

ANEXOS

Anexo 1

Autorizações para utilização das escalas

Autorização Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20)

14/09/2017

Gmail - Utilização de Questionário de Alexitimia



Paulo Gameiro <pcrgameiro@gmail.com>

Utilização de Questionário de Alexitimia

Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres <ulfpnina@psicologia.ulisboa.pt>
To: Paulo Gameiro <pcrgameiro@gmail.com>

Thu, Feb 23, 2017 at 11:29 AM

Caro Paulo Gameiro,

Tem a minha autorização para utilizar a adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) na sua investigação. Pode consultar os dados relativos à adaptação, bem como os procedimentos de cotação e interpretação, em:

Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol II, 2ª ed., pp.95-107). Coimbra: Quarteto.

Com os meus melhores cumprimentos,
Nina Prazeres

De: Paulo Gameiro <pcrgameiro@gmail.com>

Enviado: segunda-feira, 13 de fevereiro de 2017 00:14

Para: Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres

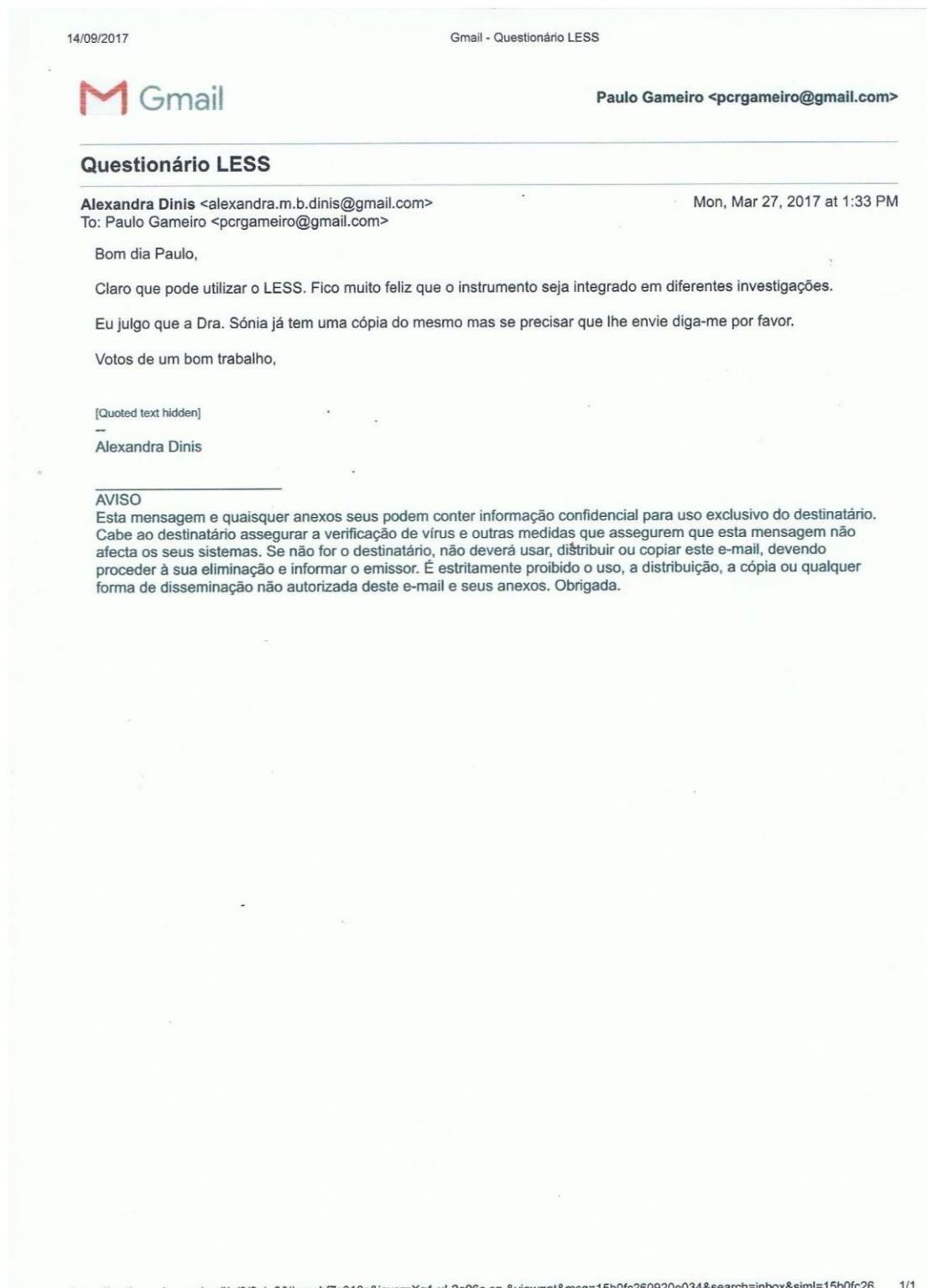
Assunto: Fwd: Utilização de Questionário de Alexitimia

Boa noite

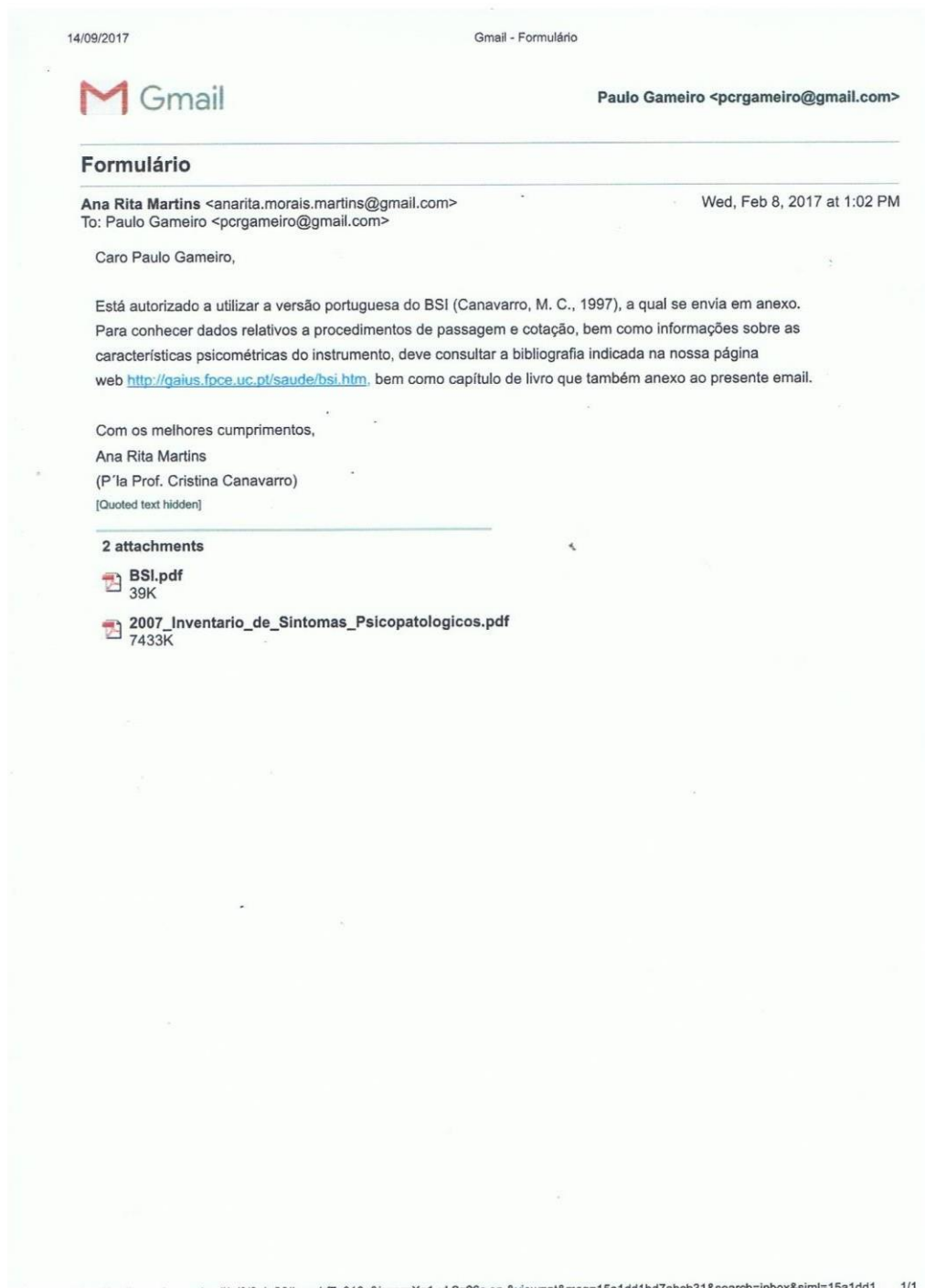
Eu, Paulo César Rodrigues Silva Gameiro, aluno do Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga venho pedir a permissão para utilizar o instrumento **Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20)** para uma investigação no âmbito da minha dissertação de mestrado, sob a orientação da Drª Sónia Simões, cujo tema é a Alexitimia e Comportamentos Alimentares e cujo principal objectivo será compreender se as perturbações do comportamento alimentar se encontram relacionadas com a dificuldade na expressão das emoções

Agradeço desde já a vossa atenção,
Paulo Gameiro

Autorização Escala de Esquemas Emocionais/Emotional Schema Scale de Leahy (LESS)



Autorização Inventário de Sintomas Psicopatológicos/Brief Symptom Inventory (BSI)



Autorização TAA-25 – Teste de Atitudes Alimentares/Eating Attitudes Test (TAA-25/EAT-25)



APENDICES

Apêndice 1

Questionário Sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

Idade: _____ anos **Profissão:** _____

Habilitações literárias:

- ☐ 1º - 4º ano ☐ 5º - 6º ano ☐ 7º - 9º ano ☐ 10º - 12º ano
☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento

Peso (atual): _____ Kg **Altura (atual):** _____ m _____ cm

Parte I.

1. Alguma vez lhe foi diagnosticado um distúrbio alimentar?

☐ Não ☐ Sim

1.1. Se a resposta acima for afirmativa, responda às seguintes perguntas. Caso responda não, passe para a próxima pergunta.

1.1.2. Qual o distúrbio alimentar que lhe foi diagnosticado? _____

1.1.3. Desde que idade surgiu esse problema? _____ anos

1.1.4. Fez algum tipo de fazer tratamento para combater esse mesmo distúrbio?

☐ Não ☐ Sim. Se sim, qual? _____

1.1.5. Sentiu melhorias depois de fazer tratamento?

☐ Não ☐ Sim. Se sim, qual(is)? _____

2. Já alguma vez usou laxantes, diuréticos, medicamentos para emagrecer ou outras drogas com o intuito de perder peso?

☐ Não ☐ Sim

3. Em criança/adolescente tinha excesso de peso/obesidade ou peso abaixo do normal (magreza excessiva)

☐ Não ☐ Sim Se sim, qual ? ☐ Excesso de peso ☐ Obesidade ☐ Peso abaixo do normal/Magreza

4. Está satisfeito com a sua imagem corporal?

☐ Sim ☐ Não, gostaria de aumentar peso ☐ Não, gostaria de perder peso

5. Já praticou algum tipo de exercício físico de forma exagerada com o objetivo de perder peso?

☐ Não ☐ Sim

6. Já realizou alguma cirurgia para alterar o peso?

☐ Não ☐ Sim. Se sim, qual? _____

7. Apesar de não querer aumentar/perder peso, não gosto de algumas partes do meu corpo (e.g. barriga, pernas)

☐ Não ☐ Sim

Se sim, qual? _____

8. Já teve episódios de compulsão alimentar, em que se sentiu incapaz de parar?

☐ Não ☐ Sim

Se sim, com que frequência: (Especifique se o nº de vezes que indica é diariamente, semanalmente ou mensalmente) _____

9. Já fez dietas altamente restritivas ao ponto de desmaiar ou ficar extramente fraca e débil, carente de vários nutrientes?

☐ Não ☐ Sim Se sim, quantas vezes ao longo da sua vida: _____

10. Atualmente tem algum distúrbio alimentar?

☐ Não ☐ Sim Se sim, qual? _____

Parte II: Faça corresponder uma resposta para cada uma das afirmações:

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Vivo apavorado/a com medo de engordar					
Estou preocupado/a com a comida					
Quando começo a comer sinto que posso não ser capaz de parar.					
Evito alimentos com alto teor calórico.					
Sinto que os outros preferem que eu coma mais e/ou que sou magro/a demais.					
Vomito depois de ter comido.					
Sinto-me extremamente culpado/a depois de comer.					
Sinto-me obcecado/a com o desejo de ser mais magro/a e/ou acho que várias partes do meu corpo são demasiado gordas.					
Penso em queimar calorias quando faço exercício.					
Sinto que a comida controla a minha vida e passo muito tempo a pensar em comida.					
Como alimentos dietéticos					
Tento mostrar autocontrole perante a comida.					
Sinto-me desconfortável depois de comer.					
Tenho o impulso ou vontade de vomitar depois de comer, pois gosto de sentir o estômago vazio.					

Apêndice 2

Google Forms – Questionário Sociodemográfico

Alexitimia e Comportamentos Alimentares em Adultos

* Required

Untitled Section

Questionário Sociodemográfico

Ao longo do questionário serão apresentados questões sobre comportamentos alimentares. Para a maioria das questões basta selecionar a opção correspondente á resposta escolhida. Se não encontrar uma opção de resposta que corresponda á sua situação, escolha aquela que parece ser mais aproximada.
Agradecemos a sua colaboração e que responda da forma mais sincera possível.

Idade: *

Your answer

Profissão: *

Your answer

Habilitações literárias: *

- ☐ 1º - 4º ano
- ☐ 5º - 6º ano
- ☐ 7 º- 9º ano
- ☐ 10º - 12º ano
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Peso (atual): *

Your answer

Altura (atual): *

Your answer

1. Alguma vez lhe foi diagnosticado um distúrbio alimentar? *

☐ Não

☐ Sim

1.1. Se a resposta acima for afirmativa, responda às seguintes perguntas. Caso responda não, passe para a próxima pergunta

1.1.2. Qual o distúrbio alimentar que lhe foi diagnosticado?

Your answer _____

1.1.3. Desde que idade surgiu esse problema?

Your answer _____

1.1.4. Fez algum tipo de tratamento para combater esse mesmo distúrbio?

☐ Não

☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

Your answer _____

1.1.5. Sentiu melhorias depois de fazer tratamento?

☐ Não

☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual(is)?

Your answer _____

2. Já alguma vez usou laxantes, diuréticos, medicamentos para emagrecer ou outras drogas com o intuito de perder peso? *

☐ Não

☐ Sim

3. Em criança/adolescente tinha excesso de peso/obesidade ou peso abaixo do normal (magreza excessiva) *

☐ Não

☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

- ☐ Excesso de peso
- ☐ Obesidade
- ☐ Peso abaixo do normal/magreza

4. Está satisfeito com a sua imagem corporal? *

- ☐ Sim
- ☐ Não, gostaria de aumentar peso
- ☐ Não, gostaria de perder peso
- ☐ Outro

4.1 Se respondeu Outro, indique qual?

Your answer _____

5. Já praticou algum tipo de exercício físico de forma exagerada com o objectivo de perder peso? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

6. Já realizou alguma cirurgia para alterar o peso? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

Your answer _____

7. É verdade que não gosta de algumas partes do seu corpo? (e.g. barriga, pernas) *

- ☐ Não
- ☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

Your answer _____

8. Já teve episódios de compulsão alimentar, em que se sentiu incapaz de parar? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

Se sim, com que frequência: (Especifique se o nº de vezes que indica é diariamente, semanalmente ou mensalmente)

Your answer

9. Já fez dietas altamente restritivas ao ponto de desmaiar ou ficar extramente fraco e débil, carente de vários nutrientes? *

☐ Não

☐ Sim

Se sim, quantas vezes ao longo da sua vida:

Your answer

10. Actualmente tem algum distúrbio alimentar? *

☐ Não

☐ Sim

Se respondeu sim à questão anterior, indique qual?

Your answer

Parte II: Faça corresponder uma resposta para cada uma das afirmações:

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Vivo apavorado/a com medo de engordar	☐	☐	☐	☐	☐
Estou preocupado/a com a comida	☐	☐	☐	☐	☐
Quando começo a comer sinto que posso não ser capaz de parar.	☐	☐	☐	☐	☐
Evito alimentos com alto teor calórico.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto que os outros preferem que eu coma mais e/ou que sou magro/a demais.	☐	☐	☐	☐	☐
Vomito depois de ter comido.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto-me extremamente culpado/a depois de comer.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto-me obcecado/a com o desejo de ser mais magro/a e/ou acho que várias partes do meu corpo são demasiado gordas.	☐	☐	☐	☐	☐
Penso em queimar calorias quando faço exercício.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto que a comida controla a minha vida e passo muito tempo a pensar em comida.	☐	☐	☐	☐	☐
Como alimentos dietéticos	☐	☐	☐	☐	☐
Tento mostrar autocontrole perante a comida.	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto-me desconfortável depois de comer.	☐	☐	☐	☐	☐
Tenho o impulso ou vontade de vomitar depois de comer, pois gosto de sentir o estômago vazio.	☐	☐	☐	☐	☐