

Comunicação Breve

Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale

Silvia Freitas^{a,b}, Claudia S Lopes^a, Walmir Coutinho^b e Jose C Appolinario^b

^aDepartamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). ^bGrupo de Obesidade e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo **Introdução/Objetivos:** Descreve-se o processo de tradução e adaptação, para a língua portuguesa, da *Binge Eating Scale* (BES) – Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) –, que avalia a gravidade da compulsão alimentar periódica em indivíduos obesos. O objetivo foi traduzir, adaptar e avaliar a aplicabilidade da versão para o português da ECAP.

Métodos: Após cuidadoso processo de tradução e adaptação para a língua portuguesa, foi obtida uma versão final da ECAP. Para avaliar sua aplicabilidade, foi realizado um pré-teste em um grupo de 32 pacientes obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e que procuravam tratamento para emagrecer.

Resultados: Os pacientes compreenderam adequadamente os itens da ECAP. A média de pontuação da ECAP nos pacientes obesos com TCAP foi de 31,2 ($\pm 5,8$).

Conclusão: A versão final para o português da ECAP foi considerada adequada para uso clínico.

Descritores Compulsão alimentar. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Transtornos alimentares. Obesidade. Escalas.

Abstract **Introducion/Objective:** We describe the translation into Portuguese and the adaptation of the Binge Eating Scale (BES) - a scale to assess binge eating severity in obese individuals. The objective was to translate, adapt and evaluate the applicability of the Portuguese BES version.

Methods: A final Portuguese BES version was obtained after a careful translation and adaptation process. To verify the applicability of the instrument, a pre-test was conducted in a group of 32 obese patients with binge eating disorder (BED) seeking treatment for obesity.

Results: All BES items were well understood and the mean BES scores of the obese binge eaters sample was 31,2 ($\pm 5,8$).

Conclusion: The Portuguese final version of BES was considered suitable for clinical purposes.

Keywords Binge eating. Binge eating disorder. Eating disorders. Obesity. Scales.

Introdução

O comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come, é conhecido em inglês como *binge eating** – em português, compulsão alimentar periódica (CAP).¹ Quando esses episódios ocorrem, pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controle e não são acompanhados de

comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, compõem uma síndrome denominada atualmente de transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) – *binge eating disorder* (DSM-IV).²

A CAP ocorre em indivíduos com peso normal e em indivíduos obesos.^{3,4} Em obesos que procuram programas para controle de peso, foram observadas frequências em torno de 30% para TCAP e 46% para CAP, estando o TCAP associado a sintomas psicopatológicos em geral, especialmente à depressão, a uma

Fonte de financiamento e conflito de interesses inexistentes.

Recebido em 1/8/2001. Revisado 15/10/2001. Aceito em 19/11/2001.

*O termo da língua inglesa *binge eating* não tem tradução exata em português. Adotou-se a tradução “compulsão periódica”, da versão para o português do DSM-IV, acrescentando a palavra “alimentar” para que ficasse explícito tratar-se de comportamento alimentar.

maior gravidade da obesidade e ao prejuízo no funcionamento social e ocupacional.^{3,4} No Brasil, Appolinario,⁵ Coutinho⁶ e Borges⁷ encontraram prevalências de TCAP entre 15% e 22% em pacientes que procuravam tratamento para emagrecer.

Dentre os instrumentos utilizados para avaliar a CAP, dois foram traduzidos para o português: (1) *Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* (BITE)⁸ – Teste de Avaliação Bulímica de Edimburgo⁹ – e (2) *Questionnaire on Eating and Weight Patterns, Revised* (QEWP-R)³ – Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso, Revisado.¹⁰ Entretanto, esses instrumentos não foram construídos para avaliar a CAP especificamente em obesos, nem utilizam uma abordagem dimensional do fenômeno.

A utilização de uma medida contínua fornecendo níveis de gravidade da CAP em pacientes obesos acrescenta uma ferramenta importante na avaliação destes, uma vez que estudos evidenciam que a comorbidade psiquiátrica em pacientes obesos parece estar relacionada à gravidade da CAP, e não à gravidade da obesidade.¹¹

O emprego da ECAP, portanto, permitirá observar a magnitude das mudanças do comportamento alimentar em cada paciente, em diferentes momentos, durante o tratamento para perda do peso e, também, ampliar o conhecimento das inter-relações entre CAP, sintomas psicopatológicos e alterações de peso na população brasileira.

Nesse cenário, torna-se pertinente a tradução e a adaptação, para o português, da ECAP. Sua aplicação poderá ser útil no rastreamento de pacientes obesos com CAP e, principalmente, no planejamento de estratégias terapêuticas adequadas e na avaliação seqüencial do tratamento, tendo em vista que esse subgrupo de pacientes obesos parece apresentar uma evolução clínica diferenciada dos obesos sem CAP. Além disso, a utilização da ECAP permitirá a comparação entre pesquisas realizadas no Brasil e os achados de investigações internacionais.

O objetivo deste estudo foi, portanto, traduzir, adaptar e avaliar a aplicabilidade da versão para o português da ECAP, assegurando-se a obtenção das equivalências conceitual, semântica, de itens e operacional.

O instrumento: Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)

A ECAP é um questionário auto-aplicável, desenvolvido por Gormally et al,¹² amplamente utilizado nos países de língua inglesa e que se mostra adequado para discriminar indivíduos obesos de acordo com a gravidade da CAP.

O instrumento foi construído em três etapas. Na primeira, foram definidas as características da CAP, originando um grupo de 16 itens. Destes, oito eram manifestações comportamentais (p. ex., comer escondido), e oito descreviam sentimentos e cognições (p. ex., sensação de falta de controle depois do episódio) relacionadas à CAP. Numa segunda etapa, foram construídas afirmativas que refletiam a gravidade de cada característica, e a elas foram designados pontos (de 0 a 3). Na terceira etapa, os entrevistadores utilizaram três dimensões para criar um critério externo de gravidade da CAP: a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido num episódio de CAP.¹² Esse procedimento resultou numa escala

Likert, constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas, das quais deve ser selecionada, em cada item, aquela que melhor representa a resposta do indivíduo. A cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência ("0") até a gravidade máxima ("3") da CAP. O escore final é o resultado da soma dos pontos de cada item (Anexo).¹²

Desde a publicação de Marcus et al,¹³ os investigadores têm classificado os indivíduos de acordo com os seguintes escores: indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem CAP; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com CAP moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com CAP grave. Quanto a suas propriedades psicométricas, a ECAP apresentou consistência interna moderadamente alta: alfa de Cronbach = 0,85.¹²

Em um estudo com 126 mulheres obesas, a ECAP foi comparada ao *Eating Disorder Examination* (EDE), uma entrevista semi-estruturada especialmente concebida para o diagnóstico de transtornos alimentares.¹⁴ A concordância entre os dois instrumentos na classificação dos pacientes sem CAP foi de 92,9% e, na classificação dos pacientes com CAP, foi de 51,8%.¹⁴ Os autores concluem que a ECAP é útil na identificação de indivíduos sem CAP e também, numa primeira etapa, como ferramenta para rastrear indivíduos com graves problemas de CAP. Sugerem, entretanto, que a ECAP não se correlaciona aos critérios para o TCAP do DSM-IV.

Gladis et al¹⁵ compararam a ECAP ao QEWP. A concordância entre os dois instrumentos, medida pelo índice kappa, foi de 0,64. Os autores sugerem que esse resultado se deve a abordagens diferentes para avaliar uma mesma fenomenologia, uma dimensional e outra categórica. Concluem que a ECAP é uma boa medida para investigar as cognições relacionadas à alimentação e ao peso e para avaliar o sofrimento a elas associado. Altos escores na ECAP poderiam ser mais um marcador da psicopatologia associada ao transtorno do que do próprio transtorno em si.

Em estudo recente, as propriedades psicométricas da ECAP e do BITE foram investigadas em uma amostra de 344 pacientes obesos.¹⁶ Os autores confirmaram a validade da ECAP como um instrumento de rastreamento. Sugerem que seja utilizado o escore de 17 (sensibilidade = 84,8%) como ponto de corte para que se obtenha sensibilidade suficiente e que o diagnóstico seja sempre confirmado por uma entrevista clínica.

Métodos

Tradução e versão da Escala de Compulsão Alimentar Periódica

Buscando alcançar a maior equivalência possível entre instrumentos aplicados em idiomas diferentes, um processo de tradução e versão (*forward and backtranslation*)^{17,18} foi realizado.

Dois profissionais com experiência em transtornos alimentares e com fluência no idioma inglês realizaram duas traduções independentes. Estas foram comparadas e discutidas, concluindo-se uma primeira versão da escala. Duas outras traduções independentes foram realizadas por um professor de inglês fluente nos dois idiomas e por um tradutor juramentado experiente em consultoria lingüística. Cada item do questionário,

em cada uma das três traduções, foi comparado com o original em inglês, apreciando-se a equivalência semântica e o sentido geral do item, sendo elaborada, então, uma versão sintética. Essa versão foi traduzida para o inglês (*backtranslation*) por um professor de línguas de nacionalidade inglesa e com fluência nos dois idiomas. Foi então enviada ao professor Jim Gormally, um dos construtores da escala, que sugeriu algumas modificações semânticas e um acréscimo, única alteração que realizou após a publicação do instrumento (inclusão do uso de laxativos e diuréticos no item 11). Após essas alterações, chegou-se a uma versão final da escala.

Avaliação da aplicabilidade da ECAP

A versão final da ECAP foi aplicada a um grupo de 32 pacientes obesos, que procuraram tratamento para perda de peso no Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE). Todos os pacientes apresentavam TCAP, preenchendo os critérios do DSM-IV de acordo com avaliação realizada por um psiquiatra da equipe. Os pacientes que participaram dessa avaliação assinaram um consentimento informado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IEDE.

Resultados

Os pacientes solicitaram pouco auxílio da equipe para esclarecimento dos itens e precisaram, em média, de 10 a 15 minutos para responder ao questionário. A média de pontuação obtida com a ECAP nos pacientes do GOTA foi de 31,2 ($\pm 5,8$).

Observou-se, entretanto, que pacientes com baixo nível de escolaridade apresentaram dificuldade para respondê-la, porque achavam-na muito extensa (14 itens subdivididos em quatro e dois itens subdivididos em 3) ou muito complexa ou ambos.

Discussão

O processo de tradução e adaptação de um instrumento é complexo e, em alguns aspectos, assemelha-se ao processo de construção do próprio instrumento, necessitando inclusive que sejam refeitos os estudos de confiabilidade e validade no novo contexto. A busca pelo máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão traduzida deve guiar todo o processo, de maneira a evitar formas, muitas vezes sutis, de distorção.¹⁹ Atenção ainda maior deve ser dada quando o fenômeno a ser avaliado é subjetivo, como são os fenômenos psicopatológicos.

Em relação à ECAP, consideram-se estabelecidas as equiva-

lências conceitual, de itens e operacional, admitindo que os hábitos alimentares no Brasil em muito se assemelham aos dos países desenvolvidos de cultura ocidental, e que foram respeitados o *layout* do instrumento original e o modo de aplicação. Quanto à equivalência semântica, as maiores dificuldades na tradução se relacionaram à forma coloquial e às expressões idiomáticas empregadas no instrumento original. Esses problemas foram resolvidos por consenso entre os autores, muitas vezes priorizando-se a adaptação à cultura brasileira, em detrimento da equivalência semântica.

A *backtranslation* foi aceita pelo autor do instrumento¹² em sua quase totalidade. Das 62 afirmativas que compõem a ECAP, três foram alvo de observações: não utilizar as palavras *glutton* (questão 12, item 4), *banquet* (questão 7, item 4 e questão 9, item 4) e *insatiable desire* (questão 15, item 2), que se referiam respectivamente a *closet eater*, *feast and strong cravings*. Essas palavras foram substituídas por equivalentes semânticos: "pessoa que se esconde para comer", "festa" e "fortes desejos". Uma afirmativa (questão 11, item 4) recebeu o acréscimo dos mecanismos compensatórios para rastrear comportamento bulímico.

Dificuldades na leitura e no entendimento de algumas questões foram observadas em pacientes com menor grau de instrução. Uma alternativa a esse problema poderia ser a leitura do instrumento por parte de um profissional da equipe.

A média dos escores da ECAP obtida no pré-teste foi de 31,2 ($\pm 5,8$), bem acima do ponto de corte 17 utilizado para o rastreamento do TCAP.¹³ Essa média encontra-se de acordo com os resultados obtidos em outras investigações que utilizaram, para as análises estatísticas, grupos de pacientes com TCAP. Por exemplo, os estudos de Greeno et al¹⁴ e de Ricca et al,¹⁶ que encontraram uma média de 31,4 e de 29,4 ($\pm 7,0$), respectivamente, nos grupos de pacientes com TCAP. Médias mais baixas podem ser encontradas quando são analisadas amostras que incluem pacientes obesos com e sem TCAP, como pode-se observar no estudo de Gormally et al.¹²

Concluindo, a versão para o português da ECAP foi obtida por meio de um cuidadoso processo de tradução e adaptação, compatível com as recomendações atuais para esse processo.^{17,18} O instrumento final foi aplicado em pacientes obesos ambulatoriais, sendo considerado adequado para uso clínico. Sua utilização em pacientes obesos que procuram tratamento para emagrecer facilitará a avaliação do comportamento alimentar nessa população, que, na maioria das vezes, procura profissionais de saúde sem treinamento específico no campo dos transtornos alimentares.²⁰

Referências

1. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiat Q* 1959;33:284-92.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
3. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge Eating Disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Dis* 1992;11:191-203.
4. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Dis* 1993;13:137-53.
5. Appolinario JC, Coutinho W, Povoia LC. O Transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *J Bras Psiquiatr* 1995;44(Supl 1):S46-S9.

6. Coutinho W. Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
7. Borges MB. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.
8. Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia: the BITE. *Br J Psychiatry* 1987;150:18-24.
9. Cordás TA, Hochgraf PO. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *J Bras Psiquiatr* 1993;42:141-4.
10. Morgan CM, Borges MBF, Jorge MR. Questionário sobre padrões de alimentação e peso – revisado: um instrumento para a avaliação do transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev ABP-APAL* 1998;20(4):130-9.
11. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating e psychopathology: are they related? *Int J Eat Dis* 1994;15(1):53-61.
12. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982;7:47-55.
13. Marcus MD, Wing RR, Lamparski DM. Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addict Behav* 1985;10:163-8.
14. Greeno CG, Marcus MD, Wing RR. Diagnosis of binge eating disorder: discrepancies between a questionnaire and clinical interview. *Int J Eat Dis* 1995;17(2):153-60.
15. Gladis MM, Wadden TA, Foster GD, Vogt RA, Wingate BL. A comparison of two approaches to the assessment of binge eating in obesity. *Int J Eat Dis* 1998;23(1):17-26.
16. Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL, et al. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry* 2000;41:111-5.
17. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* 1997;6:237-47.
18. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* 1997;323-35.
19. Streiner DL, Norman GR, editors. Health measurements scales: a practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press; 1995.
20. Mannucci E, Ricca V, Rotella CM. An overview of methods for the assessment of eating behavior in obese patients. Nutritional assessment in obesity: theoretical and practical issues. Advanced Course. Abstracts. 9th European Congress on Obesity 1999; Milano, Italy. p.43-56.

Correspondência

Silvia Freitas

Estrada da Barra da Tijuca, 1006, bl. 2/204, Barra

22641-000 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail:silviafreitas@uol.com.br

Anexo**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 lancho entre as refeições.
- () 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- () 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

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

#15

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

#16

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

Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.

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