

ANEXO A - QUESTIONÁRIO ORTO-15

Marcar com um X a alternativa que melhor corresponde ao seu comportamento em relação à comida	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Nunca
1. Você fica atento(a) às calorias dos alimentos quando come?				
2. Quando você vai a um mercado de alimentos, se sente confuso a respeito do que deve comprar?				
3. Nos últimos três meses, pensar sobre sua alimentação tem sido uma preocupação?				
4. As suas escolhas alimentares são determinadas pela preocupação com seu estado de saúde?				
5. O sabor é a qualidade mais importante que você leva em consideração ao escolher um alimento?				
6. Normalmente, você se dispõe a pagar mais por alimentos saudáveis?				

7. A preocupação com alimentação saudável toma mais de três horas do seu dia?				
8. Você se permite alguma quebra da sua rotina alimentar?				
9. Para você, o seu humor influencia o seu comportamento alimentar?				
10. Você acredita que a convicção de se alimentar saudavelmente aumenta sua autoestima?				
11. Você acha que o consumo de alimentos saudáveis modifica seu estilo de vida (ida a restaurantes, amigos...)?				
12. Você acredita que consumir alimentos saudáveis pode melhorar o seu aspecto físico?				
13. Sente-se culpado(a) quando sai da sua rotina alimentar?				
14. Você pensa que no mercado existem alimentos não saudáveis?				
15. Ultimamente, você costuma estar sozinho(a) quando se alimenta?				

Orto-15 adaptado por Pontes e Montagner, Brasília-DF, 2010.

ANEXO B - TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Por favor responda as seguintes questões.	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
Fico apavorada com a ideia de estar engordando.						
Evito comer quando estou com fome.						
Sinto-me preocupada com os alimentos.						
Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
Presto atenção a quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
Evito particularmente os alimentos ricos em						

carboidratos (ex. pão, arroz, batata, etc.)						
Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
Vomito depois de comer.						
Sinto-me extremamente culpada depois de comer.						
Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.						
Penso em queimar calorias a mais quanto me exercito.						
As pessoas me acham muito magra.						
Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
Costumo comer alimentos dietéticos.						

Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
Demostro auto-controle diante dos alimentos.						
Sinto que os outros me pressionam para comer.						
Passo muito tempo pensando em comer.						
Sinto desconforto após comer doces.						
Faço regimes para emagrecer.						
Gosto de senti meu estomago vazio.						
Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

Traduzido por Nunes et al. e validado por Bighetti et al.

DADOS PESSOAIS

Nº da Entrevista: _____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Estado civil: _____ Tel: _____

Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____

Escolaridade:

- () Fundamental
- () Ensino Médio
- () Ensino Superior

Que tipo de modalidade você pratica?

- () Musculação
- () Treinamento Funcional
- () Crossfit
- () Pilates
- () Power Jump
- () Dança

Outra: _____

Por quantas horas você pratica essa modalidade? _____