

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

Carolina Silva Assenato

INSTRUMENTOS ADAPTADOS E VALIDADOS EM LÍNGUA PORTUGUESA PARA
AVALIAR COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ADULTOS

Porto Alegre

2019

Carolina Silva Assenato

INSTRUMENTOS ADAPTADOS E VALIDADOS EM LÍNGUA PORTUGUESA PARA
AVALIAR COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ADULTOS

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: Prof^a Dra. Maurem Ramos

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Assenato, Carolina Silva
INSTRUMENTOS ADAPTADOS E VALIDADOS EM LÍNGUA
PORTUGUESA PARA AVALIAR COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE
ADULTOS / Carolina Silva Assenato. -- 2019.
50 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,
2019.

1. Comportamento alimentar. 2. instrumento
validado. I. Ramos, Maurem, orient. II. Título.

Carolina Silva Assenato

INSTRUMENTOS ADAPTADOS E VALIDADOS EM LÍNGUA PORTUGUESA PARA
AVALIAR COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ADULTOS

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, Novembro de 2019

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

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dra. Letícia Souza Muza - UFRGS

Prof^a Dra. Zilda de Albuquerque Santos - UFRGS

Orientadora: Prof^a Dra. Maurem Ramos - UFRGS

RESUMO

Comportamento alimentar expressa a conduta ou a maneira de consumir o alimento (o que, quando, quanto, com quem se come, etc) e está associado a diversos aspectos subjetivos, valores que atribuímos ao que comemos, valores atribuídos ao nosso corpo, desejos e pensamentos sobre a comida. Nota-se um crescimento de comportamentos disfuncionais no Brasil e no mundo, com o aumento de obesidade, transtornos alimentares e de imagem, entre outros. O objetivo deste estudo é, por meio de revisão da literatura, apresentar os instrumentos traduzidos e validados em língua portuguesa que avaliam o comportamento alimentar em adultos. Foram acessadas as bases de dados do Google Acadêmico, Scielo e Pubmed, em busca de instrumentos validados em português nos períodos de 2000 até o presente momento. Obtiveram-se 14 artigos que se adequavam ao intuito do estudo. Observou-se uma gama de estudos medindo o comportamento em diferentes âmbitos, e que se propõe a avaliar os vários aspectos envolvidos na composição do comportamento. Para realizar o adequado diagnóstico do comportamento alimentar, efetuando intervenções nutricionais mais acertadas, sugere-se a implementação desses instrumentos de avaliação na prática profissional.

Palavras-chaves: Comportamento Alimentar; Instrumento Validado; Escala Comportamento Alimentar; Questionário Comportamento Alimentar.

ABSTRACT

Eating behavior expresses the conduct or the way of consuming food, (which, when, how much, with whom, etc.) and it is associated with several subjective aspects, values that we attribute to what we eat, values attributed to our body, desires and thoughts about food. There is a growth of dysfunctional behaviors in Brazil and in the world, with the obesity increase, eating and image disorders, among others. The purpose of this study is, through a literature review, present the translated and validated instruments in Portuguese that evaluate eating behavior in adults. Google Scholar, Scielo and Pubmed databases were accessed to search validated tools in Portuguese from 2000 to the present. 14 articles were gathered that fits the purpose of the study. It is observed a range of studies measuring behavior in different scopes, which aims to evaluate the several aspects involved in the composition of the behavior. To make the proper diagnosis about the eating behavior, making more appropriate nutritional interventions, it is suggested the implementation of these evaluation instruments in the professional practice.

Keywords: Eating Behavior; Instrument Validated; Eating Behavior Scale; Eating Behavior Questionnaire.

LISTA DE ABREVIATURAS

- APA - Associação Psiquiátrica Americana
- BAS - *Body Appreciation Scale*
- BES - *Binge Eating Scale*
- BIS - *Barratt Impulsivity Scale*
- CAP - Compulsão Alimentar Periódica
- CEMS - Escala de Mensagens de Alimentação do Cuidador
- DEAS - *Disordered Eating Attitude Scale*
- DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- EAAT - Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas
- EARSS - Escala de Atitudes em Relação à Saúde e ao Sabor
- EAT - *Eating Attitude Test*
- ECAP - Escala de Compulsão Alimentar Periódica
- FCQ - *Food Craving Questionnaire*
- FNS - *Food Neophobia Scale*
- HTAS - *Health and Taste Attitude Scale*
- IES-2 - Escala de Alimentação Intuitiva - 2
- mYFAS - *modified Yale Food Addiction Scale*
- NEQ - *Night Eating Questionnaire*
- POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
- QAN - Questionário Alimentar Noturno
- QEWPR - *Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised*
- RS - *Restraint Scale*
- TAs – Transtornos Alimentares
- TCA - Transtorno de Compulsão Alimentar
- TCAP - Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
- TEMS - *Eating Motivation Survey*
- URICA - *University Of Rhode Island Change Assessment*
- VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	12
3. OBJETIVO	16
4. METODOLOGIA	16
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
5.1 PRIMEIRO CONJUNTO	17
5.2 SEGUNDO CONJUNTO.....	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO 1.....	32
ANEXO 2.....	34
ANEXO 3.....	35
ANEXO 4.....	36
ANEXO 5.....	38
ANEXO 6.....	39
ANEXO 7.....	41
ANEXO 8.....	42
ANEXO 9.....	43
ANEXO 10.....	47
ANEXO 11.....	49
ANEXO 12.....	50

1 INTRODUÇÃO

A análise do comportamento humano e suas interações com o ambiente nasceu da Psicologia, que por sua vez, tem origem na Filosofia (Alvarenga, 2015). Em 1913, para que a Psicologia fosse inserida no ramo das ciências e para torna-la reconhecida, John B. Watson, definiu comportamento como um objeto 'observável, mensurável, cujos experimentos poderiam ser reproduzidos em diferentes condições e sujeitos' (Bock, 2018). No dicionário de Filosofia portanto, Abbagnano (2007) define comportamento como sendo "toda resposta de um organismo vivo a estímulos, que seja objetivamente observável por um meio qualquer e que seja uniforme, isto é, constitui a reação habitual e constante do organismo a uma situação determinada".

Alvarenga (2015) busca contextualizar o comportamento alimentar expondo o significado do termo "comportamento", segundo o dicionário de Houaiss, como: maneira de se comportar ou de se conduzir; condutas; procedimentos; conjunto de ações observáveis de um indivíduo. E acaba por considerar o comportamento alimentar como "um conjunto de cognições (crenças e pensamentos) e afetos que regem as ações e condutas alimentares". De acordo com as teorias da Psicologia, cognição é a forma como se atribui significado à realidade que se encontra; e constitui o processo de compreensão, transformação, armazenamento e utilização das informações (Bock, 2018).

Poulain *et al* (2017) trazem o conceito de Diez-Garcia a respeito da expressão comportamento alimentar: procedimento relacionado com as práticas alimentares de grupos humanos (o que, quanto, como, quando, onde e com quem se come; a seleção de alimentos e os aspectos referentes ao preparo da comida, a forma de comer, etc.) associado a atributos socioculturais, ou seja, aos aspectos subjetivos individuais e coletivos relacionados com o comer e a comida (escolhas alimentares, combinação de alimentos, comida desejada e apreciada, valores atribuídos a alimentos e preparações, e aquilo que pensamos que comemos ou que gostaríamos de ter comido). Esse conceito também é utilizado para definir a expressão 'práticas alimentares', pois tudo que explica e se remete a elas corresponde ao comportamento (Poulain, 2003).

Comportamentos e hábitos se assemelham, mas têm diferenças semânticas

que interferem na etiologia das doenças. Hábito expressa a rede de relações dos valores socioculturais que a pessoa encontra em seu cotidiano. É a percepção que se tem sobre a comida e a escolha de alimentos. O hábito carrega consigo as sensações afetivas, as experiências e os símbolos incorporados que se externalizam nas práticas alimentares. Por sua vez, o comportamento alimentar expressa a conduta ou maneira de consumir o alimento, tem dimensões do campo da cognição, do afeto, das habilidades e das percepções sensoriais, abrange tudo o que se pensa, sente e faz em torno do comer (Freitas *et al*, 2017; Poulain *et al*, 2017). Hábito seria então a repetição de um comportamento; e os comportamentos seriam o que constituem um hábito, sendo este normalmente associado a uma cultura. Conceituar hábito e comportamento alimentar se torna necessário para uma melhor compreensão do tema e das suas particularidades, e assim investigar e entender as práticas alimentares (Vaz & Bennemann, 2014). Pois à medida que se conhecem melhor os determinantes do comportamento alimentar, aumentam as chances de sucesso nos tratamentos (Toral *et al*, 2006).

Podemos observar que desde a última metade do século XX, em decorrência da urbanização e modernização, o mundo vem passando por um processo chamado transição nutricional, caracterizado pelo declínio da subnutrição e aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade. Nessa modificação do panorama, também se nota mais comportamentos distorcidos acerca do corpo e da alimentação. Os comportamentos alimentares se tornam patológicos ou patogênicos quando eles induzem a consequências nocivas para a saúde, e quando essas atitudes se diferem das adotadas pela maioria dos indivíduos de uma população (Timerman *et al*, 2015). Comportamento patogênico seria quando o comer em excesso, ou de forma compulsiva, acaba acarretando em obesidade e outras comorbidades. E o comportamento alimentar patológico seria quando o controle sobre a ingestão acaba sendo exagerado, podendo desenvolver síndromes ou transtornos alimentares.

Transtornos Alimentares (TAs) são quadros psiquiátricos que afetam na sua maioria adolescentes e adultos jovens do sexo feminino. Caracterizam-se por comportamentos inadequados no consumo e no padrão alimentar, bem como por crenças distorcidas sobre alimentação, que, em conjunto, ocasionam uma piora grave da qualidade nutricional, podendo gerar prejuízos biológicos, psicológicos e

aumento da morbidade e mortalidade (Borges *et al*, 2006). A nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5 (DSM-5) publicado em 2013 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), trouxe relevante modificação dos conceitos e dos critérios diagnósticos dos transtornos mentais, inclusive na área dos TAs. Nessa nova edição do DSM, o capítulo Transtornos Alimentares mantém os TAs que já constavam no DSM-IV, e reconhece o diagnóstico de transtorno de compulsão alimentar (TCA) como uma nova categoria. Considera-se que os transtornos possuem uma etiologia multifatorial, em que questões socioculturais, diferenças étnicas, aspectos familiares e genéticos e alterações da neurotransmissão cerebral têm grande importância para o desencadeamento, manutenção e perpetuação dos sintomas alimentares (Gorenstein *et al*, 2016).

Resumidamente, a etiologia da obesidade define-se como um processo multifatorial, que envolve aspectos genéticos, ambientais, culturais, psicossociais, históricos, ecológicos, políticos e socioeconômicos. Distúrbios no comportamento alimentar provenientes de alterações psicológicas como ansiedade, estresse e atitudes alimentares a fim de reduzir tensões, pode ocasionar o consumo excessivo de alimentos resultando em obesidade (Ferreira *et al*, 2018). No Brasil, as estimativas de prevalência de obesidade aumentaram de 18% para 19,8% de 2014 a 2018, em ambos os sexos, sendo maior entre as mulheres (20,7%) do que entre os homens (18,7%), segundo o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (Brasil, 2019). Na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), a prevalência de obesidade entre as mulheres aumentou de 14 % (POF 2002-2003) para 17,5% (POF 2008-2009). E no caso dos homens, a prevalência de obesidade passou de 9,3% para 12,7%, na mesma pesquisa (Ferreira, Szwarcwald & Damacena, 2019). A prevalência crescente da obesidade e das doenças a ela associadas, bem como dos transtornos alimentares, justifica a busca por abordagens mais efetivas de mudanças alimentares (Motta, 2017).

Para efetuar as mudanças necessárias para adequação dos comportamentos disfuncionais, isto é, as intervenções nutricionais, necessita-se mais do diagnóstico do comportamento alimentar do que propriamente de aspectos nutricionais do consumo, uma vez que são comportamento e práticas alimentares

que devem ser abordados quando se pretende mudanças no consumo alimentar (Poulain *et al*, 2017). A partir dessa leitura do comportamento o nutricionista entende como e onde interferir. Para analisar os aspectos e traços alterados do comportamento, são propostos instrumentos ou ferramentas. Eles são construídos com bases nas teorias da psicologia, servindo para avaliar sintomas e condutas de risco que incluem preocupações relacionadas ao peso e ao medo de ganhar peso, tendências direcionadas a buscar a perda de peso, comportamentos restritivos, episódios bulímicos, comportamentos purgativos e avaliação da imagem corporal. A proposta deste trabalho é fornecer um painel atual sobre os instrumentos de avaliação do comportamento alimentar adaptados e/ou validados em português, para tornar estes instrumentos conhecidos.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A qualidade de um instrumento é assegurada por processos de validação, que garantem que seu uso é confiável. Dentro desses processos se analisa as propriedades psicométricas do instrumento, a confiabilidade e a validade, que fornecem evidências acerca da qualidade do instrumento. A confiabilidade é a reprodutibilidade, a capacidade de reproduzir o resultado de uma amostra em outra. Validade é a capacidade do instrumento de medir exatamente o que ele se propõe. Dentro da confiabilidade/fidedignidade, é analisada a estabilidade, que mede a consistência das repetições daquele instrumento, tendo os mesmos resultados sendo aplicado novamente depois de um determinado intervalo de tempo, pelo método de teste-reteste e coeficiente de correlação intraclassa. Existe também, a confiabilidade medida por consistência interna, que averigua se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica, para tal, se utiliza o coeficiente alfa de Cronbach, que reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala. E a equivalência, medida pelo coeficiente Kappa, analisa a concordância interobservadores quanto aos escores de um instrumento. As principais validades medidas num instrumento são a de conteúdo, a de critério e a de construto. A validade de conteúdo mostra o quanto uma amostra aleatória de itens da escala ou questionário é representativa. Elas são analisadas por um

comitê de especialistas (nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, etc) que verificam se aqueles itens analisam o que o instrumento propõem-se a analisar. E então, são analisadas a proporção ou porcentagem das suas respostas. Para a validade de critério se compara as respostas do instrumento novo a um instrumento anterior que mede a mesma característica, um padrão-ouro, e seu coeficiente de correlação. E para a validade de construto, é realizada após a tradução do instrumento, a retrotradução independente ao idioma original do instrumento. Também pode ser realizado um pré-teste com o instrumento traduzido e verificado se as questões são de fácil compreensão ou se são necessários ajustes para a cultura brasileira (Souza, 2017).

Esses instrumentos que são aplicados em amostras de população para avaliar comportamento alimentar são fundamentados em diversas teorias que fazem parte da análise de comportamento. Uma vez que o comportamento alimentar é um processo complexo de se analisar isoladamente, há uma necessidade de reflexão sobre as abordagens psicológicas, conceitos e teorias que o embasam, visto que ele reflete as interações entre o estado fisiológico, o estado psicológico e as condições ambientais de um indivíduo (Quaioti, 2006; Vaz & Bennemann, 2014).

A Teoria Social Cognitiva, descrita por Bandura em 1986, entende que a conduta, os fatores pessoais internos (cognitivos, afetivos e biológicos) e o ambiente externo atuam entre si como determinantes interativos e recíprocos. Ou seja, o indivíduo cria e modifica seu entorno, sendo o agente e o receptor das situações que se sucedem, ao mesmo tempo em que essas situações determinarão os seus pensamentos, as suas emoções e seus comportamentos futuros. A teoria também estuda como as pessoas aprendem a partir de modelos e experiências alheias, e como se comportam considerando a autorregulação e a autoeficácia. Autorregulação é o conceito de que as pessoas podem ter controle e avaliar seu próprio processo de aprendizagem comportamental. Ela depende das metas traçadas (uma avaliação das possíveis consequências das ações e objetivos para alcançar os resultados). As habilidades para essa administração do seu processo, bem como as crenças e atitudes que servem para motivar a autorregulação, podem ser obtidas por modelação ou observação. Autoeficácia permeia outras teorias, ela condiz à crença de uma pessoa nela mesma sobre a

habilidade de cumprir uma tarefa ou meta. As crenças de autoeficácia ajudam a determinar quanto esforço as pessoas vão dedicar a uma atividade, por quanto tempo elas terão perseverança ao se defrontar com obstáculos e o quanto serão resilientes diante de adversidades (Alvarenga, 2015). A autorregulação e a autoeficácia resultam no quanto a pessoa se empenhará em mudar.

Os pesquisadores norte-americanos James O. Prochaska e Carlo Di Clemente (1992) propuseram o Modelo Transteórico, com base em estudos com tabagistas, acerca do comportamento de vício, para compreender como e por que as pessoas mudam, e descreveram os estágios que todo indivíduo passa, em qualquer processo de mudança, com ajuda de terapeuta ou não. Vem sendo considerado um modelo importante para compreender as mudanças comportamentais relacionadas à saúde e à prontidão do indivíduo para realizar um novo comportamento. Também denominado Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento, ele apresenta cinco estágios em que ocorrem as alterações no comportamento, são eles: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. O estágio de pré-contemplação é quando o indivíduo não reconhece um problema, ou as práticas alimentares inadequadas, isto é, a mudança ainda não foi considerada ou não há intenção de executá-la. Na contemplação, começa a considerar a mudança comportamental, pois já reconhece a existência do problema e está decidido a superá-lo, mas não é comprometimento. No estágio de decisão/preparação, conta com uma estipulação de prazo a realização da mudança. Podem ser feitas pequenas mudanças e um plano de ação é adotado. No estágio da ação, corresponde ao estágio em que já houve a mudança de comportamento, e o indivíduo já observa os benefícios da mudança. No estágio de manutenção o indivíduo já manteve por mais de seis meses seu comportamento modificado. Esses estágios não são estáticos e lineares, podendo a pessoa transitar entre eles, tendo recaídas e retornando à decisão e partindo para ação mais rapidamente (Toral&Slater, 2007).

As explicações para comportamentos disfuncionais, como quando há ingestão em desacordo com as necessidades, do ponto de vista psicossocial podem ser encontradas em teorias como a Teoria da Externalidade, a Teoria Psicossomática e a Teoria da Restrição. A Teoria da Externalidade considera como um traço da personalidade a sensibilidade do indivíduo aos estímulos associados

aos alimentos, como o aroma, o sabor e o estímulo visual, não sendo ele capaz de se guiar pelos seus sinais de fome ou saciedade. A Teoria Psicossomática sustenta que a ingestão é determinada por fatores internos emocionais; apesar de não ser claro esse mecanismo, o estresse agudo teria um efeito inibidor do apetite, enquanto um estresse prolongado ou crônico teria um efeito desinibidor. O Modelo Psicossomático da Obesidade, afirma que as pessoas obesas, principalmente do gênero feminino, comem excessivamente como mecanismo compensatório em situações de ansiedade, depressão, tristeza, raiva, isto é, de estresse emocional (Viana *et al*, 2009; Bernardi, 2005). A Teoria da Restrição atribui o aumento de peso e a obesidade à prática de dieta restritiva. Um dos aspectos do conceito de restrição, é que os indivíduos apresentam um padrão alimentar caracterizado por ciclos, de dieta e restrição, onde ele controla conscientemente o apetite e o que come, intercalados por ciclos de desinibição, onde surge um estado de descontrole, levando a alternância entre perda de peso e aumento de peso, sendo este normalmente a um peso maior do que o anterior à dieta (Viana & Sinde, 2003; Viana *et al*, 2009).

Outro modelo baseado na teoria cognitiva é o Modelo de Crenças em Saúde, idealizado por Rosenstock entre as décadas de 50 e 60, onde a probabilidade de experienciar um problema de saúde, a severidade das consequências do problema e os benefícios percebidos do comportamento preventivo em combinação com seu custo potencial são vistos como crenças-chave que guiam o comportamento de saúde. O modelo propõe que o maior engajamento do indivíduo a um determinado comportamento resulta da interação entre sua crença pessoal a respeito do próprio risco de desenvolver alguma doença, sua percepção dos benefícios daquele comportamento e as barreiras que o impedem de agir. Algo a se destacar é a percepção dos benefícios de saúde a médio/longo prazo, frente à percepção imediata das barreiras, por exemplo, quando o indivíduo que pretende inserir alguma atividade física na rotina, não irá enxergar os benefícios dentro de pouco tempo, ele acaba se fixando nos empecilhos atuais, como: não conseguir tempo para se exercitar, academia é cara, entre outros. Os resultados são a negligência com a importância dessa mudança e a procrastinação, quando se trata de autocuidado (Glanz&Bishop, 2010).

A abordagem psicodinâmica tem seu princípio na psicanálise de Freud, um

dos seus enfoques é o tratamento de transtornos mentais, sendo bastante utilizada para os TAs. Brevemente, a psicanálise se caracteriza pela interpretação dos significados ocultos (o inconsciente) nas ações manifestadas. A abordagem psicodinâmica diz respeito a uma compreensão do psiquismo em seus processos dinâmicos, com técnicas que visam resolver conflitos intrapsíquicos à custa da reestruturação, reorganização e desenvolvimento da personalidade. A teoria dos transtornos se baseia em certas hipóteses: que aquilo que as pessoas dizem e fazem possui um significado, ainda que possa ser externo à percepção consciente; que existem padrões para o comportamento das pessoas e que esses padrões repetitivos podem ser discernidos a partir da narrativa de vida do indivíduo; e que, ainda que esses comportamentos se tornem fixos, podem-se alterar por meio do insight e do entendimento (Gorgati, Holcberg & Oliveira, 2002; Bock, 2018). As explicações para a etiologia e terapêutica dos transtornos alimentares a partir desta ótica são muito mais profundas do que cabe à autora discorrer neste trabalho.

3 OBJETIVO

Apresentar os instrumentos traduzidos, adaptados e validados em língua portuguesa para avaliar comportamento alimentar de adultos.

4 METODOLOGIA

Este trabalho tem como metodologia a realização de uma revisão narrativa, propondo um aprofundamento da temática por meio de análise crítica da autora. É um método que permite a compreensão do movimento da área, as propensões teóricas, as tendências, as recorrências e as lacunas, definindo parâmetros para atuação na área e contribuindo para pesquisa qualitativa (Vosgerau, 2014).

Os artigos selecionados e apresentados foram pesquisados nas bases de dados do Google Acadêmico, SciELO e PubMed. Como descritores foram utilizados: “comportamento alimentar”, “instrumento validado”, “escala comportamento alimentar”, “questionário comportamento alimentar”, “*eating behavior*”, “*eating behavior instrument validated*”, “*eating behavior questionnaire*”,

“*eating behavior scale*”. Como critérios de inclusão utilizou-se: artigos em português ou inglês, publicados de 2000 a 2019, com instrumento traduzido, adaptado e/ou validado em português do Brasil, para uso em adultos acima de 20 anos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca abrangeu instrumentos em língua portuguesa, consistindo em 14 trabalhos brasileiros (Quadro1). Os instrumentos são apresentados e discutidos em ordem cronológica de publicação. Eles foram divididos dois conjuntos, o primeiro conjunto relativo ao período de 2000 a 2009 e no segundo conjunto são apresentados dados mais atualizados de 2010 a 2019.

5.1 PRIMEIRO CONJUNTO

O primeiro artigo é de autoria de Freitas (2001), chamado “Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica”. Esse artigo aborda a tradução e adaptação para o português da Binge Eating Scale (BES), elaborado por Gormally e colaboradores em 1982 como Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) para medir a gravidade da compulsão alimentar periódica (CAP) em pacientes obesos. A ECAP (Anexo 1) se trata de um questionário autoaplicável, composto por 16 itens, e cada item varia entre três ou quatro afirmativas, totalizando 62 afirmativas. Oito destes itens são sobre manifestações comportamentais, e os outros oito itens descrevem sentimentos e cognições relacionadas à CAP. Os autores criaram afirmativas para refletir a gravidade de cada característica, pensando em três dimensões (a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido num episódio de CAP) para criar um critério que varia de zero a três pontos numa escala de Likert, sendo o escore final a soma de todos os pontos. Indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem CAP; entre 18 e 26 são considerados com CAP moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com CAP grave. A escala foi aplicada em um grupo de 32 pacientes obesos ambulatoriais, todos com

TCAP (transtorno da compulsão alimentar periódica). Neste estudo a autora conclui que a versão em português da escala foi considerada adequada para uso clínico. Contudo, dada a época do estudo, ele oferece poucas evidências de validade, não explicita os procedimentos de validação e não expõe análises estatísticas, dados normalmente informados para conferir ao estudo maior confiabilidade.

O Night Eating Questionnaire (NEQ), criado por O'Reardon et al (2004), é um instrumento desenvolvido para avaliar a gravidade dos sintomas da síndrome do comer noturno e auxiliar na identificação de pacientes com esta síndrome. O instrumento conta com 15 itens, sendo as 14 primeiras questões do tipo Likert, e a 15ª questão dissertativa, relacionada ao tempo em que o sujeito vem tendo problemas com a alimentação noturna, visto que é um dos descritores para a síndrome. Ele avalia anorexia matinal (dois itens); hiperfagia noturna (um item), insônia inicial (um item); insônia de manutenção (um item); ingestão de alimentos à noite (um item) e humor (três itens). O NEQ apresentou duas versões traduzidas, adaptadas e validadas. Na primeira, Harb (2008), no trabalho chamado "Tradução e adaptação da versão brasileira do Night Eating Questionnaire", traduziu e adaptou para o português, originando o Questionário sobre Hábitos do Comer Noturno. Ela realizou a validação interna numa amostra com 100 indivíduos com grau de escolaridade acima de 11 anos, e concluiu que os resultados mostrados podem ter influenciado na validação por se tratar de uma amostra homogênea e de alto nível educacional, sugerindo a aplicação em outras populações. Na segunda versão traduzida, Dantas (2012) no seu trabalho intitulado "Validação de uma nova versão brasileira do Questionário alimentar Noturno", nomeou o instrumento como Questionário Alimentar Noturno (QAN) (Anexo 2), e executou os procedimentos para a tradução, adaptação cultural, e obteve bons índices de validade interna e confiabilidade.

O artigo "Test-retest reliability and discriminant validity of the Restraint Scale translated into Portuguese", de Scagliusi (2005), traz a Restraint Scale (RS), desenvolvida por Herman & Mack (1975), traduzida e adaptada como Escala de Restrição (Anexo 3). Ela serve para avaliar a restrição alimentar, medindo até que ponto as pessoas apresentam excesso de preocupação com o peso e fazem dieta crônica para controlá-lo. A escala é composta por 10 itens, divididos em: seis itens sobre preocupação com dieta e quatro itens sobre flutuação de peso, onde

pontuações mais altas refletem níveis mais altos de restrição alimentar. O estudo aplicou a escala em dois grupos, um grupo controle de 62 mulheres com idades entre 19 e 25 anos, e um grupo de 39 mulheres com transtornos (anorexia e bulimia) com idades entre 22 e 36 anos. Os resultados mostraram que a versão traduzida da RS tem uma boa validade discriminante, pois é capaz de distinguir bulímicas de indivíduos saudáveis, mas também entre mulheres que sofrem de psicopatologias distintas, mas semelhantes. As autoras indicaram a hipótese de que as mulheres bulímicas apresentariam uma discrepância na restrição, e mostraram embasamento para haver essa hipótese no grupo das bulímicas e não no grupo das anoréxicas.

O artigo “Validation of the Portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised (QEWP-R) for the screening of binge eating disorder” escrito por Borges (2005) validou o Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R) para o diagnóstico do TCAP e de quadros subclínicos de compulsão alimentar. O instrumento é um questionário autoaplicável de 27 itens que avalia comportamentos de compulsão alimentar e controle de peso. Ele foi aplicado em uma população com excesso de peso, em um serviço especializado nos distúrbios alimentares e na obesidade. O instrumento se mostrou capaz de identificar corretamente a compulsão alimentar em um ambiente clínico. Ele é susceptível à autoavaliação do indivíduo quanto ao episódio de compulsão ao não. Deve aliar a aplicação do questionário em entrevista clínica. E por se tratar de uma amostra limitada, se torna necessária a aplicação em populações diversificadas.

A tese de Bittencourt (2009), “Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (University Of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo” se propôs a adaptar e validar a URICA, direcionando sua utilização para o comportamento de comer compulsivo (Anexo 4). Esta escala, desenvolvida por McConaughy, Prochaska e Velicer (1983), serve para avaliação do estágio motivacional do sujeito e a prontidão para a mudança nos comportamentos de adição. É um questionário de autopreenchimento, com 32 itens divididos em quatro subescalas, que abrangem quatro dos cinco estágios de mudança comportamental: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Existem versões reduzidas da escala, uma com 28 itens e outra com 24 itens, sendo esta última a versão apresentada neste trabalho. Para cada item existem

cinco alternativas de respostas em escala Likert, variando de discordo totalmente a concordo totalmente. O cálculo da prontidão para a mudança baseia-se no somatório dos escores médios de contemplação, ação e manutenção, subtraídos do escore médio de pré-contemplação. O questionário foi aplicado em 175 sujeitos (sendo 164 mulheres), entre 18 e 60 anos, numa amostra que apresentava comportamento de comer compulsivo e que realizava tratamento grupal ou individual com foco no comportamento alimentar. A autora concluiu que as evidências da validação foram satisfatórias. Porém, a amostra pode ter conferido um viés ao estudo por se tratar de uma população sob cuidados clínicos.

5.2 SEGUNDO CONJUNTO

Alvarenga e colaboradores (2010) elaboraram e validaram uma escala para avaliar atitudes alimentares desordenadas em populações clínicas e não-clínicas, a *Disordered Eating Attitude Scale* (DEAS) (Anexo 5), no seu artigo intitulado “*Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS)*”. A escala iniciou com 37 questões, e após análises fatoriais, 12 questões foram retiradas e sua versão final ficou com 25 questões e cinco subescalas (relação com comida; preocupações com alimentos e ganho de peso; práticas restritivas e compensatórias; sentimentos em relação a comer; ideia de uma alimentação normal). Foi aplicada num grupo de 196 estudantes universitárias com idade média de 22 anos (DP = 5.7). Embora não tenha efetuado o teste-reteste na amostra, a escala apresentou bons índices de consistência interna e de validade convergente, se mostrando uma boa escala para medir aspectos das atitudes alimentares que não eram medidas por questionários validados até o ano de publicação. A autora sugeriu a ampliação de estudos com a DEAS para diferentes países e culturas.

Ainda em 2010, Alvarenga mediu as propriedades psicométricas da escala elaborada por ela no artigo “*Psychometric evaluation of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS) English Version*”. A versão do DEAS foi traduzida independentemente para o inglês e traduzida novamente para o português. Após, foi comparada com a original e não houveram discrepâncias. A pontuação total do DEAS foi significativamente associada aos escores EAT-26 (*Eating Attitude Test-26*) e RS (*Restraint Scale*) – questionários de domínios específicos de atitudes

alimentares já validados em português que foram usados para analisar a validade convergente da escala. A escala foi validada com universitárias brasileiras e a consistência interna encontrada foi substancialmente importante. Para a versão em inglês, os participantes foram estudantes de graduação com idade entre 18 e 45 anos, dos programas de Farmácia e de Enfermagem. Avaliação psicométrica da versão em inglês do DEAS foi realizada encontrando que a validade da escala original do DEAS em português foi semelhante à versão em inglês. Versão em inglês do DEAS apresentou consistência interna apropriada, validade convergente e confiabilidade teste-reteste, sendo útil para avaliar atitudes alimentares em diferentes grupos populacionais nos países de língua inglesa.

Em outra publicação, Bittencourt traz no artigo “Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares” de 2012, a tradução, a adaptação transcultural e a validação da mesma escala, mas para avaliação da motivação para a mudança de hábitos alimentares (Anexo 6). Aplicou-se a escala reduzida de 24 itens em 175 sujeitos com idade média de 41 anos (DP=13,10), que deveriam ter no mínimo cinco anos de estudo formal e ser participante de um programa de tratamento com foco em modificação de hábitos alimentares. Foram efetuadas as etapas de tradução, *backtranslation*, avaliação por um comitê de especialistas, e aplicação de um piloto, para adaptação transcultural. A pesquisa apontou boas propriedades psicométricas da URICA para mudança de hábitos alimentares. Apesar de muito similares, as escalas desses dois estudos são constituídas por questões substancialmente diferentes, as quais dão direcionamento ao tema avaliado com minuciosidade. Por terem sido validadas em população de nível escolar básico, a sua utilização na prática clínica se torna cabível por refletir a realidade brasileira.

Koritar (2014) apresentou em seu artigo “Adaptação transcultural e validação para o português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da *Health and Taste Attitude Scale* (HTAS)”, a escala Escala de Atitudes em Relação à Saúde e ao Sabor – EARSS (Anexo 7), traduzida e adaptada da *Health and Taste Attitude Scale* (HTAS), desenvolvida por Roininen et al (1999). Ela tem o objetivo de avaliar a importância dos aspectos de saúde e de sabor dos alimentos. A EARSS é dividida em Escala de Atitudes em Relação à Saúde e Escala de Atitudes em Relação ao Sabor. Escala de Saúde é boa preditora de atitudes voltadas à saúde e

não ao sabor, enquanto que a Escala de Sabor é boa preditora de atitudes voltadas ao sabor e ao prazer e não à saúde. Ambas são formadas por três subescalas. A EARSS possui 38 perguntas pontuadas em Escala Likert de sete pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. A Escala de Saúde da EARSS foi traduzida para a língua portuguesa por Soares *et al* (2006) tendo sido encontrada equivalência de conceito e de escala para os pares de cada item (versão em inglês e em português). A autora optou por validar o instrumento inicialmente para a população feminina, visto que as mulheres jovens apresentam mais problemas em relação às atitudes alimentares. O processo de adaptação transcultural da Escala de Sabor foi considerado adequado e de fácil compreensão apresentando boa consistência interna e confiabilidade, mostrando que a escala é válida e pode ser usada em estudo com mulheres para entender melhor as atitudes em relação ao sabor. O estudo apresentou alta confiabilidade após aplicação do teste reteste. Os resultados obtidos com validação foram satisfatórios para duas das três subescalas. A subescala com consistência menor (Prazer) sugere-se que se deva ao perfil da amostra, devendo ser realizados novos testes e avaliações em diferentes populações para elucidação desta questão.

O estudo de Previato (2015) “*Translation and Validation of the Food Neophobia Scale (FNS) to the Brazilian Portuguese*” trouxe a tradução e a validação da *Food Neophobia Scale (FNS)* (Anexo 8) de Pliner & Hobden (1992). Este instrumento avalia o comportamento alimentar na forma de um questionário com 10 itens. A pontuação final é obtida pela soma das pontuações de itens individuais medidos em Likert de sete pontos (variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”), representando neofobia ou neofilia de acordo com a pontuação obtida. Ele foi aplicado em 40 indivíduos (30 mulheres e 10 homens) com idade média de 29 anos (DP=6.9), variando de 21 a 51 anos. Apesar da FNS já ter sido anteriormente traduzida para o português europeu, foi observado que a versão brasileira difere da versão de Portugal em algumas palavras, frases e tempo verbal. Versão traduzida da FNS mostrou-se um instrumento psicométrico adequado e confiável para medir a neofobia alimentar por apresentar uma alta correlação. Embora a neofobia alimentar seja uma característica pessoal, fatores culturais e socioeconômicos influenciam na vontade de consumo de alimentos, sendo que, populações de áreas rurais teriam menor neofobia alimentar quando

comparada com populações urbanas. Sendo assim, são necessárias mais pesquisas para investigar a presença na neofobia alimentar na população brasileira e analisar o impacto no comportamento alimentar em diferentes populações. Estudos futuros devem checar a neofobia noutras classes e grupos de alimentos, alimentação vegana, os alimentos “crus”, alimentos desenvolvidos pela engenharia genética. E com a aplicação em diferentes populações pode trazer novas perspectivas para o mercado.

O artigo “Adaptação transcultural e validade aparente e de conteúdo da versão reduzida da *The Eating Motivation Survey* (TEMS) para o Português do Brasil” foi elaborado por Moraes & Alvarenga (2017), e apresenta a escala *The Eating Motivation Survey* (TEMS) (Anexo 9), desenvolvida por Renner *et al* (2012) para avaliação dos motivos para comer e para escolher os alimentos. A TEMS é uma escala de autopreenchimento, na forma Likert, variando de um (nunca) a sete pontos (sempre). A versão completa é composta por 78 itens e a versão reduzida por 45 itens. Ambas versões são distribuídas em 15 dimensões gerais relacionadas às motivações alimentares: preferência, hábitos, necessidade e fome, saúde, conveniência, prazer, alimentação tradicional, questões naturais, sociabilidade, preço, apelo visual, controle de peso, controle de emoções, normas sociais e imagem social. As autoras mantiveram o formato dos itens e modo de aplicação da TEMS, mas considerando o tamanho da escala e visando a facilitação de resposta, além de economia de tempo para a aplicação, optaram por utilizar uma escala do tipo Likert de cinco pontos, ao invés de sete pontos como na versão original. Após a aplicação do pré-teste com 32 indivíduos adultos (9 homens e 23 mulheres) de idades entre 20 e 59 anos, as equivalências e as validades foram satisfatórias para a adaptação transcultural, permitindo que a TEMS seja utilizada para a avaliação das motivações das escolhas alimentares. Entretanto ainda é necessário avaliar as propriedades psicométricas e verificar sua aplicabilidade em amostras maiores.

Maranhão (2018) publicou em “*Concept and evaluation of food craving: unidimensional scales based on the Trait and the State Food Craving Questionnaire*” a tradução, adaptação e avaliou as propriedades psicométricas do Trait and the State Food Craving Questionnaire (FCQ-T e FCQ-S). Este instrumento foi construído por Cepeda *et al* (2000) para avaliar o desejo por variedade de alimentos. O FCQ-T é composto por 39 itens que investigam nove

fatores indicando para cada item com que frequência cada afirmação é, em geral, verdadeira, usando uma escala de seis pontos (variando de “nunca ou não aplicável” a “sempre”). Já o FCQ-S compõe 15 itens e cinco fatores. Os indivíduos devem preencher o questionário indicando até que ponto concordam com cada uma das afirmações usando uma escala de cinco pontos variando de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. As versões FCQ-T e FCQ-S foram reduzidas para oito e cinco itens, respectivamente, melhorando assim a aplicabilidade das escalas originais, principalmente para estudos que envolvem avaliações repetidas usando múltiplos questionários, tornando-se menos cansativas. Porém, apesar de ter gerado bons índices de ajustes, as versões abreviadas das escalas divergem consideravelmente da estrutura original e, sendo assim, testes de invariância para diferentes grupos (como sexo, idade, etc) poderão fornecer informações futuras sobre o quanto as escalas podem ser comparáveis.

O artigo de Nunes-Neto (2018) intitulado “*Psychometric properties of the modified Yale Food Addiction Scale 2.0 in a large Brazilian sample*”, tem como objetivo adaptar a escala mYFAS 2.0 (Anexo 10) ao português, bem como determinar sua confiabilidade, avaliar sua estrutura fatorial e sua validade convergente com uma escala já validada de impulsividade. A escala mYFAS 2.0 (Schulte & Gearhardt, 2017) avalia a adicção/dependência alimentar e permite que sua gravidade seja classificada como leve, moderada ou grave. Esta é uma ferramenta de triagem que possui 13 itens com perguntas do tipo Likert, sendo onze deles baseados nos critérios DSM-V e dois sobre a significância clínica do sintoma. Neste estudo além de ser aplicada a escala mYFAS 2.0 adaptada ao português, os indivíduos também preencheram a escala já validada BIS-11 (*Barratt Impulsivity Scale*) sobre impulsividade (30 itens autorreferidos do tipo Likert). Dos 7.639 participantes (recrutados de um grande estudo brasileiro), 330 (4,31%) foram classificados com dependência alimentar. Os autores indicam que essa escala possui recursos internos adequados e confiabilidade consistente. Quando comparada com os escores de impulsividade do BIS-11, os resultados foram estatisticamente significativos tanto para o escore total quanto escores individuais. Participantes com uma adicção/dependência alimentar grave tiveram pontuações significativamente mais altas no BIS-11 que pacientes com dependência leve ou sem dependência. A maioria dos participantes era jovem e mulher, não sendo uma

amostra representativa da população brasileira e não pode ser comparada com “padrão ouro”, uma vez que é a única escala existente que avalia dependência.

A publicação “*A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2*” produzida por Da Silva (2018) traduziu e adaptou a escala CEMS proposta Diest & Tylka (2010) e a IES-2 (Tylka & Diest, 2013) para o português brasileiro e avaliou suas propriedades psicométricas em adultos. A CEMS (*Caregiver Eating Messages Scale*) (Anexo 11) é composta de dez itens para avaliar mensagens restritivas ou críticas dos cuidadores em relação à ingestão e a pressão para comer. A IES-2 (*Intuitive Eating Scale-2*) (Anexo 12) possui 23 itens e foi projetada para avaliar a tendência em usar os sinais de fome e de saciedade na escolha do que, quanto e quando comer. Foram incluídos 288 participantes e, além das duas escalas, os participantes também preencheram a BAS (*Body Appreciation Scale*) que mede a imagem corporal positiva através da análise da valorização corporal e do cuidado com o corpo. Algumas modificações foram necessárias para obter o adequado ajuste nas escalas como retirar ou unir itens, mas este fato não comprometeu a estrutura teórica proposta pela mesma. Após essas adaptações o índice de confiabilidade foi adequado. Foi encontrada uma relação significativamente negativa entre mensagem crítica/restritiva e peso em homens e mulheres, em relação a uma menor valorização do corpo. Esta pode ser afetada por outros fatores não abordados no estudo, como a internalização dos ideais da mídia e a aceitação do corpo por terceiros. Os cuidados com o corpo foram correlacionados com todos os fatores IES-2 na amostra masculina. O autor destaca o fato de que cuidar do corpo está associado a estar ciente dos nossos sinais de fome e de saciedade. Os resultados indicam que cuidado e alimentação intuitiva estão fracamente associados ao índice de massa corporal e, portanto, pode não ser justificado para reprimir ou controlar a alimentação intuitiva para controle do peso corporal.

Quadro 1 - Trabalhos brasileiros de adaptação ou validação de instrumentos para avaliar comportamento alimentar no adulto

Instrumento/Validade	Autor/Ano	Objetivo instrumento
Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)	Freitas (2001)	Medir a gravidade da compulsão alimentar periódica (CAP).
Night Eating Questionnaire (NEQ)	Harb (2008) Dantas (2012)	Avaliar a gravidade dos sintomas da síndrome do comer noturno e auxiliar na identificação de pacientes com esta síndrome.
Restraint Scale (RS)	Scagliusi (2005)	Avaliar a restrição alimentar, medindo até que ponto as pessoas apresentam um excesso de preocupação com o peso e fazem dieta crônica para controlá-lo.
QEWP-R (<i>Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised</i>)	Borges (2005)	Avalia comportamentos de compulsão alimentar e controle de peso, desenvolvido para o diagnóstico de TCAP e de quadros subclínicos de compulsão alimentar.
URICA para comer compulsivo	Bittencourt (2009)	Avaliação do estágio motivacional do sujeito e a prontidão para a mudança nos comportamentos de adição.
DEAS (<i>Disordered Eating Attitude Scale</i>)	Alvarenga et al (2010)	Avaliar atitudes alimentares desordenadas em populações clínicas e não-clínicas.
URICA para hábitos alimentares	Bittencourt (2012)	Avaliação do estágio motivacional do sujeito e a prontidão para a mudança de hábitos alimentares.
EARSS - Escala de Atitudes em Relação à Saúde e ao Sabor	Koritar (2014)	Avaliar a importância dos aspectos de saúde e sabor dos alimentos.
FNS (<i>Food Neophobia Scale</i>)	Previato (2015)	Avalia o comportamento alimentar.
TEMS (<i>The Eating Motivation Survey</i>)	Moraes & Alvarenga (2017)	Avaliação dos motivos para comer e escolher os alimentos.
FCQ-T e FCQ-S	Maranhão (2018)	Avaliar o desejo por uma variedade de alimentos.

mYFAS 2.0	Nunes-Neto (2018)	Avalia a adicção/dependência alimentar e permite que sua gravidade seja classificada como leve, moderada ou grave.
CEMS (<i>Caregiver Eating Messages Scale</i>)	Da Silva (2018)	Avaliar mensagens restritivas ou críticas dos cuidadores em relação à ingestão e a pressão para comer.
IES-2 (<i>Intuitive Eating Scale-2</i>)	Da Silva (2018)	Avaliar a tendência em usar os sinais de fome e de saciedade na escolha do que, quanto e quando comer.

Quadro elaborado pela autora.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que os estudos sobre comportamentos alimentares têm crescido nas últimas décadas, o presente estudo realizou uma revisão bibliográfica acerca dos instrumentos disponíveis em português. É de grande interesse que os estudos passem pelos processos de adaptação transcultural, visto que os hábitos e os discursos são diferentes em cada país. A validação também confere ao instrumento um grau de confiabilidade necessário para a ampla utilização do mesmo. Foram apresentados 14 estudos com instrumentos traduzidos e adaptados e que abrangem diversos aspectos do comportamento alimentar.

O comportamento alimentar é moldado desde cedo, e está enraizado na nossa cultura, mas mesmo na fase adulta pode ser algo alterado, quando se encontra inadequado de alguma forma. A saúde não é considerada prioridade para todas as pessoas, o que aparece na escolha dos seus alimentos, no modo como se alimentam, nas práticas e nos hábitos alimentares. Por isso, é necessário explorar como esses atos acabam refletindo no comportamento alimentar. Sabendo do impacto do comportamento alimentar na saúde, é essencial que seja realizado um adequado diagnóstico acerca do comportamento, possibilitando intervenções nutricionais mais acertadas.

Dado a gama de instrumentos disponíveis para medir o comportamento de diferentes âmbitos, e que avaliam os vários aspectos envolvidos na sua composição, e por se tratarem de ferramentas de fácil aplicação, sugere-se a implementação desses instrumentos na prática profissional.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. Dicionário de filosofia; tradução da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. Título original: Dizionario di filosofia. ISBN 975-85-336-2356-9.

ALVARENGA, M.S.; SCAGLIUSI, F.B.; PHILIPPI, S.T. Development and psychometric evaluation of the disordered eating attitude scale (DEAS). *Percept Mot Skills*. 2010;110:1-17.

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

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

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M.R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Rev. Nutr., Campinas*, v. 18, n. 1, p. 85-93, Feb. 2005.

BITTENCOURT, S. A. *Motivação para a mudança: Adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo (Tese de doutorado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil)*. 2009

BITTENCOURT, A. S.; LUCENA-SANTOS, P. L.; MORAES, J. F.; OLIVEIRA, M. S. *Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. Psico-USF*, 2012 17(3), 497-505.

BOCK, A.M.B. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia / Ana Mercês Bahia Bock, Maria de Lourdes Trassi Teixeira, Odair Furtado*. 15.ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

BORGES, M.B.F. *et al* . Validation of the portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns: Revised (QEWPR) for the screening of binge eating disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 319-322, Dec. 2005.

BORGES, N. J.; SICCHIERI, J. M.; RIBEIRO, R. P.; MARCHINI, J. S.; SANTOS, J. E. Transtornos Alimentares - Quadro Clínico. Medicina (Ribeirao Preto Online), v. 39, n. 3, p. 340-348, 30 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

DA SILVA, W.R.; NEVES, A.N.; FERREIRA, L.; CAMPOS, J.B.; SWAMI, V. A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. Eating and Weight Disorders, 2018. 10.1007/s40519-018-0557-3.

DANTAS, G.M.; PINTO, T.F.; PEREIRA, E.D.B.; JUNIOR, R.M.M.; BRUIN, V.M.S.; BRUIN, P.F.C. Validation of a new Brazilian version of the "Night Eating Questionnaire". Sleep Science, 2012; 5(1):7-13.

FERREIRA, P.D.A.A. *et al.* Caracterização do comportamento alimentar e estado nutricional de adultos. Motri. Ribeira de Pena, v.14, n.1, p.252-258, 2018.

FERREIRA, A.P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; DAMACENA, G.N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. bras. epidemiol. São Paulo, v.22, e190024, 2019.

FREITAS, S.; LOPES, C.S.; COUTINHO, W.; APPOLINARIO, J.C. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. Rev Bras Psiquiatr 2001;23(4):215-20.

FREITAS, M.; PENA, P.; FONTES, G.; SILVA, D. Hábitos Alimentares e Sentidos do Comer. In: GARCIA, R e MANCUSO, A. Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

GARCIA, L.; SALVE, C.; NUNES, A.; Percepções e Desafios no Acompanhamento Nutricional. In: GALISA, Mônica et al. Educação Alimentar e Nutricional: da teoria à prática. 1. ed. Vila Mariana, São Paulo: Roca, 2014.

GLANZ, K.; BISHOP, D.B. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. Annu Rev Public Health, 2010; 31, pp. 399-418 /annurev.publhealth.012809.103604.

GORENSTEIN, C.; WANG, YP.; HUNGERBÜHLER, I. Instrumentos de avaliação em saúde mental. – Porto Alegre: Artmed, 2016. e-PUB. Editado como livro impresso em 2016. ISBN 978-85-8271-286-3.

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

KORITAR, P. *et al.* Adaptação transcultural e validação para o português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3573-3582, Aug. 2014.

MARANHÃO, M.F. *et al.* Concept and evaluation of food craving: unidimensional scales based on the Trait and the State Food Craving Questionnaire. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00144717, 2018.

MORAES, J.M.M.; ALVARENGA, M.S. Adaptação transcultural e validade aparente e de conteúdo da versão reduzida da The Eating Motivation Survey (TEMS) para o Português do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.33, n.10, 2017.

MOTTA, D.G.; MOTTA, C.G.; FERRETTI, M.G. Aspectos Psicológicos do Aconselhamento Dietético. In: GARCIA, R e MANCUSO, A. Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NUNES-NETO, P.R. *et al.* Psychometric properties of the modified Yale Food Addiction Scale 2.0 in a large Brazilian sample. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 40, n. 4, p. 444-448, Dec. 2018 .

POULAIN, J.P.; PROENÇA, R.; GARCIA, R. Abordagem metodológica para o diagnóstico de comportamento e práticas alimentares. In: GARCIA, R e MANCUSO, A. Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

POULAIN, J.P.; PROENCA, R. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. Rev. Nutr., Campinas, v.16, n.4, p.365-386, Dec. 2003.

PREVIATO, H.; BEHRENS, J. Translation and validation of the Food Neophobia Scale (FNS) to the Brazilian Portuguese. Nutric Hosp, 32 (2015), pp. 925-930.
QUAIOTI, T.C.B.; ALMEIDA, S.S.; Determinantes psico-biológicos do Comportamento Alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. Psicol USP. 17(4):193-211. 2006.

SCAGLIUSI, F.B.; POLACOW, V.O.; CORDÁS, T.A.; COELHO, D.; ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S.T. Test-retest reliability and discriminant validity of the Restraint Scale translated into Portuguese. *Eat Behav* 6, 85–93, 2005.

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saúde*; 26 (3): 649 – 59, 2017.

TIMERMAN, F.; ALVARENGA, M.; FABBRI, A.; COSTA, A.C.; PISCIOLARO, F.; MEDEIROS, I.; KOTAIT, M.; PETTY, ML.; NÓBREGA, M.; LARINO, M.A.; FIGUEIREDO, M.; DERAM, S. Nutrição comportamental no tratamento de transtornos alimentares. In: ALVARENGA, M. et al. *Nutrição Comportamental*. Barueri, SP: Manole, 2015.

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

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

VIANA, V.; CANDEIAS, L.; REGO, C.; SILVA, D. Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. *Aliment Hum.*, v. 15, n. 1, p. 9-16, 2009.

VIANA, V.; SINDE, S. Estilo Alimentar: Adaptação e Validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicol: Teoria Invest Prática*, n. 8, p. 59-71, 2003.

VOSGERAU, D.; ROMANOWSKI, J. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*. Curitiba, PR. v. 14, n. 41, pp. 165-189, jan.-abr. 2014

ANEXO 1

Escala de Compulsão Alimentar - ECAP

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).

Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: _____ Data: ___/___/___

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

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

1

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

2

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

3

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

4

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

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

#10

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

- #11
- () 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
 - () 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
 - () 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
 - () 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

- #12
- () 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
 - () 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
 - () 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
 - () 4. Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

- #13
- () 1. Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
 - () 2. Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lanchinho entre as refeições.
 - () 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
 - () 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

- #14
- () 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
 - () 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
 - () 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
 - () 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

- #15
- () 1. Eu não penso muito sobre comida.
 - () 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
 - () 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
 - () 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

- #16
- () 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
 - () 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
 - () 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria idéia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.

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

FREITAS, S.; LOPES, C.S.; COUTINHO, W.; APPOLINARIO, J.C. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. Rev Bras Psiquiatr 2001;23(4):215-20.

ANEXO 2

Questionário Alimentar Noturno (QAN)

Portuguese version, translated and culturally adapted, of the Night Eating Questionnaire

1. Como é geralmente sua fome pela manhã?

Nenhuma (0) Pouca (1) Alguma (2) Moderada (3) Muita (4)

2. Quando você geralmente se alimenta pela primeira vez?

Antes das 9.00 (0) Entre 9.01 até 12.00 (1) Entre 12.01 até 3.00 (2) Entre 3.01 até 6.00 (3) Às 6.01 ou mais tarde (4)

3. Você tem um forte desejo ou uma necessidade de fazer lanches no período após o jantar até a hora de dormir?

Nunca (0) Um pouco (1) Às vezes (2) Muito (3) Bastante (4)

4. Que controle você tem sobre sua alimentação entre o jantar e a hora de dormir?

Nenhum (0) Pouco (1) Algum (2) Muito (3) Total (4)

5. Considerando toda a sua ingestão diária de alimentos, que quantidade você come depois do jantar?

Nada (0) Menos da metade (1) Metade (2) Mais da metade (3) Quase tudo (4)

6. Você geralmente se sente triste ou na fossa?

Nunca (0) Um pouco (1) Às vezes (2) Muito (3) Extremamente (4)

7. Quando você está triste, seu humor é mais baixo:

No início da manhã (0) No fim da manhã (1) À tarde (2) No início da noite (3) No fim da noite (4)

_____ Assinale aqui, caso seu humor não varie durante o dia.

8. Com que frequência você tem dificuldade para adormecer?

Nunca (0) Às vezes (1) Metade das vezes (2) Geralmente (3) Sempre (4)

9. Quantas vezes por semana você se levanta no meio da noite, sem contar às vezes em que você vai somente ao banheiro?

Nunca (0) Menos de uma vez por semana (1) Cerca de uma vez por semana (2) Mais de uma vez por semana (3) Toda noite (4)

***** Se você marcou "0" na questão 9, por favor, pare aqui *****

10. Você tem desejo ou necessidade de comer quando acorda à noite?

Nunca (0) Um pouco (1) Às vezes (2) Muito (3) Extremamente (4)

11. Você precisa comer para voltar a dormir quando acorda à noite?

Nunca (0) Um pouco (1) Às vezes (2) Muito (3) Extremamente (4)

12. Quando você acorda no meio da noite, com que frequência você lancha?

Nunca (0) Às vezes (1) Metade das vezes (2) Geralmente (3) Sempre (4)

***** Se você marcou "0" na questão 12, por favor, passe à questão 15 *****

13. Quando você faz um lanche no meio da noite, você tem consciência de que comeu?

Nunca (0) Um pouco (1) Às vezes (2) Muito (3) Completamente (4)

14. Que controle você tem sobre a sua alimentação quando está acordado à noite?

Nenhum (0) Um pouco (1) Algum (2) Muito (3) - Completamente (4)

15. Há quanto tempo você tem tido dificuldades com a alimentação durante a noite?

_____ Meses - _____ Anos

DANTAS, G.M.; PINTO, T.F.; PEREIRA, E.D.B.; JUNIOR, R.M.M.; BRUIN, V.M.S.; BRUIN, P.F.C. Validation of a new Brazilian version of the "Night Eating Questionnaire". Sleep Science, 2012; 5(1):7-13.

ANEXO 3

Escala de Restrição - Portuguese-translated version of the Restraint Scale

1. Quando você estava em seu peso máximo, quantos quilos acima do seu peso ideal você estava?
2. Com que frequência você faz dietas?
 - a) Raramente
 - b) Às vezes
 - c) Usualmente
 - d) Sempre
3. Qual foi o máximo de peso que você já perdeu em um mês?
4. Qual é o ganho máximo de peso que você tem em uma semana?
5. Em uma semana típica, quanto seu peso varia?
6. Uma variação de 2,5 kg no seu peso iria afetar a forma que você vive sua vida?
 - a) Nem um pouco
 - b) Um pouco
 - c) Moderadamente
 - d) Muito
7. Você come comedidamente na frente dos outros e exagera quando está sozinha?
 - a) Raramente
 - b) Às vezes
 - c) Usualmente
 - d) Sempre
8. Você dedica muito tempo e pensamentos à comida?
 - a) Raramente
 - b) Às vezes
 - c) Usualmente
 - d) Sempre
9. Você tem sentimentos de culpa após comer demais?
 - a) Raramente
 - b) Às vezes
 - c) Usualmente
 - d) Sempre
10. O quão consciente você é a respeito do que você está comendo?
 - a) Nem um pouco
 - b) Um pouco
 - c) Moderadamente
 - d) Muito

Scores

Questão 1: 1 ponto / 2.5 kg.

Questão 2: 1– 4 pontos.

Questão 3: 1 ponto / 2.5 kg.

Questão 4: 1 ponto / 1.5 kg.

Questão 5: 1 ponto / 1.5 kg.

Questões 6 –10: 0–3 pontos.

SCAGLIUSI, F.B.; POLACOW, V.O.; CORDÁS, T.A.; COELHO, D.; ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S.T. Test-retest reliability and discriminant validity of the Restraint Scale translated into Portuguese. *Eat Behav* 6, 85–93, 2005.

ANEXO 4

URICA para Comer Compulsivo

URICA

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento com relação ao seu hábito de comer. Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir.

INFORMAÇÕES PARA ESPECIFICAR O HÁBITO DE COMER: Comer compulsivo aqui entende-se como a ingestão por um período limitado de tempo (exemplo: 1 hora) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar de tempo. Estes episódios são recorrentes e geram o sentimento de falta de controle.

Você acha que tem problemas com relação ao seu hábito de comer? () Sim () Não

Especifique marcando um X: comer compulsivo () comer e vomitar () ou restringir em excesso a comida () ou qual sua dificuldade referente ao hábito de comer (descreva) _____

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo muito, Discordo, Indeciso, Concordo e Concordo plenamente. Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Existem CINCO possíveis respostas	Discordo muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo plenamente
1. Eu não estou com problemas com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
5. Muitas pessoas variam o hábito de comer, eu não penso que isso seja um problema só para mim.	1	2	3	4	5
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação com ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu hábito de comer, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu problema com o meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
9. Eu tenho um problema com o hábito de comer e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída de meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5

12. Eu pensei que estava livre do meu problema com meu hábito de comer, mas não estou.	1	2	3	4	5
13. Eu gostaria ter mais idéias de como solucionar o meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
16. Talvez eu tenha problemas com o meu hábito de comer, mas não creio nisso.	1	2	3	4	5
17. Estou em dúvida sobre fazer algo a respeito do meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
18. Eu realmente estou fazendo algo com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas sobre o meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
20. As vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
21. Estou frustrado porque pensei ter resolvido meu problema com o hábito de comer, mas não resolvi.	1	2	3	4	5
22. Eu tenho alguns problemas com o hábito de comer, mas porque perder tempo com isso?	1	2	3	4	5
23. Eu estou trabalhando ativamente no meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
24. Eu fico preocupado em não conseguir manter minha mudança com relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5

BITTENCOURT, S. A. Motivação para a mudança: Adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo (Tese de doutorado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil). 2009

ANEXO 5

Escala DEAS

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 <i>buffets</i> , 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

ALVARENGA, M.S.; SCAGLIUSI, F.B.; PHILIPPI, S.T. Development and psychometric evaluation of the disordered eating attitude scale (DEAS). *Percept Mot Skills*. 2010;110:1-17.

ANEXO 6

URICA para Hábitos Alimentares

URICA - HÁBITOS ALIMENTARES

(Bittencourt, Lucena-Santos, & Oliveira, 2012)

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento com relação ao seu hábito de comer. Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir.

Você acha que tem problemas com relação ao seu hábito de comer?

Sim Não

Especifique marcando um X: comer compulsivo* () comer e vomitar () ou restringir em excesso a comida () ou qual sua dificuldade referente ao hábito de comer (descreva) _____

* Comer compulsivo aqui entende-se como a ingestão por um período limitado de tempo (exemplo: 1 hora) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar de tempo. Estes episódios são recorrentes e geram o sentimento de falta de controle.

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo muito, Discordo, Indeciso, Concordo e Concordo plenamente. Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Existem CINCO possíveis respostas	Discordo muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
1. Eu não tenho nenhum problema com relação a meu hábito de comer que precise ser mudado.	1	2	3	4	5
2. Acho que vale a pena trabalhar no meu problema com relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
3. Eu não estou com problemas com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
4. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
5. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação com ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu hábito de comer, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu problema com o meu hábito de comer.	1	2	3	4	5

9. Eu tenho um problema com o hábito de comer e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída de meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com meu hábito de comer, mas não estou.	1	2	3	4	5
13. Eu gostaria ter mais idéias de como solucionar o meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
14. Eu comecei a trabalhar no meu problema em relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
15. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
16. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
17. Talvez eu tenha problemas com o meu hábito de comer, mas não creio nisso.	1	2	3	4	5
18. Eu realmente estou fazendo algo com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
19. As vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
20. Estou frustrado porque pensei ter resolvido meu problema com o hábito de comer, mas não resolvi.	1	2	3	4	5
21. Eu tenho alguns problemas com o hábito de comer, mas porque perder tempo com isso?	1	2	3	4	5
22. Eu estou trabalhando ativamente no meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
23. Eu preferiria mudar qualquer coisa, mas não vale a pena mudar meu comportamento com relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
24. Eu fico preocupado em não conseguir manter minha mudança com relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5

BITTENCOURT, A. S.; LUCENA-SANTOS, P. L.; MORAES, J. F.; OLIVEIRA, M. S. Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. *Psico-USF*, 2012 17(3), 497-505.

ANEXO 7

Escala de Atitudes em Relação à Saúde e ao Sabor

Quadro 1. Escala de Atitudes em Relação ao Sabor – versão em Português.

Instruções: Responda cada um dos itens abaixo marcando um X na coluna que melhor se aplicar:					
	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1) Eu frequentemente tenho muita vontade (fissura) de comer chocolate.					
2) Eu frequentemente tenho muita vontade (fissura) de comer doces.					
3) Eu frequentemente tenho muita vontade (fissura) de comer sorvete.					
4) Na minha opinião, é estranho que algumas pessoas tenham muita vontade (fissura) de comer chocolate.					
5) Na minha opinião, é estranho que algumas pessoas tenham muita vontade (fissura) de comer doces.					
6) Na minha opinião, é estranho que algumas pessoas tenham muita vontade (fissura) de comer sorvete.					
7) Eu me recompenso comprando algo bem gostoso para comer.					
8) Eu me dou ao luxo de comprar algo realmente delicioso para comer.					
9) Quando estou me sentindo “pra baixo” eu quero me animar com algo bem gostoso para comer.					
10) Eu evito me recompensar com comida.					
11) Na minha opinião, usar a comida para se confortar é se iludir.					
12) Eu tento evitar comer comidas gostosas, quando estou me sentindo “pra baixo”.					
13) Eu não acredito que a comida deva ser sempre uma fonte de prazer.					
14) A aparência da comida não faz diferença pra mim.					
15) Para mim é importante comer comidas gostosas tanto durante a semana como nos finais de semana.					
16) Quando como, eu me concentro em aproveitar o sabor da comida.					
17) Eu termino minha refeição mesmo quando eu não gosto do sabor da comida.					
18) Uma parte essencial do meu final de semana é comer comidas gostosas.					

KORITAR, P. *et al.* Adaptação transcultural e validação para o português da Escala de Atitudes em Relação ao Sabor da Health and Taste Attitude Scale (HTAS). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3573-3582, Aug. 2014.

ANEXO 8

Escala de Neofobia – Food Neophobia Scale (FNS)

<i>Item</i>	<i>FNS translation into Brazilian Portuguese</i>
1	Eu estou constantemente experimentando alimentos novos e diferentes.
2	Eu não confio em novos alimentos.
3	Se eu não sei o que contém um alimento, eu não experimento.
4	Eu gosto de comidas de diferentes países.
5	Comidas de outros países parecem muito estranhas para serem consumidas.
6	<i>Em eventos sociais</i> , eu experimento novos alimentos.
7	Eu tenho receio de comer alimentos que eu nunca experimentei antes.
8	Eu sou muito exigente em relação aos alimentos que eu escolho para comer.
9	Eu como praticamente de tudo.
10	Eu gosto de experimentar novos <i>restaurantes de comidas de outros países</i> .

PREVIATO, H.; BEHRENS, J. Translation and validation of the Food Neophobia Scale (FNS) to the Brazilian Portuguese. *Nutric Hosp*, 32 (2015), pp. 925-930.

ANEXO 9

Escala TEMS – The Eating Motivation Survey

The Eating Motivation Survey (Versão Breve)

Por que você come o que você come?

Eu como o que eu como...	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. ... porque eu tenho fome.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. ... porque é gostoso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. ... porque eu tenho vontade de comer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. ... porque é rápido de preparar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. ... porque estou frustado (a).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. ... porque tem poucas calorias.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. ... porque é barato.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. ... porque me mantém com energia e motivação.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. ... porque está na moda.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. ... porque eu conheço o produto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. ... porque pertence a certas situações.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. ... porque estou triste.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. ... porque eu controlo meu peso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. ... por tradição (exemplo: tradição de família, ocasiões especiais).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. ... porque faz parte de uma situação social.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Eu como o que eu como...

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

16. ... para me dar algo realmente especial.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. ... para ter uma alimentação equilibrada.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. ... porque me satisfaz a fome de forma agradável.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. ... porque seria indelicado não comer.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20. ... porque é orgânico.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21. ... porque é conveniente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. ... porque me dá prazer.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23. ... porque eu gosto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24. ... porque a apresentação é atraente (exemplo: embalagem).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25. ... para evitar decepcionar alguém que está tentando me agradar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26. ... porque é natural.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27. ... para que eu possa passar tempo com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28. ... porque eu não quero gastar muito dinheiro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
29. ... porque não contém substâncias prejudiciais (por exemplo: pesticidas, poluentes, antibióticos).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
30. ... porque me chama logo a atenção (apresentação no supermercado, é colorido).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Eu como o que eu como...

Nunca Raramente Às vezes Frequentemente Sempre

31. ... porque me faz passar uma boa imagem para os outros.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
32. ... porque tenho que comer.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
33. ... porque é fácil de preparar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
34. ... porque os encontros sociais ficam mais agradáveis.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35. ... porque eu reconheço das propagandas ou já vi na TV.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36. ... porque eu preciso de energia.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
37. ... porque me sinto sozinho (a).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
38. ... porque tem pouca gordura.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
39. ... para me recompensar.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
40. ... porque é o que geralmente como.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
41. ... porque está em promoção.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
42. ... porque os outros gostam disso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
43. ... porque eu cresci comendo assim.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
44. ... porque é saudável.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
45. ... porque estou acostumado a comer isso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Score

Cada dimensão inclui três itens:

Preferência: 2, 3, 23

Hábitos: 10, 40, 45

Necessidade e Fome: 1, 18, 36

Saúde: 8, 17, 44

Conveniência: 4, 21, 33

Prazer: 16, 22, 39

Alimentação Tradicional: 11, 14, 43

Questões Naturais: 20, 26, 29

Socialização: 15, 27, 34

Preço: 7, 28, 41

Atração Visual: 24, 30, 35

Controle de Peso: 6, 13, 38

Controle de Emoções: 5, 12, 37

Normas Sociais: 19, 25, 32

Imagem Social: 9, 31, 42

MORAES, J.M.M.; ALVARENGA, M.S. Adaptação transcultural e validade aparente e de conteúdo da versão reduzida da The Eating Motivation Survey (TEMS) para o Português do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.33, n.10, e00010317, 2017.

ANEXO 10

Escala de Adição à comida de Yale-Versão 2.0 (versão modificada)

Escala de Adição à comida de Yale-Versão 2.0 (versão modificada)

Esta pesquisa pergunta sobre seus hábitos alimentares no último ano. As pessoas às vezes têm dificuldade em controlar o quanto elas comem de certos alimentos, tais como:

- Doces como sorvete, chocolate, biscoito, bolo, doce
- Amidos como pão, massa e arroz
- Salgados, como batata frita e biscoito
- Alimentos gordurosos, como carne, bacon, hambúrguer, pizza e batata frita
- Bebidas açucaradas, como refrigerante e bebida energética

Quando as questões seguintes perguntam sobre "Certos alimentos", por favor, pense em quaisquer alimentos ou bebidas semelhantes aos listados nos grupos de alimentos ou bebidas acima ou quaisquer outros alimentos que você teve dificuldade de controlar o consumo no último ano.

Nos últimos 12 meses:	Nunca	Menos que mensalmente	Uma vez por mês	2-3 vezes por mês	Uma vez por semana	2-3 vezes por semana	4-6 vezes por semana	Todos os dias
1. Eu comi até o ponto em que eu me senti fisicamente doente	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu passei muito tempo me sentindo lento ou cansado após ter comido em excesso.		1	2	3	4	5	6	7
3. Eu evitei o trabalho, escola ou atividades sociais porque eu tive medo que eu fosse comer demais lá.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Se eu estivesse com problemas emocionais porque eu não tinha comido certos alimentos, gostaria de comê-los para me sentir melhor.	0	1	2	3	4	5	6	7
5. O meu comportamento alimentar me causou muito sofrimento.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu tive problemas significativos na minha vida por causa de comida. Podem ter sido problemas com a minha rotina diária, trabalho, escola, amigos, família, ou de saúde.	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Meus excessos com comida me prejudicaram no cuidado da minha família ou com tarefas domésticas.	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu continuei comendo da mesma forma, mesmo este fato tendo me causado problemas emocionais.	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Comer a mesma quantidade de alimento não me deu tanto prazer como costumava me dar	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu tinha impulsos tão fortes para comer certos alimentos que eu não conseguia pensar em mais nada.	0	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu tentei e não consegui reduzir ou parar de comer certos alimentos.	0	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu estava tão distraído pela ingestão que eu poderia ter sido ferido (por exemplo, ao dirigir um carro, atravessando a rua, operando máquinas).	0	1	2	3	4	5	6	7
13. Meus amigos ou familiares estavam preocupados com o quanto eu comia.	0	1	2	3	4	5	6	7

Diretrizes de Pontuação

Cada questão tem um limite diferente: 0 = limiar não atingido, 1 = limite atingido

- 1) Uma vez por mês (= 3): # 3, # 7, # 12, # 13
- 2) Uma vez por semana (= 5): # 1, # 4, # 8, # 10
- 3) Duas a três vezes por semana (= 6): # 2, # 5, # 6, # 9, # 11

Para a opção de pontuação da contagem dos sintomas, somar todas as pontuações para cada um dos critérios 11 (por exemplo, tolerância, abstinência, Use Apesar de Consequência Negativa). Não adicione significado clínico para a pontuação (ou seja, as questões # 5 e # 6). Esta pontuação deve variar de 0 a 11 (0 sintomas a 11 sintomas).

Para a opção de pontuação "diagnóstico", um participante pode obter adicção leve, moderada ou grave em comida. Tanto a pontuação de contagem dos sintomas e o critério de significado clínico são usados.

Sem adicção à comida = 1 ou menos sintomas

Sem adicção à comida = Não preenche os requisitos para significado clínico

Adicção à comida leve = 2 ou 3 sintomas e significado clínico

Adicção à comida moderada = 4 ou 5 sintomas e significado clínico

Adicção à comida acentuada = 6 ou mais sintomas e significado clínico

NUNES-NETO, P.R. *et al.* Psychometric properties of the modified Yale Food Addiction Scale 2.0 in a large Brazilian sample. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 444-448, Dec. 2018 .

ANEXO 11

Escala Caregiver Eating Messages Scale (CEMS)

Portuguese version of Caregiver Eating Messages Scale (CEMS)

CEMS

- 1 Disseram para você comer toda a comida que estava no seu prato
- 2 Conferiram se você havia comido tudo que estava no seu prato
- 3 Fizeram você comer mesmo sem fome
- 4 Disseram para você comer todos os seus legumes mesmo depois de você dizer que já não queria comer mais
- 5 Olharam com repreensão para o quanto você estava comendo, fazendo com que você sentisse que estava comendo demais
- 6 Comentaram que você estava comendo muito
- 7 Fizeram piadas (ou te deram uma bronca) por você comer demais
- 8 Disseram que você não deveria comer certos tipos de comidas porque elas iam te deixar gordo(a)
- 9 Fizeram você comer mesmo você já estando satisfeito
- 10 Falaram sobre dietas ou sobre evitar comidas calóricas

DA SILVA, W.R.; NEVES, A.N.; FERREIRA, L.; CAMPOS, J.B.; SWAMI, V. A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. *Eating and Weight Disorders*, 2018. 10.1007/s40519-018-0557-3.

ANEXO 12

Escala Intuitive Eating Scale-2 (IES-2)

Portuguese version of Intuitive Eating Scale 2 (IES-2)

IES-2

- 1 Eu tento evitar comidas ricas em gordura, carboidratos ou calorias
- 2 Eu como quando estou emotivo(a) (por exemplo: ansioso(a), deprimido(a), triste), mesmo não estando com fome
- 3 Se eu estiver com vontade de comer um certo tipo de comida, eu me permito comer
- 4 Eu fico triste comigo mesmo(a) se como algo que não é saudável
- 5 Eu como quando me sinto sozinho(a), mesmo não estando com fome

- 6 Eu confio no meu corpo para me dizer quando comer
- 7 Eu confio no meu corpo para me dizer o que comer
- 8 Eu confio no meu corpo para me dizer o quanto comer
- 9 Eu tenho “comidas proibidas” que não me permito comer
- 10 Eu uso a comida para me ajudar a aliviar minhas emoções negativas
- 11 Eu como quando estou estressado(a), mesmo não estando com fome

- 12 Eu consigo lidar com minhas emoções negativas (ansiedade, tristeza) sem ter que usar a comida como uma forma de conforto
- 13 Quando eu estou entediado(a), eu NÃO como alguma coisa só por comer
- 14 Quando me sinto sozinho(a), eu NÃO uso a comida como uma forma de conforto
- 15 Eu descobri outras formas, diferentes de comer, para lidar com o estresse e a ansiedade
- 16 Eu me permito comer a comida que eu tenho vontade naquele momento
- 17 Eu NÃO sigo dietas ou regras que definem o que, onde e o quanto eu devo comer
- 18 Na maioria das vezes, eu tenho vontade de comer comidas nutritivas
- 19 Principalmente, eu como alimentos que ajudam meu corpo a funcionar bem
- 20 Principalmente, eu como alimentos que dão disposição e energia para meu corpo
- 21 Eu confio na minha fome para me dizer quando comer
- 22 Eu confio na minha sensação de saciedade para me dizer quando devo parar de comer
- 23 Eu confio no meu corpo para me dizer quando devo parar de comer

DA SILVA, W.R.; NEVES, A.N.; FERREIRA, L.; CAMPOS, J.B.; SWAMI, V. A psychometric investigation of Brazilian Portuguese versions of the Caregiver Eating Messages Scale and Intuitive Eating Scale-2. *Eating and Weight Disorders*, 2018. 10.1007/s40519-018-0557-3.