

Tatiana Ferreira de
Siqueira¹
Viviane Colares²
Rosana Ximenes³

Questionário sobre padrões de peso e alimentação para adolescentes (QEWPA): avaliação transcultural e adaptação para o Português

Questionnaire on standards of weight and feeding for adolescents (QEWPA): cross-cultural assessment and adaptation to Portuguese

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi realizar a adaptação transcultural do *Questionnaire of Eating and Weight Patterns - Adolescent* (QEWPA) para o idioma português do Brasil e avaliar sua validade de conteúdo e consistência interna de itens. **Métodos:** Envolveu cinco etapas: Tradução, Retrotradução, Validação de Conteúdo, Validação de Face e Aplicabilidade na população-alvo com teste-reteste. **Resultados:** Os adolescentes compreenderam os itens do QEWPA, com médias de compreensão na escala verbal-numérica acima de 8,0. Todos os 13 itens obtiveram pontuação superior ao valor de 8,0, indicando boa compreensão do instrumento. A medida do Alpha de Cronbach indicou um grau elevado de consistência interna (0,92 - excelente) que garantiu a confiabilidade da escala. A confiabilidade foi analisada por meio da estabilidade teste-reteste. O Kappa mostrou boa coincidência intra-examinador e inter-examinador. **Conclusão:** O instrumento encontra-se traduzido e adaptado, demonstrando bons resultados no processo de validação de conteúdo, compreensão verbal e consistência interna de itens.

PALAVRAS-CHAVE

Adolescente, comportamento alimentar, questionários.

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was the cross-cultural adaptation of the *Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Adolescent* (QEWPA) to the Portuguese language in Brazil and assess its content validity and internal consistency of items. **Methods:** Involved five steps: translation, back translation, Content Validation, Face Validation and Applicability in the target population with test-retest. **Results:** The adolescents understood the QEWPA items, with averages of understanding above 8.0 in the verbal-numerical scale. All 13 items obtained results higher than the score 8.0, indicating good comprehension.

¹Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE). Doutoranda em Bioquímica e Fisiologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil.

²Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre e Doutora em Odontopediatria pela Universidade de Pernambuco (UPE). Pós-doutorado em Odontopediatria pela Iowa State University. Iowa, IA, EUA. Pesquisadora colaboradora do Academic Centre of Dentistry of Amsterdam (ACTA) Holanda. Coordenadora do Programa de Mestrado em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE). Recife, PE, Brasil.

³Professora adjunta do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil.

Tatiana Siqueira (tatianafslima@yahoo.com.br) - Rua Coronel Anísio Rodrigues Coelho 527, Boa Viagem. Recife, PE, Brasil.
CEP: 51021-130.

Recebido em 07/12/2013 – Aprovado em 21/07/2014

Cronbach's alpha measure indicated a high degree of internal consistency (0.92 - Excellent) which ensured the reliability of the scale. Reliability was assessed by test-retest stability. Kappa showed good coincidence intra-examiner and inter-examiner. **Conclusion:** The instrument has been translated and adapted, showing good results in the process of content validation, verbal comprehension and internal consistency of items.

KEY WORDS

Adolescent, feeding behavior, questionnaires.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são doenças mentais graves, com significativa morbidade e mortalidade médica, tendo maior taxa de mortalidade do que qualquer transtorno psiquiátrico¹. Sua prevalência em mulheres tem variado entre 0,9% e 4,3% e, em homens, entre 0,1% e 2,1%². Na população, em geral, encontra-se entre 0,5% e 4,2%³. É maior em países ocidentais, sendo mais frequente em mulheres adolescentes brancas que pertencem a estratos sociais mais elevados^{4,5}. No entanto, tem-se observado que esse grupo é cada vez mais heterogêneo, podendo afetar pessoas de todas as idades, etnias, níveis socioeconômicos, gêneros, peso e altura⁵. Estima-se que 85% dos TA têm início na adolescência⁶. Possuem etiologia multifatorial, interagindo entre si para o desenvolvimento e perpetuação do quadro^{7,8,9,10}.

Na prática clínica, apresentam-se frequentemente associados com outras doenças psiquiátricas, tais como síndromes depressivas (50% a 75%) e transtornos de personalidade (40% a 75%). Um dos principais tipos de TA que tem se destacado é o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica – TCAP. Em amostras clínicas de pacientes obesos, este valor encontra-se em torno de 7,5% a 30%. Indivíduos com TCAP evidenciam maiores taxas de psicopatologia alimentar e geral, tais como perturbações da imagem corporal, depressão e ansiedade. Sua prevalência estimada na população em geral pode variar de 0,3% a 3,6%¹¹. Caracteriza-se pela ingestão de grande quantidade de alimento, num período de duas horas, ocorre em pelo menos

dois dias por semana, durante seis meses, associado à perda de controle alimentar, angústia, e não deve estar acompanhado de comportamentos compensatórios para o controle de peso¹². A compulsão alimentar nos jovens tem sido associada ao aumento do peso corporal e adiposidade, expondo-os às comorbidades médicas e psicopatológicas associadas com a obesidade¹³.

Observa-se um aumento contínuo da prevalência de excesso de peso e obesidade em adolescentes brasileiros. De 1974 a 2009, a prevalência entre os adolescentes do sexo masculino aumentou de 3,7% para 21,7% e, entre os adolescentes do sexo feminino, de 7,6% para 19,4%¹⁴. O período da adolescência compreende um grupo nutricionalmente vulnerável, devido a suas necessidades nutricionais e sua suscetibilidade às influências ambientais. Os adolescentes tornam-se conscientes de seu peso e iniciam dietas em idades precoces¹⁵, na maioria das vezes, levados pela insatisfação corporal, por influência da mídia, dos pais e dos amigos, contribuindo para práticas não saudáveis para controle do peso e comportamentos de risco para os TA^{16,17,18}.

No Brasil, diversos autores apontam alta prevalência de compulsão alimentar em adolescentes. Os TA são de difícil diagnóstico em estudos populacionais, carecendo de ferramentas mais simples para seu rastreamento. Por isso, existe a necessidade de que os transtornos alimentares como o TCAP sejam mais simplesmente diagnosticados, porém com eficácia. O diagnóstico é realizado pela entrevista clínica. Porém, em muitas situações, esta prática não é viável, uma vez que sua aplicação é demorada e requer entrevistadores trei-

nados, não apenas na técnica de aplicação da entrevista, mas também nos conceitos e regras de pontuação que norteiam o instrumento¹⁹. Um bom questionário de rastreamento pode selecionar indivíduos de risco, dispensando a entrevista diagnóstica em todos os sujeitos da pesquisa, dessa forma reduzindo o volume de trabalho e, conseqüentemente, o custo financeiro. Questionários de autopreenchimento são fáceis de administrar, eficientes e econômicos na avaliação de grande número de indivíduos¹⁹⁻²³.

No Brasil, até o momento, todos os estudos que rastreiam o TCAP foram realizados com adultos ou foram realizados com instrumentos não adaptados para esta população, então o número de adolescentes que se enquadram nos critérios diagnósticos de TCAP, ainda é desconhecido. Johnson *et al.*²³ desenvolveram uma versão adaptada para adolescentes sendo denominada de *Questionnaire of Eating and Weight Patterns - Adolescent* (QEW-P-A), para rastreamento do TCAP, ainda sem tradução e validação para adolescentes brasileiros. O objetivo deste estudo foi traduzir, adaptar e avaliar a aplicabilidade da versão para o português do Brasil do QEW-P-A, assegurando as obtenções das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual e avaliar sua validade de conteúdo e consistência interna. Sua aplicação poderá ser útil no rastreamento de adolescentes com risco para o TCAP, possibilitando, no Brasil, a realização de estudos epidemiológicos nessa faixa etária, bem como no planejamento de estratégias terapêuticas adequadas nessa população, o que orientaria a estruturação adequada de programas de prevenção e de serviços de assistência.

➤ MÉTODOS

O processo e adaptação do instrumento objetivou disponibilizá-lo para a população a que se destina, de forma equivalente às diferenças culturais. O processo foi realizado em cinco etapas: Tradução, retrotradução, validação de conteúdo, validação de face e aplicabilidade com

teste reteste^{21,22}. O QEW-P-A é uma versão para adolescentes adaptada transculturalmente para o português do Brasil do "*Questionnaire of Eating and Weigh Patterns - QEW-P*" concebido originalmente em inglês (ver Questionário). Trata-se de um questionário de autopreenchimento de 13 itens, desenvolvido exclusivamente para identificação das manifestações iniciais do TCAP em adolescentes. Abordam diretamente os componentes individuais e critérios de duração e frequência, necessários para o diagnóstico de TCAP. Na versão para adolescentes (QEW-P-A) os elementos do questionário original (QEW-P) foram mantidos e sinônimos mais simples para as palavras mais difíceis foram introduzidos. Trata-se de um instrumento rapidamente aplicável e pontuado que classifica os indivíduos com TCAP e BN^{23,24}.

No Brasil, a versão para adultos foi traduzida em 1998 e, posteriormente, validada pelos mesmos autores. A tradução inicial do instrumento em inglês para o português do Brasil foi realizada por dois profissionais proficientes em ambos os idiomas e que não tinham contato entre si. Um dos tradutores possuía experiência na área de saúde e estava ciente dos aspectos a serem examinados pelo questionário, produzindo através de uma perspectiva mais clínica, uma tradução mais confiável à equivalência com o original. O outro tradutor não foi informado sobre os objetivos do questionário e não pertencia à área de saúde, para que a sua tradução refletisse a linguagem comum usada pela população, detectando as diferenças mais sutis no significado da tradução original. Ambos, além de bilíngues, residiram por mais de um ano em cada país, dominando o contexto cultural dos dois países, permitindo o entendimento necessário dos diferentes significados das palavras em ambas as línguas. Dessa forma, foram produzidas duas traduções independentes.

A partir das comparações e análises das discrepâncias das duas traduções, gerou-se a síntese das traduções, que foi submetida à retrotradução, por um tradutor fluente, que desconhecia os objetivos do estudo e a versão original do instrumento. A retrotradução consiste na ver-

são para o idioma original a partir da tradução inicialmente proposta. As traduções iniciais devem ser retrotraduzidas de modo independente, para permitir a identificação de interpretações corretas e falhas de adaptação entre contextos culturais e até mesmo ambiguidades na versão original. O retrotradutor segue as mesmas características do tradutor, sendo fluente nos idiomas em questão e nas formas coloquiais da língua original. Depois de realizados os ajustes, a versão corrigida do instrumento foi elaborada formando a Versão-1.

Um Comitê de especialistas formado por cinco profissionais (psiquiatra, psicólogo, dentista, nutricionista e fisioterapeuta) fluentes na língua inglesa e especialistas na área de conhecimento e em instrumentos de medida, revisou a Versão-1 do instrumento, verificando as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. O objetivo foi identificar erros que levassem a diferença de significados e, assim, permitir readaptar e reescrever expressões até a obtenção de um consenso, garantindo a equivalência de sentido e de forma, construindo uma versão que trouxesse para o Brasil um questionário que mantivesse as características do original, sem comprometer a compreensão pela população a que se destinava. A partir disso, foi gerada a Versão-2 do instrumento para ser submetida à Validação de Face.

Na Validação de Face o questionário foi aplicado em uma escola pública estadual em 30 adolescentes, entre 10 e 19 anos, cursando o ensino fundamental. Todos foram escolhidos de forma aleatória simples, após entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos responsáveis. Foram excluídos os adolescentes que apresentassem alguma condição física ou mental que os tornasse inaptos a participar da pesquisa, gestantes e lactantes. Para avaliação da clareza e do grau de compreensão de cada questão, foi solicitado que respondessem a uma escala verbal numérica adaptada. Abaixo de cada questão do questionário havia a seguinte pergunta com suas possíveis respostas: -Você entendeu o que foi

perguntado?. As respostas eram do tipo escala Likert: (0) Não entendi nada; (1) Entendi só um pouco; (2) Entendi mais ou menos; (3) Entendi quase tudo, mas tenho dúvidas; (4) Entendi quase tudo; (5) Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas. Foi estabelecido que as respostas 0,1,2 e 3 seriam consideradas como indicadores de uma compreensão insuficiente. Foi solicitado ainda que, se o adolescente não compreendesse a questão ou a linguagem não parecesse adequada, que sugerisse alterações, explicando os motivos. Uma nova versão do instrumento foi gerada a partir desses dados. Na Avaliação da Aplicabilidade e reprodutibilidade, a versão em português do QEWPA foi aplicada em duas etapas: Na primeira, participaram 105 adolescentes de ambos os sexos, onde identificaram seus questionários com as iniciais de seu nome para posterior comparação no reteste. Na segunda etapa, após um período de quinze dias, 105 adolescentes novamente responderam o questionário para verificação da reprodutibilidade e confiabilidade dos resultados.

Com o propósito de avaliar as propriedades psicométricas do QEWPA quanto à confiabilidade, foi utilizado o teste de significância de Kappa, pelo qual verificou-se o grau de coincidência intra- e inter-examinadores para cada questão. O escore de Kappa é uma medida que varia entre -1 e +1 onde um índice igual a zero equivale à classificação aleatória, ou independência entre os examinadores; quanto mais próximo de 1,00 mais coincidentes são as avaliações e quanto mais próximo de -1,00 menos coincidentes elas são²¹. A escala utilizada para o escore de Kappa foi a de Landis e Koch, citados por Silva & Pereira (1998)²⁵: 0,20 (pobre); 0,21-0,40 (fraca); 0,41-0,60 (moderada), 0,61-0,80 (boa); 0,81-0,99 (ótima); 1,00 (perfeita).

A Avaliação da confiabilidade foi realizada através do cálculo da consistência interna pela obtenção do Alfa de Cronbach, que consiste, essencialmente, na média das correlações múltiplas de cada item de uma escala e todos os outros itens da escala. O Alfa de Cronbach é um dos indicadores psicométricos mais utilizados

para verificar a fidedignidade ou validade interna de um instrumento. Desta maneira, quanto mais próximo o alfa estiver de 1, melhor será sua precisão, significando que os itens são homogêneos em sua mensuração e produzem a mesma variância²⁶.

Para as análises estatísticas foi utilizado o programa SPSS 13.0 – *Statistical Package for The Social Sciences* (SPSS Inc. Chicago, Estados Unidos) para o armazenamento e análise dos dados. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinki e de acordo com as normas da Portaria nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Pernambuco – UPE, sob o protocolo nº104/10.

➤ RESULTADOS

Tradução e Adaptação Transcultural (Retrotradução)

Na tradução do instrumento houve a necessidade de substituir algumas palavras para o melhor entendimento das questões pela população-alvo. Nas questões 5 e 6, as palavras “quão mal” foram substituídas por “como”. Na questão 9, a palavra “medicamento” (comprimido, líquido, goma, pó), foi substituída por “remédio”. Na questão 12, a palavra “dosagem” foi substituída por “quantidade”.

Algumas dúvidas foram registradas e encaminhadas ao Comitê de Especialistas para que propusessem uma nova versão.

Validação de Conteúdo

As modificações mais consistentes propostas pelo Comitê foram em relação ao título e às questões 4,5,8,9,11,12, visando maior fidedignidade com o questionário original, simplificação dos termos e maior compreensão das frases pela população a que se destina.

Houve um consenso de que a tradução do questionário e a manutenção da sigla original seriam uma boa alternativa para valorizar nosso

idioma e para manter a referência internacional na ocasião da publicação da pesquisa, para que os leitores nacionais tenham maior facilidade de identificar de qual questionário se trata na pesquisa, ao manter sua sigla original.

O Comitê sugeriu também uma alteração nas instruções dadas para o preenchimento do questionário. No Brasil, tem-se o hábito de responder escalas marcando (x) em espaços determinados, e não circulando números. Esta adaptação cultural deixaria o preenchimento do questionário adequado aos hábitos nacionais.

Validação de Face e Aplicabilidade

Na validade de face, a avaliação da compreensão total foi em média de 4,4 (valor máximo = 5,0), indicando boa compreensão do instrumento. As dúvidas e sugestões apresentadas foram anotadas, realizando-se, a partir disso, as modificações necessárias para melhor compreensão do instrumento e adaptação ao contexto da população à qual se destina.

Avaliação da Consistência Interna

Após as modificações do questionário, foi realizada a avaliação da consistência interna. O Alfa de Cronbach mostrou uma consistência interna excelente (0,92).

Avaliação da Reprodutibilidade

Durante esta última fase, o instrumento foi aplicado duas vezes. No teste inicial, participaram 105 adolescentes que identificaram seus questionários com as iniciais do seu nome para posterior comparação no reteste. Após um período de quinze dias, os mesmos 105 adolescentes novamente responderam o questionário para a verificação da reprodutibilidade e confiabilidade dos resultados.

Com relação à reprodutibilidade e objetividade, os resultados estatísticos (tabelas 1 e 2), mostraram que a maioria do bloco de perguntas apresentou um grau de coincidência intra- e inter-examinador com Kappa bom e ótimo. Apenas duas questões apresentaram Kappa moderado.

Tabela 1. Avaliação do grau de coincidência do padrão alimentar intraexaminadores.

Pergunta	Coincidência observada ¹		Kappa (IC a 95%)
	n	%	
• P1 – A	104	99,0	0,99 (0,97 a 1,00)
• P2	100	95,2	0,90 (0,82 a 0,98)
• P3	100	95,2	0,76 (0,56 a 0,96)
• P4 – A	102	97,1	0,85 (0,67 a 1,00)
• P4 – B	102	97,1	0,85 (0,67 a 1,00)
• P4 – C	102	97,1	0,85 (0,67 a 1,00)
• P4 – D	102	97,1	0,85 (0,67 a 1,00)
• P4 – E	102	97,1	0,75 (0,55 a 0,95)
• P4 – F	102	97,1	0,79 (0,59 a 0,99)
• P5	103	99,0	0,99 (0,97 a 1,00)
• P6	103	99,0	0,99 (0,97 a 1,00)
• P7	103	98,1	0,97 (0,93 a 1,00)
• P8 – A	97	92,4	0,65 (0,43 a 0,87)
• P8 – B	94	89,5	0,66 (0,48 a 0,84)
• P9 – A	104	99,0	0,84 (0,68 a 1,00)
• P9 – B	104	99,0	0,85 (0,57 a 1,00)
• P10 – A	104	99,0	0,84 (0,68 a 1,00)
• P10 – B	104	99,0	0,85 (0,57 a 1,00)
• P11 – A	94	89,5	0,66 (0,48 a 0,84)
• P11 – B	90	86,5	0,58 (0,46 a 0,70)
• P12 – A	93	88,6	0,68 (0,57 a 0,82)
• P12 – B	90	86,5	0,67 (0,51 a 0,82)
• P13 – A	100	95,2	0,76 (0,56 a 0,96)
• P13 – B	99	95,2	0,65 (0,38 a 0,92)

(1): n: Com base em 105 questionários.

➤ DISCUSSÃO

O processo de tradução e adaptação de um instrumento para coleta de dados na área de saúde requer grande esforço. É necessário, além da adaptação do ponto de vista conceitual, cultural, semântico e idiomático, aproximar o instrumento ao máximo da realidade da população-alvo²⁷. Devem-se evitar distorções, principalmente quando o fenômeno a ser avaliado for subjetivo, como são os fenômenos psicopatológicos²⁸.

Nesta pesquisa, a adaptação transcultural do QEWPA para a língua portuguesa, foi realizada de maneira cuidadosa e satisfatória por uma equipe multidisciplinar de saúde, com experiência em instrumentos de pesquisa, onde se respeitou os valores socioculturais dos adolescentes brasileiros.

Quanto à amostra de adolescentes de ambos os gêneros, embora a prevalência seja considerada maior em mulheres^{1,29-35}, outros estudos mostram aumento de casos de TA em homens, como a pesquisa de Johnson *et al.*²³ nos Estados Unidos, onde verificaram que a prevalência foi

Tabela 2. Avaliação do grau de coincidência do padrão alimentar interexaminadores.

Pergunta	Coincidência observada ¹		Kappa (IC a 95%)
	n	%	
• P1 – A	103	98,3	0,96 (0,88 a 1,00)
• P2	103	98,3	0,96 (0,88 a 1,00)
• P3	102	96,6	0,74 (0,56 a 0,96)
• P4 – A	103	98,3	0,79 (0,66 a 0,92)
• P4 – B	103	98,3	0,79 (0,66 a 0,92)
• P4 – C	103	98,3	0,79 (0,66 a 0,92)
• P4 – D	103	98,3	0,79 (0,66 a 0,92)
• P4 – E	103	98,3	0,79 (0,66 a 0,92)
• P4 – F	103	98,3	0,79 (0,59 a 0,99)
• P5	102	96,6	0,74 (0,39 a 1,00)
• P6	103	99,0	0,99 (0,97 a 1,00)
• P7	103	98,1	0,97 (0,93 a 1,00)
• P8 – A	102	96,6	0,76 (0,56 a 0,96)
• P8 – B	94	89,5	0,66 (0,48 a 0,84)
• P9 – A	104	99,0	0,84 (0,68 a 1,00)
• P9 – B	104	99,0	0,85 (0,57 a 1,00)
• P10 – A	104	99,0	0,84 (0,68 a 1,00)
• P10 – B	104	99,0	0,85 (0,57 a 1,00)
• P11 – A	94	89,5	0,66 (0,48 a 0,84)
• P11 – B	90	86,5	0,58 (0,46 a 0,70)
• P12 – A	93	88,6	0,68 (0,57 a 0,82)
• P12 – B	90	86,5	0,67 (0,51 a 0,82)
• P13 – A	100	95,2	0,76 (0,56 a 0,96)
• P13 – B	99	95,2	0,65 (0,38 a 0,92)

(1): n: Com base em 105 questionários.

maior em adolescentes masculinos 26% do que em adolescentes femininos 17%. Siqueira *et al.*³⁶, não encontraram diferença significativa entre homens e mulheres, 12,8% versus 13%.

Foi realizada uma modificação na estrutura do questionário, optando-se por colocar todas as questões em uma única folha, para que o aspecto visual se tornasse menos extenso e facilitasse a participação da população-alvo.

Em virtude do interesse na aplicação do instrumento em populações com escolaridade de nível fundamental e médio, a maior difi-

culdade encontrada foi com relação à questão linguística. As traduções literárias, mesmo que corretas, poderiam favorecer entendimento errôneo das questões, alterando a compreensão do questionário e diminuindo sua validade com relação aos objetivos aos quais se propõe.

A escolha por uma escola pública estadual surgiu por ocorrerem pesquisas relatando que o aparecimento dos sintomas dos TA independente do nível socioeconômico^{4,36}, corroborado pelo AED Report¹, relatando, ainda, não haver diferenças étnicas, de gênero, peso ou idade.

Johnson *et al.*²³ investigaram suas propriedades psicométricas e demonstraram que o QEWPA tem boa validade concorrente: adolescentes com TCAP pelo QEWPA pontuaram mais alto no ChEAT-26 (*Children's Eating Attitude Test*) e no CDI (Inventário de Depressão Infantil).

Em seu estudo com adolescentes escolares de 10 a 19 anos do Mississippi/EUA, Johnson *et al.*²³ encontraram prevalência de 18,5% de compulsão alimentar. Pivetta *et al.*²⁰, encontraram 24,6% de prevalência de compulsão alimentar em uma população de 1209 adolescentes estudados. Destes, a maioria (64,4%) apresentou o primeiro episódio com 10-14 anos de idade, 26,2% com 15 a 19 anos e 8,1% com menos de 10 anos de idade. Spitzer *et al.*²⁶ e Appolinário *et al.*³ já haviam relatado que os episódios de compulsão alimentar têm início na infância e adolescência, o que denota a necessidade de intervenções precoces.

Apesar de ter sido realizada a pesquisa unicamente com estudantes de uma escola pública estadual, o instrumento foi aplicado a dois grupos homogêneos quanto ao tamanho e he-

terogêneos em relação a outras características, como idade e escolaridade, fazendo-se necessário aplicá-lo a outros grupos de estudantes, a fim de testar suas características aplicadas a diferentes populações. No entanto, essas limitações são esperadas em pesquisas que avaliam comportamento envolvendo adolescentes, sendo possível minimizar as interferências de forma a não comprometer os resultados do estudo.

Verificou-se que a versão brasileira do instrumento é de rápida aplicação, e fácil entendimento. Assim, a adaptação do *Questionnaire of Eating and Weight Patterns – Adolescent* foi realizada compatível com as recomendações para esse processo²², inclusive quanto a propriedades psicométricas mais estudadas, confiabilidade e consistência interna de itens.

NOTA

Este trabalho recebeu suporte financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Questionário sobre Padrões de Peso e Alimentação para Adolescentes (QEWPA) Avaliação Transcultural e Adaptação para o Português

Autores: Spitzer *et al.* (1992);

Adaptação para adolescentes: Johnson *et al.* (1999).

Nome: _____ **Idade:** _____

1. Nos últimos 6 meses, alguma vez você comeu, num período de duas horas, uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria muito grande?

1.() SIM 2.() NÃO (*Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 5*)

02. Alguma vez, ao comer uma grande quantidade de comida, você sentiu que não conseguia parar? Sentiu que não podia controlar a quantidade e nem o que comia?

1.() SIM 2.() NÃO (*Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 5*)

03. Nos últimos 6 meses, com que frequência você comeu uma grande quantidade de comida, sentindo que não conseguia se controlar? Pode ter ocorrido semanas em que você não comeu assim. E, em outras, que isso aconteceu muitas vezes. Quantas vezes isso aconteceu?

1.() Menos que um dia por semana

2.() Um dia por semana

3. () Dois ou três dias por semana

4. () Quatro ou cinco dias por semana

5. () Quase todos os dias

04. Quando comeu uma grande quantidade de comida sem conseguir controlar sua fome, você:

a) Comeu muito rápido?

1. () Sim 2. () Não

b) Comeu até seu estômago doer ou passar mal?

1. () Sim 2. () Não

c) Comeu grande quantidade de comida sem estar com fome?

1. () Sim 2. () Não

d) Comeu grande quantidade de comida durante o dia, sem ter comido nada no café da manhã, almoço e jantar?

1. () Sim 2. () Não

e) Comeu só porque não queria que alguém olhasse a quantidade que você comia?

1. () Sim 2. () Não

f) Sentiu-se culpado depois de comer muita comida?

1. () Sim 2. () Não

05. Nos últimos 6 meses, como você se sentiu ao comer muito ou além do que você acredita ser o melhor para você?

1. () Não me senti mal

2. () Só me senti um pouco mal

3. () Me senti mal

4. () Me senti muito mal

5. () Me senti extremamente mal

06. Nos últimos 6 meses, como você se sentiu por não conseguir parar ou controlar a quantidade e o que comia?

1. () Não me senti mal

2. () Só me senti um pouco mal

3. () Me senti mal

4. () Me senti muito mal

5. () Me senti extremamente mal

07. Nos últimos 6 meses, o peso ou a forma do seu corpo influenciaram no que você pensa sobre si mesmo? Compare essa sensação com outras áreas de sua vida, como, por exemplo, como você se relaciona com seus pais, amigos e como está indo na escola.

1. () Peso e forma corporal *não tiveram importância* no que penso sobre mim.

2. () Peso e forma corporal *tiveram importância* no que penso sobre mim.

3. () Peso e forma corporal *tiveram bastante importância* no que penso sobre mim.

4. () Peso e forma corporal *tiveram extrema importância* no que penso sobre mim.

08. Nos últimos três meses, você já provocou o vômito para evitar ganhar peso, depois de comer uma grande quantidade de comida?

() SIM () NÃO (*Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 9*)

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

- 1.() Menos que um dia por semana
- 2.() Um dia por semana
- 3.() Dois ou três dias por semana
- 4.() Quatro ou cinco dias por semana
- 5.() Quase todos os dias

09. Nos últimos três meses, você tomou o dobro da quantidade de laxantes (fazem seu intestino funcionar) depois de comer uma grande quantidade de comida, para evitar ganhar peso?

1.() SIM 2.() NÃO (*Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 10*)

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

- 1.() Menos que um dia por semana
- 2.() Um dia por semana
- 3.() Dois ou três dias por semana
- 4.() Quatro ou cinco dias por semana
- 5.() Quase todos os dias

10. Nos últimos três meses, você tomou o dobro da quantidade de diuréticos (fazem você urinar) depois de comer uma grande quantidade de comida, para evitar ganhar peso?

1.() SIM 2.() NÃO (*Se marcar NÃO: Vá para a pergunta 11*)

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

- 1.() Menos que um dia por semana
- 2.() Um dia por semana
- 3.() Dois ou três dias por semana
- 4.() Quatro ou cinco dias por semana
- 5.() Quase todos os dias

11. Nos últimos três meses, você já ficou um dia inteiro sem comer nada para evitar ganhar peso, depois de comer uma grande quantidade de comida?

1.() SIM 2.() NÃO

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

- 1.() Menos que um dia por semana
- 2.() Um dia por semana
- 3.() Dois ou três dias por semana
- 4.() Quatro ou cinco dias por semana
- 5.() Quase todos os dias

12. Nos últimos três meses, você já fez exercícios por mais de uma hora para evitar ganhar peso depois de comer uma grande quantidade de comida?

1.() SIM 2.() NÃO

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

- 1.() Menos que um dia por semana
- 2.() Um dia por semana
- 3.() Dois ou três dias por semana
- 4.() Quatro ou cinco dias por semana
- 5.() Quase todos os dias

13. Nos últimos três meses, você tomou o dobro da quantidade de remédio para emagrecer para evitar ganhar peso depois de comer uma grande quantidade de comida?

1.() SIM 2.() NÃO

Se respondeu SIM, quantas vezes isso ocorreu?

- 1.() Menos que um dia por semana
- 2.() Um dia por semana
- 3.() Dois ou três dias por semana
- 4.() Quatro ou cinco dias por semana
- 5.() Quase todos os dias

ESCORE DO QUESTIONÁRIO

DIAGNÓSTICO DE TCAP

QUESTÃO RESPOSTA

1 e 2 – 1 episódio de excesso alimentar associado à sensação de perda de controle – compulsão alimentar.

3 – 3, 4, ou 5 (pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses).

4 a até 5 – 3 ou mais itens assinalados SIM (pelo menos três sintomas associados).

5 ou 6, 4 ou 5 – (angústia evidente relativa ao comportamento de compulsão alimentar).

O diagnóstico de TCAP requer todos os itens assinalados, como também ausência de bulimia nervosa não purgativa, definida abaixo:

DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVOSA (BN) NÃO PURGATIVA

QUESTÃO RESPOSTA

1, 2, 3, 7 – O mesmo que para bulimia nervosa purgativa.

8, 9, 10 – Nenhuma resposta 3,4 ou 5 (ausência de purgação compensatória frequente).

11, 12, 13 – Qualquer resposta 3,4 ou 5 (comportamento compensatório não purgativo pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses).

DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVOSA (BN) PURGATIVA

QUESTÃO RESPOSTA

1 e 2 – O mesmo que para TCAP.

3 – 3,4 e 5 (pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses).

7 – 3 ou 4 (exagerada importância à forma e ao peso corporal).

8, 9 ou 10 – (Qualquer resposta 3,4 ou 5 (purgação pelo menos duas vezes por semana nos últimos três meses)).

> REFERÊNCIAS

1. Academy for Eating Disorders. Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders [Internet]. 2nd. ed. Deerfield, USA: AED Report; 2012 [cited 2013 Aug 08]. Available from: <http://www.aedweb.org>
2. Smink FRE, Hoeken DV, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012; 14(4):406-14.
3. Appolinário JC, Córdas TA, Claudino AM. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(2):75-6.
4. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Santos JE. Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2006;39(3):340-8.
5. Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr.* 2003;16(1):51-60.
6. American Dietetic Association (ADA). Position of The American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc.* 2006;106(12):2073-82.
7. Santana MLP, Ribeiro Junior HC, Giral MM, Raich RM. La epidemiologia y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios em la adolescência: uma revision. *Nutr Hosp.* 2012;27:391-401.
8. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-IV. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
9. Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):18-23.
10. Fleitlich-Bilyk B. The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 year olds in the South East of Brazil [tese]. Londres: Institute of Psychiatry Kings College London, University of London; 2002.
11. Azevedo AP, Santos CC, Fonseca DC. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Psiq Clin.* 2004;31(4):170-2.
12. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. *Am J Psychiatry.* 2000 Jan;157(1 Suppl):1-39.
13. Freitas S, Gorenstein C, Appolinário JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):34-8.
14. Tanofsky-Kraff M, Cohen ML, Yanovski SZ, Cox C, Theim KR, Keil M, et al. A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics.* 2006; 117(4):1203-9.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
16. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Wilson DM, Haydel KF, Hammer LD, et al. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three year prospective analysis. *Int J Eating Disord.* 1994;16(3):227-38.
17. Costa ALF, Duarte DE, Kuschnir CC. A família e o comportamento alimentar na adolescência. *Adolesc Saude* 2010;7(3):52-8.
18. Tremblay L, Larivière M. The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eat Behav.* 2009;10(2):75-83.
19. Rosen DS. Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features and treatment. *Adolesc Med.* 2003;14(1):49-59.

20. Pivetta LA, Gonçalves-Silva RMV. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):337-46.
21. Ferreira JES, Veiga GV. Eating disorder risk behavior in Brazilian adolescents from low sócio-economic level. *Appetite*. 2008;51(2):249-55.
22. Leal GVS, Philippi ST, Matsudo SMM, Toassa EC. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescents, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(3):457-67.
23. Johnson WG, Grieve FG, Adams CD, Sandy J. Measuring binge eating in adolescents: adolescent and parent versions of the questionnaire of eating and weight patterns. *Int J Eat Disord*. 1999 Nov;26(3):301-14.
24. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
25. Silva EF, Pereira MG. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. *Rev Saude Publica*. 1998;32:383-93.
26. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: a multi-site field of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*. 1992;11:191-203.
27. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus M, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*. 1993;13(2):137-53.
28. Nangle DW, Johnson WG, Carr-Nangle RE, Engler LB. Binge eating disorder and the proposed DSM-IV criteria: psychometric analysis of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *Int J Eat Disord*. 1994 Sep;16(2):147-57.
29. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
30. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinário JC. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):215-20.
31. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(Suopl II):28-31.
32. Marin V. Trastornos de la conducta alimentaria em escolares y adolescents. *Rev Chil Nutr*. 2002;29(2):86-91.
33. Cordás TA. Transtornos alimentares em discussão. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):178-9.
34. Ledoux S, Choquet M, Manfredi R. Associated factors for self-reported binge eating among male and female adolescents. *J Adolesc*. 1993;16(1):75-91.
35. Johnson WG, Rohan KJ, Kirk AA. Prevalence and correlates of binge eating in white and African American adolescents. *Eat Behav*. 2002;3(2):179-89.
36. Siqueira KS, Appolinário JC, Sichieri R. Relationship between binge-eating episodes and self-perception of body weight in a nonclinical sample of five Brazilian cities. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):290-4.
37. Appolinário JC, Coutinho W, Pova LC. O transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *J Bras Psiquiatr*. 1995;44(1):46-9.
38. Gliem JA, Gliem RR. Calculating, interpreting and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. In: *Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing and Community Education*. Columbus; 2003. p. 82-8.