito por Sancho *et al* (2005), adaptou uma versão do ChEAT para uma amostra de crianças espanholas, sugerindo que a versão era aplicável, porém precisava de ajustes nas questões. Outro estudo com o ChEAT foi de Elizathe *et al* (2012), visando adaptar e validar o instrumento para uso em crianças argentinas, tendo como resultado que o ChEAT é um bom instrumento para avaliar comportamento alimentar do público-alvo estudado. Também houve uma validação para a população adolescente do Japão, onde o instrumento se apresentou válido e confiável e podendo ser útil na triagem e avaliação de AN (Chiba *et al*, 2016).

Musher-Eizenman and Holub (2007), elaboraram e validaram um questionário para mensurar as práticas alimentares de pais de crianças pequenas, o Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ). Este questionário foi feito nos Estados Unidos da América, aplicado para pais de crianças de 2 à 8 anos, visando avaliar as práticas e comportamentos alimentares dos pais em relação à alimentação dos filhos, a fim de investigar alterações no comportamento alimentar da criança causadas pelas atitudes do pais. O instrumento é composto por 49 questões divididas em 12 fatores, sendo eles: autoridade da criança, a regulação emocional, o incentivo à dieta equilibrada e variada, o ambiente, o modelo parental, o controle parental, a alimentação como recompensa, a restrição para o controle do peso, a restrição à saúde, a pressão para comer, o envolvimento e o ensino sobre a nutrição. Esses fatores não abrangem somente o comportamento em relação à alimentação, mas expressa questões sobre o ensino e entendimento de nutrição, ambiente saudável e incentivo ao equilíbrio alimentar. Os pesquisadores mostram esses fatores como o diferencial do CFPQ. O instrumento pode ser usado para entender a relação entre o modo que os pais alimentam seus filhos, os fatores que contribuem para essas práticas, e como elas afetam o comportamento alimentar da criança. Esse instrumento passou por validações em diferentes populações, como França (Musher-Eizenman *et al*, 2009) e Irã (Doaei *et al*, 2013). Na Noruega houve a validação dessa escala para aplicação em pais de crianças de 10 a 12 anos. O instrumento sofreu alterações em alguns itens passando para 45 questões, divididas nos mesmos 12 fatores, concluindo que a CFPQ é uma ferramenta válida para medir práticas alimentares dos pais noruegueses (Melbye *et al*, 2011).

A Yale Food Addiction Scale for Children é uma escala adaptada da Yale Food Addiction Scale (Gearhardt, Corbin & Brownell, 2009), e preliminarmente validada por Gearhardt *et al* (2013) para crianças. Essa escala avalia vícios alimentares de acordo com os critérios da DSM-IV para dependência, pois se evidenciou que o processo de vício alimentar para determinados alimentos é o mesmo processo de dependência de substâncias como álcool. Assim, a escala identifica sinais de dependência para certos tipos de alimentos (por exemplo, alimentos com alto teor de gordura e açúcar). Ela possui 22 questões e foi utilizada numa amostra de 75 crianças de 4 a 16 anos. Apesar de limitações, como a amostra ser apenas de crianças com obesidade ou compulsão alimentar e não ter sido avaliado o controle dos pais sobre a alimentação das crianças, o estudo conclui que a escala apresentada tem validade para

medir vício alimentar em crianças. Essa escala também passou por validação numa amostra de meninas adolescentes chinesas, se mostrando uma boa ferramenta para avaliar a dependência alimentar em adolescentes do sexo feminino (Chen *et al*, 2015).

Existem ainda outros instrumentos de avaliação do comportamento alimentar direcionados para crianças e adolescentes. A Emotional Eating Scale for use in Children and Adolescent, uma escala feita para avaliar o comer emocional em crianças e adolescentes, composta de 25 questões relacionadas com ansiedade, raiva, frustração, perturbação e depressão (Tanofsky-Kraff *et al*, 2007). A Parenting strategies for eating and activity scale é uma escala para avaliar estratégias parentais associadas ao comportamento alimentar e de atividade dos filhos, visto que comportamentos alimentares e relacionados à atividade das crianças são moldados pelo ambiente familiar e comportamentos dos pais (Larios, 2009).

3. OBJETIVOS

Verificar, por meio da revisão bibliográfica, a existência de instrumentos traduzidos e/ou validados em língua portuguesa para avaliar comportamento alimentar de crianças e adolescentes.

4. METODOLOGIA

O método utilizado para este trabalho foi a revisão narrativa que se baseia na análise crítica e interpretação do autor sobre a pesquisa da literatura, permitindo ao leitor conhecer uma temática específica num curto tempo (Rother, 2007).

Os artigos selecionados foram pesquisados nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico. Como descritores foram utilizados: “instrumento validado”, “instrumento comportamento alimentar adolescentes”, “instrumento comportamento alimentar crianças”, “instrument validation”, “eating behavior children”, “eating behavior adolescent”. Como critérios de inclusão utilizaram-se: artigos publicados no período de 2000 à 2016, em língua portuguesa ou língua inglesa, sendo o instrumento traduzido adaptado e/ou validado em português para uso em crianças e/ou adolescentes, levando em conta idades de 0 à 18 anos.

5. RESULTADOS

A partir da busca nos bancos de dados foram localizados 18 artigos. Sabe-se que instrumentos validados apresentam avaliações mais precisas e confiáveis (Poulian, 2012). Como validação foi considerada também a validação interna do instrumento, ou seja, quando o instrumento mede o que está proposto a medir. Levando em conta que a busca apresenta foco em instrumentos voltados para aplicação em crianças e adolescentes, a validação interna é condizente e relevante também. Salienta-se que, dos 18 artigos, nove apresentaram validação (Brighetti, 2003; Pereira & Almeida, 2004; Viana & Sinde, 2008; Ximenes, 2011; Teixeira *et al*, 2012; Viana *et al*, 2012; Mais *et al*, 2015; Warkentens *et al*, 2016; Alvarenga *et al*, 2016); oito trabalhos passaram por validação interna (Galindo, 2005; Cattai, Hintze & Junior, 2010; Francisco, Alarcão & Narciso, 2011; Marques *et al*, 2011; Santos, 2011; Pinheiro & Jiménez, 2012; Siqueira *et al*, 2015; Piccoli, 2015), fazendo ressalvas quanto a necessidade de novos estudos para uma validação mais concisa e abrangente, e um artigo não passou por processo de validação (Cruz, 2009), apresentando apenas tradução e adaptação.

Como a busca abrangeu instrumentos em língua portuguesa, foi possível encontrar artigos do Brasil e de Portugal, consistindo em 11 trabalhos brasileiros (Quadro 1) e sete trabalhos portugueses (Quadro 2). Os resultados estão apresentados separadamente por instrumentos brasileiros e portugueses, apresentados em ordem cronológica de publicação.

5.1 Artigos Brasileiros

O primeiro artigo é de autoria de Bighetti (2003), intitulado “Tradução e Validação do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP”. Esse artigo trata da tradução do EAT-26 (Garner *et al*, 1979) para o português e validação para uso em meninas adolescentes brasileiras, traduzido como Teste de Atitudes Alimentares, e se trata de um teste elaborado para medir sintomas de AN. O teste é composto de 26 questões divididas em três fatores: dieta, sendo a recusa por alimentos de alto valor calórico e grande preocupação com forma física; bulimia e preocupação com os alimentos, se referindo a episódios de ingestão alimentar compulsiva, seguido de vômitos e outros métodos purgativos para evitar ganho de peso; controle oral, remetendo a demonstrações de autocontrole em relação aos alimentos e reconhecimento de fatores sociais do ambiente como estímulo

para ingestão de alimentos. O teste foi aplicado em 365 meninas adolescentes de 12 a 19 anos. Como conclusão, a autora relata que a escala apresentou resultados satisfatórios de validação, estando apta a ser aplicada em adolescentes como instrumento de pré-diagnóstico de AN.

O segundo artigo trata-se da “Tradução, adaptação e validação do Eating Behaviours and Body Image Test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP”, realizado por Galindo (2005). Esse trabalho fez a tradução para português e validação em crianças brasileiras do EBBIT, que é um teste elaborado por Candy & Fee (1998), desenvolvido para avaliar a satisfação com a imagem corporal e também comportamentos e distúrbios alimentares em meninas pré-adolescentes. O instrumento é composto por 42 questões divididas em dois fatores: um fator medindo a insatisfação com a imagem corporal e o comer restritivo, e outro indicando comportamentos de comer em excesso (TCAP). O questionário foi aplicado em 261 meninas de 9 a 12 anos. Como conclusões os autores trazem que o instrumento atende ao objetivo de buscar indicadores de risco para o desenvolvimento de desordens alimentares, contudo, ainda são necessários mais estudos para avaliar sua validade em diferentes contextos culturais, mas estando pronto para uso em pesquisas.

O trabalho de Cruz (2009), “O uso de um questionário de alimentação para estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em reação a alimentação e propensão à obesidade”, fez a tradução do CFQ (Birch *et al*, 2001), instrumento aplicado aos pais para estimar aspectos da alimentação da criança, percepção, atitudes e práticas e sua relação com o desenvolvimento das crianças e em relação a comida, aceitação dos pais, controle de ingestão de comida e obesidade, sabendo que os pais tem importante influencia para adequação de hábitos e preferências alimentares dos filhos. O instrumento foi traduzido como Questionário Alimentar da Criança (QAC), possuindo 31 questões, relacionadas em seis fatores: percepção de responsabilidade, percepção de peso dos pais, percepção do peso da criança, preocupação com peso da criança, restrição, pressão para comer, e monitoramento. O QAC foi aplicado em 120 mães com filhos de idades entre 2 e 11 anos. O QAC apresentou confiabilidade e consistência interna para ser um bom instrumento para avaliar, quantitativamente, a relação entre práticas, crenças e atitudes dos pais e o estado nutricional dos filhos. Contudo o instrumento não passou por processo de validação, sendo necessários estudos futuros para tal. Posteriormente o QAC foi utilizado em um trabalho de

Lorenzato (2012) com 150 pais de filhos de idade entre 2 à 11 anos, em situação de baixa renda. Tendo como conclusão que o instrumento é eficiente para estudos das atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação de seus filhos e a propensão a obesidade infantil, sendo o único instrumento no Brasil capaz de avaliar quantitativamente a relação entre comportamento dos pais frente à alimentação e estado nutricional dos filhos. Ressalta-se que não houve validação do QAC nesse estudo.

O artigo “Validação interna do questionário de estágio de prontidão para mudança do comportamento alimentar e de atividade física” escrito por Cattai, Hintze & Junior (2010), apresenta a tradução e validação do questionário de estágio de prontidão para mudança do comportamento alimentar e de atividade física, originalmente elaborado por Sutton *et al* (2003). Esse instrumento é elaborado a partir do modelo transteórico, voltado a indivíduos com sobrepeso e obesidade, para avaliar em qual estágio de prontidão para mudança do comportamento o indivíduo se encontra, além de reunir no mesmo questionário diversos comportamentos relacionados ao processo de perda de peso. Ele é composto de 38 questões, distribuídas em quatro fatores: tamanho e quantidade das porções; quantidade de gordura na dieta; consumo de frutas e vegetais; prática de atividade física. O instrumento foi aplicado em 32 adolescentes com média de idade de 13 anos, que participavam de um programa de tratamento de obesidade. Como resultado foram encontrados valores de confiabilidade e validade interna apropriados para a sua aplicação em adolescentes. Porém, são necessários estudos futuros com amostras maiores e mais heterogêneas para que uma maior efetividade do instrumento seja confirmada.

O trabalho feito por Ximenes *et al* (2011), intitulado “Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes”, visou traduzir para o português e adaptar para aplicação em adolescentes o Bulimic Investigatory Test of Edinburgh – BITE, originalmente elaborado por Henderson & Freeman (1987). O BITE objetiva identificar indivíduos com compulsão alimentar e avaliar os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à BN. O teste é composto de 33 itens, divididos em duas escalas: uma de sintomas, com 30 itens, e a outra de gravidade, com três itens. Esse instrumento passou por tradução e validação para a população brasileira, porém o processo foi realizado com adultos (Nunes, 2003). Levando em conta que algumas questões poderiam ter problemas de entendimento quando aplicados em adolescentes,

os autores viram a necessidade de um novo trabalho visando à utilização nessa população. O instrumento adaptado foi aplicado em 109 adolescentes de 12 a 16 anos, tendo como conclusão que houve boa equivalência linguística e conceitual, além de a adaptação ser considerada apropriada, mostrando valores elevados de consistência inteira na validação, podendo então ser utilizadas para avaliação de sintomas de BN em adolescentes.

O artigo “Tradução e Validação da versão brasileira do *Children’s Eating Attitudes Test* (ChEAT)” foi elaborado por Pinheiro & Jiménez (2012). Esse trabalho fez a tradução para a língua portuguesa da ChEAT (Maloney *et al*, 1988) e validação da versão experimental para uso em crianças da população brasileira. São 26 questões separadas em três fatores: o primeiro é fazer dieta e purga, 15 questões referentes a evitar ingestão alimentar e ter práticas purgatórias; o segundo é controle oral por pressão social, quatro questões sobre a influência de outros indivíduos no comportamento alimentar da criança; e o terceiro é preocupação com a comida, tendo seis questões. O questionário foi aplicado 347 crianças de 8 a 12 anos. Após as análises os autores sugerem que a versão experimental do ChEAT é aplicável para filtrar pré-adolescentes em situação de risco, porém ainda é preciso mais estudos para uma validação definitiva desse instrumento, visto que pelas análises houveram duas questões que prejudicaram o nível de confiabilidade, sendo sugerido a retirada das mesmas. Além de proporem aumentar o tamanho amostral para melhor examinar as propriedades psicométricas do instrumento.

O artigo “Questionário sobre padrões de peso e alimentação para adolescentes (QEWP-A): avaliação transcultural e adaptação para o Português” foi produzido por Siqueira *et al* (2015), realizando a tradução e adaptação cultural do Questionnaire of Eating and Weight Patterns - Adolescent (QEWP-A), originalmente criado por Johnson *et al* (1999), sendo a versão para adolescentes do Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso – Revisado (QEWP-R) (Morgan *et al*, 1998). Em 2005 o QEWP-R foi validado para a população brasileira, com mulheres de 15 a 59 anos, não se mostrando um instrumento para uso específico em adolescentes (Borges *et al*, 2005). O QEWP-A é um questionário para autopreenchimento com 13 itens, desenvolvido exclusivamente para identificação das manifestações iniciais do TCAP em adolescentes, abrange questões sobre referentes a compulsão alimentar, perda de controle, métodos compensatórios, história de dieta e grau de preocupação com o

corpo. O questionário foi aplicado em 105 adolescentes de 10 a 19 anos. Os autores trouxeram como resultado que a adaptação para uso em adolescentes brasileiros foi realizada com sucesso, sendo um instrumento de rápida aplicação e fácil entendimento, porém o estudo passou apenas pelo processo de validação interna.

O trabalho de Mais *et al* (2015), “Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire among Brazilian families of school aged children”, faz a validação do CFPQ (Musher-Eizenman & Holub, 2007) para uso na população brasileira de pais de crianças em idade escolar. O CFPQ é um instrumento para medir as práticas alimentares dos pais em relação à alimentação de seus filhos. O questionário é composto por 42 itens, divididos em seis fatores: orientação para uma alimentação saudável, monitoramento, restrição para controle de peso, restrição para saúde, regulação da emoção/comida como recompensa e pressão para comer. O CFPQ foi aplicado em 659 pais de crianças com idades entre 5 e 9 anos. Os autores trouxeram como conclusão que o instrumento apresentou bons resultados de validade e confiabilidade, sendo recomendado seu uso para avaliar as práticas de alimentação dos pais brasileiros.

A partir da dissertação de Piccoli (2015), “Estilos parentais, práticas alimentares parentais e o estado nutricional em adolescentes”, foi adaptada e validada a Escala de Percepção do adolescente sobre práticas alimentares parentais (Teen-PFP), um instrumento para avaliar a percepção dos adolescentes sobre as práticas parentais em relação à educação alimentar, tendo como referencia para adaptação o CFPQ (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Diferentemente do CFPQ, que possui 49 itens e 12 fatores, o Teen-PFP é composto de 43 questões, divididas em 10 fatores, sendo eles: autoridade da criança, a regulação emocional, o incentivo à dieta equilibrada e variada, o ambiente, o modelo parental, o controle parental, a restrição para o controle do peso, a restrição à saúde, a pressão para comer e o envolvimento. O instrumento foi aplicado em 307 adolescentes de 12 a 18 anos. A partir dos resultados o Teen-PFP apresentou validade como uma ferramenta que mede a percepção dos adolescentes em relação às práticas alimentares parentais, podendo ser um instrumento para auxiliar o diagnóstico e tratamento de adolescentes com excesso de peso. Porém ressaltam a necessidade de novos estudos com amostras maiores e outros contextos brasileiros para que o instrumento possa ter validação estendida por todo o país.

O estudo de Warkentin *et al* (2016) “Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire in parents of pre school children in Brazil” também faz a validação do CFPQ (Musher-Eizenman & Holub, 2007), porém para os pais cujos filhos estão em idade pré-escolar. Fatores ambientais, destacando-se os fatores familiares, possuem grande influência na ingestão alimentar de crianças em idade pré-escolar, por isso a importância de se ter um instrumento que avalie as práticas dos pais. O questionário é semelhante ao validado por Mais *et al* (2015), contendo 42 itens e seis fatores: orientação para uma alimentação saudável, monitoramento, restrição para controle de peso, restrição para saúde, regulação da emoção/comida como recompensa e pressão para comer. O que difere nos estudos é a faixa etária das crianças. O trabalho de Warkentin *et al* (2016) teve como objetivo validar o CFPQ para ser usado em pais de crianças de 2 à 5 anos, tendo como amostra 402 pais. Em razão da diferença de faixa etária na qual foi validado o instrumento, também existem diferenças em alguns itens do questionário. No fator “orientações para uma alimentação saudável” existem dois itens a mais no CFPQ para pré-escolares. No fator “monitoramento” há dois itens a menos. Como resultados os pesquisadores referem que o CFPQ é uma escala válida e confiável para avaliar as práticas de alimentação dos pais brasileiros com filhos de 2 a 5 anos.

O artigo de Alvarenga *et al* (2016) intitulado “Validation of the Disordered Eating Attitude Scale for adolescents” faz a validação da Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (EAAT) (Alvarenga & Scagliuse, 2010) para a população brasileira de adolescentes. A EAAT é uma escala para avaliar atitudes alimentares desordenadas, se baseando nas crenças, pensamento, sentimentos, comportamentos e relação que o indivíduo tem com o alimento. Assim, se diferenciando de outros instrumentos por não se focar em sintomas de transtornos alimentares, mas sim na relação do indivíduo com o alimento. Ela foi primeiramente validada para mulheres universitárias brasileiras e posteriormente passou por validação para população masculina. Também possui tradução para inglês, espanhol e japonês. A EAAT validada para adolescentes brasileiros possui 25 questões divididas em cinco subescalas: Relação com o alimento, Preocupação com o alimento e ganho de peso, Práticas restritivas e compensatórias, Sentimentos em relação à alimentação e Conceito de alimentação normal. Foi utilizada uma amostra de 1.119 estudantes de 12 a 18 anos. Os autores concluíram que o EAAT é uma ferramenta com validade na identificação de atitudes alimentares desordenadas. Também sendo um instrumento com potencial para

auxiliar na identificação de riscos de distúrbios alimentares entre os adolescentes, auxiliando assim em programas de prevenção.

Quadro 1 - Trabalhos brasileiros de adaptação ou validação de instrumentos para avaliar comportamento alimentar em crianças e/ou adolescentes

Instrumento/Validade	Autor/Ano	Faixa etária validada	Objetivo instrumento
Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)/ Validado	Felícia Bighetti (2003)	12 a 19 anos	Medir sintomas de AN
Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal para Pré-Adolescentes (EBBIT) / Validação interna	Elizangela Galindo (2005)	9 a 12 anos	Avaliar a satisfação com a imagem corporal e comportamentos e distúrbios alimentares em pré-adolescentes
Questionário de Alimentação da Criança (CFQ) / Adaptado	Isadora Cruz (2009)	2 a 11 anos	Aplicado aos pais, para estimar aspectos da alimentação da criança, percepção, atitudes e práticas e sua relação com o desenvolvimento das crianças. Além da relação com a comida, controle de ingestão de alimentos e obesidade
Estágio de Prontidão para Mudança de Comportamento Alimentar e de Atividade Física/ Validação interna	Glauco Cattai, Luzia Hintze, Nelson Junior (2010)	Média de 13 anos	Voltado para pessoas com sobrepeso ou obesidade. Avalia em qual estágio de prontidão para mudança do comportamento o indivíduo se encontra
Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo – BITE / Validado	Rosana Ximenes <i>et al</i> (2011)	12 a 16 anos	Identificar indivíduos com compulsão alimentar e avaliar os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados a BN

Teste de Atitudes Alimentares para Crianças e Adolescentes (ChEAT) / Validação interna	Nádia Pinheiro, Manuel Jiménez (2012)	8 a 12 anos	Avaliar comportamentos e atitudes alimentares associados com AN e BN
Questionário sobre padrões de peso e alimentação para adolescentes (QEWPA) / Validação interna	Tatiana Siqueira, Viviane Colares, Rosana Ximenes (2015)	10 a 19 anos	Identificação de manifestações iniciais do TCAP
Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ) / Validado	Lais Mais <i>et al</i> (2015)	5 a 9 anos	Aplicado aos pais. Visa medir as práticas alimentares dos pais em relação à alimentação de seus filhos
Escala de Percepção do adolescente sobre as práticas alimentares Parentais – Tenn-PFP / Validação interna	Âgela Piccoli <i>et al</i> (2015)	12 a 18 anos	Avaliar a percepção dos adolescentes sobre as práticas parentais em relação à educação alimentar
Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ) / Validado	Sarah Warkentin <i>et al</i> (2016)	2 a 5 anos	Aplicado aos pais. Visa medir as práticas alimentares dos pais em relação à alimentação de seus filhos
Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas / Validado	Marle Alvarenga <i>et al</i> (2016)	12 a 18 anos	Avaliar atitudes alimentares desordenadas, se baseando em crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relação que o indivíduo tem com o alimento

Fonte: Elaborada pela autora

5.2 Artigos Portugueses

O instrumento de Pereira & Almeida (2004) “Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala” propõe-se a tradução e validação da Self Efficacy Diabetic Scale do original de Grossman *et al* (1987). Esse instrumento foi elaborado

com base na teoria de Autoeficácia (Bandura, 2003), pretendendo avaliar as percepções pessoais relativas à competência, capacidades e modos para os adolescentes lidarem de forma correta com as implicações que diabetes exige. A versão original é composta de 35 itens, porém após o processo de adaptação e validação a versão portuguesa ficou constituída de 30 itens separados em três fatores: Autoeficácia relativa ao tratamento, Eficácia social e Confiança, tendo como opção cinco respostas indo de não consigo com certeza até consigo com certeza. Fizeram parte da amostra 157 adolescentes diagnosticados com diabetes, de 10 a 18 anos. Tendo como resultado a boa validade do instrumento para uso em adolescentes portugueses.

O artigo “O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ)” foi produzido por Viana & Sinde (2008). Refere-se à tradução para português e validação do CEBQ (Wardle *et al*, 2001). Os autores traduziram o instrumento como Questionário do Comportamento Alimentar da Criança, sendo produzido para investigar comportamento alimentar de crianças, a partir das respostas dos cuidadores. São 35 itens divididos em oito subescalas: Resposta a comida, Prazer em comer, Resposta a saciedade, Ingestão lenta, Seletividade, Sobre ingestão emocional, Sub ingestão emocional e Desejo de beber. Foi utilizada como amostra 249 mães com filhos em idade de 3 a 13 anos. Os autores concluíram que dadas as qualidades psicométricas do questionário, ele é capaz de ser utilizado para avaliar comportamento alimentar de crianças portuguesas.

O artigo "Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa", escrito por Marques *et al* (2011), apresenta o desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar hábitos alimentares da população portuguesa, chamado Escala de Hábitos Alimentares. Foi utilizada uma amostra de 418 indivíduos, de 15 a 76 anos, ressalta-se aqui que este instrumento não visa avaliar comportamento alimentar exclusivamente de crianças e adolescentes, contudo, a população utilizada para validação integra adolescentes, podendo então ser aplicado neste público. A escala é composta de 40 itens, com cinco opções de respostas, indo de "Nunca" até "Sempre", sendo separados em quatro fatores: "Quantidade alimentar", "Qualidade alimentar", "Variedade alimentar" e "Adequação alimentar". Como resultados houve limitações à sua validade externa, devido a não heterogeneidade da amostra, reforçando assim, a necessidade de se continuar a investigar em diferentes faixas etárias e em ambos os gêneros. Porém foi possível com o estudo validar uma escala que avalia os hábitos

alimentares da população portuguesa, com a perspectiva de possibilitar a sua utilização em estudos científica.

O artigo escrito por Francisco, Alarcão & Narciso (2011) é intitulado "Avaliação de factores de risco de desenvolvimento de perturbações alimentares: Desenvolvimento e estudos de validação da versão portuguesa do McKnight Risk Factor Survey IV" (MRFS-IV). Fez a validação do instrumento originalmente desenvolvido por The McKnight Investigators (2003), para avaliação de fatores de risco e fatores protetores do desenvolvimento de perturbações alimentares em adolescentes. Na versão original o instrumento é destinado a meninas, mas nesse estudo foram incluídos meninos na amostra. O instrumento é composto por 82 itens, divididos em nove fatores: Preocupação com a Magreza, Autoestima, Pressão Social, Voracidade Alimentar, Utilização de Substâncias e Métodos Compensatórios, Suporte social, Influências Parentais, Sintomatologia Depressiva-Ansiosa, Perfeccionismo; além de mais oito indicadores: idade da menarca (para meninas), idade 1º namoro, número de situações de stress, incômodos com alterações corporais, número de figuras de suporte, desempenho escolar, participação em atividades físicas extracurriculares, participação de atividades associadas a pressão para magreza. Participaram da amostra 793 indivíduos de 12 a 20 anos de ambos os sexos. Como conclusão os autores relatam que a versão portuguesa do MRFS-IV pode ser um instrumento útil para avaliar risco de desenvolvimento de perturbações alimentares em adolescentes a partir da identificação de fatores de risco e protetores. Porém há limitações que precisarão de estudos futuros para efetivar a validade do MRFS-IV como screening de distúrbios alimentares na população portuguesa.

O estudo de Santos (2011), "Conhecimentos, atitudes e autoeficácia sobre alimentação e atividade física em adolescentes", fez a tradução para português e adaptação para a população portuguesa da Escala de Turconi. Essa escala foi desenvolvida para a população italiana de adolescentes sendo um questionário dietético sobre hábitos alimentares, comportamento alimentar e conhecimento nutricional de adolescentes (Turconi, 2003). O questionário adaptado é composto, inicialmente, por oito itens relativos a dados sociodemográficos, seguidos por 49 itens separados em seis fatores: hábitos alimentares, atividade física e estilo de vida; conhecimentos sobre alimentação; autoeficácia; conhecimentos sobre nutrição (contém questões sobre alimentação e nutrição sendo as respostas: verdadeiro ou falso); frequência alimentar

(consumo de frutas e hortaliças). O instrumento foi aplicado em 840 adolescentes de 12 a 19 anos. A escala adaptada apresentou uma confiabilidade aceitável pelos resultados da análise de consistência interna e validade de constructo. Entretanto, a autora salienta que houve necessidade de exclusão de vários itens para adaptar a escala para a população de adolescentes portugueses e sugere estudos futuros para inclusão de itens que estejam adequados com a população estudada, principalmente nos fatores autoeficácia e conhecimentos sobre nutrição.

Teixeira *et al* (2012) elaboraram o artigo “Validação portuguesa do Teste de Atitudes Alimentares para Crianças”. Trata-se da validação do ChEAT (Maloney *et al*, 1988), traduzido como Teste de Atitudes Alimentares, para a população portuguesa. O instrumento português é composto de 25 questões (uma a menos do original) divididas em quatro fatores: Medo de engordar, Comportamentos restritivos e de purga, Preocupação alimentar e Pressão social para comer. O teste foi aplicado numa amostra de 956 indivíduos de 11 a 18 anos. O estudo apresentou como resultado que a versão em português do ChEAT é adequada e válida para medir as atitudes e comportamentos alimentares em adolescentes portugueses.

O trabalho “Controlo alimentar materno e estado ponderal: Resultado do Questionário Alimentar para Crianças (CFQ)” foi produzido por Viana *et al* (2012). Refere-se à tradução do CFQ (Birch *et al*, 2001), traduzido como Questionário Alimentar para Crianças, e validação para população infantil de Portugal. Esse questionário é aplicado aos pais e contém 31 itens distribuídos em sete subescalas, sendo quatro que avaliam o risco e preocupação com o peso: Percepção da responsabilidade dos pais pela alimentação dos filhos; Percepção do excesso de peso Próprio; Percepção do excesso de peso dos filhos; Preocupação com o excesso de peso dos filhos; e três que avaliam as atitudes de controle dos pais em relação à alimentação dos filhos: Restrição; Pressão para comer; Monitorização. Participaram do estudo 292 mães com filhos de 8 a 12 anos de idade. Como conclusões os autores trouxeram que o instrumento é útil e confiável na investigação em amostras portuguesas.

Quadro 2 – Trabalhos portugueses de adaptação ou validação de instrumentos para avaliar comportamento alimentar em crianças e/ou adolescentes

Instrumento/Validade	Autor / Ano	Faixa etária validada	Objetivo instrumento
Escala de Auto-eficácia na Diabetes / Validado	Maria Pereira, Paulo Almeida (2004)	10 a 18 anos	Avaliar percepções pessoas relativas à competência, capacidades e modos para os adolescentes lidarem de forma correta com a diabetes
Questionário de comportamento alimentar de crianças – CEBQ / Validado	Victor Viana, Susana Sinde (2008)	3 a 13 anos	Aplicado aos pais. Visa investigar o comportamento alimentar das crianças
Escala de hábitos alimentares/ Validação interna	Águeda Marques <i>et al</i> (2011)	15 a 76 anos	Avaliar hábitos alimentares da população portuguesa
<i>McKnight Risk Factor Survey IV</i> / Validação interna	Rita Francisco, Madalena Alarcão, Isabel Narciso (2011)	12 a 20 anos	Avaliar fatores de risco e fatores protetores do desenvolvimento de perturbações alimentares
Escala de Turconi / Validação interna	Luisa Santos (2011)	12 a 19 anos	Questionário dietético sobre hábitos alimentares, comportamento alimentar e conhecimento nutricional de adolescentes
Teste de atitudes alimentares em crianças e adolescentes (ChEAT) / Validado	Maria Del Carmen Bento Teixeira <i>et al</i> (2012)	11 a 18 anos	Avaliar comportamentos e atitudes alimentares associados com AN e BN
Questionário alimentar para crianças (CFQ) / Validado	Victor Viana <i>et al</i> (2012)	8 a 12 anos	Aplicado aos pais, para estimar aspectos da alimentação da criança, percepção, atitudes e práticas e sua relação com o desenvolvimento das crianças. Além da relação com a comida, controle de ingestão de alimentos e obesidade

Fonte: Elaborada pela autora

6. DISCUSSÃO

Instrumentos para avaliar comportamento refere-se a pesquisas que tem intuito de compreender comportamentos, atitudes, motivações e opiniões de um determinado grupo ou população. A tradução e adaptação cultural são dois passos importantes antes da validação de um instrumento, por fazer com que a aplicação do instrumento seja mais confiável, e importante quando se quer melhores resultados (Reichenheim, 2007). Um instrumento válido é aquele que mede o que supostamente deve medir. Para chegar à validação de um instrumento de pesquisa, são necessárias diversas etapas de avaliação. O processo de validação em si é composto de diversos itens de análise, porém não há uma especificação das etapas exatas a serem seguidas e quais padrões de análise devem ser necessariamente feitos (Reichenheim, 2007), normalmente essa é uma escolha dos pesquisadores, visando o que melhor se enquadra ao trabalho. Entretanto, os artigos analisados utilizaram pelo menos duas etapas principais para a validação: confiabilidade e consistência interna e a análise fatorial.

A confiabilidade mostra o atributo do questionário de medir sem erros. Ela é avaliada pela consistência interna, que mostra a correlação entre os itens do questionário, medido através do alfa de *CronBach*, com uma escala de 0 a 1, onde a partir de 0,7 é um valor considerado confiável (McDowell, 2006). A análise fatorial analisa e calcula a correlação de cada um dos itens do questionário com todos os outros, isto é, revela agrupamentos entre os itens e demonstra onde há traços comuns neles. O resultado da análise fatorial se dá para cada item do questionário. A validação de um instrumento depende de bons resultados dessas análises, visto que isso indica que as respostas dadas para as perguntas serão condizentes com o resultado final do questionário (Brighetti, 2003).

A validação pode ser interna ou externa. Segundo Pasquali (2010) a validação se dá por meio de: validade de conteúdo: associação entre conceitos abstratos com indicadores mensuráveis, representa a extensão com que cada item da medida comprova o fenômeno de interesse e a dimensão de cada item dentro daquilo que se propõe investigar; validade de critério: correlação existente entre a medida avaliada em relação à outra medida ou instrumento que serve como critério de avaliação, que possui atributos iguais ou semelhantes; validade de constructo: consiste em saber se o constructo que o teste se propõe a medir é realmente representado pelo conjunto de itens, verifica a abrangência em que a medida corresponde à construção teórica do

fenômeno a ser mensurado. Quando há a validação externa, é possibilitado ao pesquisador generalizar os resultados obtidos a outras populações, outros contextos. A validade externa vai depender se há possibilidade de mostrar que os resultados obtidos na pesquisa não são dependentes da amostra ou da situação da pesquisa, mas que podem ser aplicadas a outros contextos e pessoas. O melhor modo de obter a validade externa de uma pesquisa é compor a amostra que será estudada com sujeitos que sejam selecionados aleatoriamente da população-alvo, de modo que a amostra seja representativa da população (Ollaik & Ziller, 2012).

Verifica-se também que as dificuldades para a validação podem aparecer em vários momentos da pesquisa entre a execução e finalização do artigo, sendo elas a quantidade e representatividade da amostra, problemas com tradução e adaptação cultural de itens, consistência interna baixa, etc. Não se fazendo possível prevê-los antes da elaboração do trabalho. Essa pode ser uma explicação para a pequena quantidade encontrada de instrumentos efetivamente validados.

Levando em conta os trabalhos brasileiros encontrados, cinco validaram externamente um instrumento, cinco validaram internamente e um apenas adaptou o instrumento. Visando a utilização desses instrumentos pela população brasileira, a validação interna pode ser considerada muito relevante também, já que todos abrangem a população e ainda possuem o preditor de terem uma faixa etária estabelecida, ou seja, para investigar crianças ou adolescentes. Notoriamente, a validação interna apresenta menos magnitude, pois ela faz a validação a partir da amostra utilizada no estudo, que muitas vezes não é representativa com a realidade da população, podendo não levar em consideração diferenças em questões culturais e sociais. Em um país diversificado como o Brasil é necessário se fazer uso de uma amostra heterogênea, abrangendo classes sociais, raça, estado nutricional e sexos diferentes para haver uma validação que seja condizente com o uso mais abrangente. Porém a validação interna já possibilita o uso do instrumento em pesquisas e estudos, servindo de comparação para resultados de trabalhos futuros e fortalecendo a consistência do instrumento, fazendo-se a etapa de validação externa ficar mais acessível. Os instrumentos validados para a população brasileira de crianças e adolescentes até o presente momento são: EAT-26, BITE, CFPQ (crianças em idade escolar), CFPQ (crianças em idade pré-escolar), EAAT. Os instrumentos com validação interna são: EBBIT, Estágio de Prontidão para

Mudança de Comportamento Alimentar e de Atividade Física, ChEAT, QEWP-A e Teen-PFP. Além da tradução e adaptação do QAC.

Também existem outros artigos de tradução ou validação de instrumentos de comportamento alimentar para população brasileira, mas seu uso não é específico para crianças ou adolescentes (Borges *et al*, 2005; Harb *et al*, 2008; Freitas *et al*, 2001; Almeida *et al*, 2012; Cornélio *et al*, 2009; Tassitano *et al*, 2014).

Já dos artigos portugueses quatro instrumentos foram validados externamente e três internamente. Os instrumentos com validade externa são: Autoeficácia na Diabetes, CEBQ, ChEAT e CFQ. Os com validade interna são: Escala de Hábitos Alimentares, MRFS-IV e Escala de Turconi. Desses instrumentos, a tradução para o português é o aspecto que se faz mais importante, levando em conta o uso no Brasil. Por se tratar de países e populações diferentes, seria necessário fazer uma adaptação e validação para esses instrumentos serem utilizados na população brasileira com consistência de resultados (Cruz, 2009). Foram encontrados cinco instrumentos diferentes dos localizados em trabalhos brasileiros: Autoeficácia na Diabetes, CEBQ, MRFS-IV e Escala de Turconi. Por já estarem traduzidos esses instrumentos tem grande potencial para serem utilizados pela população brasileira também.

Um fator percebido foi à pequena quantidade de instrumentos elaborados propriamente para crianças e adolescentes. O ChEAT foi originalmente validado para ser aplicado em menores de 15 anos, porém ele é uma adaptação do EAT-26, que foi desenvolvido para ser utilizado em adultos. Com o CEBQ e QEWP-A ocorre a mesma situação, são instrumentos validados para aplicação em crianças, no entanto, foram desenvolvidos a partir de instrumentos planejados para adultos, o DEBQ e o QEWP-R, respectivamente. O questionário de Estágio de Prontidão para Mudança do Comportamento Alimentar e de Atividade Física a Escala de Hábitos Alimentares, o BITE e a EAAT também são instrumentos voltados originalmente para adultos, tendo sido feita a adaptação e validação para uso na população de crianças ou adolescentes. Dos resultados da presente revisão, o que se encontrou de instrumentos produzidos especificamente para crianças e adolescentes, não sendo adaptações de instrumentos já existente destinados a adultos, são: EBBIT, CFQ (ou QAC), MRFS-IV, Self Efficacy Diabetic Scale, Escala Turconi, CFPQ e Teen-PFP.

Ressalta-se que não foi possível localizar instrumentos que fossem elaborados especificamente para a população de crianças ou adolescentes brasileiros. Apenas um

instrumento foi desenvolvido primariamente para a população brasileira, o EAAT, porém ele foi inicialmente desenvolvido para ser aplicado em mulheres adultas. Dos instrumentos construídos originalmente para uso em crianças ou adolescentes, todos são estrangeiros. O que se encontra na literatura são instrumentos traduzidos e adaptados a partir de questionários em língua inglesa elaborados em outros países. Como vários autores referem, o comportamento alimentar é traçado a partir de, entre outros fatores, os aspectos ambientais, nos quais podemos citar cultura, família, sociedade, mídia (Netto, 1998; Alvarenga, 2015; Petty, 2015). Todos esses itens podem ser modificáveis de um país para o outro, principalmente se tratando de hábitos culturais. Não quer dizer que sejam diferentes necessariamente, porém, se analisadas as realidades das populações de variados países é possível que posasse encontrar divergências no que se refere à alimentação e estilo de vida no geral. Dando como exemplo o CFQ, instrumento desenvolvido nos Estados Unidos da América, que através do trabalho de Shan *et al* (2010), passou por processo de validação para a população de crianças da China, encontrando que seriam necessárias modificações no questionário para uso com resultados mais assegurados na população chinesa. De qualquer modo, o processo de adaptação é necessário para a validação do instrumento, mesmo no caso do EAAT, que foi desenvolvido com a população brasileira, porém não na faixa etária de crianças e adolescentes. Contudo, esse processo tende a adaptar as questões existentes, não acrescentar novos itens nem fazer modificações maiores além das de semântica e compreensão. Por essa razão sugere-se a importância de instrumentos elaborados propriamente para a população brasileira de crianças e adolescentes, sendo seu conteúdo formulado e pensado para a aplicação nesse público.

Sabe-se que existem mais instrumentos para avaliar comportamento alimentar validados voltados para esse público além dos citados por esta revisão. Uma revisão australiana da Australasian Child and Adolescent Obesity Research Network (ACAORN), uma rede colaborativa entre Austrália e Nova Zelândia para fomentar pesquisas sobre obesidade infantil, fez um compilado de instrumentos validados que avaliam hábitos alimentares direcionados para uso em crianças e adolescentes. Foram localizados 15 instrumentos, dos quais cinco possuem uma versão em português. A partir disso pode-se ver uma grande gama de trabalhos que poderiam ser realizados para tradução e validação desses instrumentos para o português. Ainda temos diferentes tipos de instrumentos para serem explorados e utilizados em nossa população, o que poderia aumentar a qualidade de avaliação do comportamento

alimentar, pois cada instrumento traz um modo diferente de análise, podendo trazer resultados diferentes para serem comparados.

Foi encontrado por vários autores (Cruz, 2009; Viana, Franco & Morais, 2011; Pinheiro & Mais *et al*, 2015; Warkentens *et al*, 2016) que as atitudes dos pais, ou cuidadores, podem influenciar no comportamento alimentar das crianças. Os pais são peça fundamental na mudança de hábitos alimentares de crianças e jovens. Os pais servem de modelo para as escolhas alimentares dos filhos, sendo eles o exemplo que as crianças e adolescentes normalmente seguirão. Com isso, os pais devem ser incluídos nos processos de intervenção e mudança comportamental (Viana, Franco & Morais, 2011). Principalmente as crianças mais novas estão em processo de formação e entendimento de seu próprio corpo, determinados comportamentos dos pais podem afetar a compreensão de fome e saciedade, causando assim um desequilíbrio entre a ingestão e a real necessidade calórica, o que pode trazer como consequência sobrepeso ou obesidade. Entendendo os pais como peça chave do comportamento alimentar infantil, os instrumentos CFPQ, QAC, CEBQ e CFQ se propõem avaliar o comportamento dos pais em relação aos filhos, fazendo a conexão entre comportamento paterno/materno com o comportamento do filho, trazendo que muitas vezes um é o resultado do outro (Cruz, 2009; Viana, 2012; Warkentens, 2016). Esses instrumentos são de grande importância principalmente visando uma intervenção precoce para alterações comportamentais, prevenindo transtorno alimentar ou principalmente a obesidade (Lorenzatto, 2012).

Como instrumentos de avaliação de transtorno alimentar encontra-se o EAT, que mede sintomas de AN; o ChEAT para analisar situação de risco para AN e BN; o EBBIT para AN e TCAP; o BITE para BN e TCAP e o QEWP-A para TCAP. Além do EAAT, que mensura desordens alimentares no geral e o MRFS-IV que analisa fatores de risco e proteção para desordens alimentares. Já os instrumentos QAC e CFQ e o Questionário de Estágio de Prontidão para Mudança de Comportamento Alimentar e de Atividade Física são relacionados com a obesidade, sendo o QAC e CFQ para avaliar pré-disposição para obesidade nas crianças, a partir da avaliação dos pais, e o Questionário de Estágio de Prontidão aplica-se a crianças com sobrepeso e obesidade, mostrando em que estágio de mudança de comportamento ela está. Todos estes instrumentos tem papel crucial para antecipar diagnósticos e de moldar intervenções precoces, tentando assim evitar um pior prognóstico para esses indivíduos.

As teorias comportamentais estão presentes como base desses instrumentos. O CEBQ apresenta as teorias de externalidade e da restrição alimentar. Essas teorias estão ligadas ao desenvolvimento da obesidade. A externalidade mostra a resposta a estímulos externos relacionados com os alimentos, que se apresentam mais elevados em indivíduos com obesidade. A restrição alimentar está envolvida na questão fisiológica do apetite (vontade de comer) com os esforços cognitivos para resistir a esta vontade (Viana & Sinde, 2003). A escala de Autoeficácia na Diabetes apresenta a teoria da autoeficácia, cujas crenças na autoeficácia determina o nível de motivação, se refletindo no tamanho do esforço que se empregue para alcançar um objetivo e o tempo que persistirão diante dos obstáculos. Quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maiores serão os esforços. Então quanto mais motivado para o tratamento melhores resultados serão trazidos pelo paciente (Pereira & Almeida, 2004). O Questionário de Estágio de Prontidão para Mudança de Comportamento Alimentar e de Atividade Física se dá pelo modelo Transteórico, que proporciona elementos necessários para aplicação de intervenções no intuito de auxiliar na adoção de uma alimentação adequada e incentivo a atividade física, além de poder avaliar a eficiência de programas de promoção de saúde, uma vez que avaliem os participantes para observar se está ocorrendo de fato mudanças comportamentais (Cattai, Hintze & Junior, 2010).

A faixa etária de crianças e adolescentes são importantes para intervenções educativas. Nessa fase que estão sendo criados ou adaptados os padrões alimentares. Os instrumentos para avaliar comportamento alimentar são de grande importância para se ter uma base de planejamento de programas de educação alimentar. Compreender o comportamento alimentar configura-se como fundamental na educação e prevenção no âmbito da saúde. Também não só os hábitos alimentares das crianças como os dos pais são de grande relevância, pois as atitudes alimentares deles têm uma influência no comportamento alimentar dos filhos (Viana, 2002; Viana *et al*, 2009). Implementar e ensinar comportamentos saudáveis é uma tarefa mais simples do que mudar hábitos já adquiridos e estabelecidos. Nas fases iniciais da vida os comportamentos ainda estão sendo desenvolvidos, por essa razão se dá a importância de avaliar o comportamento alimentar na infância e adolescência (Piccoli, 2015).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da revisão da literatura foi possível localizar diversos instrumentos para avaliar comportamento alimentar em crianças e adolescentes. Visando a utilização na população brasileira, é de grande relevância que os instrumentos passem por processo de adaptação e validação, a fim de trazerem resultados corretos e coerentes com os indivíduos estudados. O presente estudo localizou 11 instrumentos já adaptados ou validados para uso em crianças e adolescentes brasileiros. Além de mais sete instrumentos validados para população de Portugal, que por estarem em língua portuguesa, é um facilitador para uma posterior validação na população brasileira.

Por meio dessas escalas e questionários é possível analisar atitudes e comportamentos de crianças e adolescentes e sua relação com a alimentação, sendo muito significativo para prevenção ou tratamento precoce de alterações ou desordens alimentares. Compreendendo e tendo um diagnóstico de como se apresenta o comportamento alimentar é possível se pensar e planejar intervenções e aconselhamentos para crianças e adolescentes e também para seus cuidadores, visto que os pais muitas vezes influenciam e servem como exemplo para comportamentos na infância e adolescência. A educação alimentar é fundamental no processo de aprendizagem de um comportamento saudável, e é nessa fase de vida que se apresentam melhores resultados de intervenções educacionais e comportamentais.

Compreendendo a importância de instrumentos que avaliam o comportamento alimentar, sugere-se que eles sejam explorados cada vez mais. Salienta-se também a importância de instrumentos que sejam construídos especialmente para a faixa etária de crianças e adolescentes, além de pensados e planejados para a população brasileira.

REFERÊNCIAS

AJZEN, I. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: KUHL, Julius; BECKMANN, Jürgen (Eds), **Action Control: from cognition to behavior**. New York: Springer, p.11-39, 1985

ALMEIDA, K.; SOUZA, G.; RABELO, E. Adaptação Transcultural para o Brasil do Dietary Sodium Restriction Questionnaire (Questionário de Restrição de Sódio na Dieta) (DSRQ). **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 98, n. 1, p.70-75, 2012

ALVARENGA ,M.; SCAGLIUSE, F. Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). **Perceptual and Motor Skills**, v. 110, n. 2, p. 379-395, 2010

ALVARENGA, M. *et al.* Validation of the Disordered Eating Attitude Scale for adolescentes. **J Bras Psiquiatr**, v. 36, n. 1, p.36-43, 2016

ALVARENGA, M. Fundamentos teóricos sobre análise e mudança de comportamento. In: ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição Comportamental**. Barueri, SP: Manole, 2015. p. 1-21

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - (APA). DSM-5: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**.5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

ANDERSON, C. *et al.* Cross-cultural equivalence of feeding beliefs and practices: the psychometric properties of the child feeding questionnaire among Blacks and Hispanics. **Preventive Medicine**, v. 41, n. 2, p. 521–531, Agosto 2005

ARCHER, L.; ROSENBAUM, P.; STREINER, D. The children's eating behavior inventory: reliability and validity results. **Journal Pediatr Psychol**. v. 16, n. 5, p. 629-642, 1991

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

BANDURA, A. *et al.* **Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 176 p.

BIGHETTI, Felícia. Tradução e Validação do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP. 2003. 101 f. Tese (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003

BIRCH, L. *et al.* Confirmatory Factor Analysis of the Child Feeding Questionnaire: A Measure of Parental Attitudes, Beliefs and Practices About Child Feeding and Obesity Proneness. **Appetite**, v. 36, p. 20 – 210, 2001

BORGES, M. *et al.* Validação da versão em português do Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso – Revisado (QEWPR) para o rastreamento do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p.319-322, 2005

BORGES, N. *et al.* Transtornos Alimentares - quadro clínico. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006

CACCIALANZA R, *et al.* Validation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire parent version (DEBQ-P) in the Italian population: a screening tool to detect differences in eating behaviour among obese, overweight and normal-weight preadolescents. **Eur J Clin Nutr.**, v. 58, n. 9, p. 1217-1222, set/2004

CANDY, C.; FEE V. The underlying dimensions and psychometric properties of the Eating Behaviors and Body Image Test (EBBIT) for preadolescent girls. **J Clin Child Psychol.** v. 27, n. 1, p. 117-127, 1998

CARNELL, S.; WARDLE, J. Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. **Appetite**, v. 48, p. 104–113, 2007

CATTAL, G.; HINTZE, L.; JUNIOR, N. Validação interna do questionário de estágio de prontidão para mudança do comportamento alimentar e de atividade física. **Rev Paul Pediatría**, v. 28, n. 2, p.194-199, 2010

CEBOLLA, A. *et al.* Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. **Appetite**, v. 73, n. 1, p. 58–64, fev/2015

CHEN, G. *et al.* The Chinese version of the Yale Food Addiction Scale: An examination of its validation in a sample of female adolescents. **Appetite**, v.18, p. 97–102, 2015

CHIBA, H. *et al.* Children’s Eating Attitudes Test: Reliability and validation in Japanese adolescents. **Eat Behav**, v. 10, n. 23, p. 120-125, 2016

CONTENTO, I. An overview of nutrition education: Facilitating why and how to take action. *In*: CONTENTO, I. **Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice**. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2011, p. 43-62

- CORNÉLIO, M. *et al.* Desenvolvimento e confiabilidade de instrumento para mensuração dos fatores psicossociais determinantes de consumo de sal entre hipertensos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, 2009
- CRUZ, I. O uso de um questionário de alimentação para estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em reação a alimentação e propensão à obesidade. 58 f. Tese (Mestrado) – Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009
- DOAEI, S. *et al.* Validating and investigating reliability of comprehensive feeding practices questionnaire. **Zahedan J Res MedSci**, v. 15, p. 42–45, 2013
- FERREIRA, A. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.
- FRANCISCO, R.; ALARCÃO, M.; NARCISO, I. Avaliação de factores de risco de desenvolvimento de perturbações alimentares: Desenvolvimento e estudos de validação da versão portuguesa do Mc Knight Risk Factor Survey IV. **RIDEP**, v. 2, n. 32, p. 143-170, 2011
- FREITAS, S. *et al.* Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001
- GALINDO, E. Tradução, adaptação e validação do eating behaviours and body image test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. 69 f. Tese (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005
- GARCIA, R e MANCUSO, A. **Mudanças alimentar e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, 411p
- GARNEER, D.; GARFINKEL, P. The Eating Attitudes Tests: an index of symptoms of anorexia nervosa. **Psychol Med**. v. 9, p. 273-279, 1979
- GARNER, D.; OLMSTED, M.; BORH, Y.; GARFINKEL, P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, v. 12, n. 4, p. 871-878, 1982
- GEARHARDT, A. *et al.* Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. **Eating Behaviors**, n. 14, p. 508-512, 2013
- GEARHARDT, A.; CORBIN, W.; BROWNELL, K. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. **Appetite**, v. 52, n. 2, p. 430–436, 2009
- GROSSMAN, H.; BRINK, S.; HAUSER, S. Self-efficacy in adolescent girls and boys with Insulin Dependent Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 10, p. 324-329, 1987

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

HEIDEMANN, L.; ARAUJO, I.; VEIT, E. Um referencial teórico de pesquisas sobre atitude: a Teoria do Comportamento Planejado de Icek Ajzen. **REIEC**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2012

HENDERSON, M.; FREEMAN, C. A self-rating scale for bulimia - The BITE. **Brit. J. Psychiatr.**, London, v. 150, p. 18-24, 1987

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF. Rio de Janeiro, 2010

JOHNSON, W. Measuring binge eating in adolescents: adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. **Int J EatDisord.**, v. 26, n. 3, p. 301-14, nov/1999

LACERDA, L.; ROCHA, M.; LOPES, S. Prevalência de obesidade infantil e sobrepeso em escolares. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 5, Ano 2, 2014

LARIOS, S. *et al.* Development and validation of a scale to measure Latino parenting strategies related to children's obesigenic behaviors. The parenting strategies for eating and activity scale (PEAS). **Appetite**, v. 52, p. 166-172, 2009

LAUS, M. *et al.* Determinantes ambientais do comportamento alimentar. In: GARCIA, R e MANCUSO, A. **Mudanças alimentar e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 118-124, 2012.

LEIRAS, E. Comportamento Alimentar da Criança: A influência materna. 151 f. Tese (Mestrado) - Enfermagem de Saúde Comunitária, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2015

LEVY, R. *et al.* Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**. 15(Supl2), p.3085-3097, 2010

LORENZATO, L. Avaliação de atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação e obesidade de seus filhos através do uso do Questionário de Alimentação da Criança (QAC). 160 f. Tese (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012

MAIS, L. *et al.* Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire among Brazilian families of school aged children. **Frontiers in Nutrition**, v. 2, n. 35, Novembro, 2015

MALONEY, M.; McGUIRE, J.; DANIELS, R. Reliability testing of a children's version of the eating attitudes test. **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.27, n. 5, p. 541-543, 1988

MARQUES, A. *et al.* Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.15, n. 2, p. 402-409 abr-jun, 2011

McDOWELL, I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, New York, 2006

MELBYE E.; ØGAARD T.; ØVERBY, N. Validation of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire with parents of 10- 12 year-olds. **BMC Med Res Methodol**, v.11, n. 113, 2011

MOREIRA, R.; COSTA, T. A complexidade e as nuances do comportamento alimentar. In: ALMEIDA, S *et al.* **Psicobiologia do comportamento alimentar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013 – cap. 3, p. 33 – 45

MORGAN C.; BORGES, M.; JORGE, M. Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso – Revisado: um instrumento para a avaliação do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. **Rev ABP-APAL**, v. 20, n. 4, p. 130-139, 1998.

MUSDHER-EIZENMAN, D. *et al.* Child and parent characteristics related to parental feeding practices. Across-cultural examination in the US and France. **Appetite** v. 52, p.89–95, 2009

MUSDHER-EIZENMAN, D.; HOLUB, S. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. **J Pediatr Psychol**. v. 32, n. 8, p. 960-967, set. 2007

NETTO, C. Psicobiologia do comportamento alimentar. In NUNES, M. *et al.*, **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 47-53

NUNES, M. Avaliação do impacto de comportamentos alimentares anormais em uma coorte de mulheres jovens no sul do Brasil. 124 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003

OLLAIK, L.; ZILLER, H. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.38, n.1, p. 229-241, 2012

PASQUALI, L. *et al.* Instrumentação psicológica. Fundamentos e práticas. Porto Alegre: **Artmed**, 2010. 568 p.

PASSOS, D. *et al.* Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n.1, p.42-49, 2015

PEREIRA, M.; ALMEIDA, P. Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validação da escala. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 22, p. 585-595, 2004

PETTY, M. *et al.* Nutrição comportamental no atendimento de crianças e adolescentes. In: ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição Comportamental**. Barueri, SP: Manole, 2015. p. 413-444

PICCOLI, A. Estilos parentais, práticas alimentares parentais e o estado nutricional em adolescentes. 200 f. Tese (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia, 2014

PINHEIRO, N.; JIMÉNEZ, M. Tradução e Validação da versão brasileira do *Children's Eating Attitudes Test* (ChEAT). **Psicologia Argumentativa**, Curitiba, v. 30, n. 70, p. 515-524, jul./set. 2012

POULAIN, JP.; PROENÇA, R.; GARCIA, R. Diagnóstico das práticas e comportamentos alimentares: aspectos metodológicos. In: GARCIA, R e MANCUSO, A. **Mudanças alimentar e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 149-163, 2012.

REBELO, A.; LEAL, I. Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. **Análise Psicológica**, v.3, n. 25, p. 467-477, 2007

REICHENHEIM, M.; MORAES, C. Desenvolvimento de instrumentos de aferição epidemiológicos. In: Kac G, Schieri R, Gigante D, organizadores. **Epidemiologia Nutricional**, Rio de Janeiro, p. 227-243, 2007

RIET, J. *et al.* The importance of habits in eating behaviour. An overview and recommendations for future research. **Appetite**, v. 57, n. 3, p. 585-596, 2011

ROTHER, Edna. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007.

SAIKALI, C. *et al.* Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p.164-166, 2004

SANCHO, C. *et al.* Psychometric characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish sample. **European Eating Disorders Review**, v. 13, n. 5, p. 338-343 Setembro/2005

SANTOS, L. Conhecimentos, atitudes e autoeficácia sobre alimentação e atividade física em adolescentes. 70 f. Tese (Mestrado) – Faculdade de Medicina/Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Portugal, 2011

SANTOS, L. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev.Nutr.**, v.18, n. 5, Sept./Oct. 2005

SHAN, X. Influence of Parents' Child-feeding Practices on Child's Weight Status among Chinese Adolescents in Beijing, China. 2010. 189 f. Tese (Doutorado) Philosophy in Education Degree. Department of Health Education and Recreation - Southern Illinois University, Carbondale, 2010

SIQUEIRA, T.; COLARES, V.; XIMENES, R. Questionário sobre padrões de peso e alimentação para adolescentes (QEWP-A): avaliação transcultural e adaptação para o Português. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 29-41, abr/jun2015

SLENDDENS, E.; KREMERS, S.; THIJS, C; The Children's Eating Behaviour Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6–7. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 5, n. 49, 2008

SMOLAK, L. ; LEVINE, M. Psychometric Properties of the Children's Eating Attitudes Test. **International Journal of Eating Disorders**, v. 16, n. 3, p. 275-282, 1994

SOÁREZ, P. *et al.* Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade. **Rev Panam Salud Publica**, v. 22, n. 1,p 21–8, 2007

SPITZER, R., *et al.* Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 11, p. 191-203, 1993

STREIN, T.; OOSTERVELD, P. The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. **Int. J. Eat. Disord.**, v. 41, p. 72–81, 2008

SUTTON, K.*et al.* Assessing dietary and exercise stage of change to optimize weight loss interventions. **Obes Res.**, v. 11, p. 641-652, 2003

TANOFSKY-KRAFF, M. *et al.* Validation of the Emotional Eating Scale Adapted for Use in Children and Adolescents (EES-C). **Int J Eat Disord**, v. 40, n. 3, p. 232-240, 2007

TASSITANO, R.; CABRAL, P.; SILVA, G. Validação de escalas psicossociais para mudança do consumo de frutas, legumes e verduras. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p.272-282, fev/2014

TEIXEIRA, M. *et al.* Portuguese validation of the Children's Eating Attitudes Test. **Rev Psiq Clín.**, v. 39, n. 6, p. 189-93, 2012

The McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 2, p. 248-254, 2003

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência saúde coletiva**, v. 12, n. 6, Rio de Janeiro, Nov./Dec. 2007

TURCONI G. *et al.* Reliability of a dietary questionnaire on food habits, eating behaviour and nutritional knowledge of adolescents. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 57, p. 753–763, 2003

VAN STRIEN, T. Dutch Eating Behavior Questionnaire manual. **Bury St. Edmunds, England: Thames Valley Test Company**, 2002

VAN STRIEN, T. *et al.* The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. **International Journal of Eating Disorders**, v. 5, n. 2, p. 295– 315, 1986

VAZ, D.; BENNEMANN, R. Comportamento Alimentar e Hábito Alimentar: Uma Revisão. **Revista UNINGÁ Review**, v. 20, n. 1, p. 108-112, 2014

VIANA, V. *et al.* Controlo alimentar materno e estado ponderal: Resultado do Questionário Alimentar para Crianças (CFQ). **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 13, n. 2, p. 298 – 310, 2012

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise psicológica**, v. 4, n. 10, p. 611-624, 2002

VIANA, V.; SINDE, S. Estilo Alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, v. 8, p. 59-71, 2003

VIANA, V.; SINDE, S. O comportamento alimentar em crianças: estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). **Ana Psicológica**, v. 1, p. 111-120, 2008

VIANA, V. *et al.* Comportamento Alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. **Alimentação Humana**, v. 15, n. 1, p. 9 – 16, 2009

WARDLE, J. *et al.* Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. **Journal Child Psychiatric**, v. 42, n. 7, p. 963-970, 2001

WARKENTIN, S. et al. Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire in parents of preschool children in Brazil. **BMC Public Health**, v.16:603, 2016

XIMENES, R. *et al.* Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p.52-63, 2011

ANEXO A- INSTRUMENTOS EM PORTUGUÊS

Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) – Versão em Português

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 - Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	<input type="radio"/>					
2 - Evito comer quando estou com fome.	<input type="radio"/>					
3 - Sinto-me preocupada com os alimentos.	<input type="radio"/>					
4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	<input type="radio"/>					
5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	<input type="radio"/>					
6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	<input type="radio"/>					
7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)	<input type="radio"/>					
8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	<input type="radio"/>					
9 - Vomito depois de comer.	<input type="radio"/>					
10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	<input type="radio"/>					
11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	<input type="radio"/>					
12 - Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.	<input type="radio"/>					
13 - As pessoas me acham muito magra.	<input type="radio"/>					
14 - Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.	<input type="radio"/>					
15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	<input type="radio"/>					
16 - Evito comer alimentos que contenham açúcar.	<input type="radio"/>					
17 - Costumo comer alimentos dietéticos.	<input type="radio"/>					
18 - Sinto que os alimentos controlam minha vida.	<input type="radio"/>					
19 - Demostro auto-controle diante dos alimentos.	<input type="radio"/>					
20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.	<input type="radio"/>					
21 - Passo muito tempo pensando em comer.	<input type="radio"/>					
22 - Sinto desconforto após comer doces.	<input type="radio"/>					
23 - Faço regimes para emagrecer.	<input type="radio"/>					
24 - Gosto de sentir meu estômago vazio.	<input type="radio"/>					
25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	<input type="radio"/>					
26 - Sinto vontade de vomitar após as refeições.	<input type="radio"/>					

BIGHETTI, Felícia. Tradução e Validação do *EatingAttitudes Test* (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP. 2003. 101 f. Tese (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003

Teste de Comportamentos Alimentares e Imagem Corporal para Pré-Adolescentes

Nome:.....

Idade: Série:..... Data:

Escola:

Altura:.....
Peso:.....

Instruções: Aqui estão algumas afirmações sobre como as pessoas se alimentam e o que sentem sobre o seu corpo. Leia cada afirmação com atenção e escolha a afirmativa que melhor descreve o que você sente e pensa. Lembre-se de que não existem respostas certas ou erradas. Você apenas pode contar-nos como você se alimenta e o que sente sobre o seu corpo.

As duas próximas questões são muito importantes para conhecê-lo melhor, por favor, responda:

- Você necessita se alimentar de forma especial devido a algum problema de saúde ? Se sim, explique.

- Sua família faz alguma dieta especial ? (p.ex. vegetariana, para diabéticos)

Responda o questionário de acordo com o exemplo e seguindo a tabela abaixo:
Assinale a opção que melhor descreve o que você sente ou pensa a respeito de si mesmo.

A maior parte do tempo (todos os dias)	3
Freqüentemente (uma vez por semana)	2
Raramente (uma vez por mês)	1
Nunca (nunca)	0

EXEMPLO

Eu como muito enquanto assisto TV	3	2	1	0
-----------------------------------	---	---	---	---

A maior parte do tempo (todos os dias)	3
Freqüentemente (uma vez por semana)	2
Raramente (uma vez por mês)	1
Nunca (nunca)	0

1. Eu faço regime (como menos do que o normal) como meus amigos fazem	3	2	1	0
2. Meu peso atual me incomoda	3	2	1	0
3. Eu como muita comida de uma vez	3	2	1	0
4. Eu tento não comer mesmo quando eu estou com fome	3	2	1	0
5. Eu gostaria de ser mais magro (a)	3	2	1	0
6. Eu não como lanches ou comida gordurosa porque eu quero perder peso	3	2	1	0
7. Eu tento perder peso fazendo regimes	3	2	1	0
8. Eu como quando estou com raiva	3	2	1	0
9. Eu, às vezes, levo coisas de comer para meu quarto e como tudo de uma vez	3	2	1	0
10. Eu acho que sou gordo (a)	3	2	1	0
11. Eu provoco vômito depois de comer muito	3	2	1	0
12. Eu acho que sou mais gordo que a maioria dos meninos da minha idade e altura	3	2	1	0
13. Eu como o que quero e na hora que quero	3	2	1	0
14. Eu como até sentir desconforto na barriga / estômago	3	2	1	0
15. Eu me preocupo a respeito de ganhar peso	3	2	1	0
16. Eu como todo o chocolate, que ganho na páscoa, de uma vez	3	2	1	0
17. Eu tomo remédio para emagrecer	3	2	1	0
18. Eu fico muito mal depois que como muito	3	2	1	0
19. Eu deixo de comer alguma refeição para poder perder peso	3	2	1	0
20. Eu sinto fome quando não estou comendo	3	2	1	0
21. Eu gosto de sentir meu estômago vazio	3	2	1	0
22. Eu "belisco" coisas em meu quarto para que ninguém veja que estou comendo	3	2	1	0
23. Eu tomo laxante (remédio para fazer coco) para perder peso	3	2	1	0
24. Eu me sinto gordo (a)	3	2	1	0
25. Eu fico mal depois de comer muito e penso logo numa maneira de me livrar do que eu comi.	3	2	1	0
26. Eu como muito mesmo quando não estou com fome	3	2	1	0
27. Eu fico pensando que se eu comer eu posso ganhar peso	3	2	1	0
28. Eu leio os rótulos de coisas de comer para saber quantas calorias e quanta gordura elas tem.	3	2	1	0
29. Depois que como muito de uma vez, tento pular a próxima refeição ou as duas próximas	3	2	1	0
30. Eu comeria umas 10 barras de chocolate (ou doce) se meus pais deixassem	3	2	1	0
31. Algumas vezes eu fico beliscando a comida	3	2	1	0
32. Eu evito comer alimentos muito gordurosos	3	2	1	0
33. Eu olho para minha gordura e desejaria que ela não existisse	3	2	1	0
34. Eu como quando estou triste	3	2	1	0
35. Eu como quando estou aborrecido (a)	3	2	1	0
36. Eu tomo diurético (remédio para fazer xixi) para perder peso	3	2	1	0
37. Eu faço exercícios para "queimar" a comida que eu comi	3	2	1	0
38. Eu faço dieta assim como meus pais ou meus irmãos fazem	3	2	1	0
39. Existem comidas que eu comeria muito se eu tivesse oportunidade	3	2	1	0
40. Eu penso muito em comida quando não estou comendo	3	2	1	0
41. Eu tomo refrigerantes <i>diet</i> em vez de fazer refeições ou comer lanches	3	2	1	0
42. Eu não como sobremesa (bolo, sorvete, doces) porque eu quero perder peso	3	2	1	0

GALINDO, E. Tradução, adaptação e validação do eatingbehavioursandbodyimagetest (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP. 69 f. Tese (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005

Avaliação do Estágio de Prontidão para Mudança dos Hábitos Alimentares e de Atividade Física (SOC Scale)

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Data: _____/_____/_____

Instruções: Usando as afirmações abaixo; indique a que melhor descreve o seu comportamento para cada um dos itens listados.

Eu não faço isso pelo menos na metade do tempo agora.

- 1 – ...e eu não tenho planos de fazê-lo.
- 2 – ...mas eu estou pensando em fazer isso em dentro dos próximos 6 meses
- 3 – ...mas eu estou definindo planos para começar a fazer isso dentro de um mês.

Eu faço isso, pelo menos na metade do tempo agora e,

- 4 – ... Eu acabei de começar a fazer isso nos últimos 6 meses.
- 5 – ... Eu venho fazendo isso há mais de 6 meses.

1 - Em relação às porções (tamanho/quantidade)

- 1 – Limito a quantidade que como e não como mais do que preciso.
- 2 – Meço e peso as porções de alimentos que consumo.
- 3 – Como menos nas últimas refeições se eu exagerei nas anteriores.
- 4 – Paro de comer antes de me sentir “cheio – estufado”.
- 5 – Evito comer quando estou nervoso, triste ou deprimido.
- 6 – Bebo um copo de água \pm 15 minutos antes das refeições.
- 7 – Resisto em comer tudo que está no prato se eu não estiver mais com fome.
- 8 – “Mantenho a linha” de quanto estou comendo quando estou beliscando.
- 9 – Digo não para repetições.

2 - Em relação à quantidade de gordura na dieta

- 1 – Como uma dieta pobre (com pouca) em gorduras.
- 2 – Como frango ou peru sem a pele.
- 3 – Tomo leite e como derivados (iogurte, queijo) desnatados.
- 4 – Retiro toda a gordura das aves.
- 5 – Limito o tamanho das porções de carne nas refeições.
- 6 – Evito frituras como batatas, frango, polenta.
- 7 – Evito *fastfood*(hamburguers, batatas fritas, etc).
- 8 – Evito beliscos como batata chips, amendoins, pipoca.
- 9 – Deixo de passar manteiga e/ou margarina no pão, bolachas e bolos.
- 10 – Uso tempero para salada (lanche) com pouca gordura.
- 11 – Evito bolo, biscoitos e tortas.

3 - Em relação ao consumo de frutas e vegetais

- 1 – Como, pelo menos, 5 porções de frutas e vegetais por dia.
- 2 – Como, pelo menos, 3 porções de vegetais verdes (brócolis, espinafre, rúcula, alface, agrião...) por dia.
- 3 – Quando faço pedido dispenso as fritas e peço vegetais no lugar.
- 4 – Como, pelo menos, duas porções de frutas todos os dias.
- 5 – Como saladas verdes e vegetais como rúcula, agrião, cenouras e tomate.
- 6 – Incluo frutas aos meus pratos (por exemplo, bananas ou mamão aos cereais).
- 7 – Como frutas como sobremesa.
- 8 – Incluo vegetais, como alface ou tomate, nos meus pratos ou nos sanduíches.
- 9 – Quando belisco, belisco frutas.

4 - Em relação à prática de atividade física

- 1 – Incluo uma variedade de atividades físicas na minha rotina diária.
- 2 – Passo boa parte do tempo fora da minha mesa, sofá e/ou cadeira do computador fazendo tarefas mais ativas.
- 3 – Ajudo no serviço de limpeza pesada como lavar janelas, esfregar o chão e paredes.
- 4 – Faço serviço pesado no trabalho (por exemplo, levanto objetos ou uso maquinário pesado) ou participo ativamente das aulas de educação física no colégio e procuro me manter ativo durante o recreio (intervalo).
- 5 – Faço serviço de jardinagem, limpo o quintal e a calçada.
- 6 – Procuro formas de ser ativo em minha rotina diária, não uso controle remoto da TV, não uso telefone sem fio, lavo a louça manualmente e arrumo-a.
- 7 – Faço coisas ativas no final da tarde (conversar caminhando; visitar amigos ou passear).
- 8 – Uso escadas ao invés do elevador ou da escada rolante.
- 9 – Estaciono o carro a uma certa distância do local onde tenho que ir, ou desço um ponto de ônibus antes ou depois, assim caminho até o local.

EXERCÍCIO – Toda atividade física planejada que aumenta sua frequência cardíaca e respiratória e que pode fazer você transpirar (suar). Alguns exemplos são: a caminhada, a musculação, a ginástica, os esportes em geral e etc.
Usando esta definição, indique a opção que melhor representa a sua relação com os exercícios.

- ___ Atualmente, eu não me exercito e não tenho planos de começar a me exercitar.
- ___ Atualmente, eu não me exercito, mas planejo começar dentro dos próximos 6 meses.
- ___ Atualmente, eu não me exercito, mas planejo começar logo, no máximo em 1 mês.
- ___ Atualmente, eu me exercito uma a duas vezes por semana.
- ___ Atualmente, eu me exercito 3 a 4 vezes por semana.
- ___ Atualmente, eu me exercito 4 ou mais vezes por semana.

Nos dias que você se exercita, quantos minutos você gasta se exercitando? _____.

CATTAL, G.; HINTZE, L.; JUNIOR, N. Validação interna do questionário de estágio de prontidão para mudança do comportamento alimentar e de atividade física. **Rev Paul Pediatría**, v. 28, n. 2, p.194-199, 2010

Bulimic Investigatory Test Edinburgh - BITE

01 Você segue um padrão regular de alimentação? () SIM () NÃO

02 Você costuma seguir dietas de forma rigorosa? () SIM () NÃO

03 Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez? () SIM () NÃO

04 Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta?

() SIM () NÃO

05 Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro?

(Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão 06.)

() SIM () NÃO

06 Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?

PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (_____).

Dia sim, dia não (5) 2-3 vezes por semana (4) Uma vez por semana (3) De vez em quando (2) Apenas uma vez (1)

07 Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?

Nunca/ Raramente/ Uma vez semana / Duas ou três vezes semana/ Diariamente /Duas ou três vezes dia /Cinco vezes dia

Comprimidos para emagrecer

Diuréticos

Laxantes

Provoca vômitos

08 Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida? () SIM () NÃO

09 Você diria que a comida “domina” a sua vida? () SIM () NÃO

10 De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?

() SIM () NÃO

11 Há momentos em que você SÓ consegue pensar em comida? () SIM () NÃO

12 Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho? () SIM () NÃO

13 Você sempre consegue parar de comer quando quer? () SIM () NÃO

14 Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?

SIM NÃO

15 Quando você está ansioso(a), tende a comer muito? SIM NÃO

16 A ideia de ficar gordo(a) o(a) apavora ? SIM NÃO

17 Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)? SIM NÃO

18 Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares? SIM NÃO

19 O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa? SIM NÃO

20 Você busca na comida um conforto emocional? SIM NÃO

21 Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição? SIM NÃO

22 Você engana os outros sobre quanto come? SIM NÃO

23 A quantidade que você come é proporcional à fome que sente? SIM NÃO

24 Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo?

(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão 25.)

SIM NÃO

25 Esse episódio o deixou deprimido? SIM NÃO

26 Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)? SIM NÃO

27 Com que frequência esses episódios acontecem?

PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (____).

Quase nunca (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) Duas ou três vezes por semana (4) Diariamente (5) Duas ou três vezes por dia (6)

28 Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?

SIM NÃO

29 Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso? SIM NÃO

30 Você, de vez em quando, come escondido? SIM NÃO

31 Você consideraria seus hábitos alimentares normais? SIM NÃO

32 Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar?

SIM NÃO

33 Seu peso aumenta ou diminui mais que 2kg em uma semana? SIM NÃO

XIMENES, R. *et al.* Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p.52-63, 2011

Children's Eating Attitudes Test – ChEAT

Nome: _____

Nome da escola: _____

Idade: _____ Série: _____ Gênero: () Menina () Menino

Peso: _____ Altura: _____

Responda as seguintes perguntas de acordo com o que você faz, sente ou pensa:

Pergunta	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Eu tenho medo de ficar acima do peso.						
2. Eu tento não comer quando tenho fome.						
3. Eu passo muito tempo pensando em comida.						
4. Eu já comi tanto que pensei que não ia mais conseguir parar.						
5. Eu corto minha comida em pequenos pedaços.						
6. Eu presto atenção na quantidade de calorias (energia) que há nos alimentos que como.						
7. Eu tento não comer alguns alimentos como pães, batata e arroz.						
8. Eu sinto que as outras pessoas gostariam que eu comesse mais.						
9. Eu vomito depois de comer.						
10. Eu me sinto culpado(a) depois de comer.						
11. Eu penso muito em querer ser mais magro(a).						
12. Quando pratico exercícios, eu penso em queimar calorias (energia).						
13. Outras pessoas acham que eu sou muito magro(a).						
14. Preocupa-me ter gordura no meu corpo.						
15. Eu demoro mais tempo que as outras pessoas para terminar de comer minhas refeições.						
16. Eu tento não comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Eu como alimentos dietéticos ou <i>light</i> .						
18. Eu acho que a comida controla minha vida.						

Pergunta	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
19. Eu demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Eu sinto que as outras pessoas me pressionam para comer.						
21. Eu penso muito em comer.						
22. Eu me sinto mal depois de comer doces.						
23. Eu já fiz regimes para emagrecer.						
24. Eu gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Eu gosto de experimentar novas comidas ricas em calorias (energia).						
26. Eu sinto vontade de vomitar depois de comer.						

Obrigada pela sua participação!

PINHERO, N.; JIMÉNEZ, M. Tradução e Validação da versão brasileira do *Children's Eating Attitudes Test* (ChEAT). *Psicologia Argumentativa*, Curitiba, v. 30, n. 70, p. 515-524, jul./set. 2012

Questionário sobre Padrões de Peso e Alimentação para Adolescentes (QEWPA)

Questionário sobre Padrões de Peso e Alimentação para Adolescentes (QEWPA) Avaliação Transcultural e Adaptação para o Português

Autores: Spitzer *et al.* (1992);

Adaptação para adolescentes: Johnson *et al.* (1999).

Nome: _____ Idade: _____

1. Nos últimos 6 meses, alguma vez você comeu, num período de duas horas, uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria muito grande?

1.() SIM 2.() NÃO (Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 5)

02. Alguma vez, ao comer uma grande quantidade de comida, você sentiu que não conseguia parar? Sentiu que não podia controlar a quantidade e nem o que comia?

1.() SIM 2.() NÃO (Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 5)

03. Nos últimos 6 meses, com que frequência você comeu uma grande quantidade de comida, sentindo que não conseguia se controlar? Pode ter ocorrido semanas em que você não comeu assim. E, em outras, que isso aconteceu muitas vezes. Quantas vezes isso aconteceu?

1.() Menos que um dia por semana

2.() Um dia por semana

- 3.() Dois ou três dias por semana
- 4.() Quatro ou cinco dias por semana
- 5.() Quase todos os dias

04. Quando comeu uma grande quantidade de comida sem conseguir controlar sua fome, você:

- a) Comeu muito rápido?
1.() Sim 2.() Não
- b) Comeu até seu estômago doer ou passar mal?
1.() Sim 2.() Não
- c) Comeu grande quantidade de comida sem estar com fome?
1.() Sim 2.() Não
- d) Comeu grande quantidade de comida durante o dia, sem ter comido nada no café da manhã, almoço e jantar?
1.() Sim 2.() Não
- e) Comeu só porque não queria que alguém olhasse a quantidade que você comia?
1.() Sim 2.() Não
- f) Sentiu-se culpado depois de comer muita comida?
1.() Sim 2.() Não

05. Nos últimos 6 meses, como você se sentiu ao comer muito ou além do que você acredita ser o melhor para você?

- 1.() Não me senti mal
- 2.() Só me senti um pouco mal
- 3.() Me senti mal
- 4.() Me senti muito mal
- 5.() Me senti extremamente mal

06. Nos últimos 6 meses, como você se sentiu por não conseguir parar ou controlar a quantidade e o que comia?

- 1.() Não me senti mal
- 2.() Só me senti um pouco mal
- 3.() Me senti mal
- 4.() Me senti muito mal
- 5.() Me senti extremamente mal

07. Nos últimos 6 meses, o peso ou a forma do seu corpo influenciaram no que você pensa sobre si mesmo? Compare essa sensação com outras áreas de sua vida, como, por exemplo, como você se relaciona com seus pais, amigos e como está indo na escola.

- 1.() Peso e forma corporal *não tiveram importância* no que penso sobre mim.
- 2.() Peso e forma corporal *tiveram importância* no que penso sobre mim.
- 3.() Peso e forma corporal *tiveram bastante importância* no que penso sobre mim.
- 4.() Peso e forma corporal *tiveram extrema importância* no que penso sobre mim.

08. Nos últimos três meses, você já provocou o vômito para evitar ganhar peso, depois de comer uma grande quantidade de comida?

SIM NÃO (Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 9)

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

1. Menos que um dia por semana
2. Um dia por semana
3. Dois ou três dias por semana
4. Quatro ou cinco dias por semana
5. Quase todos os dias

09. Nos últimos três meses, você tomou o dobro da quantidade de laxantes (fazem seu intestino funcionar) depois de comer uma grande quantidade de comida, para evitar ganhar peso?

SIM NÃO (Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 10)

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

1. Menos que um dia por semana
2. Um dia por semana
3. Dois ou três dias por semana
4. Quatro ou cinco dias por semana
5. Quase todos os dias

10. Nos últimos três meses, você tomou o dobro da quantidade de diuréticos (fazem você urinar) depois de comer uma grande quantidade de comida, para evitar ganhar peso?

SIM NÃO (Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 11)

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

1. Menos que um dia por semana
2. Um dia por semana
3. Dois ou três dias por semana
4. Quatro ou cinco dias por semana
5. Quase todos os dias

11. Nos últimos três meses, você já ficou um dia inteiro sem comer nada para evitar ganhar peso, depois de comer uma grande quantidade de comida?

SIM NÃO

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

1. Menos que um dia por semana
2. Um dia por semana
3. Dois ou três dias por semana
4. Quatro ou cinco dias por semana
5. Quase todos os dias

12. Nos últimos três meses, você já fez exercícios por mais de uma hora para evitar ganhar peso depois de comer uma grande quantidade de comida?

1.() SIM 2.() NÃO

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

- 1.() Menos que um dia por semana
- 2.() Um dia por semana
- 3.() Dois ou três dias por semana
- 4.() Quatro ou cinco dias por semana
- 5.() Quase todos os dias

13. Nos últimos três meses, você tomou o dobro da quantidade de remédio para emagrecer para evitar ganhar peso depois de comer uma grande quantidade de comida?

1.() SIM 2.() NÃO

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

- 1.() Menos que um dia por semana
- 2.() Um dia por semana
- 3.() Dois ou três dias por semana
- 4.() Quatro ou cinco dias por semana
- 5.() Quase todos os dias

ESCORE DO QUESTIONÁRIO

DIAGNÓSTICO DE TCAP

QUESTÃO RESPOSTA

- 1 e 2** – 1 episódio de excesso alimentar associado à sensação de perda de controle – compulsão alimentar.
- 3** – 3, 4, ou 5 (pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses).
- 4 a até e** – 3 ou mais itens assinalados SIM (pelo menos três sintomas associados).
- 5 ou 6, 4 ou 5** – (angústia evidente relativa ao comportamento de compulsão alimentar).

O diagnóstico de TCAP requer todos os itens assinalados, como também ausência de bulimia nervosa não purgativa, definida abaixo:

DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVOSA (BN) NÃO PURGATIVA

QUESTÃO RESPOSTA

- 1, 2, 3, 7** – O mesmo que para bulimia nervosa purgativa.
- 8, 9, 10** – Nenhuma resposta 3,4 ou 5 (ausência de purgação compensatória frequente).
- 11, 12, 13** – Qualquer resposta 3,4 ou 5 (comportamento compensatório não purgativo pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses).

DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVOSA (BN) PURGATIVA

QUESTÃO RESPOSTA

- 1 e 2** – O mesmo que para TCAP.
- 3** – 3,4 e 5 (pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses).
- 7** – 3 ou 4 (exagerada importância à forma e ao peso corporal).
- 8, 9 ou 10** – (Qualquer resposta 3,4 ou 5 (purgação pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses)).

SIQUEIRA, T.; COLARES, V.; XIMENES, R. Questionário sobre padrões de peso e alimentação para adolescentes (QEWPA): avaliação transcultural e adaptação para o Português. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 29-41, abr/jun2015

Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (CEBQ)

(Jane Wardle, Carol Guthrie, Saskia Sanderson, Lorna Rapoport)

Versão para investigação

(Traduzido e adaptado por Victor M C Viana Ph.D.)

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação - Universidade do Porto

Este questionário deve ser respondido apenas pela mãe e incide sobre o comportamento alimentar do seu filho(a).

Responda por favor tendo em conta aquilo que o seu filho(a) faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir.

Assinale nos quadrados respectivos tendo em conta o caso particular do seu filho(a).

A Criança

Nome da criança

Sexo: F / M

Data de nascimento:

Escolaridade

Data de hoje:

Peso:

Altura:

IMC:

A Mãe:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Peso:

Altura:

IMC:

	Nunca	Rara- mente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	
	1	2	3	4	5	
1. O meu filho(a) adora comida.	<input type="checkbox"/>	EF				
2. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado(a).	<input type="checkbox"/>	EEO				
3. O meu filho(a) tem um grande apetite.	<input type="checkbox"/>	SR				
4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente.	<input type="checkbox"/>	SE				
5. O meu filho(a) interessa-se por comida.	<input type="checkbox"/>	EF				
6. O meu filho(a) anda sempre a pedir de beber (refrigerante ou sumos)	<input type="checkbox"/>	DD				
7. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusa-los.	<input type="checkbox"/>	FF				
8. O meu filho(a) come vagorosamente.	<input type="checkbox"/>	SE				
9. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a).	<input type="checkbox"/>	EEU				
10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos	<input type="checkbox"/>	FF				
11. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a).	<input type="checkbox"/>	EEU				
12. O meu filho(a) está sempre a pedir comida.	<input type="checkbox"/>	FR				
13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a).	<input type="checkbox"/>	EEO				
14. Se o deixassem o meu filho(a) comeria demais.	<input type="checkbox"/>	FR				
15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a).	<input type="checkbox"/>	EEO				
16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.	<input type="checkbox"/>	FF				
17. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições	<input type="checkbox"/>	SR				
18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição.	<input type="checkbox"/>	SE				
19. Se tivesse oportunidade o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer.	<input type="checkbox"/>	FR				
20. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições.	<input type="checkbox"/>	EF				

	Nunca	Rara-mente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	
21. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição.	<input type="checkbox"/>	SR				
22. O meu filho(a) adora comer.	<input type="checkbox"/>	EF				
23. O meu filho(a) come mais quando está feliz.	<input type="checkbox"/>	EEO				
24. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.	<input type="checkbox"/>	FF				
25. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a).	<input type="checkbox"/>	EEU				
26. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente.	<input type="checkbox"/>	SR				
27. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.	<input type="checkbox"/>	EEO				
28. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.	<input type="checkbox"/>	FR				
29. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	DD				
30. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.	<input type="checkbox"/>	SR				
31. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerante ou sumos).	<input type="checkbox"/>	DD				
32. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes.	<input type="checkbox"/>	FF				
33. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.	<input type="checkbox"/>	FF				
34. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.	<input type="checkbox"/>	FR				
35. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição.	<input type="checkbox"/>	SE				

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

VIANA, V.; SINDE, S. O comportamento alimentar em crianças: estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Ana Psicológica*, v. 1, p. 111-120, 2008

Teste de Atitudes Alimentares para crianças e adolescentes
(Malloney,1988); (versão portuguesa - Bento et al., 2012)

Instruções:

Por Favor, para cada uma das afirmações seguintes faz uma cruz na palavra/frase da resposta quemais se aplica a ti. Todos os resultados são corretos serão rigorosamente confidenciais.

1) Assusta-me ter peso a mais	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
2) Evito comer quando tenho fome	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
3) Penso em comida grande parte do tempo	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
4) Tem havido vezes em que me sinto incapaz de parar de comer	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
5) Corto a minha comida em pequenos pedaços	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
6) Conheço as calorias dos alimentos que como	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
7) Evito alimentos como pão, batatas fritas e arroz.	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
8) Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
9) Vomito depois de comer	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
10) Sinto-me muito culpada(o) depois de comer	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
11) Penso muito sobre querer ser mais magra(o)	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
12) Penso em queimar calorias quando faço exercício	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
13) Os outros pensam que estou muito magra(o)	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
14) Penso muito se tenho gordura no meu corpo	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
15) Demoro mais tempo do que os outros a comer as minhas refeições	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
16) Evito alimentos com açúcar	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
17) Como comida de dieta	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
18) Penso que a comida controla a minha vida	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
19) Consigo controlar-me com a comida	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
20) Sinto que os outros me pressionam para comer	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
21) Gasto demasiado tempo a pensar em comida	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
22) Sinto-me desconfortável depois de comer doces	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
23) Tenho andado a fazer dieta	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
24) Gosto de sentir o meu estômago vazio	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
25) Gosto de provar novas comidas apetitosas	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca
26) Tenho o impulso de vomitar depois de comer	Sempre	Muitíssimas Vezes	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Raras Vezes	Nunca

TEIXEIRA, M. et al. Portuguese validation of the Children's Eating Attitudes Test. *RevPsiq Clín.*, v. 39, n. 6, p. 189-93, 2012

Questionário Alimentar para Crianças (CFQ)

Um Instrumento para Avaliar o Controlo Parental na Alimentação das Crianças

INSTRUÇÕES:

Usando a escala em baixo, assinale, para cada questão, o número que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.**

	nunca	raramente	por vezes	muitas vezes	sempre
1. Quando a sua criança está em casa quantas vezes é responsável por alimenta-la?	1	2	3	4	5
2. Quantas vezes é responsável por decidir qual o tamanho da porção de comida da sua criança?	1	2	3	4	5
3. Quantas vezes é responsável por decidir se a sua criança comeu os alimentos adequados?	1	2	3	4	5

Usando a escala em baixo indique como **classificaria o seu próprio peso em cada um de quatro períodos de tempo** apresentados em baixo (por favor circule apenas um número para cada período).

	baixo peso acentuado	baixo peso	na média	excesso de peso	excesso de peso acentuado
4. A sua infância (dos 5 aos 10 anos)	1	2	3	4	5
5. A sua adolescência	1	2	3	4	5
6. Os seus 20 anos	1	2	3	4	5
7. Actualmente	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES:

Usando a escala em baixo, assinale como **classificaria o peso da sua criança em cada um dos períodos de tempo** apresentados em baixo (por favor circule apenas um número para cada período de tempo).

	baixo peso acentuado	baixo peso	na média	excesso de peso	excesso de peso acentuado
8. A sua criança durante o primeiro ano de vida	1	2	3	4	5
9. A sua criança na infância (1aos 3 anos)	1	2	3	4	5
10. A sua criança no Jardim-de-infância (dos 3 aos 4 anos)	1	2	3	4	5
11. A sua criança da pré-escola até ao 2º ano	1	2	3	4	5
12. A sua criança do 3º até ao 5º ano	1	2	3	4	5
13. A sua criança do 6º ao 8º ano	1	2	3	4	5

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.**

	totalmente des preocupada	ligeiramente des preocupada	neutro	ligeiramente preocupada	preocupada
14. Até que ponto a preocupa que a sua criança coma demais quando não está perto de si?	1	2	3	4	5
15. Até que ponto a preocupa que a sua criança tenha que fazer dieta para manter um peso desejável?	1	2	3	4	5
16. Até que ponto a preocupa que a sua criança fique com excesso de peso?	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES:

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.

	discordo	discordo ligeiramente	neutro	concordo ligeiramente	concordo
17. Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados <i>doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis)</i> .	1	2	3	4	5
18. Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados <i>alimentos com elevado teor de gordura</i> .	1	2	3	4	5
19. Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados <i>alimentos preferidos</i> .	1	2	3	4	5
20. Eu mantenho propositadamente alguns alimentos fora do alcance da minha criança.	1	2	3	4	5
21. Eu ofereço <i>doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis)</i> à minha criança como recompensa por bom comportamento.	1	2	3	4	5
22. Eu ofereço à minha criança os seus <i>alimentos preferidos</i> em troca de bom comportamento.	1	2	3	4	5
23. Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria demasiada " <i>comida de plástico</i> ".	1	2	3	4	5
24. Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria demasiados <i>alimentos preferidos</i> .	1	2	3	4	5
25. A minha criança deverá comer sempre toda a comida que tem no prato.	1	2	3	4	5
26. Tenho que ter cuidado especial para ter a certeza que a minha criança come o suficiente.	1	2	3	4	5
27. Se a minha criança diz "eu não tenho fome", eu tento que ela coma mesmo assim.	1	2	3	4	5
28. Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria muito menos do que deveria.	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES:

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.**

	nunca	raramente	por vezes	muitas vezes	sempre
29. Quantas vezes está atenta aos doces (<i>rebuçados, gelados, bolos ou pastéis</i>) que a sua criança come?	1	2	3	4	5
30. Quantas vezes está atenta aos salgadinhos (<i>batatas fritas, aperitivos, Doritos, Cheetos, etc.</i>) que a sua criança come?	1	2	3	4	5
31. Quantas vezes está atenta aos alimentos com elevado teor de gordura que a sua criança come?	1	2	3	4	5

VIANA, V. *et al.* Controlo alimentar materno e estado ponderal: Resultado do Questionário Alimentar para Crianças (CFQ). **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 13, n. 2, p. 298 – 310, 2012

**Escala de Percepção do adolescente sobre as práticas alimentares Parentais –
Tenn-PFP**

ESCALA DE PERCEPÇÃO DO ADOLESCENTE SOBRE AS PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS – Teen-PFP					
Data da aplicação: ___/___/___ Nome:.....Sexo: Feminino () Masculino () Data de Nascimento: ___/___/___ Nome da Escola:.....					
Os pais ou outros familiares têm diversas preocupações com a alimentação dos filhos e podem ter diferentes atitudes e comportamentos em relação a isto. Por favor, responda as questões abaixo <u>pensando no comportamento de seus pais ou de outra pessoa que cuida da maneira como você se alimenta</u> . Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, tente ser o mais sincero possível nas suas respostas. Ao responder, pense em <u>uma pessoa somente</u> , naquela que <u>mais</u> se responsabiliza por sua alimentação: ou só a sua mãe, ou só o seu pai ou outra pessoa. A pessoa que você escolher será referida como <u>cuidador(a)</u> . Eu responderei pensando: () na mãe idade:..... () no pai idade:..... () em outra pessoa Quem? Idade:.....					
Responda as perguntas abaixo assinalando <u>com um X</u> com que frequência você percebe que acontecem as seguintes situações em relação à pessoa que cuida de tua alimentação. <u>Marque apenas uma resposta em cada item.</u>	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
1. Com que frequência este(a) cuidador(a) controla a quantidade de doces (ou sorvetes, bolos, tortas, chocolates, balas) que você come?	1	2	3	4	5
2. Com que frequência ela/ele monitora a quantidade de lanches industrializados (batatas fritas de pacote, salgadinhos, folhados de queijo, etc...) que você come?	1	2	3	4	5
3. Com que frequência este(a) cuidador(a) controla a quantidade de alimentos gordurosos (hambúrguer, salgadinhos de padaria, maionese, etc...) que você come?	1	2	3	4	5
4. Com que frequência ela/ele controla a quantidade de bebidas açucaradas (refrigerantes, refrescos) que você bebe?	1	2	3	4	5
5. Este(a) cuidador(a) permite que você coma o que quiser?	1	2	3	4	5
6. Dos alimentos servidos no almoço ou jantar, você pode escolher os alimentos que quer, deixando de comer o que não gosta, sem que haja interferência do cuidador(a)?	1	2	3	4	5
7. Quando você está agitado(a), tenso ou irritado(a), este(a) cuidador(a) oferece algo para você comer ou beber?	1	2	3	4	5
8. Quando você está com tédio, sem saber o que fazer, esta pessoa oferece algo para comer ou beber mesmo sabendo que você não está com fome?	1	2	3	4	5
9. Quando você está triste, este(a) cuidador(a) lhe oferece algo para comer ou beber mesmo sabendo que você não está com fome?	1	2	3	4	5
10. Quando você não gosta do que é servido para comer, é oferecido algo a mais para você?	1	2	3	4	5
11. Este (a) cuidador(a) permite que você coma lanches sempre que tiver vontade?	1	2	3	4	5
12. Esta pessoa permite que você deixe a mesa quando está satisfeito, mesmo quando as outras pessoas não terminaram de comer?	1	2	3	4	5
13. Você é incentivado a comer mais alimentos saudáveis do que os não saudáveis?	1	2	3	4	5

Agora, em relação às afirmações abaixo, marque com um X o grau de concordância (1, 2, 3, 4, 5) sobre o quanto cada frase descreve o que acontece realmente em sua casa, sendo o n° 1 quando DISCORDA TOTALMENTE e o n° 5 quando CONCORDA TOTALMENTE. Marque apenas uma resposta para cada frase.	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo e nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
14. A maioria dos alimentos que tem em minha casa é saudável.	1	2	3	4	5
15. Este (a) cuidador (a) pede minha opinião no planejamento das refeições e cardápios da família.	1	2	3	4	5
16. Em minha casa tem muitos alimentos industrializados (batata frita, salgadinhos, etc...).	1	2	3	4	5
17. Devo comer toda a comida do meu prato.	1	2	3	4	5
18. Este (a) cuidador (a) precisa ter certeza de que eu não como comidas gordurosas.	1	2	3	4	5
20. Esta pessoa me permite ajudar no preparo das refeições da família.	1	2	3	4	5
21. Eu comeria muito mais das minhas comidas preferidas se não houvesse controle sobre minha alimentação.	1	2	3	4	5
22. Nas refeições em minha casa, há vários alimentos saudáveis disponíveis para que eu possa comer.	1	2	3	4	5
24. Sou incentivado a experimentar novos alimentos.	1	2	3	4	5
26. Esta pessoa me diz que comida saudável é saborosa.	1	2	3	4	5
27. Esta pessoa me encoraja a comer menos para que eu não engorde.	1	2	3	4	5
28. Eu iria comer muito mais "porcarias" se não houvesse controle sobre a minha alimentação.	1	2	3	4	5
29. Esta pessoa ajuda a controlar a quantidade de comida que me sirvo em cada refeição para controle do meu peso.	1	2	3	4	5
30. Se eu digo "Eu não estou com fome", ela/ele insiste que eu coma de qualquer maneira.	1	2	3	4	5
32. Esta pessoa me incentiva a participar das compras do supermercado.	1	2	3	4	5
33. Se eu como mais do que o normal em uma refeição, esta pessoa diminui a quantidade de comida na próxima refeição.	1	2	3	4	5
34. Este(a) cuidador(a) limita os alimentos que possam me engordar.	1	2	3	4	5
35. Ela/ele acha que não devo comer determinados alimentos para não engordar.	1	2	3	4	5
37. Em minha casa tem muitos alimentos doces (sorvetes, bolos, tortas, doces, sobremesas, guloseimas).	1	2	3	4	5
38. Sou encorajado a comer alimentos variados.	1	2	3	4	5

Continue.... em relação às afirmações abaixo, marque com um X o grau de concordância (1, 2, 3, 4, 5) sobre o quanto cada frase descreve o que acontece realmente em sua casa, sendo o nº 1 quando DISCORDA TOTALMENTE e o nº 5 quando CONCORDA TOTALMENTE. Marque apenas uma resposta para cada frase.					
	Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não concordo e nem discordo	Concordo em parte	Concordo Totalmente
39. Se eu como pouco, sou estimulado a comer mais.	1	2	3	4	5
40. Ela/ele me controla para que eu não coma muito das comidas não saudáveis.	1	2	3	4	5
41. Sou controlado para não comer fora de hora, para que eu não engorde.	1	2	3	4	5
43. Esta pessoa controla para que eu não coma muitos doces, lanches ou salgadinhos.	1	2	3	4	5
44. Esta pessoa come alimentos saudáveis para me dar exemplo de hábitos alimentares saudáveis.	1	2	3	4	5
45. Este cuidador (a) me obriga a fazer dieta para controlar o meu peso.	1	2	3	4	5
46. Mesmo que não seja a comida preferida do(a) cuidador(a), ela/ele frequentemente come por achar importante que eu tenha o exemplo dela(e).	1	2	3	4	5
47. Ela/ele tenta mostrar entusiasmo em relação a alimentos saudáveis.	1	2	3	4	5
48. Ela/ele demonstra para mim o quanto aprecia e gosta de comer alimentos saudáveis.	1	2	3	4	5
49. Quando termino de comer, ela/ele tenta me oferecer mais um pouco.	1	2	3	4	5

PICCOLI, A. Estilos parentais, práticas alimentares parentais e o estado nutricional em adolescentes. 200 f. Tese (Mestrado) – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2014

Questionário de Alimentação da Criança

Fator	Nome da Variável	Ordem	Questões	Opções de Resposta
Percepção de responsabilidade	PR1	1	Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?	1= nunca 2= raramente 3= metade do tempo 4= maior parte do tempo 5= sempre
	PR2	2	Com que frequência você é responsável por decidir qual é o tamanho da porção de sua criança?	
	PR3	3	Com que frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida?	
Percepção do peso dos pais	PPW1	4	Sua infância (5 a 10 anos de idade)	1= muito abaixo do peso
	PPW2	5	Sua adolescência	2= abaixo do peso
	PPW3	6	Seus 20 anos	3= normal
	PPW4	7	Atualmente	4= acima do peso 5= muito acima do peso
Percepção do peso da criança	PCW1	8	Sua criança durante o primeiro ano de vida	1= muito abaixo do peso
	PCW2	9	Sua criança de 1 a 2 anos	2= abaixo do peso
	PCW3	10	Sua criança da pré-escola	3= normal
		11	Sua criança do pré a 2ª série	4= acima do peso
		12	Sua criança da 3ª a 5ª série	5= muito acima do peso
	13	Sua criança da 6ª a 8ª série		
Preocupação Com o peso da criança	CN1	14	O quanto você se preocupa sobre a sua criança comer muito quando você não está perto dela?	1= despreocupado
	CN2	15	O quanto você se preocupa sobre sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável?	2= um pouco preocupado
	CN3	16	O quanto você se preocupa sobre sua criança ficar acima do peso?	3= preocupado 4= bem preocupado 5= muito preocupado

Restrição	RST1A	17	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolos ou tortas)	1= discordo
	RST1B	18	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos	2= discordo levemente
	RST1C	19	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muito de seus alimentos preferidos	3= neutro
	RST2	20	Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança	4= concordo levemente
	RST3A	21	Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, e tortas) para a minha criança como recompensa por um bom comportamento	5= concordo
	RST3B	22	Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento	
	RST4A	23	Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela iria comer muita porcaria	
	RST4B	24	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come ela iria comer muito de sua comida preferida	
Pressão para comer	PE1	25	Minha criança deveria sempre comer toda a comida de seu prato	1= discordo
	PE2	26	Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente	2= discordo levemente
	PE3	27	Se minha criança diz "Eu não estou com fome", eu tento fazer ela comer mesmo assim	3= neutro
	PE4	28	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria	4= concordo levemente 5= concordo
Monitoramento	MN	29	O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvetes, bolos ou tortas) que sua criança come?	1= nunca 2= raramente
	MN	30	O quanto você mantém o controle dos lanches (batatas, salgadinhos), que sua criança come?	3= às vezes 4= na maior parte do tempo
	MN	31	O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come?	5= sempre

CRUZ, I. O uso de um questionário de alimentação para estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em reação a alimentação e propensão à obesidade. 58 f. Tese (Mestrado) – Universidade de São Paulo, USP, Psicologia. Ribeirão Preto, 2009

Comprehensive Feeding Practices Questionnaire - Versão validada em Português para crianças pré-escolares

Sarah Warkentin, Laís Amaral Mais, Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, Susan Carnell, José Augusto de Aguiar Carrazedo Taddei

Healthy Eating Guidance (Orientação para uma Alimentação Saudável)
1. Você estimula seu(sua) filho(a) a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
2. Eu estimulo meu(minha) filho(a) a experimentar novos alimentos.
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
3. Eu falo para meu(minha) filho(a) que alimentos saudáveis são saborosos.
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
4. Eu estimulo meu(minha) filho(a) a comer alimentos variados.
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
5. A maioria dos alimentos que mantenho em casa é saudável.
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
6. Em cada refeição servida em casa, uma variedade de alimentos saudáveis está disponível para meu(minha) filho(a).
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
7. Eu envolvo meu(minha) filho(a) no planejamento das refeições da família.
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
8. Eu permito que meu(minha) filho(a) ajude na preparação das refeições da família.
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
9. Eu incentivo meu(minha) filho(a) a participar nas compras dos alimentos.
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
10. Ao me alimentar de maneira saudável, eu dou exemplo de alimentação saudável.
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
11. Eu tento comer alimentos saudáveis na frente do(a) meu(minha) filho(a), mesmo que estes não sejam os meus favoritos.
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente

12. Eu tento mostrar entusiasmo sobre o consumo de alimentos saudáveis.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

13. Eu mostro ao(a) meu(minha) filho(a) o quanto eu gosto de consumir alimentos saudáveis.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

14. Eu converso com meu(minha) filho(a) sobre a importância de comer alimentos saudáveis.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

15. Eu converso com meu(minha) filho(a) sobre o valor nutricional dos alimentos.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

16. Eu falo para meu(minha) filho(a) o que comer e o que não comer sem dar explicações.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

Monitoring (Monitoramento)

17. Com que frequência você monitora os doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) que seu(sua) filho(a) come?

Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

18. Com que frequência você monitora os salgadinhos (batatas chips, Doritos®, Cheetos®) que seu(sua) filho(a) come?

Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

19. Com que frequência você monitora os alimentos ricos em gordura que seu(sua) filho(a) come?

Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

20. Com que frequência você monitora as bebidas açucaradas (refrigerante, refresco em pó) que seu(sua) filho(a) bebe?

Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

Restriction for Weight Control (Restrição para Controle de Peso)

21. Eu incentivo meu(minha) filho(a) a comer menos para que ele(a) não fique gordo(a).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

22. Nas refeições, eu dou ao(a) meu(minha) filho(a) pequenas porções para controlar seu peso.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

23. Em uma refeição, se meu(minha) filho(a) come mais do que o normal, eu tento restringir sua alimentação na próxima refeição.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

24. Eu restrinjo os alimentos que meu(minha) filho(a) come que podem deixá-lo(a) gordo(a).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

25. Existem certos alimentos que meu(minha) filho(a) não deve comer porque o(a) farão ficar gordo(a).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

26. Eu não permito que meu(minha) filho(a) coma entre as refeições porque eu não quero que ele(a) fique gordo(a).

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

27. Frequentemente eu coloco meu(minha) filho(a) em uma dieta para controlar seu peso.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

Restriction for Health (Restrição para Saúde)

28. Se eu não orientasse ou controlasse a alimentação do(a) meu(minha) filho(a), ele(a) comeria seus alimentos favoritos em excesso.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

29. Se eu não orientasse ou controlasse a alimentação do(a) meu(minha) filho(a), ele(a) comeria guloseimas em excesso.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

30. Eu tenho que me certificar de que meu(minha) filho(a) não coma seus alimentos favoritos em excesso.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

31. Eu tenho que me certificar de que meu(minha) filho(a) não coma doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) em excesso.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

32. Eu tenho que me certificar de que meu(minha) filho(a) não coma em excesso alimentos ricos em gordura.

Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

Emotion Regulation/Food as Reward (Regulação da Emoção/Comida como Recompensa)

33. Quando seu(sua) filho(a) fica inquieto(a), a primeira coisa que você faz é dar a ele(a) algo para comer ou beber?

Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

34. Você dá algo para seu(sua) filho(a) comer ou beber caso ele(a) esteja entediado(a), mesmo que você ache que ele(a) não está com fome?

Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

35. Você dá algo para seu(sua) filho(a) comer ou beber caso ele(a) esteja chateado(a), mesmo que você ache que ele(a) não está com fome?

Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

36. Como recompensa por um bom comportamento, eu ofereço doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) ao(a) meu(minha) filho(a).
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

37. Eu ofereço ao(a) meu(minha) filho(a) seu alimento favorito em troca de um bom comportamento.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

38. Eu falo para meu(minha) filho(a) que alimentos saudáveis são saborosos.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

Pressure (Pressão)

39. Meu(minha) filho(a) deve sempre comer toda a comida do seu prato.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

40. Se meu(minha) filho(a) diz "Não estou com fome", eu tento fazer com que ele(a) coma mesmo assim.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

41. Se meu(minha) filho(a) comer apenas uma pequena porção de comida, eu tento fazer com que ele(a) coma mais.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

42. Quando meu(minha) filho(a) diz que terminou de comer, eu tento fazer com que ele(a) coma mais (uma, duas, etc) colherada(s) de comida.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

Itens Excluídos

- Você deixa seu(sua) filho(a) comer o que ele(a) quiser?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

- Durante as refeições, dentre os alimentos que estão servidos, você deixa seu(sua) filho(a) escolher aqueles que ele(a) quiser?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

- Se seu(sua) filho(a) não gosta do que está sendo servido, você prepara outra coisa?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

- Você permite que seu(sua) filho(a) coma lanchinhos quando ele(a) quiser?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

- Você permite que seu(sua) filho(a) deixe a mesa quando satisfeito(a), mesmo que sua família não tenha terminado de comer?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

- Eu mantenho muitos salgadinhos (batatas chips, Doritos®, Cheetos®) na minha casa.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

- Eu mantenho muitos doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) na minha casa.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

WARKENTIN, S. et al. Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire in parents of preschool children in Brazil. BMC Public Health, v.16:603, 2016

Comprehensive Feeding Practices Questionnaire - Versão validada em Português para crianças escolares

Sarah Warkentin, Laís Amaral Mais, Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, Susan Carnell, José Augusto de Aguiar Carrazedo Taddei

Healthy Eating Guidance (Orientação para uma Alimentação Saudável)

1. Você estimula seu(sua) filho(a) a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?

() Nunca () Raramente () Às vezes () Muitas vezes () Sempre

2. Eu estimulo meu(minha) filho(a) a experimentar novos alimentos.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

3. Eu falo para meu(minha) filho(a) que alimentos saudáveis são saborosos.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

4. Eu estimulo meu(minha) filho(a) a comer alimentos variados.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

5. A maioria dos alimentos que mantenho em casa é saudável.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

6. Em cada refeição servida em casa, uma variedade de alimentos saudáveis está disponível para meu(minha) filho(a).

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

7. Eu envolvo meu(minha) filho(a) no planejamento das refeições da família.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

8. Eu permito que meu(minha) filho(a) ajude na preparação das refeições da família.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

9. Eu incentivo meu(minha) filho(a) a participar nas compras dos alimentos.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

10. Ao me alimentar de maneira saudável, eu dou exemplo de alimentação saudável.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

11. Eu tento comer alimentos saudáveis na frente do(a) meu(minha) filho(a), mesmo que estes não sejam os meus favoritos.

() Discordo totalmente () Discordo parcialmente () Não concordo e nem discordo () Concordo parcialmente () Concordo totalmente

12. Eu tento mostrar entusiasmo sobre o consumo de alimentos saudáveis.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

13. Eu mostro ao(a) meu(minha) filho(a) o quanto eu gosto de consumir alimentos saudáveis.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

14. Eu converso com meu(minha) filho(a) sobre a importância de comer alimentos saudáveis.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

15. Eu converso com meu(minha) filho(a) sobre o valor nutricional dos alimentos.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

Monitoring (Monitoramento)

16. Eu mantenho muitos salgadinhos (batatas chips, Doritos®, Cheetos®) na minha casa. (R)*
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

17. Eu mantenho muitos doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) na minha casa. (R)*
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

18. Com que frequência você monitora os doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) que seu(sua) filho(a) come?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

19. Com que frequência você monitora os salgadinhos (batatas chips, Doritos®, Cheetos®) que seu(sua) filho(a) come?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

20. Com que frequência você monitora os alimentos ricos em gordura que seu(sua) filho(a) come?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

21. Com que frequência você monitora as bebidas açucaradas (refrigerante, refresco em pó) que seu(sua) filho(a) bebe?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

Restriction for Weight Control (Restrição para Controle de Peso)

22. Eu incentivo meu(minha) filho(a) a comer menos para que ele(a) não fique gordo(a).
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

23. Nas refeições, eu dou ao(a) meu(minha) filho(a) pequenas porções para controlar seu peso.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

*As respostas para as questões 16 e 17 são reversas.

24. Em uma refeição, se meu(minha) filho(a) come mais do que o normal, eu tento restringir sua alimentação na próxima refeição.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

25. Eu restrinjo os alimentos que meu(minha) filho(a) come que podem deixá-lo(a) gordo(a).
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

26. Existem certos alimentos que meu(minha) filho(a) não deve comer porque o(a) farão ficar gordo(a).
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

27. Eu não permito que meu(minha) filho(a) coma entre as refeições porque eu não quero que ele(a) fique gordo(a).
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

28. Frequentemente eu coloco meu(minha) filho(a) em uma dieta para controlar seu peso.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

Restriction for Health (Restrição para Saúde)

29. Se eu não orientasse ou controlasse a alimentação do(a) meu(minha) filho(a), ele(a) comeria seus alimentos favoritos em excesso.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

30. Se eu não orientasse ou controlasse a alimentação do(a) meu(minha) filho(a), ele(a) comeria guloseimas em excesso.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

31. Eu tenho que me certificar de que meu(minha) filho(a) não coma seus alimentos favoritos em excesso.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

32. Eu tenho que me certificar de que meu(minha) filho(a) não coma doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) em excesso.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

33. Eu tenho que me certificar de que meu(minha) filho(a) não coma em excesso alimentos ricos em gordura.
 Discordo totalmente Discordo parcialmente Não concordo e nem discordo Concordo parcialmente Concordo totalmente

Emotion Regulation/Food as Reward (Regulação da Emoção/Comida como Recompensa)

34. Quando seu(sua) filho(a) fica inquieto(a), a primeira coisa que você faz é dar a ele(a) algo para comer ou beber?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

35. Você dá algo para seu(sua) filho(a) comer ou beber caso ele(a) esteja entediado(a), mesmo que você ache que ele(a) não está com fome?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

36. Você dá algo para seu(sua) filho(a) comer ou beber caso ele(a) esteja chateado(a), mesmo que você ache que ele(a) não está com fome?
 Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre

37. Como recompensa por um bom comportamento, eu ofereço doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) ao(a) meu(minha) filho(a). <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
38. Eu ofereço ao(a) meu(minha) filho(a) seu alimento favorito em troca de um bom comportamento. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
Pressure (Pressão)
39. Meu(minha) filho(a) deve sempre comer toda a comida do seu prato. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
40. Se meu(minha) filho(a) diz "Não estou com fome", eu tento fazer com que ele(a) coma mesmo assim. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
41. Se meu(minha) filho(a) comer apenas uma pequena porção de comida, eu tento fazer com que ele(a) coma mais. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
42. Quando meu(minha) filho(a) diz que terminou de comer, eu tento fazer com que ele(a) coma mais (uma, duas, etc) colherada(s) de comida. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
Itens Excluídos
- Você deixa seu(sua) filho(a) comer o que ele(a) quiser? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
- Durante as refeições, dentre os alimentos que estão servidos, você deixa seu(sua) filho(a) escolher aqueles que ele(a) quiser? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
- Se seu(sua) filho(a) não gosta do que está sendo servido, você prepara outra coisa? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
- Você permite que seu(sua) filho(a) coma lanchinhos quando ele(a) quiser? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
- Você permite que seu(sua) filho(a) deixe a mesa quando satisfeito(a), mesmo que sua família não tenha terminado de comer? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Sempre
- Em resposta ao mau comportamento, eu restrinjo doces/sobremesas para meu(minha) filho(a). <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente
- Eu falo para meu(minha) filho(a) o que comer e o que não comer sem dar explicações. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo e nem discordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente

WARKENTIN, S. et al. Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire in parents of preschool children in Brazil. **BMC Public Health**, v.16:603, 2016

Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas

ESCALA DE ATITUDES ALIMENTARES

- 1a. Qual você considera ser o consumo saudável e necessário para açúcar, óleo e batata frita?
- 1b. Qual você considera ser o consumo saudável e necessário para carne branca, legumes, verduras e frutas?
- 1c. Qual você considera ser o consumo saudável e necessário para pães, arroz, macarrão, feijão, carne vermelha, leite integral e queijo?
2. Você sente prazer ao comer?
3. Comer é algo natural para você?
4. Você fica sem comer ou à base de líquidos, por um dia ou mais, achando que isto pode emagrecer?
5. Você conta calorias de tudo que come?
6. Você gosta da sensação de estar de estômago vazio?
7. Você costuma “pular” refeições para evitar o ganho de peso?
8. Comer faz você se sentir “suja”?
9. Você tem boas lembranças associadas à comida?
10. Você gostaria de não precisar se alimentar?
11. Você acha que é normal comer, às vezes, só porque está triste, chateada, ou entediada?
12. Quando você come uma quantidade de alimentos maior do que a de costume, qual é o seu comportamento depois?
13. Eu sinto culpa quando como um alimento que eu havia decidido não comer por algum motivo.
14. Eu deixo de comer algum alimento se souber que ele tem mais calorias do que eu imaginava.
15. Preocupo-me o tempo todo com o que vou comer, quanto comer, como preparar o alimento ou se devo ou não comer.
16. Preocupo-me com o quanto um alimento ou refeição pode me engordar.

ESCALA DE ATITUDES ALIMENTARES

17. Tenho raiva de sentir fome.
18. Tenho dificuldade em escolher o que comer, porque sempre acho que deveria comer menos e/ou a opção com menos calorias.
19. Quando desejo um alimento específico, eu sei que não vou conseguir parar de comê-lo até ele acabar.
20. Eu gostaria de ter total controle sobre meu apetite e minha alimentação.
21. Eu procuro comer pouco na frente dos outros para depois exagerar quando estou sozinha.
22. Eu tenho medo de começar a comer e não parar mais.
23. Sonho com uma “pílula” que substitua a refeição.
24. Em festas e *buffets*, fico nervosa e/ou descontrolada, em função da grande oferta de comida.
25. Minha relação com a comida atrapalha minha vida como um todo.

Subescala 1 (Relação com alimento) inclui as questões 8, 10, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25; Subescala 2 (Preocupação com alimento e ganho de peso) inclui as questões 5, 14, 15 e 16; Subescala 3 (Práticas restritivas e compensatórias) inclui as questões 4, 6, 7 e 12; Subescala 4 (Sentimentos em relação à alimentação) inclui as questões 2, 3 e 9; Subescala 5 (Conceito de alimentação normal) inclui as questões 1a, 1b, 1c e 11.

ALVARENGA, M.; SCAGLIUSE, F. Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perceptual and Motor Skills*, v. 110, n. 2, p. 379-395, 2010