

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA:
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA URICA (*UNIVERSITY OF RHODE
ISLAND CHANGE ASSESSMENT*) PARA O COMPORTAMENTO DE COMER
COMPULSIVO**

SIMONE ARMENTANO BITTENCOURT

Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira
Orientadora

Porto Alegre
2009

SIMONE ARMENTANO BITTENCOURT

**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 apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia da Faculdade de Psicologia da
PUCRS para obtenção do grau Doutor
em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira

Porto Alegre

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B624m Bittencourt, Simone Armentano

Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*) para o comportamento de comer compulsivo. / Simone Armentano Bittencourt. – Porto Alegre, 2009.
81 f.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, PUCRS.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira

1. Motivação - Psicologia. 2. Transtorno Alimentar.
3. Compulsão Alimentar Periódica. 4. Escala URICA – Adaptação e Validação. I. Título.

CDD 152.5

Bibliotecária Responsável
Anamaria Ferreira

CRB 10/1494

SIMONE ARMENTANO BITTENCOURT

**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 apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS para obtenção do grau Doutor em Psicologia.

Aprovada em 06 de fevereiro de 2009.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr. Margareth da Silva Oliveira (Presidente)

Prof. Dr. Gabriel Gauer (PUCRS)

Prof^ª. Dr. Lucia Marques Stenzel (UFCSPA)

Prof. Dr. Alfredo Cataldo Neto (PUCRS)

Dedico este trabalho aos meus pais, Vera e Celso, que me ensinaram a importância do amor pela vida, pelo conhecimento, pelas pessoas, pelo trabalho... E que é esta a energia que pode construir muitos de nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às cinco instituições que fizeram deste meu projeto um sonho viável: Santa Casa de Misericórdia, Vigilantes do Peso, CREEO, Comedores Compulsivos Anônimos e Insituição Leve com Ciência;

Aos pacientes, pela compreensão e colaboração que viabilizaram a pesquisa com sua participação voluntária;

Às auxiliares de pesquisa Natália Kowalczuk, Nathália Susin, Marcela Bortolini e Renata Kuhn, pela grande dedicação e pelo carinho que tiveram com este projeto;

À minha colega Cibele Fernandes de Moraes, pela colaboração constante, questionamentos importantes e disponibilidade;

À minha colega e amiga Cristiane Cauduro de Souza, por sua parceria e carinho em todos estes anos, principalmente neste momento tão especial.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, pelo que pude aprender com eles neste percurso; ao Grupo de Pesquisa Intervenções Cognitivas e Comportamentos Dependentes, que acompanhou todos os passos desta pesquisa;

À CAPES, pela oportunidade de contar com a bolsa de estudos para a realização do Doutorado;

E, em especial, agradeço à minha querida orientadora, Dr^a. Margareth da Silva Oliveira, pelo constante auxílio técnico, cuidado, bom humor e disponibilidade.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo estudar as propriedades psicométricas da *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) para o comportamento de comer compulsivo. Os objetivos específicos foram: realizar uma adaptação semântica da *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) para a utilização da escala no comportamento de Comer Compulsivo; verificar a fidedignidade e a validade da *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) para o comportamento de comer compulsivo. A amostra deste estudo foi constituída por 175 sujeitos que apresentavam tal comportamento e que estivessem em tratamento grupal ou individual com este foco. A faixa etária esteve entre 18 e 65 anos e a escolaridade mínima exigida foi de quinta série do Ensino Fundamental. Foram excluídos da amostra sujeitos que não compreenderam as sentenças dos instrumentos. Os instrumentos utilizados foram: entrevista estruturada criada para este estudo, para coleta de dados sociodemográficos e da história do comportamento alimentar; régua de prontidão, Escala SOCRATES e Escala URICA (estes três instrumentos avaliando estágio para motivação de mudança); ECAP (escala que mede a gravidade da compulsão alimentar); BAI (Inventário de Ansiedade de Beck); BDI (Inventário de Depressão de Beck); e BITE (Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo). Entre os 175 sujeitos da amostra, havia 164 mulheres (93,7%) e 11 homens (6,3%), com idade média de 41,05 anos (SD = 13,10). Todos os participantes eram provenientes de cidades da Grande Porto Alegre, 134 sujeitos foram coletados em locais de atendimento grupal e 41 estavam em atendimento individual. A idade média do início do aumento de peso foi de 22,8 anos, e o SD=12,2. A idade média referida do início do comer compulsivo foi próxima a 21,9 anos, e o SD=9,4. A idade média do primeiro tratamento de peso foi de 24,4 anos, e o SD=11,5. A fidedignidade encontrada, baseada no coeficiente de Cronbach, para a URICA (adaptação brasileira para o comportamento de comer compulsivo, na escala de 24 itens), foi de $\alpha = 0,80$. Nas subescalas, a pré-contemplação foi $\alpha = 0,53$, a contemplação foi $\alpha = 0,73$, a ação foi $\alpha = 0,90$ e a manutenção foi $\alpha = 0,81$.

Palavras-chave: comer compulsivo; compulsão alimentar periódica; validação; estágios de motivação para mudança; URICA.

Área de Conhecimento: Psicologia (7.07.00.00-1)

ABSTRACT

This research aims to study the psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) for the behavior of Compulsive Eating. The specific objectives were: make a semantic adaptation of the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) to use the scale on the behavior of Compulsive Eating; verify the reliability and validity of the University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) for the conduct of Compulsive Eating. The sample consisted of 175 subjects who had the behavior of Compulsive Eating, that were in treatment group or individual with this focus. The age group between 18 and 65 years old and required minimum schooling was 5th grade of elementary school. It was excluded from the sample subjects who did not understand the sentences of the instrument. The instruments used were structured interview created for this study, to collect sociodemographic data and history of feeding behavior, Ruler of Readiness, SOCRATES Scale, URICA Scale (these three instruments to evaluate the motivational stages and readiness to change), ECAP (scale which measures the severity of eating compulsion), BAI (Beck Anxiety Inventory), BDI (Beck Depression Inventory) and BITE (Bulimic Investigatory Test of Edinburgh). The sample was composed for 175 subjects, 164 women (93,7%), and 11 men (6,3%), the average age of subjects was 41.05 (SD=13,10). All participants were from the cities of Greater Porto Alegre, 134 subjects were collected at care group places and 41 were in individual treatment. The average age of initiation of weight gain was 22,8 years old, SD=12,2. The average age that the beginning of Compulsive Eating was close to 21,9 years old, SD=9,4. The average age of the first weight treatment was 24,4 years old, SD=11,5. The reliability found, based on Cronbach's coefficient, to URICA (Brazilian adaptation to the behavior of Compulsive Eating, 24 items version) was $\alpha = 0,80$ and in the subscales for the pre-contemplation was $\alpha = 0,53$, contemplation $\alpha = 0,73$, action $\alpha = 0,90$ and maintaining $\alpha = 0,81$.

Keywords: Compulsive Eating, Periodic Eating Compulsion, Validation

Knowledge area: Psychology (7.07.00.00 - 1)

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI – Beck Anxiety Inventory

BDI – Beck Depression Inventory

BITE – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo

BN – Bulimia Nervosa

ECAP – Escala de Compulsão Alimentar Periódica

EM – Entrevista Motivacional

IMC – Índice de Massa Corporal

MTT – Transteoretical Model of Change

SOCRATES – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

URICA – University of Rhode Island Change Assessment

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.....	47
Tabela 2 - Características do padrão alimentar.....	48
Tabela 3 - Coeficiente alfa de Cronbach das subescalas e questões da URICA.....	49
Tabela 4 - Análise Fatorial da URICA para o Comportamento de Comer Compulsivo.....	51
Tabela 5 - Correlação entre URICA e URICA.....	52
Tabela 6 - Correlação entre URICA e SOCRATES.....	53
Tabela 7 - Correlação entre URICA e a régua de prontidão.....	53
Tabela 8 - Distribuição dos escores médios dos estágios da URICA em relação à classificação do ECAP.....	54
Tabela 9 - Distribuição dos escores médios dos estágios da URICA em relação à classificação do BITE.....	55

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Revisão de Literatura.....	13
<i>Modelo Transteórico e Instrumentos.....</i>	<i>13</i>
<i>Transtornos alimentares.....</i>	<i>25</i>
<i>Transtorno de compulsão alimentar periódica.....</i>	<i>28</i>
<i>Obesidade.....</i>	<i>40</i>
Objetivos.....	40
<i>Objetivo geral.....</i>	<i>40</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>40</i>
Método.....	40
<i>Delineamento.....</i>	<i>40</i>
<i>Participantes.....</i>	<i>41</i>
<i>Critérios de inclusão.....</i>	<i>41</i>
<i>Critérios de exclusão.....</i>	<i>41</i>
<i>Instrumentos.....</i>	<i>41</i>
<i>Procedimentos.....</i>	<i>44</i>
<i>Adaptação do instrumento.....</i>	<i>44</i>
<i>Aspectos éticos.....</i>	<i>44</i>
<i>Coleta de dados.....</i>	<i>45</i>
<i>Análise dos dados.....</i>	<i>46</i>
Resultados.....	46
<i>Características sociodemográficas.....</i>	<i>46</i>
<i>Características do padrão alimentar.....</i>	<i>47</i>
<i>Evidências de validade.....</i>	<i>49</i>

<i>Consistência interna.....</i>	<i>49</i>
<i>Ponto de corte da prontidão para a mudança encontrado na URICA para o comportamento de comer compulsivo.....</i>	<i>50</i>
<i>Análise fatorial da URICA para o comportamento de comer compulsivo.....</i>	<i>50</i>
<i>Validade de constructo.....</i>	<i>52</i>
<i>Validade convergente.....</i>	<i>52</i>
<i>Distribuição dos escores médios dos estágios da URICA em relação à classificação do ECAP e o BITE.....</i>	<i>54</i>
Discussão.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS.....	63
ANEXOS.....	72
Anexo 1 – Entrevista Estruturada.....	73
Anexo 2 – URICA.....	76
Anexo 3 – SOCRATES.....	78
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
Anexo 5 – Carta de Autorização do Comitê de Ética.....	81

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares, a obesidade e o transtorno da compulsão alimentar periódica têm sido o foco de muitos estudos devido ao crescimento de seu índice diagnóstico na atualidade. É preocupante o prejuízo social, físico e pessoal de indivíduos jovens, cujos graus de morbidade e mortalidade são significativos, pois apresentam dificuldades crônicas e, muitas vezes, de prognóstico reservado. O aumento da taxa de transtornos alimentares nas últimas décadas é alarmante, e a obesidade vem sendo considerada uma epidemia mundial (Pinzon & Nogueira, 2004).

Estudos demonstram que há correlação entre obesidade e transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). Evidenciou-se que esta antecede o início da obesidade em cerca da metade dos obesos com TCAP, podendo ser o primeiro sintoma para o acúmulo de peso e do desenvolvimento da obesidade. Striegel-Moore, Cachelin, Dohm, Pike, Wilfley e Faiburn (2001) propõem que se investigue com maior acuidade a possibilidade do estabelecimento de um ciclo, no qual o sobrepeso promove o desenvolvimento e a manutenção do TCAP.

Um estudo multicêntrico demonstrou a prevalência de 30% do transtorno da compulsão alimentar periódica entre pacientes em tratamento para emagrecer. No Brasil, foi encontrada uma frequência de 16% em mulheres obesas de um programa de Vigilantes do Peso (Espíndola & Blay, 2006).

Esse problema tem preocupado a sociedade e sugerido a construção de inúmeros métodos de combate a comportamentos adictos, tais como grupos de auto-ajuda, psicoterapia, medicamentos, tratamentos ambulatoriais, internações e atendimento à família. Para alguns autores, a implicação mais importante de suas pesquisas foi a descoberta da necessidade de, inicialmente, acessar o estágio de prontidão para a mudança do cliente e só então adequar as intervenções terapêuticas a ele (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Uma das contribuições mais importante nessa área tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (*Transtheoretical Model of Change - MTT*) – desenvolvido por James O. Prochaska e colaboradores nos anos 1970 – o qual pontua determinadas etapas (de motivação) pelas quais a pessoa passa durante o processo de mudança.

A identificação de forma precisa do estágio de motivação para a mudança, no qual o paciente com comportamento adicto se encontra, é uma parte decisiva no processo de avaliação. O resultado de uma correta avaliação implica melhores estratégias para a promoção da motivação para a mudança de comportamento. Assim, existe um momento que se pode considerar como adequado para a utilização de intervenções específicas e de recursos que podem ser úteis, muitas vezes, somente se utilizados naquele exato momento (Calheiros, Andretta & Oliveira, 2006).

Diversas pesquisas têm estudado o MTT a fim de estimar sua aplicação no tratamento das adições. A maioria dos estudos utiliza instrumentos para a avaliação do estágio motivacional dos pacientes, sendo um dos mais utilizados a escala *University of Rhode Island Change Assessment - URICA* (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983). Este estudo se propõe a adaptar e validar a URICA, um instrumento para avaliação do estágio motivacional do sujeito, propondo a sua utilização para o comportamento de comer compulsivo. Além de avaliar o estágio motivacional, a URICA auxilia no monitoramento do andamento do tratamento, sendo um possível instrumento importante no tratamento dos transtornos alimentares, do transtorno da compulsão alimentar periódica e da obesidade.

Um amplo estudo da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), coordenado pela Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira, propõe a padronização brasileira da URICA para os comportamentos de dependência: abuso e dependência de

álcool, tabaco e substâncias psicoativas ilícitas e jogo patológico. O presente estudo está incluído neste projeto e irá deter-se no comportamento de comer compulsivo.

Revisão de Literatura

Modelo Transteórico e Instrumentos

Diante dos modelos estudados para mudança de comportamentos em adictos, a contribuição mais importante, na atualidade, é representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT). Foi desenvolvido por dois pesquisadores norte-americanos, James O. Prochaska e Carlo DiClemente, em 1979, a partir da análise comparativa de mais de 29 teorias e modelos dos principais enfoques psicoterápicos, tendo como foco o processo de mudança. Prochaska inclui em seu estudo as seguintes teorias: cognitivo-comportamental, existencial/humanista, psicanálise e gestalt/experiencial. No transcorrer do estudo, os resultados sempre se mostravam os mesmos: todas as teorias teriam suas limitações e nenhuma delas explicava detalhadamente o processo de motivação para a mudança nas pessoas. Diante dessa análise, o modelo que ali nascia foi denominado “transteórico”, e teve como seu principal pressuposto que as automudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios) (Prochaska et al., 1992). É preciso lembrar que este modelo é adequado para ilustrar qualquer tipo de processo de mudança ao qual uma pessoa possa estar submetida, e também que as pessoas, em terapia ou não, podem passar pelos mesmos estágios.

Diversos estudos ressaltam que o Modelo Transteórico pode ser considerado um instrumento promissor de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde (Calheiros et al., 2006). Mediante estudos com tabagistas, foi observado que muitos fumantes conseguiam abandonar o vício sem auxílio de psicoterapia, enquanto outros

somente tinham sucesso com esse tipo de tratamento. O estímulo para as pesquisas culminarem na elaboração deste modelo foi a hipótese, posteriormente confirmada, de que existiam princípios básicos que explicariam a estrutura da mudança de comportamento que ocorria na presença, ou não, de psicoterapia.

Deste então, o Modelo Transteórico tem sido aplicado a outros comportamentos além do tabagismo, como alcoolismo, uso de drogas, manifestação de distúrbios de ansiedade e pânico, realização de mamografia, prática de atividade física, modo de exposição solar e para o planejamento de estratégias de prevenção de diferentes tipos de câncer, de gravidez não-planejada, de HIV/AIDS, entre outras situações. Mais recentemente, observa-se sua utilização na área da mudança alimentar, focalizando diferentes aspectos: consumo de gordura, frutas, hortaliças, fibras e cálcio, além de estratégias dietéticas para o controle do peso e do diabetes (Rossi, Greene, Rossi, Plummer, Benisovich, Keller, et al., 2001).

O modelo de Prochaska e DiClemente utiliza estágios de mudança para integrar processos e princípios de mudança provenientes das principais teorias de intervenção, o que explica o prefixo “trans” de sua nomenclatura. Frequentemente, é também denominado modelo de estágios de mudança de comportamento. De acordo com ele, as alterações no comportamento relacionado à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, determinação, ação e manutenção. Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra quando a mudança ocorre e qual é o seu grau de motivação para realizá-la (Greene, 1999).

Na pré-contemplação, a pessoa sequer consegue identificar que tem um problema. Os indivíduos que estão nesse estágio não mostram evidências de intenção de mudar o seu comportamento-problema. Dessa forma, os pré-contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança e, quando o fazem, geralmente são impelidos por outros motivos como, por exemplo, encaminhamento judicial (Calheiros et al., 2006) ou por ordem

médica. Eles não estão cientes de que seu comportamento já se constitui um problema ou que poderá vir a se tornar um. Os pré-contempladores tendem a perceber mais as conseqüências positivas do que as negativas em seu comportamento, acreditando que esse está sob controle e que é administrável .

Durante a contemplação, já há alguma consciência do problema, e nesta fase a marca mais importante é o alto nível de ambivalência apresentado. A consideração da possibilidade de mudança ocorre neste estágio, momento em que os indivíduos podem estar pensando sobre as implicações que seu comportamento trazem para si e para os que estão à sua volta. Nesse momento, as pessoas podem mostrar-se preocupadas e iniciar a avaliação entre as vantagens e as desvantagens de mudar. Os contempladores parecem debater-se entre as avaliações positivas do comportamento e o montante de esforços, energias e perdas que lhes demandará a superação do problema (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

Já na determinação, ou preparação, a marca é o planejamento, quando a pessoa consegue questionar-se, com pensamentos do tipo “O que posso fazer?” ou “Como posso mudar?”. No estágio da ação, o indivíduo já consegue engajar-se de maneira efetiva (Prochaska et al., 1992). Neste estágio, há a combinação de uma conduta orientada na mesma direção da intenção de mudar, quando os indivíduos admitem mudanças em suas atitudes e seus comportamentos. Estão dispostos a realizar modificações e aproveitam as experiências adquiridas nas tentativas de mudanças realizadas anteriormente. Há uma melhor conscientização do problema, e esses indivíduos têm um plano cuidadoso de ações orientadas para a mudança que pode incluir busca da ajuda de um psicoterapeuta, consulta a um clínico, aconselhamento e envolvimento em atividades saudáveis (Oliveira, 2000).

A marca do estágio de ação é a modificação do comportamento-alvo através de esforços para mudança. Essa é a fase na qual os indivíduos mudaram de forma clara o seu comportamento por um período determinado de tempo. Isso pode significar o alcance de um

dado critério, por exemplo, a abstinência nos comportamentos aditivos e a modificação na rotina de vida associada ao comportamento-problema. Esse é o momento no qual os pacientes praticam o que foi planejado no estágio anterior (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

O estágio de manutenção é observado pela estabilização do comportamento em foco, evitando-se a recaída. É um grande desafio, pois é necessário um esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nos outros estágios, principalmente no que se refere à ação, além de prevenir continuamente possíveis lapsos. Sem um forte compromisso com a manutenção, a pessoa poderá ter recaídas (Velicer, Rossi, Prochaska, & DiClemente, 1996).

O processo de mudança não pode ser considerado meramente linear, pois seus estágios são compreendidos como fazendo parte de uma “espiral”, na qual a pessoa pode se movimentar de uma fase a outra sem uma ordem estabelecida. Assim, uma pessoa na contemplação pode recair, bem como pode seguir seu processo, evoluindo para a ação (Calheiros et al., 2006).

Tendo em vista a complexidade da maioria dos comportamentos de saúde, acredita-se que dificilmente uma única teoria seja suficiente para explicá-los. Portanto, são utilizados modelos teóricos que correspondem a um conjunto de teorias que facilitam o entendimento de um problema específico, em um contexto particular. Observa-se na literatura científica um número crescente de teorias e modelos teóricos que envolvem comportamentos de saúde, entre os quais se destaca a utilização do Modelo Transteórico, que se baseia na motivação para a mudança.

A motivação pode ser conceituada como alguma coisa que faz uma pessoa agir, ou o processo de estimular uma pessoa a agir. A palavra é frequentemente utilizada para descrever aqueles processos que: instigam um comportamento; fornecem direção e propósito ao

comportamento; permitem a persistência do comportamento; conduzem às escolhas ou preferências de um determinado comportamento (Assis & Nahas, 1999).

A motivação refere-se ao processo de estimular o indivíduo a agir. Assim, são identificados dois tipos de motivação para uma mudança de comportamento: a intrínseca e a extrínseca. A primeira é a que surge do indivíduo, abrange desejos, necessidades e metas particulares, sendo estabelecida a partir da busca por uma recompensa interna. Exemplos de motivações internas são os desejos de ter uma boa saúde, de prevenir doenças ou de perder peso. Já a motivação extrínseca é uma resposta a recompensas ou punições externas ao indivíduo e inclui o suporte social recebido e possíveis recompensas materiais. As orientações médicas para o controle de uma patologia são exemplos de uma motivação extrínseca, bem como as queixas de familiares em ocasiões sociais sobre o consumo alimentar de um indivíduo, que podem atuar tanto de forma positiva como negativa, isto é, podem estimular ou prejudicar a realização de mudanças no comportamento alimentar (Toral & Slater, 2007).

Para a construção do MTT, foram identificadas e incorporadas as explicações que cada teoria dava ao processo de mudança em uma pessoa. Como consequência, o MTT torna-se diferente de outros modelos teóricos, na medida em que foi direcionado especificamente para a compreensão do processo de mudança de comportamentos-problema e para a busca de hábitos saudáveis. Conforme DiClemente e colaboradores (2004), existem dois aspectos distintos relacionados à prontidão: prontidão para a mudança e prontidão para o tratamento.

O conceito de prontidão para a mudança (Rollnick, Kinnnersley, & Stott, 1993; Miller & Rollnick, 2001) está baseado no MTT (Prochaska et al., 1992; Velicer et al., 1996). Os autores desenvolveram este modelo a partir de dúvidas sobre as motivações para a modificação dos comportamentos de dependência, pois observaram que mesmo pessoas não submetidas a nenhum tipo de tratamento em algum momento de suas vidas, por algum

motivo, conseguiam romper com o ciclo de comportamentos autodestrutivos, muitas vezes relacionados à dependência química.

A prontidão para a mudança foi conceitualizada como uma integração entre a conscientização da pessoa por seu problema somada a uma confiança em suas habilidades para mudar. Esse tipo de prontidão estaria associado aos acontecimentos que ocorrem em cada estágio, e que sugerem aos profissionais da área da saúde novas estratégias de intervenção.

A prontidão para o tratamento focaliza a motivação para procurar ajuda, para iniciar, manter e terminar um tratamento. Assim, um usuário de substância psicoativa – ou de outro comportamento alvo de mudança, como jogar ou comer – pode procurar um tratamento e iniciá-lo (alta prontidão para tratamento), sem estar realmente pronto para permanecer em abstinência das drogas (baixa prontidão para mudar o comportamento-problema) (DiClemente et al., 2004).

Heather (1992) contribuiu, afirmando que os transtornos dependentes são essencialmente problemas motivacionais. O autor procura mostrar uma tendência humana para ignorar os problemas, antes de reconhecer os caminhos que podem levar à resolução dos mesmos. Credita-se, desta forma, à motivação a força propulsora que move os indivíduos a um objetivo específico.

Uma das modalidades de tratamento que vem obtendo sucesso no tratamento de comportamentos de dependência é a Entrevista Motivacional (EM), baseada no MTT, que é uma intervenção breve, com o objetivo de auxiliar o indivíduo no processo de mudanças comportamentais, trabalhando, para isso, a ambivalência que permeia a mudança (Oliveira, 2000).

Essa técnica traz consigo, em primeiro lugar, um novo conceito de motivação, de modo que não venha a ser pensada como um problema de personalidade, mas, ao contrário,

possa ser considerada um processo dinâmico, um estado de prontidão para a mudança que possa oscilar de acordo com o tempo ou com a situação que se apresenta. Ou seja, a motivação aparece aqui como passível de ser influenciada não só por fatores internos, como por fatores externos, entre eles o terapeuta. Assim, estimular a motivação do paciente para a mudança passa a ser uma tarefa do terapeuta (Miller & Rollnick, 2001).

A EM é uma abordagem criada para auxiliar o sujeito a reconhecer seus problemas atuais e potenciais quando há ambivalência quanto à mudança comportamental e estimular o comprometimento para a realização dessa mudança por meio de abordagem psicoterápica persuasiva e encorajadora (Castro & Passos, 2005). Nesta perspectiva, a forma pela qual o terapeuta trabalhará a ambivalência é o que vai influenciar diretamente na motivação do paciente para a mudança. Com isso podemos perceber que a EM traz dois conceitos importantes: ambivalência e prontidão para a mudança.

Afirma-se que o conflito básico da ambivalência – “quero, mas não quero” – tem papel central nos comportamentos de dependência (Rollnick, Heather & Bell, 1992; Rollnick et al., 1993; Miller & Rollnick, 2001). Tanto alcoolistas, como drogaditos, comedores compulsivos ou jogadores patológicos, podem até reconhecer os malefícios envolvidos em seus comportamentos, mas ainda assim seguem atraídos pelo objeto de dependência. Esses autores afirmam que a EM está baseada na administração da ambivalência no aconselhamento, em vez de tratá-la como um “mau sinal”, ela passa, nesta abordagem, a ser vista como algo normal, aceitável e compreensível.

Diversas pesquisas têm estudado o MTT a fim de estimar sua aplicação no tratamento das adições. Alguns instrumentos são utilizados para a mensuração do estágio motivacional: University of Rhode Island Change Assessment - URICA (McConaughy et al., 1983) e Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale - SOCRATES (Miller, 1995); algoritmos e escalas analógico-visuais.

A URICA, desenvolvida por McConnaughy, Prochaska e Velicer (1983), é a escala que este estudo se propõe a validar para o comportamento de comer compulsivo. Tendo como base os pressupostos do MTT, é um instrumento que se destina a avaliar os estágios motivacionais e a prontidão para a mudança nos comportamentos de adição. É uma medida de auto-relato, do tipo escalar, inicialmente criada para estudar os problemas relacionados ao tratamento do tabagismo e atualmente empregada, de forma genérica, para os problemas associados a comportamentos de dependência.

A utilização de escalas para monitoramento das mudanças é freqüente e faz parte do estilo de trabalho da EM. A escala URICA, em sua versão inicial, não era especificada para o tipo de comportamento-problema, mas se refere, genericamente, ao “problema” do sujeito. Ou seja, cabendo a ele compreender que se estava falando de seu consumo de álcool ou tabaco. A URICA é um importante instrumento na EM para avaliação do estágio e da prontidão para a mudança do paciente e assim delimitar a estratégia adequada. Esta escala favorece a compreensão dos processos que influenciam na adesão aos tratamentos prescritos (Figlie, Dunn & Laranjeira, 2004).

O interesse na validação deste instrumento para comportamentos específicos justifica-se pelo prejuízo significativo que a dependência química ou os comportamentos dependentes, como o jogo patológico e o comer compulsivo, causam na vida das pessoas em todas as suas áreas: familiar, social, física, emocional e profissional. Além disso, as constantes mudanças nos padrões de uso de drogas, o surgimento de novos entorpecentes a cada dia, o envolvimento de indivíduos cada vez mais jovens com o tráfico e o aumento no consumo, bem como a necessidade do desenvolvimento constante de novos tratamentos farmacológicos e psicoterápicos, evidenciam a importância dessa pesquisa. As avaliações feitas em diferentes comportamentos com a utilização dos mesmos instrumentos têm mostrado a peculiaridade de cada um deles (DiClemente et al., 2004).

No Brasil, já existe uma versão adaptada da URICA para alcoolistas (Figlie et al., 2004) e sua aplicabilidade e uso para diferentes comportamentos pode ser verificada em diversos estudos nacionais e internacionais.

Hasler, Klaghofer & Buddeberg (2003) realizaram uma adaptação e validação da URICA para a população alemã. A amostra foi composta de 129 pacientes com transtornos alimentares. A consistência interna das subescalas foi considerada boa e/ou muito boa. As médias e os desvios padrão das subescalas foram semelhantes aos encontrados na validação do instrumento original. Na validação alemã, a URICA foi agrupada em 3 fatores, através da análise fatorial, que conjuntamente explicam 52% da variação total e a consistência interna encontrada foi de $\alpha = 0,86$. O estudo concluiu que a URICA se mostra um instrumento válido para avaliar a dimensão motivacional para a mudança de comportamentos-problema.

A escala URICA é um questionário de autopreenchimento que não necessita de treinamento prévio. Aplicado na população adulta, contém 32 perguntas divididas em quatro subescalas, as quais abrangem os seguintes estágios motivacionais de mudança comportamental: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. A versão reduzida apresenta 24 itens. O tempo necessário para a aplicação desta escala é de cinco a dez minutos.

Este instrumento investiga os estágios motivacionais de pacientes que procuram tratamento para modificação de qualquer tipo de problema comportamental e visa a fornecer essa informação para ajudar a guiar as abordagens de tratamento adequadas (Oliveira, Laranjeira, Araujo, Camilo, & Schneider, 2003). 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.

Algumas pesquisas têm utilizado uma série de instrumentos que avaliam o aspecto motivacional de mudança comportamental. Entre eles estão: University of Rhode Island Change Assessment (URICA), Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness

(SOCRATES), Treatment Motivation Questionnaire (TMQ) e Readiness to Change Questionnaire (RCQ) (Castro & Passos, 2005).

A consistência interna das subescalas do URICA quanto ao uso de drogas ilícitas mostrou-se adequada e variou de 0,71 a 0,88. O coeficiente de alfa de Cronbach oscilou de 0,71 a 0,93 para o URICA relativo a amostras de heroína, e de 0,64 a 0,71 para a heroína (Henderson, Saules, & Gale, 2004).

Resende, Amaral, Bandeira, Gomide e Andrade (2005) descrevem recente estudo sobre aderência ao tratamento em ambulatório específico para alcoolismo. Foram utilizadas as escalas SOCRATES e URICA para avaliação dos resultados, por ambas avaliarem os estágios motivacionais. Quando comparados, os resultados encontrados destas duas escalas foram bastante semelhantes no estágio de contemplação ($p=0,07$), pré-contemplação ($p=0,06$) e ação ($p=0,51$).

Outro estudo sobre os estágios motivacionais no tratamento das adições (DiClemente et al., 2004) também utilizou a URICA e a SOCRATES para avaliação dos estágios motivacionais em alcoolistas e apresentou resultados bastante semelhantes. O ponto de corte sobre a prontidão para a mudança encontrado para a URICA neste grupo foi abaixo de 7 para pré-contempladores, entre 8 e 11 para contempladores, e acima de 12 para a ação.

O desenvolvimento da URICA para a população norte-americana iniciou com 165 itens, os quais foram submetidos a três juízes com bom conhecimento na área. Desses itens, 145 apresentaram boa consistência, mas apenas 125 foram realocados no instrumento. A redução do instrumento foi evoluindo e dividiu-se em três etapas: na primeira etapa foram considerados 75 itens, com 15 itens por estágio; na segunda, 50 itens, com 10 itens para cada estágio e, na terceira e última etapa, foi construída uma versão com 32 itens, tendo oito itens para cada estágio. É importante considerar que, a partir da análise fatorial, o estágio de determinação não se manteve como um estágio separado, não se constituindo, portanto, como

um domínio do instrumento. As análises estatísticas utilizadas foram a correlação inter-itens, correlação entre cada item e o escore total de itens, coeficiente de alfa de Cronbach, coeficiente de Correlação Linear de Pearson e a análise de clusters (McConaughy et al., 1983). A URICA possui, atualmente, três versões: uma composta por 32 itens; outra por 28 itens e uma versão de 24 itens. Todas possuem quatro subescalas correspondentes aos estágios de mudança do MTT (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção).

Callaghan, Hathaway, Cunningham, Vettese, Wyatt e Taylor (2005) avaliaram o estágio motivacional de pacientes de um programa de tratamento para adolescentes abusadores de substâncias psicoativas, utilizando a URICA. O estudo comprovou a validade do MTT, já que os adolescentes que pontuaram altos escores no estágio de pré-contemplação representaram substancialmente o número de desistências do programa. Outra constatação do estudo foi a importância da URICA como meio de avaliação dos estágios de mudança, mostrando-se um instrumento fidedigno.

A validade preditiva dos estágios de mudança em dependentes de heroína foi investigada por Henderson, Saules e Galen (2004), usando a URICA para prever a adesão ao tratamento, a partir de amostras urinárias negativas de heroína e/ou cocaína durante um programa de tratamento de 29 semanas. O estudo comprovou que os sujeitos que pontuaram um escore maior no estágio de manutenção também apresentaram amostras de urina livres de cocaína e maior adesão ao tratamento.

Stephens, Cellucci e Gregory (2004) avaliaram adolescentes usuários de tabaco, através da URICA, para ver o quanto eles estavam preparados para a cessação do comportamento-problema. Após a aplicação, os sujeitos que pontuaram mais no estágio de ação e/ou manutenção foram os que realizaram as mudanças mais concretas em seu hábito de fumar, comprovando a capacidade da URICA em discriminar a motivação dos indivíduos para a mudança de comportamento.

Outra pesquisa com a URICA, em usuários de tabaco, foi realizada por Amodei e Lamb (2004), com uma amostra de 183 pessoas. Esse estudo examinou a validade convergente e concorrente dessa escala. Os achados mostram uma correlação positiva das subescalas contemplação e ação com os escores da *Contemplation Ladder*, a qual é uma escala alternativa que foi projetada como uma medida contínua de prontidão para a cessação do tabagismo.

Realizou-se um estudo para validação da URICA direcionada a usuários de substâncias ilícitas na população brasileira (Szupszynski & Oliveira, 2008). Para a validade convergente foram comparados os resultados da escala URICA e o resultado da régua de prontidão. Os resultados apresentados foram satisfatórios, pois foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a régua de prontidão e a subescala de contemplação da URICA ($r = 0,313$; $p = 0,018$), e entre a régua de prontidão ($r = 0,346$; $p = 0,010$) e a subescala da ação da URICA ($r = 0,5888$; $p < 0,05$). Neste estudo, a consistência interna na escala de 24 itens encontrada foi de $\alpha = 0,657$.

Dozois, Westra, Collins, Fung e Garry (2003) realizaram uma pesquisa com o intuito de validar a URICA para pessoas que relatassem ter qualquer problema relacionado à ansiedade. A amostra constituiu-se de 252 estudantes, com idade média de 20 anos e com escore médio de ansiedade avaliado pelo Inventário de Ansiedade de Beck. No estudo, a URICA total apresentou consistência interna de alta intensidade ($\alpha = 0,79$), bem como em suas subescalas: pré-contemplação ($\alpha = 0,77$), contemplação ($\alpha = 0,80$), ação ($\alpha = 0,84$) e manutenção ($\alpha = 0,82$). Os autores também realizaram um trabalho de validação da URICA com pacientes com diagnóstico de problema de ansiedade (transtorno do pânico com ou sem agorofobia). A amostra foi composta de 81 sujeitos. Os resultados também comprovaram a validade e a fidedignidade da URICA, demonstrando coeficiente de Cronbach de $\alpha = 0,83$

para a URICA total e boa consistência interna para suas subescalas: pré-contemplação ($\alpha = 0,73$); contemplação ($\alpha = 0,79$), ação ($\alpha = 0,90$) e manutenção ($\alpha = 0,81$).

O objetivo do presente estudo é realizar a validação e a adaptação brasileira da URICA para o comportamento de comer compulsivo, dada a sua importância para a área clínica e para a pesquisa.

Transtornos alimentares

Segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2002), encontram-se na categoria dos transtornos alimentares a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno alimentar sem outra especificação. Embora o transtorno da compulsão periódica seja bastante citado na bibliografia, permanece sendo publicado no anexo B deste manual até o atual momento. A obesidade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] (1993), encontra-se como uma condição clínica geral e não um transtorno psiquiátrico.

Os comportamentos alimentares estão sujeitos a variações, dependendo da força e da intensidade da dinâmica estabelecida entre produto, indivíduo e meio. O comportamento dependente torna-se sinônimo de doença quando a relação indivíduo-produto passa a ser extremamente intensa, não permitindo o desencadear de outras relações. Tal conduta é realizada em situações percebidas como estressantes, na tentativa de alcançar uma gratificação imediata. Está presente no uso de bebida alcoólica, drogas ilícitas, tabaco, no jogo e na obesidade, através do comer compulsivo, visando, entre outros fatores, à redução da ansiedade, da solidão e do aborrecimento. Beber, fumar ou comer, nestas situações, são mecanismos de enfrentamento mal-adaptativos, levando a conseqüências negativas, como alteração da saúde e do estado emocional do indivíduo (Pinzon & Nogueira, 2004).

Existem evidências que dão suporte de que a mídia favorece distúrbios de imagem corporal e alimentar. Análises têm estabelecido que modelos, atrizes e outros ícones femininos vêm se tornando mais magras ao longo das décadas. Indivíduos com transtornos alimentares podem sentir-se pressionados para serem magros e possuírem a sensação de julgamento perante os padrões vigentes de beleza. Atualmente a proporção do valor dado à imagem corporal tem se mostrado um tema relevante (Saikali, Soubhia, Scalfara & Cordás, 2004).

A prevalência de anorexia nervosa varia entre 0,5% e 3,7% e de bulimia nervosa de 1,1% a 4,2%. Pinzon e Nogueira (2004), em extensa revisão de estudos epidemiológicos, estimam que, nas mulheres, a incidência de anorexia nervosa é de, aproximadamente, oito por 100 mil indivíduos.

Estudos epidemiológicos demonstram que a bulimia nervosa ocorre em cerca de 1% das mulheres ocidentais e que as síndromes de transtornos alimentares sem outra especificação ocorrem em 2% a 5% das mulheres jovens, sendo que a maioria dos pacientes com esse transtorno é obesa. A prevalência de bulimia nervosa na população em geral é em torno de 2% (Espíndola & Blay, 2006).

Os transtornos alimentares afetam predominantemente mulheres jovens, com prevalência média de relação homem-mulher de 1:10 e até 1:20 (Klein & Walsh, 2004). Essa diferença diminui entre populações de indivíduos mais novos, nos quais os meninos correspondem de 19% a 30% dos casos de anorexia nervosa. A estimativa média da prevalência atual deste transtorno é de 280 a cada 100 mil mulheres jovens. A prevalência média atual na população brasileira de bulimia nervosa em mulheres jovens, utilizando critérios diagnósticos restritos, é de cerca de mil a cada 100 mil. A anorexia nervosa possui a taxa de mortalidade mais alta entre os transtornos psiquiátricos (Pinheiro, Sullivan, Bacaltchuck & Prado-Lima, 2006).

Na bulimia nervosa, ocorrem episódios recorrentes de compulsão alimentar, quando há a ingestão descontrolada de uma quantidade exagerada de alimentos, o que não visa a saciar uma fome exagerada, mas atende a uma série de estados emocionais estressantes. São episódios do tipo “orgias alimentares ou empanturramentos”, situações em que o indivíduo não consegue interromper a compulsão, uma vez que esta foi iniciada. Estes episódios só cessam por um mal-estar físico (Johnson, Tobin & Dennis, 2002).

Este transtorno pode ser caracterizado por um padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado, por um controle patológico do peso corporal e por distúrbios da percepção do formato corporal (Saikali et al., 2004). O diagnóstico de bulimia nervosa exige o uso de métodos compensatórios, como o vômito e o uso de laxantes, o que o difere do transtorno de compulsão alimentar periódica, em que não há métodos compensatórios, embora ambos apresentem o comportamento de comer compulsivo. A incidência de bulimia nervosa na população geral é de 2% (Vitolo, Bortolini & Horta, 2006).

Fairburn e Cooper (1993) estudaram as taxas de prevalência da bulimia nervosa e verificaram que ela é de 1% entre mulheres jovens. Em homens de 15 a 65 anos, a taxa é de apenas 0,1%. A incidência do transtorno em questão revela taxas de 26,5 para mulheres e 0,8 para homens por 100 mil indivíduos, mostrando uma proporção de 33:1 nesta ordem, na população mundial, sendo que a população de maior risco se encontra na faixa de mulheres entre 20 e 24 anos (Soundy, Lucas, Suman, & Melton, 1995).

Segundo estudos de Nielson (2001), a taxa de mortalidade bruta é de 0,4% dos pacientes e, no período após dez anos do transtorno ter sido diagnosticado, os indivíduos com bulimia nervosa apresentavam a chance de morte de 1,5 vezes maior.

As complicações clínicas da bulimia nervosa são variadas e estão relacionadas principalmente ao grau de perda de peso corporal e aos métodos compensatórios utilizados pelos pacientes. Apesar da disponibilidade de tratamentos eficazes para essa doença, um

atraso importante entre o início dos sintomas e o tratamento ainda é comum. O diagnóstico precoce desses distúrbios, bem como o de suas complicações clínicas, nem sempre é possível. Assim, o tratamento das complicações deve ser realizado concomitante ao acompanhamento psicoterápico e nutricional (Assumpção & Cabral, 2002).

A interferência dos transtornos alimentares na qualidade de vida dos pacientes foi apontada em várias pesquisas. Em estudo recente, Gonzalez, Padierna, Quintana, Arostegui, e Horcajo (2001) observaram que a qualidade de vida dos pacientes com transtorno alimentar é pior do que a da população geral de mesma idade e sexo, e semelhante a pacientes com outros diagnósticos, como depressão, esquizofrenia e pânico (Freitas, Gorenstein, & Appolinario, 2002).

Transtorno de compulsão alimentar periódica

O TCAP foi descrito pela primeira vez nos anos 1950, contudo sua elevação para a categoria diagnóstica ocorreu em 1994, quando foi incluído no apêndice B do DSM-IV (Azevedo, Santos, & Fonseca, 2004).

Esta nova categoria diagnóstica vem sendo bastante estudada, apesar de controversa. Sua principal característica de avaliação são os episódios de *binge eating* – ingestão de grande quantidade de alimentos em um curto espaço de tempo (no máximo duas horas) –, seguido de sensação subjetiva de perda de controle, acompanhados com frequência de hiperfagia, retraimento social e depressão (Freitas, Lopes, Coutinho & Appolinario, 2001). Os mesmos autores observam que o estabelecimento de padrões diagnósticos precisos estimulam as pesquisas nessa área limite entre obesidade e transtornos alimentares. A consistência desses dados faz com que instituições como a International Obesity Task Force e

a World Health Organization declarem que a obesidade é realmente uma epidemia de proporções globais (Tauber, 1998).

O TCAP foi descrito pioneiramente por Stunkard (2002) e agora recebeu definição no Anexo B do DSM-IV. Pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica experimentam episódios de consumo descontrolado de grandes quantidades de comidas, sem ter a seqüência de qualquer comportamento compensatório inapropriado. A compulsão alimentar também é acompanhada por sentimentos de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa. Estimativas recentes de prevalência do TCAP na população norte-americana indicam que 2% a 3% dos adultos em amostras comunitárias sofrem desse transtorno. Entre os pacientes obesos que procuram tratamento clínico para perda de peso, os índices de prevalência são maiores; em geral, de 5% a 10% (Grilo, 2002)

Estudos na comunidade geraram prevalências deste transtorno entre 2% e 3%, na população adulta, e de 8%, na população obesa. Os índices mais elevados (20% a 40%) foram relatados em pacientes obesos que procuraram tratamento para a redução de peso (Pinheiro et al., 2006).

Os componentes comportamentais do TCAP indicaram que as pessoas que se alimentam compulsivamente ingerem significativamente mais comida do que os obesos que não tinham compulsão alimentar, quando instruídas a comerem compulsivamente como quando para comerem normalmente (Goldfein, Walsh, LaChaussee, Kissileff, & Devlin, 1993). Além disso, pacientes com essa doença relatam um início mais precoce da obesidade e um percentual maior de sua vida gasto com dietas do que seus correspondentes obesos não-portadores de TCAP (Spitzer, Yanovski, Wadden, Wing, Marcus, Stunkard, et al., 1993).

Em termos dos componentes psicológicos do transtorno, os pacientes com TCAP possuem auto-estima mais baixa e se preocupam mais com o peso e a forma física do que outros indivíduos que também possuem sobrepeso sem terem o transtorno. Estudos sobre a

comorbidade em TCAP mostraram que os indivíduos com o transtorno aparentam índices maiores de psicopatologia do que os indivíduos sem ele, especialmente depressão e transtornos de personalidade, segundo Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002). Além disso, aparentemente, os níveis de psicopatologia exibidos pelos pacientes com TCAP estão associados ao número de episódios de compulsão alimentar que experimentam e não ao seu grau de obesidade.

Como recentemente revisado por Devlin (2001), os tratamentos desenvolvidos para bulimia nervosa, incluindo a terapia cognitivo-comportamental e os medicamentos antidepressivos, são eficazes, pelo menos no curto prazo, para melhorar os sintomas afetivos e comportamentais do TCAP. No entanto, na maioria dos casos, os pacientes obesos com TCAP não perdem uma quantidade clinicamente significativa de peso com esses tratamentos.

Enquanto a primeira geração de estudos sobre transtorno de compulsão alimentar periódica centrou-se na descrição das características e na identificação de suas condições comórbidas, pesquisas mais recentes tentaram abordar questões nosológicas e salientar os fatores que determinam o desfecho do tratamento. Vários trabalhos tentaram avaliar se o TCAP pode ser realmente considerado como um transtorno alimentar por suas próprias características, comparando-o com a bulimia nervosa – um transtorno mais bem conhecido em que os pacientes se alimentam compulsivamente e depois realizam alguma forma de comportamento compensatório, como a purgação (Dobrow et al., 2002).

Estudos recentes sugerem que os pacientes com TCAP possuem alguma similitude com os que possuem bulimia nervosa (BN), em termos da frequência de sua compulsão, de seus índices de comorbidade psiquiátrica e de suas atitudes disfuncionais em relação à forma corporal e ao peso (Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn, 2000; Masheb & Grilo, 2000). No entanto os dois grupos diferem quanto ao início dos seus sintomas. Os sintomas da BN, em geral, são precedidos por dieta e perda de peso, ao passo que os precursores do TCAP são

mais variáveis (Santonastaso, Ferrara & Favaro, 1999). Pacientes com BN mostraram maiores níveis de restrição alimentar do que os com TCAP (Masheb & Grilo, 2000). De forma similar, um histórico de anorexia nervosa é mais comum numa amostra de indivíduos com BN do que entre os com TCAP (Striegel-Moore, Cachelin, Dohm, Pike, Wilfley, & Fairburn, 2001). Portanto, apesar de os indivíduos com TCAP compartilharem uma psicopatologia de transtorno alimentar com os que possuem BN, há evidências de que seja um transtorno distinto em termos diagnósticos.

Uma segunda área de pesquisa recente sobre o TCAP compreende os fatores que influenciam o desfecho do tratamento. Constatou-se que, em geral, pacientes que relataram níveis mais elevados de patologia alimentar e episódios mais frequentes de compulsão alimentar têm uma pior evolução em tratamentos comportamentais e requerem mais intervenções de tratamento intensivo do que os correspondentes menos graves.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), encontram-se na categoria dos transtornos alimentares a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno alimentar sem outra especificação. Embora o transtorno da compulsão periódica seja bastante citado na bibliografia, este se encontra no anexo B do manual até o atual momento. A obesidade, segundo a Organização Mundial de Saúde (1993), aparece como uma condição clínica geral, e não um transtorno psiquiátrico (Stice, 1999; Peterson, Crow, Nugent, Mitchell, Engbloom, & Mussell, 2000). Além disso, os pacientes com índices mais elevados de psicopatologia, incluindo transtornos de personalidade, têm menos êxito no tratamento comportamental do que aqueles com diagnósticos comórbidos menos graves ou sem diagnósticos adicionais (Wilfley, Friedman, Douchis, Stein, Welch & Ball, 2000; Loeb, Wilson, Gilbert & Labouvie, 2000). Um estudo também constatou que pacientes com auto-imagem positiva, bem como os com altos níveis de suporte social e alimentação mais apropriada, responderam bem a uma intervenção comportamental para TCAP (Goodrick, Pendleton, Kimball, Carlos,

Reeves & Foreyt, 1999). Stice (1999) recomenda que o tratamento para TCAP seja direcionado para o paciente individual, pois o grau de ênfase nos componentes comportamentais em relação aos afetivos deve ser determinado pelo conjunto de sintomas de cada paciente em questão.

Freitas et al. (2001) argumentam que é grande a prevalência de indivíduos com marcante sofrimento de compulsão alimentar e que não atendem aos critérios diagnósticos de bulimia por não se engajarem em comportamentos compensatórios. São estas pessoas que, predominantemente, buscam auxílio nos serviços de saúde que oferecem programas de controle de peso.

A compulsão alimentar é uma característica freqüente nos transtornos alimentares, ocorrendo em um terço das mulheres com anorexia nervosa, e apresenta-se de forma diferenciada na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), sendo que o diagnóstico deste é especialmente prevalente em obesos. Entre a população com obesidade observa-se que os episódios de compulsão alimentar aumentam proporcionalmente ao acréscimo da adiposidade, e há uma diferenciação entre obesos com TCAP e portadores de TCAP não-obesos, quanto à psicopatologia da desordem alimentar e comorbidades psiquiátricas (Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon & Schreiner, 1998).

O TCAP é caracterizado por episódios de compulsão alimentar recorrentes na ausência de comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso observados na bulimia nervosa. Durante o episódio de compulsão alimentar, há um sentimento de falta de controle associado à ingestão de grandes quantidades de alimento, mesmo que o indivíduo esteja sem fome, levando a um grande desconforto. Esse episódio é sucedido por um intenso mal-estar subjetivo, caracterizado por sentimentos de angústia, tristeza, culpa, vergonha e repulsa de si mesmo. Enquanto a prevalência pode variar entre 1,8% a 4,6%, aproximadamente 30% dos indivíduos obesos que procuram tratamento para

emagrecer apresentam este transtorno, tendo sido observada uma associação positiva entre a presença da compulsão e o aumento da adiposidade (Duchesne, Appolinario, Range, Freitas, Papelbaum, & Coutinho, 2007).

Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV-TR (apêndice B), segundo APA (2002):

A – Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes critérios:

1 – Ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar, sob circunstâncias similares.

2 – Um sentimento de falta de controle sobre o consumo alimentar durante o episódio (por exemplo, um sentimento de não conseguir parar ou controlar o quanto ou o que se está comendo).

B – Os episódios de compulsão periódica estão associados a três (ou mais) dos seguintes critérios:

1 – Comer muito mais rapidamente que o normal.

2 – Comer até sentir-se incomodamente repleto.

3 – Comer grandes quantidades de alimento, quando não fisicamente faminto.

4 – Comer sozinho, em razão do embaraço pela quantidade de alimentos que consome.

5 – Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente.

C – Acentuada angústia relativamente à compulsão periódica.

D – A compulsão periódica ocorre, em média, pelo menos dois dias por semana, por seis meses.

E – A compulsão periódica não está associada ao uso regular de comportamentos compensatórios inadequados (por exemplo, purgação ou exercícios excessivos), nem ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Striegel-Moore et al. (2001) apresentam uma pesquisa que aponta correlação entre obesidade e TCAP. Relatam que a compulsão alimentar antecede o início da obesidade em cerca da metade dos obesos com TCAP, podendo ser a compulsão alimentar o primeiro sintoma para o acúmulo de peso e o desenvolvimento da obesidade. Esses autores propõem que se investigue com maior precisão a possibilidade do estabelecimento de um ciclo, no qual o sobrepeso promova o desenvolvimento e a manutenção do transtorno.

Estudos epidemiológicos constataam que cerca de 30% dos pacientes obesos que procuram tratamentos para emagrecer são portadores do transtorno da compulsão alimentar periódica, sendo que os demais obesos são hiperfágicos e representam uma população clinicamente diferente. É importante ressaltar que pessoas com TCAP apresentam diversos graus de obesidade, não sendo o diagnóstico clínico limitado somente a indivíduos com sobrepeso (Freitas et al., 2001).

O comer compulsivo abrange, no mínimo, dois elementos: o subjetivo (sensação de perda de controle) e o objetivo (quantidade do consumo alimentar) (Grilo, 2002). Sansone, Wiederman e Sansone (2000) apresentam critérios que diferenciam pacientes que possuem diagnóstico de obesidade com TCAP e outros com obesidade simples. Nos obesos com TCAP, há maior prevalência de baixa auto-estima e sintomatologia depressiva, assim como de comorbidades psiquiátricas, em particular, transtornos do humor e de personalidade. Demonstram possuir maior desinibição alimentar e maior preocupação relativa à forma corporal e a dificuldades em interpretar sensações de fome e saciedade. São indivíduos mais suscetíveis à avaliação de outras pessoas, em especial, com relação ao seu comportamento alimentar, o que justificaria o fato de se alimentarem às escondidas. Tendem a começar a

engordar mais precocemente e a maximizar a sua obesidade, iniciando o ciclo de perda e ganho de peso (flutuações ponderais).

Friedman e Brownell (2002) reiteram esses achados, afirmando que o grau de psicopatologia estaria mais associado ao grau de TCAP do que ao grau de obesidade, e que este aumenta tanto na obesidade simples quanto na obesidade com TCAP, de acordo com o aumento paulatino de refeições e quantidade de alimentos.

Dois ensaios clínicos demonstraram que pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica tratados com terapia cognitiva comportamental tiveram redução significativa dos níveis de ansiedade e depressão. Os autores sugerem que a redução da compulsão alimentar e a diminuição da insatisfação com a imagem corporal resultantes do tratamento contribuem para a melhora do humor em pacientes obesos com transtorno de compulsão alimentar periódica (Duchesne et al., 2007).

Alguns autores comparam as emoções negativas a um tipo de *craving*, que provoca a urgência de comer. Assim, pensamentos negativos sobre o corpo, combinados com baixa auto-estima, são gatilhos cognitivos; vivências emocionais e estímulos ambientais funcionam como gatilhos externos; variações emocionais ou provocações estabelecem a incidência de gatilhos emocionais; e o episódio de restrição alimentar instala o gatilho fisiológico, devido à urgência fisiológica de comer (Stunkard & Allison, 2003).

Pacientes com transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) usam freqüentemente dietas restritivas como solução imediata para a insatisfação com o seu corpo. Acredita-se que este tipo de medida costume ser fator que contribua para o desenvolvimento de compulsão alimentar (Womble, Williamson, Greenway & Redman, 2001).

O conceito de controle alimentar vem crescendo em importância nos estudos do comportamento alimentar. A teoria da restrição de alimentos propõe que as tentativas de regular a ingestão, com objetivo de controlar o peso e a forma do corpo, podem provocar

episódios de compulsão alimentar e, mais ainda, ser preditores do desenvolvimento de transtornos alimentares e obesidade (Greenway & Smith, 2000).

Outros fatores que podem interagir com as dietas, como precursores da compulsão alimentar, são a predisposição genética, a vulnerabilidade biológica individual para essa patologia e as influências culturais e familiares (Hodes, Timiti & Robinson, 1997).

Obesidade

A obesidade é freqüente no TCAP, porém, quando não acompanhada de compulsão alimentar, não é considerada como diagnóstico de transtorno alimentar ou psiquiátrico, mas uma nosologia clínica, devido ao fato de esses pacientes apresentarem a mesma proporção de problemas emocionais que a população em geral (Borges & Jorge, 2000).

A obesidade vem sendo considerada uma epidemia mundial. Estudos demonstram que a prevalência da obesidade teve um aumento de 19,8% entre os adultos americanos e que a maioria da população dos Estados Unidos preenche critérios para sobrepeso. No Brasil, a prevalência da obesidade aumentou em 70% entre 1975 e 1989, indicando que o excesso alimentar está se tornando um problema mais proeminente do que a desnutrição (Dobrow et al., 2002). Os dados recentes indicam que, entre os brasileiros, 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres apresentam obesidade (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2005).

Os obesos comedores compulsivos podem constituir uma subcategoria entre a população obesa, apresentando níveis mais elevados de psicopatologia, especialmente depressão e transtorno de personalidade, uma maior gravidade e início mais precoce da obesidade, um percentual maior de sua vida gasto com dietas e prejuízos no funcionamento social e ocupacional (Azevedo et al., 2004).

A obesidade é, basicamente, um transtorno do comportamento que reflete um excesso de consumo de comida comparado com o dispêndio de energia. Achados recentes sugerem que a contribuição genética para a obesidade é considerável, e os genes da obesidade podem influenciar os componentes de dispêndio de energia (Dobrow et al., 2002).

Pesquisa de Borges e Jorge (2000) mostra que os obesos com TCAP têm seus riscos à saúde geral muito aumentados. O que se observa é que ambos – obesos simples e obesos com compulsão alimentar – buscam os mesmos programas para perder peso. A especificidade desses pacientes com TCAP deve ser melhor avaliada, para que se possam dirigir a eles atendimentos mais adequados.

A obesidade foi definida por Ferreira (1996) como a deposição excessiva de gordura no organismo, levando a um percentual corporal que ultrapasse 15% – o percentual considerado ótimo. Esta patologia decorre de um estado crônico de balanço energético positivo, em que o ganho calórico supera o gasto, vindo então a se constituir uma doença multifatorial, cuja expressão fenotípica se dá pela interação de fatores ambientais com fatores genéticos. Isto é, resulta do acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, sem que ocorra um gasto calórico proporcional (Greenway & Smith, 2000).

Os estudos atuais demonstram que a prevalência da obesidade vem aumentando em quase todos os países. Os dados mais recentes apontam que 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres apresentam obesidade (IBGE, 2005).

O índice de massa corporal (IMC), definido como o peso em quilogramas dividido pela altura em metros quadrados, é o indicador mais utilizado para a avaliação em adultos, e seu uso tem sido utilizado também em crianças e adolescentes (Nunes, 2006). Para fins diagnósticos, o IMC é o método amplamente usado para definir a obesidade, sendo endossado pela OMS (1993), que o classifica em seis graus:

Menor que 19 kg/m² – magreza, grau 0;

- De 19 a 25 kg/m² – normal, grau 0;
- De 25,1 a 30 kg/m² – sobrepeso, grau 1;
- De 30,1 a 35 kg/m² – obesidade, grau 2;
- De 35,1 a 40 kg/m² – obesidade, grau 3;
- Acima de 40 kg/m² – obesidade mórbida, grau 4.

Além da adiposidade total, vários estudos populacionais têm demonstrado a importância da gordura abdominal como fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis; a obesidade abdominal é considerada um achado característico da síndrome metabólica (Suplicy, 2006).

A maior parte das pesquisas voltadas para os tratamentos ocupa-se, basicamente, em alcançar a perda de peso, sem verificar com profundidade os determinantes responsáveis pelas sucessivas recaídas. Reconhecer, diagnosticar, mensurar e avaliar a recaída torna-se imprescindível (Wadden, Crerand & Brock, 2005).

Alguns autores preconizam a integração de diferentes abordagens em transtornos alimentares e na obesidade, com base na teoria dos fatores inespecíficos das psicoterapias e na concepção de que as diferenças entre as técnicas podem ser complementares. Para Lacey (2003), na prática da clínica geral, as terapias cognitivas comportamentais, empregando técnicas específicas na mudança do comportamento alimentar, têm sido estudadas e empregadas, mostrando-se as mais efetivas.

Frente aos dados epidemiológicos da obesidade, almeja-se encontrar um tratamento mais eficaz e duradouro, já que se considera a obesidade de difícil tratamento, em função da ocorrência de recidivas e freqüentes insucessos. É necessário que se obtenha uma compreensão dos eventos fisiopatológicos correlacionados a cada paciente através de uma avaliação adequada, conforme Coutinho e Póvoa (1998).

Carneiro e Gomes (2001) observam que, até metade dos anos 1990, a prioridade da comunidade biomédica era investigar as patologias secundárias à obesidade, como diabetes, hipertensão e problemas cardíacos, sem considerar as características comportamentais e psicológicas dela própria.

Nos tempos recentes, os objetivos e os métodos de tratamento da obesidade vêm mudando significativamente. Houve um incremento nas pesquisas dirigidas a descobertas de fármacos, devido ao fato de serem grandes as dificuldades na perda e, principalmente, na manutenção do peso (Snow, Barry, Fitterman, Qaseem & Weiss, 2005).

No tratamento da obesidade, em especial para pacientes com TCAP em comorbidade, conhecer os antecedentes e as conseqüências do comportamento compulsivo é essencial para o planejamento de intervenções e abordagens terapêuticas (Berkel, Carlos Poston, Reeves & Foreyt, 2005).

Através dos estudos citados pôde-se perceber a importância do tema da compulsão alimentar, pois observa-se o aumento considerável da frequência dos diagnósticos de transtornos alimentares, do transtorno da compulsão alimentar periódica e, principalmente, da obesidade, nas últimas décadas.

Demonstra ser relevante também a necessidade de estudos e ações no sentido da prevenção, visto que estas patologias costumam ter um curso crônico, especialmente a obesidade. Sabe-se que esta, na maioria das vezes, se desenvolve pelo comportamento de comer compulsivo continuado, que talvez com a ação preventiva pudesse ser interrompido antes que a obesidade se estabelecesse.

A manutenção do comportamento alimentar adequado tem se apresentado como um desafio, sendo muito freqüente a recaída, visto que não é possível a abstinência total de alimento. Assim, a manutenção do comer moderado, segundo os estudos, parece ser um

complicador na continuidade do tratamento, possivelmente gerando ciclos de recaída e desmotivação.

Objetivos

Objetivo geral

Estudar as propriedades psicométricas da *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) para o comportamento de comer compulsivo.

Objetivos específicos

- Realizar a adaptação semântica da *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) para a utilização da escala para o comportamento de comer compulsivo.
- Verificar a fidedignidade e a validade da *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) para o comportamento de comer compulsivo.

Método

Delineamento

O estudo é transversal e de metodologia quantitativa.

Participantes

Os participantes deste estudo foram 175 sujeitos, entre 18 e 60 anos. O tamanho amostral final foi calculado em função do número de itens da escala (24 itens), sendo necessários pelo menos cinco sujeitos para cada variável (Hair Jr., Anderson, Tatham & Black, 1999).

Critérios de inclusão

A amostra foi constituída por sujeitos que apresentavam comportamento de comer compulsivo e que realizavam tratamento grupal ou individual com o foco no comportamento alimentar. A escolaridade mínima exigida foi de quinta série do Ensino Fundamental.

Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra sujeitos que não compreenderam as sentenças dos instrumentos ou os que não as completaram.

Instrumentos

- Entrevista Estruturada: com o objetivo de estabelecer o perfil sociodemográfico da amostra estudada, dados da evolução do diagnóstico clínico e do histórico e padrão alimentar (Anexo 1).
- URICA (*University of Rhode Island Change Assessment Scale*) (McConaughy et al., 1983): uma escala que contém 24 itens desenvolvidos para medir o estágio motivacional no qual o sujeito se encontra. São divididos em quatro subescalas: pré-contemplação (seis

itens), contemplação (seis itens), ação (seis itens) e manutenção (seis itens). A pontuação é obtida pela soma de pontos de cada subescala (1 - discordo totalmente, 2 - discordo, 3 - indeciso, 4 - concordo, 5 - concordo totalmente) e o escore de prontidão para a mudança avaliado através da equação: média de pontos da contemplação (C) + média de pontos da ação (A) + média de pontos da manutenção (M) – média de pontos da pré-contemplação (PC) = Escore de Prontidão (EP).

- ECAP (Escala de Compulsão Alimentar Periódica): instrumento desenvolvido por Gormally, Black, Daston e Rardin (1982), recentemente traduzido e validado para o Brasil por Freitas et al. (2001), da escala original *Binge Eating Scale* (BES). Consta de um questionário auto-aplicável que avalia e quantifica a gravidade das tendências da compulsão alimentar periódica. Compõe-se de uma escala Likert, com 62 afirmativas, distribuídas em 16 itens, sendo que o entrevistado seleciona uma resposta que seja mais representativa da sua percepção. A cada afirmativa, dá-se uma pontuação de 0 a 3, que corresponde de ausência até gravidade da compulsão. A soma dos pontos fornece o escore que corresponde à seguinte classificação (Freitas et al., 2001): abaixo ou igual a 17 - ausência da compulsão; de 18 a 25 - compulsão moderada; igual ou acima de 26 - compulsão alimentar grave.
- SOCRATES (*The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*): escala criada por Miller e Tonigan (1996), composta de 19 itens na versão atual validada no projeto MATCH (Artigo 2/2008), sendo as alternativas de respostas do tipo Likert (1 - discordo totalmente, 2 - discordo, 3 - indeciso, 4 - concordo, 5 - concordo totalmente). É dividida nas subescalas: reconhecimento (sete itens), ambivalência (quatro itens) e ação (oito itens). Em uma correlação com a escala URICA, a subescala reconhecimento é constituída pelos itens que investigam a pré-contemplação e a contemplação; e a subescala ação da SOCRATES corresponde à ação e à manutenção da URICA. Neste instrumento, as questões

fazem referência ao problema em questão como “ao meu problema”. Para que o estudo fosse específico, foi explicitado nas questões como “ao meu problema com o hábito de comer”, descrito logo acima na folha pelo próprio sujeito (Anexo 3).

- Régua de prontidão (Velásquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001): é uma técnica visual-analógica de 0 a 10, simples e eficaz, para averiguar em qual estágio de mudança o sujeito se encontra. O terapeuta pergunta a seu cliente qual dos pontos da régua melhor reflete o quão pronto ele está, no presente momento, para mudar seu comportamento problema (consta como um item no Anexo 1).
- Inventário de Depressão de Beck – BDI (*Beck Depression Inventory – BDI*) (Cunha, 2001): destina-se a medir a intensidade da depressão, tanto em pacientes psiquiátricos quanto na população geral. O instrumento é formado por 21 itens, cada um com quatro alternativas, entre as quais o sujeito deve escolher a mais aplicável a si mesmo. O escore total resulta da soma dos escores dos itens individuais. O estudo de validação, para o Brasil, foi desenvolvido pela Prof^ª. Dr^ª. Jurema A. Cunha, com autorização para pesquisa da *The Psychological Corporation* à Casa do Psicólogo. Os pontos de corte para pacientes psiquiátricos, conforme normas da versão em português, são: 0 a 11 (mínimo), 12 a 19 (leve), 20 a 35 (moderado) e 36 a 63 (grave).
- Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (*Beck Anxiety Inventory – BAI*) (Cunha, 2001). Trata-se de uma escala sintomática, destinada a medir a gravidade dos sintomas de ansiedade. É composta por 21 itens, em que o sujeito deve pontuar conforme os sintomas que o afetam, numa escala de quatro pontos. O escore total é obtido pelo somatório dos escores de cada item. Os pontos de corte para pacientes psiquiátricos foram, conforme as normas da versão em português, desenvolvidos, em 1999, pela Prof^ª. Dr^ª. Jurema A. Cunha e subdividem-se de 0 a 10 (mínimo), 11 a 19 (leve), de 20 a 30 (moderado) e de 31 a 63 (grave).

- BITE – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo, de Henderson e Freeman (1987), traduzido por Cordás e Hochgraf (1993). Avalia a compulsão alimentar e a bulimia, pode ser utilizado para população em geral e para a população clínica. Inclui duas escalas: uma de sintomas (30 itens sim/não, com escore variando de 0 a 30) e outra de gravidade (três itens dimensionais). Esses dois escores podem ser adicionados para produzir um escore total. Na escala de sintomas, o escore elevado é de acima ou igual a 20, indicando um padrão alimentar muito perturbado e a presença da compulsão alimentar; escore médio (entre 10 e 19) sugere um padrão alimentar não-usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica; e os escores abaixo de 10 estão dentro dos limites da normalidade. Na escala gravidade, o escore igual ou acima de 5 é considerado clinicamente significativo, e igual ou acima de 10 indica elevado grau de gravidade. Está validado para a população brasileira (Nunes, 2006).

Procedimentos

Adaptação do instrumento.

Em recente estudo desenvolvido por Szupszynski e Oliveira (2008), a URICA foi validada para usuários de drogas ilícitas. Para este propósito, foi traduzida da língua inglesa para a portuguesa através dos procedimentos de tradução, aplicação de piloto, back-translation e avaliação de comitê de juízes. Este estudo validou a versão da URICA de 24 itens, distribuídos em quatro subescalas de seis itens cada: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. A análise estatística descritiva desta validação encontrou uma concordância entre os dois juízes de 87,5% dos itens examinados. A partir do presente estudo a URICA, já validada em português, foi adaptada para o comportamento de comer

compulsivo, avaliada por uma equipe de especialistas e aplicada em uma amostra-piloto de 20 sujeitos para a avaliação da compreensão gramatical. Após esta amostragem, na qual foi verificada a compreensão das sentenças pelos sujeitos, foram excluídos os protocolos de pesquisa desta primeira fase de validação, sendo, então, iniciada a coleta de dados.

Aspectos éticos.

Este projeto foi submetido e recebeu aprovação do Comitê de Ética da PUCRS. Forneceu-se a todos os sujeitos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), no qual foram explicitados os objetivos do estudo, e sua assinatura foi uma pré-condição para que o participante fosse incluído na amostra. Os participantes foram informados a respeito da natureza e dos propósitos da pesquisa, além da responsabilidade do pesquisador quanto ao sigilo dos dados coletados.

Coleta de dados.

Após apresentação e aprovação deste projeto nos locais de coleta (CREEO, Vigilantes do Peso, Santa Casa de Misericórdia, Comedores Compulsivos Anônimos e Leve com Ciência), iniciou-se a coleta da URICA para o comportamento de comer compulsivo. Os instrumentos foram auto-aplicáveis, com esclarecimento prévio pelo pesquisador ou por um colaborador treinado. Uma parte da amostra foi coletada em atendimento individual nos pacientes com histórico de comer compulsivo.

Análise dos dados.

As informações coletadas foram organizadas e analisadas pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 11.5. A análise exploratória dos dados constou de medidas descritivas e de distribuição de frequência. Na validação da URICA, foram utilizados o alfa de Cronbach, a análise fatorial de rotação Varimax, o coeficiente de correlação Pearson, o teste T de comparação de médias, a análise de variância complementada pelo teste de comparações múltiplas de Tukey a um nível de significância de 5% e o cálculo de distribuição interquartil.

Resultados

Características sociodemográficas

A amostra do estudo-piloto foi composta por 175 sujeitos, sendo 164 mulheres (93,7%). A média de idade apresentada pela população é de 41 anos de idade (DP = 13,10). Todos os participantes apresentavam histórico de comportamento de comer compulsivo e eram provenientes das cidades da Grande Porto Alegre. Dos sujeitos, 134 foram coletados em locais de atendimento grupal (CREEO, Vigilantes do Peso, Comedores Anônimos, Santa Casa de Misericórdia e Leve com Ciência) e 41, em unidades de atendimento individual. Dos participantes, 52% tiveram acesso ao Ensino Superior, e 80,6% da amostra haviam concluído o Ensino Médio. Quanto ao estado civil, 54% da população eram casados, 34% eram solteiros, 10,4% eram separados e 1,6% eram viúvos. Segundo os critérios de corte do Brasil (IBGE, 2005), 40,6% da amostra encontram-se na classe C (n = 71) e 38,8%, na classe B1 ou B2 (n = 68), conforme tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Sexo				
Feminino	164	93,7		
Masculino	11	6,3		
Idade			41,05	13,10
Classe econômica				
A1 ou A2	19	10,9		
B1 ou B2	68	38,8		
C	71	40,6		
D ou E	17	9,7		
Estado civil				
Casado	95	54		
Solteiro	60	34		
Separado	18	10,4		
Viúvo	2	1,6		
Escolaridade				
Ensino Fundamental Incompleto	9	5,1		
Ensino Fundamental Completo	11	6,3		
Ensino Médio Incompleto	14	8		
Ensino Médio Completo	50	28,6		
Ensino Superior Incompleto	41	23,4		
Ensino Superior Completo	50	28,6		
Trabalha atualmente	130	74,3		
Já fez psicoterapia de grupo	44	25,1		
Já fez psicoterapia individual	67	38,3		
Atualmente faz psicoterapia	27	15,4		
Tem familiar próximo obeso	125	72,7		
Apresenta doença clínica	74	42,3		

Características do padrão alimentar

Do total da amostra, 78,3% referiram já ter se submetido a tratamentos para o peso anteriormente; 88% afirmaram que os problemas com o peso têm interferido na sua qualidade de vida; 42,3% responderam que têm algum tipo de doença clínica decorrente do aumento de peso; 82,9% acreditam que possuem problemas em relação ao hábito de comer; 89,1% desejam mudar seu hábito em relação à comida nos próximos seis meses e 88,6% pensam em realizar essa mudança nos próximos 30 dias (conforme tabela 2); 16% utilizam tabaco e 4% ingerem álcool com uma frequência média de duas vezes por semana.

A idade média do início do aumento de peso foi de 22,8 anos (DP = 12,2). A idade média referida do início do comer compulsivo foi próxima a 21,9 anos (DP = 9,4). A idade média do primeiro tratamento de peso foi de 24,4 anos (DP = 11,5), conforme tabela 2.

Tabela 2 – Características do padrão alimentar

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Acredita ter problemas com relação ao hábito de comer	145	82,9		
Pretende mudar os hábitos alimentares nos próximos seis meses	156	89,1		
Pretende mudar os hábitos alimentares nos próximos 30 dias	155	88,6		
Idade do início do aumento do peso			22,8	12,2
Idade do início do comer compulsivo			21,9	9,4
Já fez tratamento para peso	137	78,3		
Já fez uso de medicação para emagrecer	120	68,6		
Idade do primeiro tratamento para peso			24,4	11,5

Sobre a utilização de vômitos como forma de tentar anular a ingestão, 22% do total da amostra já utilizaram o vômito, sendo que 7,3% fazem uso com uma frequência semanal média de duas vezes por semana.

Segundo o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) da amostra, a média apresentada foi: 16% normais (n = 28); 32,6% (n = 57) têm sobrepeso; 29,1% (n = 51) apresentam obesidade do tipo 2; 10,9% (n = 19) apresentam obesidade do tipo 3; e 11,4% (n = 20) apresentam obesidade do tipo 4. Assim, do total de participantes, 51,4% (n = 90) indicam algum grau de obesidade, 68,6% já tomaram medicação para tentar emagrecer, 38,3% já fizeram psicoterapia individual e 25,1% já realizaram psicoterapia de grupo.

Conforme o levantamento da escala URICA para o comportamento de comer compulsivo, o escore médio apresentado na pré-contemplação foi de 13,67 (DP = 3,61), na contemplação foi de 21,98 (DP = 4,18), na ação foi de 23,15 (DP = 5,60), na manutenção foi de 22,28 (DP = 5,35) e na prontidão para a mudança foi de 8,95 (DP = 13,16). Na régua de prontidão, a média apresentada foi de 7,53 (DP = 2,27).

Os resultados apresentados pelo ECAP (inventário de comer compulsivo) foram: 80,6% apresentaram ausência de compulsão alimentar (n = 141), 12,6% apresentaram grau moderado (n = 22) e 6,9% (n = 12) apresentaram grau grave de compulsão alimentar. Pelo BITE (inventário para comer compulsivo e bulimia), o resultado normal apareceu em 14,9% (n = 26), o grau moderado em 35,6% (n = 61) e o grave em 27,4% (n = 48).

De acordo com o levantamento do BAI para avaliar os graus de ansiedade na amostra, 45,1% (n = 79) apresentavam ansiedade mínima, 19,4% (n = 34) ansiedade leve, 15,4% (n = 27) ansiedade moderada e 9,7% (n = 17) ansiedade grave. Segundo o levantamento do BDI para avaliar níveis de depressão, 49,1% (n = 86) manifestavam depressão mínima, 18,9% (n = 33) depressão leve, 18,9% (n = 33) depressão moderada e 2,9% (n = 5) depressão grave.

Evidências de validade

Consistência interna.

A fidedignidade estimada, baseada no coeficiente de Cronbach, para a URICA – adaptação brasileira para o comportamento de comer compulsivo –, na escala de 24 itens, foi de $\alpha = 0,80$. Assim, a consistência interna foi considerada satisfatória. Avaliaram-se, também, os 24 itens divididos em quatro subescalas, apresentados na tabela 3. Os coeficientes alfa de Cronbach das subescalas foram satisfatórios.

Tabela 3 – Coeficiente alfa de Cronbach das subescalas e questões da URICA

Fonte	alfa de Cronbach	N	Número de itens
Pré-contemplação	0,534	175	6
Contemplação	0,737	175	6
Ação	0,899	175	6
Manutenção	0,813	175	6
URICA Total	0,801	175	24

Ponto de corte da prontidão para a mudança encontrado na URICA para o comportamento de comer compulsivo.

Para o ponto de corte da prontidão para a mudança foi realizada a distribuição interquartil. Segundo o quartil do escore médio de prontidão apresentado neste estudo, os pontos de corte encontrados foram de até 8 para pré-contemplação, entre 8 e 10,33 para contemplação e acima de 10,33 para ação.

Análise fatorial da URICA para o comportamento de comer compulsivo.

Realizou-se a análise fatorial da URICA para o comportamento de comer compulsivo, através da rotação Varimax, após eliminar os fatores com baixo percentual de explicação. A URICA foi agrupada em três fatores. Nestes, 23,8% estão sendo explicados, conforme a sequência apresentada na Tabela 4 no fator 1 (da URICA 13 até a 19), 18,79% estão no fator 2 (da URICA 18 até a 2) e 12,80% estão no fator 3 (da URICA 7 até a 1). Os três fatores da URICA, conjuntamente, explicam 55,39% da variação total. Apenas o item 5 mostrou-se fraco, para que pudesse ser agrupado. Este item pertence à pré-contemplação, podendo ter sido interpretado como contemplação pela explicação de sua sentença. Pôde-se verificar que o primeiro fator mede predominantemente a contemplação e a manutenção, o segundo fator apresenta todos os itens correspondentes à ação e o terceiro fator mede predominantemente os itens de pré-contemplação. Percebe-se, assim, que os itens manutenção e contemplação foram agrupados no segundo fator.

Tabela 4 – Análise Fatorial da URICA para o Comportamento de Comer Compulsivo

<i>Itens da URICA</i>	<i>Fator 1</i>	<i>Fator 2</i>	<i>Fator 3</i>
13. Eu gostaria ter mais idéias de como solucionar o meu problema com o hábito de comer.	0,772		
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação com ao hábito de comer.	0,769		
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com meu hábito de comer, mas não estou.	0,716		
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída de meu hábito de comer.	0,701		
9. Eu tenho um problema com o hábito de comer e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	0,684		
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao hábito de comer.	0,671		
21. Estou frustrado porque pensei ter resolvido meu problema com o hábito de comer, mas não resolvi.	0,633		
24. Eu fico preocupado em não conseguir manter minha mudança com relação ao hábito de comer.	0,607		
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação ao hábito de comer.	0,596		
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.	0,594		
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu hábito de comer.	0,589		
20. As vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com o hábito de comer.	0,586		
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas sobre o meu hábito de comer.	0,304		
18. Eu realmente estou fazendo algo com relação ao meu hábito de comer.		0,888	
23. Eu estou trabalhando ativamente no meu problema com o hábito de comer.		0,879	
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.		0,873	
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu problema com o meu hábito de comer.		0,872	
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com o hábito de comer.		0,823	
5. Muitas pessoas variam o hábito de comer, eu não penso que isso seja um problema só para mim.			
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu hábito de comer, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.			0,704
17. Estou em dúvida sobre fazer algo a respeito do meu hábito de comer.			0,703
16. Talvez eu tenha problemas com o meu hábito de comer, mas não creio nisso.			0,685
22. Eu tenho alguns problemas com o hábito de comer, mas porque perder tempo com isso?			0,658
1. Eu não estou com problemas com relação ao meu hábito de comer.			0,639

Validade de constructo.

A validade de constructo foi realizada por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os escores brutos dos domínios da URICA com ela mesma (conforme tabela 5). Nesse sentido, o estágio de contemplação mostrou uma correlação inversa com o estágio de pré-contemplação. O estágio de ação apresentou uma correlação inversa com o estágio de pré-contemplação e uma correlação positiva com o estágio de contemplação. O estágio de manutenção apresentou uma correlação inversa com a pré-contemplação e positiva com a ação e a manutenção. E o somatório da prontidão para a mudança apresentou uma correlação inversa com o estágio de pré-contemplação e uma correlação positiva com a contemplação, a ação e a manutenção da URICA.

Tabela 5 - Correlação entre URICA e URICA

<i>URICA</i>	<i>Pré-contemplação</i>	<i>Contemplação</i>	<i>Ação</i>	<i>Manutenção</i>	<i>Prontidão</i>
Pré-contemplação	1				
Contemplação	-0,062	1			
Ação	-0,210**	0,240**	1		
Manutenção	-0,160*	0,708**	0,387**	1	
Prontidão	-0,448**	0,724**	0,717**	0,840**	1

* Correlação significativa ao nível de significância de 0,05.

** Correlação significativa ao nível de significância de 0,01.

Correlações realizadas através da correlação de *Pearson*.

Validade convergente.

Na correlação entre a URICA e a SOCRATES (conforme tabela 6), utilizada para a validade convergente – pois os dois instrumentos se propõem a medir os estágios motivacionais –, percebemos a correlação significativa inversa entre o estágio de pré-contemplação da URICA e os estágios de reconhecimento e ambivalência da SOCRATES. O estágio de contemplação da URICA apresenta uma correlação positiva entre todos os estágios

da SOCRATES. O estágio de ação da URICA apresenta uma correlação positiva entre os estágios de reconhecimento e ação da SOCRATES. O estágio de manutenção apresenta uma correlação positiva entre os estágios de reconhecimento, ambivalência e ação da SOCRATES e a prontidão para a mudança (cálculo extraído a partir da URICA) apresenta uma correlação significativa com os estágios de reconhecimento, ambivalência e ação da SOCRATES. Entre a URICA e a SOCRATES, houve correlação entre todos os estágios, exceto na ação da URICA e na ação da SOCRATES. Pode-se afirmar que a validade convergente é satisfatória.

Tabela 6 – Correlação entre URICA e SOCRATES

<i>URICA</i>	<i>SOCRATES</i>		
	Reconhecimento	Ambivalência	Ação
Pré-contemplação	-0,417**	-0,255**	0,127
Contemplação	0,652**	0,465**	0,170*
Ação	0,234**	0,84	0,777**
Manutenção	0,648**	0,477**	0,267**
Prontidão	0,682*	0,447**	0,527**

* Correlação significativa ao nível de significância de 0,05.

** Correlação significativa ao nível de significância de 0,01.

Correlações realizadas através da correlação de *Pearson*.

Para a validade convergente foi correlacionado também o escore da régua de prontidão com os estágios da URICA, uma vez que ambos se propõem a avaliar o estágio motivacional. O escore da régua de prontidão apresentou correlação significativa com os estágios de ação e com a prontidão para a mudança, e uma correlação inversa com o estágio da URICA na pré-contemplação (conforme tabela 7).

Tabela 7 – Correlação entre URICA e a régua de prontidão

<i>URICA</i>	<i>Régua de prontidão</i>
Pré-contemplação	-0,161*
Contemplação	-0,062
Ação	0,594**
Manutenção	0,072
Prontidão	0,307

* Correlação significativa ao nível de significância de 0,05.

** Correlação significativa ao nível de significância de 0,01.

Correlações realizadas através da Correlação de *Pearson*.

Distribuição dos escores médios dos estágios da URICA em relação à classificação do ECAP e o BITE

Ao relacionar a classificação do ECAP com a distribuição dos escores médios dos estágios da URICA (através do teste t) foi encontrada diferença significativa entre os escores médios de contemplação, manutenção e prontidão, sendo que os indivíduos classificados como moderados e graves no ECAP tiveram média significativamente maior do que os classificados como normais (conforme tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos escores médios dos estágios da URICA em relação à classificação do ECAP

<i>URICA</i>	<i>ECAP</i>	<i>Média</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Pré-contemplação	Normal	13,76	3,73	0,502
	Moderado/Grave	13,29	3,11	
Contemplação	Normal	21,37	4,29	<0,001
	Moderado/Grave	24,50	2,39	
Ação	Normal	23,43	5,60	0,173
	Moderado/Grave	21,97	5,52	
Manutenção	Normal	21,52	5,47	<0,001
	Moderado/Grave	25,44	3,34	
Prontidão	Normal	8,76	2,30	0,002
	Moderado/Grave	9,77	1,42	

*Teste t de comparação de médias

Ao relacionar a classificação do BITE à distribuição dos escores médios dos estágios da URICA, pelo teste de comparação de médias múltiplas de Tukey ao nível de significância de 5%, foi encontrada diferença significativa nos escores médios de contemplação, manutenção e prontidão. Na contemplação, os sujeitos classificados como moderados e graves apresentaram médias significativamente superiores em relação aos de classificação normal (conforme tabela 9). Os com classificação grave no BITE obtiveram médias significativamente maiores que aqueles classificados como normais ou moderados. E os indivíduos classificados como moderados pelo BITE obtiveram médias significativamente

maiores do que os classificados como normais. Em relação à prontidão, foi encontrada diferença entre os escores dos sujeitos classificados como moderados ou graves em relação àqueles classificados como normais pelo BITE, sendo as médias dos primeiros significativamente maiores.

Tabela 9 - Distribuição dos escores médios dos estágios da URICA em relação à classificação do BITE

<i>URICA</i>	<i>BITE</i>					
	Normal		Moderado		Grave	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Pré-contemplação	14,08 ^A	3,49	13,28 ^A	3,95	13,06 ^A	3,03
Contemplação	19,46 ^B	5,30	21,80 ^A	4,26	23,69 ^A	2,61
Ação	22,11 ^A	6,64	23,69 ^A	4,99	22,77 ^A	5,86
Manutenção	17,38 ^C	5,17	22,44 ^B	4,66	25,31 ^A	3,48
Prontidão	7,48 ^B	2,67	9,11 ^A	2,16	9,78 ^A	1,54

As médias seguidas de letras distintas diferem significativamente através da análise da variância complementada pelo teste de comparações múltiplas de Tukey, ao nível de significância de 5%.

Discussão

A partir dos resultados obtidos neste estudo, constatou-se que 76,57% (n = 134) da amostra freqüentam grupos para tratamento do comportamento alimentar. Segundo o levantamento do ECAP, a amostra apresenta 19,5% entre comedores compulsivos moderados e graves. Em um estudo multicêntrico (Espíndola & Blay, 2006), observou-se a prevalência de 30% do transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) entre pacientes em tratamento para emagrecer, e no Brasil a freqüência encontrada é de 16% de TCAP em mulheres obesas de um programa de vigilantes do peso; uma incidência semelhante à encontrada na atual pesquisa.

A população analisada nos dados descritivos desta validação foi de 93,7% de mulheres. Segundo estudos atuais (Saikali et al., 2004), os transtornos alimentares de forma

geral, o transtorno do comer compulsivo e a obesidade têm uma maior incidência no sexo feminino também pelo fato de se vincularem aos padrões de beleza da atualidade.

Foi encontrado um percentual de 51,4% de pacientes que apresentam algum grau de obesidade (com o somatório dos índices do tipo de obesidade 2, 3 e 4). Estudos na população geral (Pinheiro et al., 2006) demonstraram prevalências de TCAP entre 2% e 3% na população adulta e de 8% na população obesa. Os índices mais elevados (20% a 40%) foram relatados em pacientes obesos que procuram tratamento para a redução de peso. Assim, o alto índice de obesos encontrados neste estudo deve-se a um maior índice do referido transtorno encontrado nos grupos de tratamento para o comportamento alimentar do que na população em geral, conforme os autores indicam.

Nos resultados desta pesquisa, foi encontrada a média de início do aumento de peso em 22,8 anos (DP = 12,2) e a média do início da compulsão alimentar em 21,9 anos (DP = 9,4). Assim, pôde-se verificar que o aumento de peso aparece posteriormente ao início do comportamento compulsivo alimentar, sendo que a média do início para o primeiro tratamento de obesidade foi de 24,4 anos (DP = 11,5). Do total da amostra, 51,4% apresentavam obesidade. Desta forma, observa-se que a obesidade possivelmente se deu pela continuidade do comportamento de comer compulsivo e que este antecede à obesidade. Striegel-Moore et al. (2001) evidenciaram que a compulsão alimentar antecede o início da obesidade em cerca da metade dos obesos com TCAP, podendo ser a compulsão alimentar o primeiro sintoma para o acúmulo de peso e o desenvolvimento da obesidade.

Segundo os resultados desta amostra, verificou-se que 16% da população avaliada utilizam tabaco, 4% ingerem álcool com frequência de duas vezes por semana, 8% usam ambos (álcool e tabaco), e 68,6% já tomaram medicações para emagrecer. De acordo com estudo de Brasiliano e Hochgraf (2006), há associação entre transtornos alimentares e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sendo freqüente um histórico de

abuso de álcool e drogas. A evidência da comorbidade sugere maior severidade nos distúrbios psiquiátricos e clínicos dos pacientes, sendo a evolução clínica diferente e provavelmente mais grave. Assim, pode-se inferir que a comorbidade seja um dos fatores pelos quais este estudo apresentou o dado de que os tratamentos costumam ser recorrentes, pois 78,3% já estiveram em tratamento para o comportamento alimentar anteriormente.

Do total da amostra avaliada, 88% referem que o problema com o peso interfere em sua qualidade de vida. A interferência dos transtornos alimentares na qualidade de vida dos pacientes foi apontada em vários trabalhos. Em estudo recente, Gonzalez et al. (2001) observaram que a qualidade de vida dos pacientes com transtorno alimentar é pior do que a da população geral de mesma idade e sexo, e semelhante à pacientes com outros diagnósticos, tais como depressão, esquizofrenia e pânico (Freitas et al.,2002).

Dos participantes desta pesquisa, 42,3% referem ter doença clínica decorrente dos problemas relacionados ao peso. Em estudo de Suplicy (2006), constatou-se que, além de a adiposidade total provocar uma série de doenças crônicas, vários estudos populacionais têm demonstrado também a importância da gordura abdominal como fator de risco para doenças não-transmissíveis – a obesidade abdominal é considerada um achado característico da síndrome metabólica.

Foi observado nesta investigação que 72,7% têm familiar próximo obeso. Hodes et al. (1997) afirmaram que outros fatores que podem interagir nas dietas, como precursores da compulsão alimentar, são a predisposição genética, a vulnerabilidade biológica individual para esta patologia e as influências culturais e familiares.

Dois ensaios clínicos desses mesmos autores demonstraram que pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica tratados com terapia cognitiva comportamental tiveram redução significativa dos níveis de ansiedade e depressão. Além disso, sugerem que a redução da compulsão alimentar e a diminuição da insatisfação com a imagem corporal

resultantes do tratamento contribuem para a melhora do humor em pacientes obesos com TCAP (Duchesne et al., 2007). Na amostra deste estudo de validação da URICA para o comportamento de comer compulsivo, 21,8% apresentavam depressão moderada ou grave. Pesquisas sobre a comorbidade em TCAP mostraram que os indivíduos com o transtorno apresentam índices maiores de psicopatologia (especialmente depressão e transtornos de personalidade) do que os que não o possuem (Dobrow et al., 2002).

Os escores médios dos estágios da URICA em relação às classificações do BITE e do ECAP apresentaram diferenças significativas. Desta forma observa-se que a gravidade da compulsão alimentar interfere no estágio da URICA. Assim, os sujeitos apresentam uma maior ou menor motivação para a mudança de comportamento compulsivo alimentar de acordo com a gravidade de sua compulsão.

Na validade convergente da URICA para o comportamento de comer compulsivo, a régua de prontidão foi utilizada para comparação dos resultados, uma vez que ambas avaliam o estágio motivacional. A régua de prontidão apresentou correlação positiva com os resultados obtidos na URICA no estágio da ação e na prontidão para a mudança, e correlação inversa no estágio de pré-contemplação. Resultados semelhantes foram encontrados por Szupczynski e Oliveira (2008) em estudo de validação da URICA para usuários de substâncias ilícitas na população brasileira, onde a URICA apresentava correlação significativa com a régua de prontidão no estágio de ação.

Ainda sobre o trabalho de Szupczynski e Oliveira (2008) para validação da URICA para usuários de substâncias ilícitas, a consistência interna na escala de 24 itens para usuários de drogas foi de $\alpha = 0,657$. Em investigação semelhante, Henderson et al. (2004) encontraram uma consistência interna das subescalas do URICA quanto ao uso de drogas ilícitas adequada, variando de 0,71 a 0,88. O coeficiente de alfa de Cronbach oscilou de 0,71 a 0,93 para ao URICA relativa a amostras de heroína e de 0,64 a 0,71 para a heroína. O alfa

encontrado para o presente estudo foi de $\alpha = 0,80$, demonstrando ser satisfatório, em comparação a pesquisas semelhantes.

Hasler, Klaghofer & Buddeberg (2003) realizaram adaptação e validação da URICA para a população alemã em uma amostra composta de 129 pacientes com transtornos alimentares. A consistência interna das subescalas foi considerada boa e/ou muito boa. As médias e os desvios-padrão foram semelhantes aos encontrados na validação do instrumento original. Na validação alemã, a URICA de 24 itens foi agrupada em três fatores, através da análise fatorial, que conjuntamente explicam 52% da variação total e a consistência interna encontrada de $\alpha = 0,86$. O estudo concluiu que a URICA se mostra um instrumento válido para avaliar a dimensão motivacional para a mudança de comportamentos-problema. Os resultados encontrados na população alemã demonstram bastante proximidade com os deste estudo de validação na população brasileira da URICA para o comportamento de comer compulsivo: a consistência interna encontrada foi de $\alpha = 0,80$ e a análise fatorial também foi agrupada em três fatores que, conjuntamente, explicam 55,39% da variação total – percentual também próximo ao encontrado na população alemã.

Dozois et al. (2003) realizaram um estudo de validação da URICA para pessoas com problema relacionado à ansiedade. A amostra constituiu-se de 252 estudantes, com idade média de 20 anos e com escore médio de ansiedade avaliado pelo Inventário de Ansiedade de Beck. A URICA total apresentou consistência interna de alta ($\alpha = 0,79$), bem como em suas subescalas: pré-contemplação ($\alpha = 0,77$), contemplação ($\alpha = 0,80$), ação ($\alpha = 0,84$) e manutenção ($\alpha = 0,82$). A consistência interna apresentada neste estudo é semelhante à encontrada na validação da URICA para o comportamento de comer compulsivo: de alta ($\alpha = 0,80$), pré-contemplação ($\alpha = 0,534$), contemplação ($\alpha = 0,737$), ação ($\alpha = 0,899$) e manutenção ($\alpha = 0,813$). Isso demonstra um resultado satisfatório na validação, visto que os resultados se parecem com os de um mesmo instrumento já validado.

Um estudo sobre os estágios motivacionais no tratamento das adições (DiClemente et al., 2004) também utilizou a URICA e a SOCRATES para avaliação dos estágios motivacionais em alcoolistas, e os instrumentos apresentaram resultados bastante semelhantes. O ponto de corte sobre a prontidão para a mudança encontrado para a URICA neste grupo foi abaixo de 7 para pré-contempladores, entre 8 e 11 para contempladores e acima de 12 para ação. A pesquisa atual (de validação da URICA para o comportamento de comer compulsivo) também utilizou a SOCRATES como parâmetro de comparação para a validade convergente, uma vez que ambos instrumentos medem os estágios motivacionais. A correlação apresentada entre eles foi significativa. O ponto de corte da prontidão para a mudança encontrado também foi próximo ao estudo norte-americano citado. Segundo o quartil do escore médio de prontidão apresentado para o comportamento de comer compulsivo, os pontos de corte encontrados foram de até 8 para pré-contemplação, entre 8 e 10,33 para contemplação e acima de 10,33 para ação.

Assim, a partir de pesquisa bibliográfica e da análise dos resultados encontrados, pode-se concluir, através deste estudo, que as evidências da validação da URICA, com relação ao comportamento de comer compulsivo, são satisfatórias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs a validação da *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) e a adaptação brasileira para o comportamento de comer compulsivo. Através dos diversos cálculos apresentados, pode-se afirmar que as evidências de validação são satisfatórias.

Cabe também ressaltar a importância deste estudo para avaliar o estágio motivacional no comportamento de comer compulsivo, uma vez que o grau de recaída é alto e recorrente, e pode levar com frequência a obesidade, complicações clínicas, diminuição da qualidade de vida e aumento da depressão, entre outras conseqüências. Dessa forma, percebe-se a necessidade de desenvolver instrumentos de avaliação precisos para comportamentos específicos que favoreçam estratégias clínicas mais eficazes, pois a manutenção do comportamento alimentar adequado tem se apresentado como um desafio, visto que não é possível a abstinência total de alimento.

Assim, a manutenção do comer moderado, segundo os estudos, parece ser um complicador na continuidade do tratamento, possivelmente gerando ciclos de recaída e desmotivação. Estudos sobre formas de tratamento que colaborem com a motivação e a manutenção demonstram ser relevantes, bem como a validação específica de instrumentos que avaliem o estágio motivacional (como o URICA) para o comportamento de comer compulsivo, para a avaliação e o planejamento da intervenção mais adequada.

Uma limitação encontrada neste estudo talvez seja o fato de que a amostra é basicamente clínica, o que favorece a probabilidade de respostas no estágio de ação, o que parece não ter interferido na validação do instrumento, mas pode ter oferecido dados restritos da parte descritiva da amostra (amostra clínica). Por outro lado, esse foi o acesso possível aos sujeitos com comportamento de comer compulsivo.

A sugestão, a partir desta investigação, é um estudo mais amplo na amostra do segmento de bulímicos e sobre a eficácia dos diferentes tratamentos, já que a maior parte da amostra foi coletada em grupos de tratamento. Também seria útil um trabalho descritivo do comportamento dos pacientes que conseguem permanecer no estágio de manutenção e um semelhante com os que têm recaído, para analisar e compreender os fatores de risco de recaída de comportamento alimentar.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (4a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Assis, M., & Nahas, M. (1999). Aspectos Motivacionais de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, 12 (1).
- Assumpção, C., & Cabral, M. (2002) Complicações clínicas da anorexia nervosa e Bulimia Nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3).
- Azevedo, A., Santos, C., & Fonseca, D. (2004). Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 170-172.
- Berkel, L. A, Carlos Poston, W. S., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (2005). Behavioral interventions for obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 105 (Suppl. 5), S35-S43.
- Borges, M. B. F., & Jorge, M. R. (2000). Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. *Psiquiatria na Prática Médica*, 33, 4.
- Brasiliano, S., & Hochgraf, P. B. (2006). A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (3), 13-25.
- Calheiros, P. R., Oliveira, M. S. & Andretta, I. (2005). Descrição do modelo transteórico In: Werlang, B. & Oliveira, M. S. *Temas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S., & Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 30 (9), 1834-1847.

- Carneiro, J. R. I., & Gomes, M. B. (2001). *Obesidade: Como tratar*. Acessado em março-12, 2003, <http://www.lampada.uerj.br/ead-ind/obesidad/obesidad/html>.
- Castro, M., & Passos, S. (2005). Entrevista Motivacional e escalas de motivação para tratamento de drogas, *Revista de Psiquiatria Clínica*
- Cordás, T. A. & Hochgraf, P. B. (1993). O BITE. Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42, 141-144.
- Coutinho, W., & Póvoa, L. C. (1998). Comer compulsivo e obesidade. In M. A. A. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. G. Abuchaim, W. Coutinho, et al., *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 203-206). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Devlin, M. J. (2001). Binge eating disorder and obesity. A combined treatment approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 325-335.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, 13, 103-119.
- Dobrow, I., Kamenetz, C., & Devlin, M. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Suppl. 3), 25-34.
- Dozois, D. J., Westra, H. A., Collins, K. A., Fung, T. S., & Garry, J. K. (2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (6), 711-729.
- Duchesne, M., Appolinario, J. C., Range, B. P., Freitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo comportamental no tratamento de obesos com transtorno de compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (1), 80-92

- Espíndola, C., & Blay, S. (2006). Bulimia e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica: Revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (3), 265-275.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination. In C. G. Fairburn, & G. T. Wilson. *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Ferreira, A. B. H. (1996). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. (2a.ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Figlie, N. B. I., Dunn, B., & Laranjeira, R. (2004). Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (2), 91-99.
- Freitas, S., Gorenstein, C., & Appolinario, C. (2002). Instrumentos de avaliação dos transtornos Alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Suppl. 3).
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 23, 215-220.
- Friedman, M. A., Brownell, K. D. (2002). Psychological consequences of obesity. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.). *Eating disorder and obesity: A comprehensive handbook* (2a. ed.) (pp. 163-177). New York: Guilford Press.
- Goldfein, J. A., Walsh, B. T., LaChaussee, J. L., Kissileff, H. R., & Devlin, M. J. (1993) Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 427-431.
- Gonzalez, N., Padierna, A., Quintana, J., Arostegui, I., & Horcajo, M. (2001). Quality of life in patients with eating disorders. *Gaceta Sanitaria*, 15, 18-24.

- Goodrick, G. K., Pendleton, V. R., Kimball, K. T., Carlos, P. W., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (1999). Binge eating severity, self-concept, dieting self-efficacy and social support during treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 295-330
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behavior*, 7, 47-55.
- Greene, G. W., Rossi, S. R., Rossi, J. S., Velicer, W. F., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (1999). Dietary applications of the Stages of Change Model. *Journal of the American Dietetic Association*, 99 (6), 673-678.
- Greenway, F. L., & Smith, S. R. (2000). The future of obesity. *Research Ingestive Behavior and Obesity Nutrition*, 16, 976-982.
- Grilo, C. M. (2002). Binge eating disorder. In C. G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.). *Eating disorder and obesity: A comprehensive handbook* (2a. ed.) (pp. 178-182). New York: Guilford Press.
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hasler, G., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2003) The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) psychometric testing of a German version. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53 (9-10), 406-411.
- Heather, N. (1992). Addictive disorders are essentially motivational problems. *British Journal of Addiction*, 87, 827-830.
- Henderson, M. J., & Freeman, C. P. (1987) A self-rating scale for bulimia. The BITE. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.

- Henderson, M. J., Saules, K. K., & Galen, L. W. (2004) The predictive validity of the university of rhode island change assessment questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. *Psychology Addictive Behaviors*, 18 (2),106-112.
- Hodes, H., Timimi, S., & Robinson, P. (1997). Children of mothers with eating disorders: Preliminary study. *European Eating Disorders Review*, 5, 11-14.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2005). *Análise da disponibilidade domiciliar da alimentos e estudo nutricional do Brasil*. Rio de Janeiro.
- Johnson, C., Tobin, D. L., & Dennis, A. (2002). Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at 1 year follow-up. *International Journal of Eating Disorder*, 9, 617-627.
- Klein, D., & Walsh, T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiology and Behaviour*, 81 (2), 359-374.
- Lacey, J. H. (2003). Seeing the wood for the trees. In M. Maj. et al. (Eds.). *Eating disorders* (pp. 347-350). New York: John Wiley & Sons.
- Loeb, K. L., Wilson, G. T., Gilbert, J. S., & Labouvie, E. (2000) Guided and unguided self-help for binge eating. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 259-272.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2000) Binge eating disorder: a need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 159-162.
- McConaughy E. A., Prochaska J. O., Velicer W. E. (1983) Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.

- Nielson, S. (2002). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 201-214.
- Nunes, M. A. (2006). Epidemiologia dos transtornos alimentares. In M. A. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. Galvão, A. L., W. Coutinho, et al. *Transtornos alimentares e obesidade* (2. ed.) (pp. 51-59). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, M. (2000). Entrevista Motivacional. In J. A. Cunha et al. *Psicodiagnóstico V*. (pp. 88-95). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oliveira, M., Laranjeira, R., Araujo, R., Camilo, R., & Schneider, D.D. (2003) Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes de álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 265-270.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Peterson, C. B., Crow, S. J., Nugent, S., Mitchell, J. E., Engbloom, S., & Mussell, M. P. (2000). Predictors of treatment outcome for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 28,131-138.
- Pinheiro, A., Sullivan, P., Bacaltchuck, J., & Prado-Lima, P. (2006). Genética em transtornos alimentares: Ampliando horizontes de pesquisa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 218-225.
- Pinzon, V., & Nogueira, F. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos Transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 23-27.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (19992) In search of how people change – applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102–1114.

- Resende, G., Amaral, V., Bandeira, M., Gomide, A., & Andrade, E. (2005) Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (4).
- Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 25-37.
- Rollnick, S., Kinnersley, P., & Stott, N. (1993). Methods of helping patients with behaviour change. *British Medical Journal*, 307, 188-190.
- Rossi, S. R., Greene, G. W., Rossi, J. S., Plummer, B. A., Benisovich, S. V., Keller S., et al. (2001) Validation of decisional balance and situational temptations measures for dietary fat reduction in a large school-based population of adolescents. *Eating Behaviors*, 2, 1-18.
- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfara, B. M., & Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos Transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (4), 40-45.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (2000). The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity: A critical review of the literature. *Eating Behaviors*, 1, 93-104.
- Santonastaso, P., Ferrara, S., & Favaro, A. (1999) Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 215-218.
- Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C. E., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behaviour Medicine*, 20, 227-232.

- Snow, V., Barry, P., Fitterman, N., Qaseem, A., & Weiss, K. (2005). Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 142 (7), 525-531.
- Soundy, T. J., Lucas, A. R., Suman, V. J., & Melton, L. J. (1995). Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota from 1980 to 1990. *Psychological Medicine*, 25, 1065-1071.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., et al. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorder*, 13, 137-153.
- Stephens, S., Cellucci, T. & Gregory, J. (2004). Comparing stage of change measures in adolescent smokers. *Addictive Behaviors*, 29(4), 759-764.
- Stice, E. (1999) Clinical implications of psychosocial research on bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 675-83.
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorder*, 29, 157-165.
- Stunkard, A. J. (2002) Night eating syndrome. In: C. G. Fairburn, K. D. Brownell (Eds). *Eating disorders and obesity* (2a. ed.). New York: Guilford Press.
- Stunkard, A. J., & Allison, K. C (2003). Two forms of disorders eating in obesity: Binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*, 27, 1-12.
- Suplicy, H. (2006). Obesidade e síndrome metabólica. In M. A. A. Nunes, J. C. Appolinario, A. L. G. Abuchaim, W. Coutinho, et al. *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 273-283). Porto Alegre: Artmed, 1998.
- Szupszynski, K., & Oliveira, M. O. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13 (1), 31-39.

- Tauber, G. (1998). Obesity: how big a problem? *Science*, 280, 1364-1390.
- Toral, N., & Slater, B. (2007) Abordagem do Modelo Transteórico no comportamento alimentar. *Ciência e Saude Coletiva*, 12 (6).
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of- change therapy manual*. New York: The Guilford Press.
- Velicer, W. F., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1996). A criterion measurement model for health behavior change. *Addictive Behaviors*, 21, 555-584.
- Vitolo, M. R., Bortolini, G., & Horta, R. (2006). Prevalência de compulsão alimentar periódica entre jovens universitárias de diferentes áreas de estudo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (1), 240-247.
- Wadden, T. A., Crerand, C. E., & Brock, J. (2005). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 151-170.
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Douchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., & Ball, S. A. (2000) Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 641-649.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (2000) Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259-269.
- Womble, L. G., Williamson, D. A., Greenway, F. L., & Redman, S. M. (2001). Psychological and behavioral predictors of weight loss during drug treatment for obesity. *International Journal of Obesity*, 25, 340-345.

ANEXOS

Anexo 1 – Entrevista Estruturada

ENTREVISTA ESTRUTURADA

Data da entrevista: ___/___/___ Entrevistador: _____ Entrevista nº: _____
Local: _____
Nome completo: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Telefone para contato: _____
Endereço: _____
Estado civil: _____ Escolaridade: _____
Qual o seu peso atual: _____ Qual a sua altura: _____
Renda familiar: _____

Critério de Classificação Econômica Brasil (Sistema de Pontos)

• Posse de itens

	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

• Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto/ Ensino Fundamental incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto/ Ensino Fundamental completo /Ensino Médio incompleto	2
Colegial completo /Ensino Médio completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

• Cortes do critério Brasil

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1	30 – 34	1
A2	25 – 29	5
B1	21 – 24	9
B2	17 – 20	14
C	11 – 16	36
D	6 – 10	31
E	0 – 5	4

Você vive com:

1 - () Pais 2 - () Companheiro 3 - () Filhos
4 - () Amigos 5 - () Sozinho 6 - () Outro: _____

Trabalha atualmente? 1 - () Sim 2 - () Não Atividade: _____

Você estuda? 1 - () Sim 2 - () Não Qual a série? _____

Você tomou medicamentos nos últimos 5 dias? 1 - () Sim 2 - () Não.

Quais medicamentos? _____

Relato de doenças clínicas: _____

Você já usou ou usa algum tipo de droga (álcool e tabaco)?

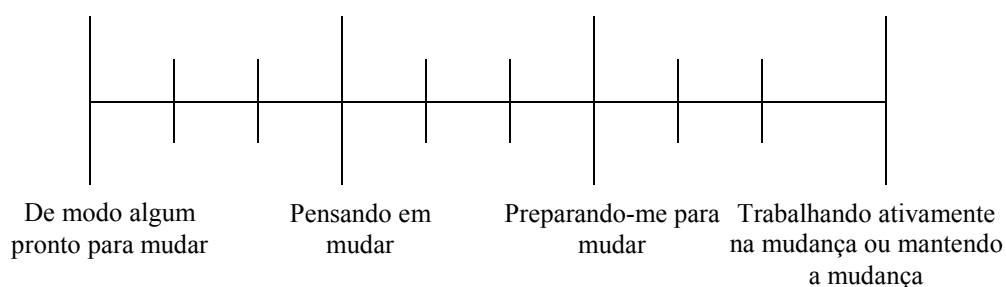
1 - () Sim 2 - () Não Qual? _____

Na sua opinião, alguém da sua família tem ou teve problemas associados ao uso de drogas ou bebidas alcoólicas? 1 - () Sim 2 - () Não

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.

1. Você acha que tem problemas com relação ao seu hábito de comer? () Sim () Não
2. Especifique marcando um X: comer compulsivo () comer e vomitar () ou restringir em excesso a comida ()
3. Se pensa que tem, você deseja mudar este hábito nos próximos 6 meses? () Sim () Não
4. E nos próximos 30 dias, já pensou em mudar seu comportamento com relação ao hábito de comer? () Sim () Não
5. Se você pensa não ter mais problemas com relação ao hábito de comer, há quanto tempo vem se mantendo sem este comportamento? () - de 6 meses () + de 6 meses
6. Marque um ponto na linha que melhor expressa a sua resposta para a pergunta:

O quanto você se considera pronto **nesto momento** para mudar o seu comportamento com relação



Favor preencher as linhas:

- Idade do início significativo do aumento do peso (idade do primeiro aumento)
- Idade do início do comportamento de comer compulsivo, se houver; se não, não preencher
- Utiliza vômito induzido Sim () Não ()
- Se sim, qual a frequência semanal de vômitos
- Idade do início do uso de vômitos
- Qual é a sua altura

- Qual é o seu peso atualmente
- Se você tem sobrepeso (peso acima do ideal), qual é e idade de seu início
- Você costuma restringir os alimentos de forma excessiva, escolhendo muito e comendo pouca ou nenhuma quantidade Sim () Não () Se sim, por quanto tempo em dias consecutivos com que frequência mensal
- Você pensa que o peso ou sua preocupação com ele tem interferido na sua qualidade de vida? Sim () Não () Se sim, em que:
 - 1 - Trabalho ()
 - 2 - Relacionamentos amorosos ()
 - 3 - Saúde ()
 - 4 - Atividades rotineiras ()
 - 5 - Relacionamentos interpessoais ()
 - 6 - Todas ()
 - 7 - Nenhuma ()
 - 8 - Outros ()
- Já fez tratamento médico para diminuir o peso Sim () Não () Se sim, quantas vezes
- Idade do primeiro tratamento médico para o peso
- Já fez psicoterapia de grupo com enfoque no tratamento do peso Sim () Não () Se sim, quantas vezes iniciou tratamento grupal
- Já fez psicoterapia individual Sim () Não ()
- Tem familiar próximo obeso 1 - Pai () 2 - Mãe () 3 - Pais () 4 - Irmão () 5 - Avós () 6 - Tios () 7 - Ninguém ()
- Já fez uso de medicação para emagrecer Sim () Não ()
- Faz uso de medicação psiquiátrica Sim () Não () Se sim, qual

Anexo 2 - URICA

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 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

Anexo 3 - SOCRATES

SOCRATES

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comer. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda, neste momento da sua vida. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

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) _____

As alternativas de resposta são: Discordo muito – Discordo - Indeciso – Concordo – Concordo muito.

	Discordo muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo muito
1. Eu realmente gostaria de fazer mudanças com relação ao meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
2. As vezes eu penso que tenho um problema com o meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
3. Se eu não mudar logo a minha maneira de comer, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4. Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a minha maneira de comer.	1	2	3	4	5
5. Houve uma época em que eu estava com problemas com o meu hábito de comer, mas tenho me controlado para mudar esta maneira de comer.	1	2	3	4	5
6. Às vezes eu penso se o meu problema com o hábito de comer está prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7. Eu tenho problemas com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
8. Eu não estou pensando somente nas mudanças da minha maneira de comer. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
9. Eu já mudei o meu hábito de comer e estou procurando maneiras para conservar essa mudança e não cometer o erro de voltar ao meu antigo padrão de comer.	1	2	3	4	5
10. Eu tenho sérios problemas com o meu padrão de comer.	1	2	3	4	5
11. As vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de comer.	1	2	3	4	5
12. O meu hábito de comer está causando muito danos.	1	2	3	4	5
13. Atualmente estou fazendo coisas para controlar meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
14. Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter os problemas com minha dificuldade em relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5

15. Eu sei que tenho um comer problemático.	1	2	3	4	5
16. Existem momentos em que penso se eu tenho problemas com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
17. Eu sou uma pessoa com problemas com relação ao meu hábito de alimentar.	1	2	3	4	5
18. Eu estou me esforçando muito para mudar o meu hábito alimentar.	1	2	3	4	5
19. Eu tenho feito mudanças no meu padrão alimentar e quero alguma ajuda para não voltar a comer como antes.	1	2	3	4	5

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, orientada pela Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira, tem como título “MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA URICA (*UNIVERSITY OF RHODE ISLAND CHANGE ASSESSMENT*) PARA O COMPORTAMENTO DE COMER COMPULSIVO”. Seu objetivo é adaptar este instrumento para assim melhor avaliar a motivação para a mudança de comportamento nos transtornos alimentares.

A participação nesta pesquisa tem uma importância social visto o índice deste transtorno em nossa atualidade. Assim, de forma ampla, esta pesquisa visa auxiliar na prevenção e na melhoria do tratamento, a partir do levantamento dos dados coletados com seus participantes.

Para coletar os dados necessários para este estudo, serão aplicados os seguintes instrumentos: 1 entrevista de dados sociodemográficos, referente ao padrão da forma de alimentação e 6 questionários (1 - dois questionários que avaliam os estágios de motivação para mudança em relação ao padrão alimentar; 2 - um questionário para avaliar sintomas de ansiedade; 3 - um questionário para avaliar sintomas de depressão; 4 - dois questionário para avaliar o comportamento de comer compulsivo). Após os esclarecimentos necessários, os instrumentos são auto-aplicáveis, ou seja, são preenchidos pelo entrevistado e devolvidos ao pesquisador. O tempo médio para o preenchimento é entre 30 e 40 minutos.

Serão assegurados ao participante desta pesquisa:

- a) o anonimato e a confidencialidade das informações prestadas;
- b) o direito de se retirar da pesquisa, sem que isto implique qualquer prejuízo para a pessoa;
- c) que será informado a respeito dos resultados desta pesquisa, caso seja de seu interesse;
- d) que os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados especificamente para os propósitos apresentados, não sendo usados para outros fins.

Sinta-se à vontade para fazer alguma pergunta antes de decidir.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA: TRADUÇÃO, VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO DA ESCALA URICA (*UNIVERSITY ROHDE ISLAND CHANGE ASSESSMENT*) PARA O COMPORTAMENTO DE COMER COMPULSIVO”. Estou ciente de seu conteúdo e objetivos e concordo com o que está descrito neste documento.

Para o contato com a Prof^a Dr^a Margareth da Silva Oliveira, orientadora deste projeto, o telefone é (51) 3320-3500, ramal 7742; para o contato com o Comitê de Ética, o telefone é (51) 3320-3345.

Caso tiver dúvidas a respeito deste estudo, poderei chamar a pesquisadora Simone Armentano Bittencourt, no telefone (51) 9991-0695.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente

Testemunha

Pesquisador responsável

Anexo 5 – Carta de Autorização do Comitê de Ética



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 364/05-CEP

Porto Alegre, 03 de maio de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Motivação para a mudança: validade da University Rhode Island Change Assesment (Urica)".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Délio José Kipper
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Dra Margareth da Silva Oliveira
N/Universidade