QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5 – QEWP-5 (QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO-5): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ESTUDO DE CONFIABILIDADE

Carlos Eduardo Ferreira de Moraes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição (PPGN), do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **mestre em Nutrição Humana**.

Orientadores: Glória Valéria da Veiga
José Carlos Appolinario

Rio de Janeiro
Agosto de 2019

QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5 – QEWP-5 (QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO-5): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ESTUDO DE CONFIABILIDADE

Carlos Eduardo Ferreira de Moraes

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO DO INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE **MESTRE EM NUTRIÇÃO HUMANA.**

Examinada por:

Profa. Dra. Ana Luísa Kremer Faller, Doutora em Nutrição (UFRJ)

Prof. Dra. Sílvia Regina de Freitas, Doutora em Saúde Coletiva (UERJ)

Prof. Dr. Marcos Aguiar de Souza, Doutor em Psicologia (UFRJ)

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL
AGOSTO DE 2019

Dedicatória

À Deus, por me abençoar e dar sabedoria para atingir meus objetivos.

Aos meus pais, Railda Ferreira dos Santos e Gil Pereira de Moraes, pelo esforço e dedicação em proporcionar as melhores condições para que fosse possível ter acesso a um bem vitalício, o conhecimento.

Ao meu grande amor, Vanessa Prestes de Abreu, pelo apoio, incentivo e carinho irrestritos e fundamentais.

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Profa. Dra. Glória Valéria da Veiga e Prof. Dr. José Carlos Appolinário, pelo carinho e confiança, e pelas preciosas correções e intervenções.

À Carla Mourilhe, nutricionista, pela confiança e suporte ao meu crescimento pessoal e profissional.

À Profa. Dra. Marsha Marcus, por permitir e colaborar com a adaptação transcultural do *Questionnaire on Eating and Weight Patterns – 5*.

Aos professores e alunos dos cursos de graduação em Nutrição e Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela colaboração com este trabalho.

Aos pacientes e profissionais do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares, pela colaboração com o processo de tradução do *Questionnaire on Eating and Weight Patterns – 5*.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro, por me acolher e propiciar a realização do sonho de ingressar no mestrado acadêmico.

Resumo da dissertação apresentada ao PPGN/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de **mestre em Nutrição Humana**.

QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5 – QEWP-5 (QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO-5): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E ESTUDO DE CONFIABILIDADE

Carlos Eduardo Ferreira de Moraes

Agosto/2019

Orientadores: Glória Valéria da Veiga
José Carlos Appolinario

RESUMO

Introdução: O Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso-5 (QEWP-5) é um instrumento auto preenchível utilizado no rastreamento de indivíduos com Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) e Bulimia Nervosa (BN) de acordo com os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatísticos de Transtornos Mentais, quinta edição. Entretanto, essa versão do instrumento ainda não foi adaptada para a população brasileira.
Objetivo: Realizar a adaptação transcultural do QEWP-5 para a população brasileira.
Material e métodos: O processo de adaptação incluiu as etapas de tradução, comparação das traduções e elaboração da versão síntese, retro-traduções (RT), comparação das RT com a versão original, e teste de compreensibilidade com 10 pacientes com BN e TCA e 10 especialistas em Transtornos Alimentares. Para avaliação da confiabilidade, a versão final traduzida foi aplicada duas vezes, com intervalo de 2 semanas, para 345 estudantes de graduação, de ambos os sexos, dos cursos de Nutrição (n=179) e Psicologia (n=166). A estabilidade temporal foi avaliada por meio do coeficiente de *kappa*.
Resultados: A versão brasileira do QEWP-5 foi bem compreendida pelos pacientes. Somente 2 participantes apresentaram questionamentos sobre os itens relacionados aos episódios de compulsão alimentar subjetivos. No que tange a avaliação da confiabilidade, os valores de *kappa* para a avaliação de BN nas amostras totais, cursos de Nutrição e Psicologia foram 0,71, 0,80 e 0,60, respectivamente. Para avaliação de TCA, os respectivos coeficientes de *kappa* foram 0,48 (amostra total), 0,60 (curso de Nutrição) e 0,27 (curso de Psicologia). Todos os valores apresentaram significância estatística ($p<0,001$).
Conclusão: A versão brasileira do QEWP-5 foi adaptada transculturalmente e bem compreendida pela população-alvo. Ademais, ela foi considerada moderadamente estável para avaliar TCA e substancialmente estável para rastreamento de BN em estudantes de graduação.

Palavras-chave: Transtorno da Compulsão Alimentar, Bulimia Nervosa, QEWP-5, Adaptação transcultural, Confiabilidade.

QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5 – QEWP-5: TRANSLATION, CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND RELIABILITY

Carlos Eduardo Ferreira de Moraes

August/2019

Advisors: Glória Valéria da Veiga

José Carlos Appolinario

ABSTRACT

Introduction: The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5) is a self-report instrument developed to screen individuals for Binge Eating Disorder (BED) and Bulimia Nervosa (BN) as diagnosed by the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fifth edition. However, this version of the instrument was not adapted to the Brazilian population.
Objective: To procced the cross-cultural adaptation of QEWP-5 to the Brazilian population.
Methods: The cross-cultural adaptation process included the steps of forward translation, comparison of translations and synthesis version, blind back-translations, comparison between the back-translations and the original version, and comprehensibility test with 10 patients with BN and BED and 10 Eating Disorders experts. For the reliability's assessment, the final translated version of the QEWP-5 was applied twice, within an interval of 2 weeks, to 345 undergraduate students, both male and female, from Nutrition (n=179) and Psychology (n=166) courses. The temporal stability was assessed through *kappa* coefficient.
Results: The Brazilian version of QEWP-5 was well understood by the patients. Only 2 participants had inquiries about items related to subjective binge eating episodes. Regarding the reliability, the *kappa* values for the assessment of BN in the entire sample, Nutrition and Psychology courses were 0.71, 0.80 and 0.60, respectively. For the assessment of BED, the respective *kappa* coefficients were 0.48 (entire sample), 0.60 (Nutrition's course) and 0.27 (Psychology's course). All values were statistically significant ($p<0.001$).
Conclusion: The Brazilian version of QEWP-5 was cross-culturally adapted and well understood by the target population. Additionally, it was considered moderately stable to assess BED and substantially stable for the screening of BN in undergraduate students.

Key Words: Binge Eating Disorder, Bulimia Nervosa, QEWP-5, Cross-cultural adaptation, Reliability.

Sumário

1. Introdução ... 11
2. Revisão da literatura ... 15
2.1. Instrumentos de avaliação dos Transtornos Alimentares ... 15
3. Justificativa ... 24
4. Objetivos ... 24
4.1. Objetivo geral: ... 24
4.2. Objetivos específicos: ... 24
5. Material e métodos ... 25
5.1. Primeira fase: Tradução e adaptação transcultural ... 25
5.1.1. Etapa 1 – Tradução do instrumento original para a língua portuguesa: ... 25
5.1.2. Etapa 2 – Elaboração da versão síntese (VS): ... 27
5.1.3. Etapa 3 – Tradução reversa: ... 27
5.1.4. Etapa 4 – Comparação das traduções reversas: ... 27
5.1.5. Etapa 5 – Avaliação da compreensibilidade e equivalência conceitual: ... 27
5.2 Segunda fase: Estudo da confiabilidade do QEWP-5 traduzido ... 28
5.3. Análise dos dados ... 29
5.3.1. Tradução e adaptação transcultural ... 29
5.3.2. Estudo da confiabilidade ... 29
5.4. Aspectos éticos ... 31
6. Resultados ... 32
6.1. Manuscrito 1 ... 32
6.2. Manuscrito 2 ... 52
7. Conclusões ... 68
Referências ... 69
ANEXOS ... 76
ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 ... 76
ANEXO 2 - Autorização para proceder a tradução do QEWP-5 ... 87
ANEXO 3 – Parecer de aprovação do CEP ... 88
ANEXO 4 – TCLE para etapa de avaliação da compreensibilidade do QEWP-5 traduzido ... 91
ANEXO 5 – TCLE para participação no estudo de confiabilidade do QEWP-5 traduzido ... 94
ANEXO 6 – E-mail de aprovação do Manuscrito 1 para publicação na revista *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* ... 97
ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa ... 98

Lista de figuras, tabelas e quadros **Página**

Quadro 1: Critérios diagnósticos para Transtorno da Compulsão Alimentar e Bulimia Nervosa, segundo o DSM-5. 19

Figura 1: Fluxograma dos procedimentos de adaptação transcultural do QEWP-5 26

Quadro 2: Critérios de avaliação de equivalência de conteúdo 28

Quadro 3: Regras decisórias para avaliação da presença de TCA e de BN, de acordo com o QEWP-5 30

Table 1: Comparison between the Original version, Translation 1, Translation 2 and Synthesis version of QEWP-5 (items 9, 11, 13, 23 e 26). 42

Table 2: Examples of items changed after experts' panel: Comparison between the original version, Synthesis version (SV), Preliminary version (PV), back-translations (BTL-1 and BTL-2) and the Final version (FV) of QEWP-5 43

Table 3: Comprehensibility (patients and ED experts) and relevance (ED experts) of items in the Brazilian version of QEWP-5. 49

Table 1. Comparison between participants who completed QEWP-5 in the test and retest with those who completed only the test. 65

Table 2: Comparison of participants who completed QEWP-5 twice by course 66

Table 3: Frequency of BED and BN obtained in the 1st application (test) and 2nd application (retest) of the QEWP-5 and kappa values in the entire sample and by course. 67

Lista de símbolos ou nomenclatura

Sigla	**Nome**
AN	Anorexia Nervosa
BED	*Binge Eating Disorder*
BES	*Binge Eating Scale*
BITE	*Bulimic Investigatory Test, Edinburgh*
BMI	*Body Mass Index*
BN	Bulimia Nervosa
BTL-1	*Back Translation 1*
BTL-2	*Back Translation 2*
CAD	Comportamentos Alimentares Desordenados
CVI	*Content Validity Index*
DSM-IV	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*
DSM-IV-TR	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition - Text Revised*
DSM-5	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*
EAT	*Eating Attitudes Test*
ECA	Episódios de Compulsão Alimentar
ED	*Eating Disorders*
EDDS	*Eating Disorder Diagnostic Scale*
EDE	*Eating Disorder Examination*
EDE-Q	*Eating Disorder Examination – Questionnaire*
EDE-Q-I	*Eating Disorder Examination – Questionnaire – with instructions*
GOTA	Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares
ICD-11	*International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics - 11th edition*
IPUB/UFRJ	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
IVC-I	Índice de Validade de Conteúdo dos itens
IVC-M	Índice de Validade de Conteúdo médio
ND	*No diagnosis*
OBE	*Objective Binge Eating*
PFV	*Pre-Final Version*
PV	*Preliminary Version*
QEWP	*Questionnaire on Eating and Weight Patterns*
QEWP-5	*Questionnaire on Eating and Weight Patterns - 5*
QEWP-A	*Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Adolescent Version*
QEWP-R	*Questionnaire on Eating and Weight Patterns - Revised*
SBE	*Subjective Binge Eating*
SCID-I/P	*Structured Clinical Interview for* DSM-IV
SCID-5-CV	*Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinical Version*
SD	*Standard Deviation*

Continua na próxima página

Lista de símbolos ou nomenclatura (continuação)

Sigla	**Nome**
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
SV	*Synthesis Version*
T1	Tradução 1 do QEWP-5 para língua portuguesa
T2	Tradução 2 do QEWP-5 para língua portuguesa
TA	Transtornos Alimentares
TCA	Transtorno da Compulsão Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR1	Tradução reversa 1
TR2	Tradução reversa 2
VF	Versão final do QEWP-5 traduzido para língua portuguesa
VP	Versão preliminar do QEWP-5 traduzido para língua portuguesa
VPF	Versão pré-final do QEWP-5 traduzido para língua portuguesa
VS	Versão síntese das traduções do QEWP-5 para língua portuguesa

1. Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são condições psiquiátricas nas quais os pacientes apresentam alterações no seu comportamento alimentar, impactando sua saúde e seu desempenho psicossocial. Os principais TA são anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA), e se diferenciam, entre outros fatores, pela presença ou não de episódios de compulsão alimentar (ECA) e métodos compensatórios inadequados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, STEIGER, THALER, 2015).

Os ECA são definidos por duas características: (1) consumo, em um período de duas horas, de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria em condições semelhantes; (2) sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o que ou o quanto está comendo. Por sua vez, os métodos compensatórios, geralmente consequentes aos ECA, são mecanismos utilizados para evitar ganho de peso, como vômitos auto induzidos, uso abusivo de laxantes e diuréticos, prática excessiva de atividades físicas e jejum (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A AN se caracteriza por restrição da ingestão alimentar e por comportamentos que evitam o ganho de peso, mesmo quando ele está significativamente baixo. O paciente com AN pode apresentar um padrão restritivo no qual não há presença de ECA e/ou purgação ou um padrão caracterizado pela presença de ECA e adoção de práticas purgativas para evitar ganho de peso. Por sua vez, a BN caracteriza-se pela presença obrigatória de ECA, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados. Finalmente, o TCA também é marcado pela presença compulsória de ECA, pelo menos uma vez na semana, nos últimos três meses, porém sem a ocorrência de mecanismos compensatórios inadequados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A compulsão alimentar compreende um comportamento de difícil avaliação, uma vez que inclui um aspecto objetivo, relacionado a duração e tamanho do episódio (consumo de grandes quantidades de alimentos), porém sem uma definição exata do que seja “grandes quantidades de alimentos”, e uma característica subjetiva (sensação de perda de controle sobre a alimentação), baseada exclusivamente na autopercepção do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, STUNKARD, ALLISON, 2003).

A prevalência dos TA pode variar de acordo com a metodologia de avaliação, tipo e tamanho da amostra (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006). Em uma revisão sistemática de estudos que reportaram a prevalência dos TA segundo os critérios da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* (DSM-5), manual que descreve os critérios diagnósticos

para transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), as taxas de prevalência de AN variaram entre 0,67 e 1,9%. Na BN as taxas de prevalência variaram entre 0,59 e 2,6%. No TCA a variação foi entre 0,6 e 4,1%. Um dos fatores que poderia explicar essa variação seria a inconsistência na avaliação de critérios como medo intenso de ganhar peso ou tornar-se gordo, no caso da AN, e perturbação e sentimento de culpa após o ECA, em relação ao TCA (HAY, GIROSI, MOND, 2015, DAHLGREN, WISTING, RØ, 2017).

Um único estudo encontrado na revisão de literatura investigou a presença de BN e TCA em uma amostra populacional representativa no Brasil. O São Paulo *Mega City* foi realizado entre 2005 e 2007, por meio de entrevistas face-à-face com uma amostra probabilística dos habitantes da cidade de São Paulo (n=2942) (VIANA, TEIXEIRA, BERALDI et al., 2009). As prevalências no período de 1 ano para BN e TCA foram de 0,9 e 1,8%, respectivamente. As taxas de prevalência ao longo da vida foram maiores, atingindo 2% para BN e 4,7% para TCA (KESSLER, BERGLUND, CHIU et al., 2013).

Os TA são mais prevalentes nas mulheres do que nos homens. Entretanto, no TCA essa diferença é menor (SMINK, VAN HOEKEN, HOEK, 2012). Dois estudos de base populacional, realizados na Europa e Estados Unidos, investigaram as prevalências de TA estratificadas por sexo. Para AN a prevalência foi de 0,9% nas mulheres e 0,3% nos homens. Na BN a prevalência nas mulheres variou entre 0,9 e 1,5%, enquanto nos homens a prevalência variou entre 0,1 a 0,5%. No TCA, por sua vez, a prevalência nas mulheres foi 3,5%, enquanto nos homens foi de 2% (HUDSON, HIRIPI, POPE JR et al., 2007, PRETI, GIROLAMO, VILAGUT et al., 2009). No Brasil, França et al. (2014), que avaliaram amostra representativa de indivíduos de Pelotas, no Rio Grande do Sul, encontraram 7,9% de prevalência de ECA e 2,7% de ECA recorrentes, com maior prevalência nas mulheres (9,6%) do que nos homens (5,6%).

São poucos os estudos que avaliaram a presença do diagnóstico de TA na população brasileira, por meio da realização de entrevistas clínicas. Entretanto, pesquisadores têm avaliado alterações do comportamento alimentar que, embora não sejam suficientes para o diagnóstico dos referidos transtornos, podem ser um indicativo de evolução para quadros clínicos definidos de TA no futuro (APPOLINARIO, CLAUDINO, 2000). Os comportamentos alimentares desordenados (CAD), como episódios de compulsão alimentar, restrição alimentar e métodos compensatórios inadequados de controle de peso, são mais prevalentes do que os TA propriamente ditos (APPOLINARIO, CLAUDINO, 2000, LEAL, PHILIPPI, POLACOW et al., 2013). Embora os CAD sejam mais frequentes durante a adolescência, a literatura tem demonstrado que estes comportamentos também

são prevalentes e persistentes em universitários (SMINK, VAN HOEKEN, HOEK, 2012, EISENBERG, NICKLETT, ROEDER et al., 2011, LIPSON, SONNEVILLE, 2017).

Estudos têm avaliado a presença de TA e CAD em estudantes universitários, particularmente de cursos de graduação cujo campo de atuação profissional pode estar relacionado a questões acerca da alimentação, saúde e do corpo, como Nutrição e Educação Física (FREDENBERG, BERGLUND, DIEKEN, 1996, LAUS, MOREIRA, COSTA, 2009). Supõe-se que pessoas que apresentam grande preocupação com seu peso, distorção da imagem corporal e CAD tendam a buscar estes cursos em virtude de um interesse pessoal pelo assunto (LAUS, MOREIRA, COSTA, et al., 2009; OZENOGLU, UNAL, ERCAN et al., 2015). Em um estudo que avaliou a prevalência de TA em estudantes de Nutrição segundo o DSM-IV, Kinzl et al. (1999) observaram que 8,4% dos graduandos preenchiam critério diagnóstico para BN ou TCA. Esses autores também referem que 7,5% dos estudantes apresentaram CAD e 14% dos alunos relataram que os problemas com o peso corporal e a presença dos CAD foram os principais motivos para ingressarem no curso. Os diagnósticos de BN e TCA estão associados à prejuízos funcionais, presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, e maior nível educacional (KESSLER, SHAHLY, HUDSON et al., 2014). Portanto, estudantes de graduação diagnosticados com TA podem enfrentar dificuldades em sua vida social e acadêmica (FILIPOVA, STOFFEL, 2016).

Os instrumentos para avaliação de TA surgiram para suprir a necessidade de sistematizar esses transtornos tendo em vista o estabelecimento e aperfeiçoamento dos seus critérios diagnósticos ao longo das últimas edições dos DSM. Considerando a natureza etiológica multifatorial dos TA, o diagnóstico destes distúrbios exige avaliações e abordagens que considerem os vários aspectos envolvidos em seu surgimento e manutenção (FREITAS, GORENSTEIN, APPOLINARIO, 2002).

Os métodos de avaliação dos TA podem ser divididos em três categorias: (1) entrevistas clínicas; (2) auto monitoramento; (3) questionários auto preenchíveis. Neste contexto, destaca-se a importância dos questionários auto preenchíveis que permitem que os respondentes revelem comportamentos que, por considerarem vergonhosos, poderiam deixá-los relutantes em uma entrevista clínica. Entre as desvantagens estão a dificuldade de interpretação dos escores, que nem sempre retratam de maneira fiel a complexidade do constructo avaliado, e o cansaço do respondente que pode influenciar as respostas (GORENSTEIN; WANG, 2016). Especificamente para o rastreamento de TCA, destaca-se o *Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised* (QEWP-R), que foi desenvolvido de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (SPITZER, YANOVSKI, MARCUS, 1994, AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2000, FREITAS, GORENSTEIN, APPOLINARIO, 2002).

A última atualização do DSM, o DSM-5, incluiu o TCA como uma categoria diagnóstica formal de TA. Foram apresentadas alterações na forma de avaliação (de dias de ECA para número de ECA por dia) e no limite da frequência de episódios de compulsão (redução de 2 para 1 vez por semana), bem como na duração mínima dos sintomas para diagnóstico do TCA (dos "últimos 6 meses" para "últimos 3 meses"). Em virtude dessas mudanças, o QEWP-R foi revisado e atualizado, dando origem ao *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5* (QEWP-5) (YANOVSKI, MARCUS, WADDEN et al., 2015). Entretanto, essa última versão do referido questionário ainda não foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa.

O processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos nem sempre é tratado com a devida importância durante a elaboração dos protocolos dos estudos (SPERBER, 2004). Em muitos casos, é realizada uma tradução literal, sem a participação de tradutores qualificados e com experiência na tradução de instrumentos de pesquisa, prejudicando a validade dos dados da pesquisa (SOUSA, ROJJANASRIRAT, 2011, WILD, GROVE, MARTIN et al., 2005). A adoção de protocolos com etapas rigorosas no processo de adaptação transcultural, estudo da confiabilidade e validação é essencial para garantir a qualidade do instrumento traduzido, auxiliando os pesquisadores e clínicos que o utilizarão a avaliar se os resultados se aplicam à sua área de pesquisa ou prática clínica (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Dentro deste contexto, propõe-se a realização deste estudo que visa realizar a tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa do QEWP-5, seguindo o protocolo exigido por Sousa e Rojjanasrirat (2011), o que, certamente, contribuirá para a sua aplicação em estudos clínicos e epidemiológicos no Brasil que tenham por objetivo rastrear a prevalência de TCA, de acordo com as novas propostas do DSM-5.

2. Revisão da literatura

2.1. Instrumentos de avaliação dos Transtornos Alimentares

Os instrumentos de avaliação dos TA consistem em alternativas para o diagnóstico, rastreamento e acompanhamento destes transtornos em suas formas completas ou parciais (FREITAS, GORENSTEIN, APPOLINARIO, 2002). As entrevistas clínicas, instrumentos de auto monitoramento e os questionários auto preenchíveis possuem características e finalidades distintas, que serão abordadas a seguir.

As entrevistas clínicas são consideradas padrão-ouro para o diagnóstico de TA, entretanto, necessitam de tempo e privacidade para a realização das perguntas, bem como de entrevistadores treinados e especializados no constructo que está sendo avaliado. Os principais instrumentos diagnósticos são o *Eating Disorder Examination* (EDE) e o *Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinical Version* (SCID-5-CV). (FAIRBURN, COOPER, 1993; FIRST, WILLIAMS, KARG et al., 2017).

O EDE é um roteiro de entrevista semiestruturada que avalia psicopatologia alimentar e gera diagnóstico de TA segundo o DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2000). Ele é composto por 65 perguntas, cada uma com 7 opções de resposta (FAIRBURN, COOPER, 1993). Embora seja considerado padrão-ouro para o diagnóstico de TA, o longo tempo para aplicação (cerca de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos) é considerado uma limitação para o seu uso em estudos epidemiológicos (FREITAS, GORENSTEIN, APPOLINARIO, 2002). O EDE foi adaptado para a língua portuguesa e está em processo de validação na população brasileira.

O SCID-5-CV é um roteiro de entrevista estruturada composta por vários módulos que avaliam os diferentes transtornos psiquiátricos definidos pelo DSM-5. Nesse sentido, o avaliador deve selecionar o módulo de maior interesse. O SCID-5-CV apresenta algumas diferenças em relação ao EDE, tais como: (1) avaliação mais simples (investiga apenas os critérios diagnósticos específicos dos TA), e (2) menor tempo de aplicação da entrevista. Adicionalmente, está disponível uma versão desta entrevista clínica, traduzida para a língua portuguesa (FIRST, WILLIAMS, KARG et al., 2017).

Os instrumentos de auto monitoramento consistem em diários alimentares, nos quais os pacientes descrevem detalhadamente os alimentos consumidos diariamente, hora e local das refeições, bem como sentimentos (ex: culpa ou raiva) e comportamentos (ex: métodos compensatórios) associados à alimentação. Os diários apresentam como vantagem a ausência do viés de memória ao relatar os alimentos consumidos, no entanto, as desvantagens consistem na recusa dos

indivíduos em realizar as anotações, dúvidas em relação à fidedignidade das informações e o efeito terapêutico do instrumento, que pode influenciar o comportamento alimentar do paciente (FREITAS, GORENSTEIN, APPOLINARIO, 2002).

Por sua vez, os instrumentos auto preenchíveis são indicados para o rastreamento dos TA e dos CAD. Os questionários mais utilizados são: (1) *Eating Attitudes Test* (EAT), que avalia presença de CAD (GARNER, OLMSTED, BOHR, 1982); (2) *Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* (BITE), desenvolvido para o rastreamento e avaliação da gravidade da BN (HENDERSON, FREEMAN, 1987); (3) *Binge Eating Scale* (BES), desenvolvido para avaliar a gravidade da compulsão alimentar em indivíduos obesos (GORMALLY, BLACK, DASTON et al., 1982); (4) *Eating Disorders Examination – Questionnaire* (EDE-Q), versão auto preenchível do EDE, composta por 41 itens que avaliam comportamentos chave para o diagnóstico de TA e características psicopatológicas (FAIRBURN, BEGLIN, 1994); e (5) QEWP-R, que foi desenvolvido para o rastreamento de TCA de acordo com o DSM-IV (SPITZER, YANOVSKI, MARCUS, 1994). Com exceção do EDE-Q, os demais questionários citados foram traduzidos e validados para uso na população brasileira (FREITAS, LOPES, COUTINHO et al., 2001, BORGES, MORGAN, CLAUDINO et al., 2005, NUNES, CAMEY, OLINTO et al., 2005, FREITAS, LOPES, APPOLINARIO et al., 2006, XIMENES, COLARES, BERTULINO, 2011).

2.2. *Questionnaire on Eating and Weight Patterns* (QEWP)

O QEWP foi desenvolvido em 1992 para uso nos estudos que propuseram os critérios diagnósticos de TCA. O instrumento realizava o rastreamento do TCA e era composto por questões sociodemográficas, história de peso e dieta, ECA e métodos inadequados de controle de peso. O QEWP foi utilizado em estudos multicêntricos, que avaliaram a presença de TCA em amostras de universitários, indivíduos em tratamento para perda de peso, grupos de comedores compulsivos e na população geral (SPITZER, DEVLIN, WALSH et al., 1992). Zwaan et al.(1993) consideraram que o QEWP apresentou grau de concordância moderado em relação ao SCID-I/P, avaliado por meio do coeficiente de *kappa* (k=0.57). Em um estudo que procedeu avaliação de suas propriedades psicométricas, o QEWP foi considerado estável após aplicação de teste-reteste em 52 indivíduos que declaravam ter compulsão alimentar e 52 controles, com intervalo de 3 semanas (k=0.58) (NANGLE, JOHNSON, CARR-NANGLE et al., 1994).

Em 1998 foi elaborada uma versão do QEWP para aplicação em adolescentes, com o título de *Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Adolescent Version* (QEWP-A). Trata-se de um questionário com 13 itens, que buscou manter os elementos do instrumento original, substituindo as palavras de difícil compreensão pelo público-alvo por sinônimos (JOHNSON, GRIEVE, ADAMS et al., 1999). Essa versão do instrumento apresentou boa estabilidade temporal observada após duas aplicações em 106 adolescentes americanos, com intervalo de 3 semanas (phi=0,42). Ao estratificar por sexo, o QEWP-A foi mais estável nos meninos do que nas meninas (JOHNSON, KIRK, REED, 2001). O QEWP-A foi adaptado para a língua portuguesa, sendo avaliada sua estabilidade por meio da metodologia teste-reteste, em aplicação em amostra de 105 adolescentes, com intervalo de 15 dias. O instrumento foi considerado de fácil compreensão e apresentou graus de concordância, avaliado pelo coeficiente de *kappa*, bom ou ótimo (entre 0,65 e 0,99) em 12 das 13 questões. Somente o item referente à prática de jejum como método compensatório apresentou concordância moderada (k=0,58) (SIQUEIRA, COLARES, XIMENES, 2015).

Posteriormente, o questionário foi revisado de forma a incorporar as mudanças nos critérios diagnósticos propostos pelo DSM-IV, passando a se chamar QEWP-R. Essa versão do instrumento é composta por 27 questões que avaliam compulsão alimentar, perda de controle ao comer, métodos compensatórios de controle de peso, história de peso e dieta, grau de preocupação com peso e forma corporal e dados demográficos. O QEWP-R é indicado para o rastreamento de TCA na população geral e para distinguir BN purgativa de BN não purgativa. Entretanto, o diagnóstico de TCA deve ser confirmado por meio de entrevistas clínicas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; FREITAS, GORENSTEIN, APPOLINARIO, 2002, SPITZER, YANOVSKI, MARCUS, 1994).

O QEWP-R foi traduzido para o português incorporando o título Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso – Revisado. Foi validado com base no módulo de TA do *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I/P), em estudo com 89 mulheres com sobrepeso buscando tratamento para perda de peso e/ou compulsão alimentar, desenvolvido em 2004 na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O QEWP-R apresentou sensibilidade de 55%, especificidade de 80%, valor preditivo positivo de 79% e valor preditivo negativo de 56% para diagnóstico de TCA. Quando comparado ao SCID-I/P quanto a capacidade de identificar compulsão alimentar em geral (TCA, BN e diagnósticos subclínicos de TCA), o QEWP-R apresentou sensibilidade de 88%, especificidade de 63%, valor preditivo positivo de 82% e valor preditivo negativo de 73%. A sensibilidade modesta do QEWP-R para o diagnóstico de TCA pode ter sido causada por vergonha das participantes ao responder o instrumento e pela dificuldade na compreensão das questões, devido às ambiguidades na definição de compulsão alimentar. Entretanto, o QEWP-R foi considerado útil tanto como

instrumento de avaliação inicial para identificação de compulsão alimentar em populações clínicas, como para fins de pesquisa (BORGES, MORGAN, CLAUDINO et al., 2005).

Em um estudo que teve como objetivo avaliar o desempenho de três questionários: o QEWP-R, o BES e o *Eating Disorder Examination – Questionnaire – with instructions* (EDE-Q-I), verificou-se que o QEWP-R teve 74% de sensibilidade e 35% de especificidade, indicando seu uso como triagem inicial de TCA. O QEWP-R apresentou maior concordância com o EDE (95,3%) para identificar pacientes com graus mais severos de compulsão alimentar (2 ou mais dias de compulsão alimentar/semana) (CELIO, WILFLEY, CROW et al., 2004). Ao comparar BES e QEWP-R, Gladis et al.(1998) observaram concordância moderada (k=0,45), e concluíram que as discordâncias observadas foram motivadas pelo fato de o BES avaliar a psicopatologia associada à compulsão alimentar, enquanto o QEWP-R avalia diretamente os critérios diagnósticos para TCA.

O desempenho do QEWP-R também foi avaliado por Barnes et al.(2011), em comparação ao EDE e ao EDE-Q, em uma amostra de pacientes obesos com TCA e suas formas subclínicas. O QEWP-R apresentou correlação significativa com o EDE em relação à frequência de ECA, critérios de perda de controle, angústia relacionada ao ECA e imagem corporal. Adicionalmente, a forma de avaliação da frequência de ECA utilizada pelo QEWP-R (média de dias com ECA/semana) foi compreendida mais facilmente pelos participantes do estudo do que o método utilizado pelo EDE-Q (número de ECA no último mês). Por fim, o QEWP-R foi considerado um instrumento útil pelos autores de uma revisão sistemática que avaliou a qualidade das propriedades psicométricas de instrumentos auto preenchíveis para rastreamento de compulsão alimentar e psicopatologia associada. (BURTON, ABBOTT, PSYCH et al., 2016).

Em 2015, o TCA foi incluído como um diagnóstico formal no capítulo de TA do DSM-5. Adicionalmente, foram realizadas algumas alterações nos seus critérios diagnósticos. Nesse contexto, Yanovski et al. (2015) perceberam a necessidade de atualização do QEWP-R. A nova versão do instrumento, o QEWP-5, trouxe importantes alterações no conteúdo das questões: (1) revisão da frequência de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios; (2) revisão dos limites para uso de mecanismos compensatórios inapropriados – “tomar mais que o dobro das doses recomendadas” de medicamentos como laxantes e diuréticos especificamente para evitar ganho de peso foi substituída por “tomar mais do que a dose recomendada”. Adicionalmente, na avaliação de prática de atividade física como método compensatório, o critério de tempo (se exercitar por mais de 1 hora) foi substituído por prejuízo funcional (se exercitar mesmo estando machucado ou de modo a interferir em importantes atividades); (3) eliminação de questões que não estavam relacionadas ao critério diagnóstico, como tempo de dieta e idade de início da compulsão alimentar; (4) inclusão de

questões para avaliar perda de controle sobre a alimentação na ausência de consumo de grandes quantidades de alimentos (episódios de compulsão alimentar subjetivos). Foram incluídas também questões para avaliar a frequência e gravidade desses episódios; e (5) revisão dos escores do instrumento, deixando-os em conformidade com os atuais critérios diagnósticos de TCA e BN (QUADRO 1).

Esse novo questionário, publicado em língua inglesa, ainda não foi traduzido ou validado em outros idiomas.

Quadro 1: Critérios diagnósticos para Transtorno da Compulsão Alimentar e Bulimia Nervosa, segundo o DSM-5.

Critério	Transtorno da Compulsão Alimentar	Bulimia Nervosa
A	Episódios recorrentes de compulsão alimentar	Episódios recorrentes de compulsão alimentar
B	Episódios de compulsão alimentar são associados com, no mínimo, 3 dos seguintes comportamentos: 1. Comer mais rápido que o normal. 2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio. 3. Comer grandes quantidades de comida mesmo não estando fisicamente com fome 4. Comer sozinho por vergonha da quantidade de alimentos consumidos. 5. Sentir-se desgostoso consigo mesmo, depressivo ou culpado após o episódio.	Comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso
C	Marcante desconforto relacionado ao episódio.	Os ECA e comportamentos compensatórios ocorrem, em média, 1 vez por semana nos últimos três meses.
D	Os ECA ocorrem, em média, 1 vez por semana nos últimos três meses.	Autoavaliação negativamente influenciada pelo peso ou forma corporal.
E	Os ECA não são associados com comportamentos compensatórios (ex: vômitos auto induzidos, uso de diuréticos, laxantes ou outros medicamentos, jejuns ou atividade física excessiva) e não ocorrem exclusivamente durante o curso da AN ou BN.	O distúrbio não ocorre exclusivamente durante os episódios de AN.

Fonte: Adaptado de American Psychiatric Association (2013).

2.3. Processo de adaptação transcultural

A adaptação transcultural busca oferecer um instrumento traduzido com equivalência conceitual em relação ao instrumento original, e relevante culturalmente para a população-alvo, considerando aspectos contextuais, idiomáticos e linguísticos (WILD, GROVE, MARTIN et al., 2005). O processo de tradução e adaptação requer planejamento e investimento financeiro e de tempo, bem como a participação de tradutores experientes e de especialistas no constructo que será avaliado pelo instrumento. Existem diversos protocolos de tradução, adaptação transcultural e validação de instrumentos. Eles apresentam abordagens diferentes e seguem etapas rigorosas para a elaboração de instrumentos traduzidos de maneira confiável. O uso desses protocolos permite a avaliação da adaptação e da validade do instrumento traduzido (BEATON, BOMBARDIER, GUILLEMIN et al., 2000, SOUSA, ROJJANASRIRAT, 2011).

Não há um consenso sobre as estratégias de adaptação transcultural. A escolha deve basear-se nas características do instrumento a ser adaptado, contexto de aplicação e população-alvo. No entanto, sabe-se que a tradução literal não garante validade e confiabilidade do construto a ser medido (BORSA, DAMASIO, BANDEIRA, 2012, MANEESRIWONGUL, DIXON, 2004). Sugere-se que a adaptação de instrumentos compreenda a tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro, e busque, também, contemplar o contexto cultural e o estilo de vida da população para a qual o instrumento foi desenvolvido (REICHENHEIM, MORAES, 2007).

De um modo geral, o processo de adaptação deve compreender as seguintes etapas: (1) definições conceituais; (2) tradução do instrumento do idioma original para o idioma-alvo, elaborando no mínimo 2 versões que devem ser sintetizadas; (3) retrotradução para o idioma original e comparação com a versão original; (4) discussão com especialistas no construto para o qual o instrumento foi desenvolvido e elaboração de uma versão pré-final; (5) estudo-piloto e elaboração de uma versão final; (6) testes psicométricos e validação do instrumento. Ressalta-se a importância da solicitação prévia de autorização para proceder a tradução e adaptação junto ao autor do instrumento original (GORENSTEIN, WANG, 2016).

As propriedades psicométricas de um instrumento adaptado são obtidas com base em análises estatísticas, que tem por objetivo avaliar o grau de validade e fidedignidade do instrumento no contexto em que foi adaptado. Entre as principais análises psicométricas está a confiabilidade, que se refere à capacidade de reproduzir um resultado de maneira consistente, e se relaciona a aspectos como estabilidade, homogeneidade e equivalência (GORENSTEIN, WANG, 2016). A confiabilidade não é uma medida fixa do questionário. Ela é influenciada por diversos fatores, entre os quais, tipo

de instrumento, população-alvo e método de administração (KESZEI, NOVAK, STREINER, 2010). Especificamente em relação às características do público-alvo, destaca-se a prevalência da condição que será avaliada pelo instrumento. Quanto mais heterogênea for a amostra do estudo, maior deverá ser a confiabilidade do questionário (STREINER, NORMAN, CAIRNEY, 2015).

A estabilidade temporal compreende a capacidade de obtenção de resultados semelhantes quando um mesmo instrumento é aplicado em momentos distintos, sob as mesmas condições. Uma das formas de avaliar a confiabilidade dos instrumentos auto preenchíveis é por meio da metodologia de teste-reteste. O intervalo entre as aplicações do instrumento pode influenciar a avaliação de sua estabilidade (KESZEI, NOVAK, STREINER, 2010, STREINER, NORMAN, CAIRNEY, 2015). Para evitar mudanças temporais, o teste e o reteste devem ser realizados dentro de duas semanas (GORENSTEIN, WANG, 2016).

2.4. Transtornos alimentares em estudantes universitários

Estudantes de graduação compreendem um grupo de risco para desenvolvimento de TA (LIPSON, SONNEVILLE, 2017). Esses transtornos comumente têm início na faixa de idade semelhante ao período em que os jovens estão ingressando na universidade, entre 19 e 24 anos em média, e se não forem corretamente diagnosticados e tratados, podem impactar negativamente a vida social e acadêmica desses estudantes (FILIPOVA, STOFFEL, 2016, HUDSON, HIRIPI, POPE JR et al., 2007). Particularmente os estudantes de cursos de graduação relacionados à área da saúde podem apresentar maior risco de desenvolvimento de TA. Entretanto, não há consenso na literatura se o maior conhecimento sobre alimentação e saúde é um fator protetor ou desencadeador de TA (KORINTH, SCHIESS, WESTENHOEFER, 2010, LAUS, MOREIRA, COSTA, 2009).

A compulsão alimentar é um problema entre os universitários, principalmente as mulheres, e está associada aos diagnósticos de obesidade (FIELD, SONNEVILLE, MICALI et al., 2012, KELLY-WEEDER, JENNINGS, WOLFE, 2012) e TA (FIELD, SONNEVILLE, MICALI et al., 2012), fumo (KELLY-WEEDER, JENNINGS, WOLFE, 2012), consumo excessivo de álcool (KELLY-WEEDER, 2011, KELLY-WEEDER, EDWARDS, 2011), métodos inadequados de controle de peso (uso de laxantes, diuréticos, remédios para emagrecimento) (KELLY-WEEDER, 2011, KELLY-WEEDER, JENNINGS, WOLFE, 2012), insatisfação corporal, ansiedade e depressão (JUARASCIO, PERONE, TIMKO, 2011, FIELD, SONNEVILLE, MICALI et al., 2012). Os comportamentos

inadequados desenvolvidos nesse período podem gerar consequências futuras indesejadas para a saúde desses estudantes (KELLY-WEEDER, PHILLIPS, LEONARD, et al., 2014).

As prevalências dos TA (AN, BN e TCA) em universitários podem chegar a cerca de 9%, demonstrando a importância de sua investigação nesse grupo de indivíduos (MACHADO, FERNANDEZ, GONÇALVES et al., 2004, PHILLIPS, PRATT, 2005, THORSTEINSDOTTIR; ULFARSDOTTIR, 2008). Especificamente em relação ao TCA, as prevalências variam de acordo com a amostra e a metodologia do estudo. Napolitano e Himes (2011) identificaram prevalência de 8,4% em universitárias americanas, usando o *Eating Disorder Diagnostic Scale* (EDDS), um questionário auto aplicável que avalia presença de AN, BN e TCA segundo os critérios do DSM-IV (STICE, TELCH, RIZVI, 2000). Ribeiro et al.(2014) realizaram rastreamento em 805 graduandos portugueses, utilizando o QEWP-R (SPITZER, YANOVSKI, MARCUS, 1994). A prevalência encontrada foi de 1,4%. Adicionalmente, 35,3% dos participantes relataram consumir grandes quantidades de comida em um curto período, 9,6% declararam sentimento de perda de controle sobre a alimentação, 2,3% relataram desconforto intenso após o ECA, 11,4% apresentaram pelo menos 3 sintomas característicos de compulsão alimentar e 85,2% não faziam uso de comportamentos compensatórios. No referido estudo, foram utilizados os critérios diagnósticos do DSM-IV. Os autores relatam que, caso adotassem os critérios do DSM-5, a prevalência de TCA poderia ser maior. Em um outro estudo, Saules et al. (2009) também utilizaram o QEWP-R para rastrear TCA em universitários, encontrando prevalência de 5%. Ao estratificar por sexo, o possível diagnóstico de TCA observado nas mulheres (6,1%) foi significativamente maior ($p<0.05$) que nos homens (2,7%).

Os CAD, que não implicam, propriamente, em TA, mas em risco para o desenvolvimento completo da síndrome, geralmente, são avaliados em estudantes universitários por meio dos questionários EAT (GARNER, OLMSTED, BOHR et al., 1982), e o BITE. Em um estudo que avaliou o comportamento alimentar de graduandos de cursos da área da saúde de todas as regiões do Brasil, utilizando o EAT, a frequência de CAD variou de 23,7% a 30,1% (ALVARENGA, SCAGLIUSI, PHILIPPI, 2011). Reis et al. (2014) avaliaram 200 estudantes dos cursos de Farmácia, Biomedicina, Enfermagem, Nutrição e Psicologia, em uma universidade em Minas Gerais, quanto à presença de CAD, utilizando o EAT. Cerca de 25% dos estudantes avaliados relataram comportamentos como prática de dietas, omissão de desjejum e de lanches no intervalo entre as refeições e distorção da imagem corporal. Em outro estudo realizado com a aplicação do EAT, Caram e Lazarine (2013) identificaram que os graduandos em Nutrição apresentaram maior prevalência de CAD, quando comparados aos cursos de Psicologia e Educação Física de uma universidade privada brasileira. Os

estudantes desses cursos preocupavam-se mais frequentemente com alimentação, gordura corporal e prática de atividade física com objetivo de emagrecimento.

Especificamente sobre o TCA, Nicoli e Junior (2011) avaliaram 217 graduandos de cursos da área da saúde de uma universidade pública, em São Paulo, utilizando o BES (FREITAS, LOPES, COUTINHO et al., 2001), e observaram prevalência de 12,9%. Considerando somente as participantes do sexo feminino, a prevalência foi de 13,6%, enquanto nos homens foi de 9%. Ademais, identificou-se a sobrevalorização da forma e peso corporais, características psicopatológicas que estão relacionadas à maior gravidade do TCA. No estudo de Vitolo et al.(2006), a prevalência de ECA em universitárias dos cursos de Nutrição, Enfermagem e Psicologia foi de 18% com base no BES. Observou-se que a frequência desses episódios foi maior nas estudantes com idade inferior a 20 anos, bem como a forte associação entre a presença de compulsão alimentar e excesso de peso.

Como demonstrado, os CAD são prevalentes nos estudantes de graduação, principalmente nos cursos da área da saúde. Tais comportamentos podem evoluir para o diagnóstico completo de TA. Nesse sentido, o rastreamento é uma medida importante para investigação de CAD e TA no público universitário. Especificamente quanto ao TCA, ainda há uma lacuna de informações quanto à sua prevalência com base em instrumentos que atendam os critérios diagnósticos do DSM-5.

3. Justificativa

Considerando o impacto clínico e funcional individual dos TA e a gravidade destes transtornos, que podem implicar até em letalidade importante, os TA precisam ser corretamente identificados. A atualização e adequação do QEWP-R ao DSM-5 representa uma grande contribuição para a avaliação e rastreamento do TCA e da BN. Entretanto, até a presente data, essa nova versão do referido questionário ainda não foi traduzida para a língua portuguesa. Deste modo, a tradução, adaptação transcultural e avaliação da confiabilidade do QEWP-5, seguindo os protocolos internacionais, torna-se essencial para que seja disponibilizado a pesquisadores e clínicos um instrumento que atenda às exigências psicométricas para aplicação em amostras clínicas e populacionais.

4. Objetivos

4.1. Objetivo geral:

- Realizar a adaptação transcultural do QEWP-5 para a população brasileira.

4.2. Objetivos específicos:

- Proceder a tradução do QEWP-5 para língua portuguesa.
- Assegurar que a tradução conduza itens semanticamente equivalentes.
- Assegurar a equivalência conceitual e de conteúdo.
- Garantir que o formato, o desenho das questões e o meio de administração sejam adequados à nossa cultura.
- Avaliar a confiabilidade do QEWP-5 traduzido para língua portuguesa em aplicação em estudantes universitários.

5. Material e métodos

O presente estudo foi dividido em duas fases:

a) Primeira fase: Tradução e adaptação transcultural do QEWP-5 para a língua portuguesa.

b) Segunda fase: Avaliação da confiabilidade do QEWP-5 (estabilidade teste-reteste).

5.1. Primeira fase: Tradução e adaptação transcultural

O QEWP-5 (ANEXO 1) passou por um processo de tradução e adaptação transcultural, de acordo como protocolo de Sousa e Rojjanasrirat (2011), um *guideline* que reúne etapas e abordagens metodológicas recomendadas para adaptação de instrumentos. Para esta fase, primeiramente, foi feito contato por e-mail com a responsável pela versão original do instrumento (Dra Marsha Marcus, Universidade de *Pittsburgh* – Estados Unidos) para obtenção de autorização (ANEXO 2) para iniciar a tradução e adaptação do QEWP-5 para língua portuguesa. A autora está ciente de que o QEWP-5 traduzido foi objeto de estudo desta dissertação de mestrado da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e foi envolvida nas etapas do processo de adaptação transcultural.

O processo de tradução simétrica, que mantém o significado e o coloquialismo tanto da linguagem original como da linguagem desejada (SOUSA, ROJJANASRIRAT, 2011), foi efetuado por meio de cinco etapas. O fluxograma de procedimentos da adaptação transcultural do QEWP-5 para língua portuguesa pode ser visto na Figura 1.

5.1.1. Etapa 1 – Tradução do instrumento original para a língua portuguesa:

O QEWP-5 foi traduzido para a língua portuguesa por dois tradutores bilíngues (entre estes o autor deste projeto), cujo a língua-mãe é a língua portuguesa. Um dos tradutores era familiarizado com as terminologias médicas e psiquiátricas. O segundo tradutor era familiarizado com as frases coloquiais, termos emocionais e jargões utilizados na língua portuguesa. Foram geradas duas versões (T1 e T2) do QEWP-5 traduzido.

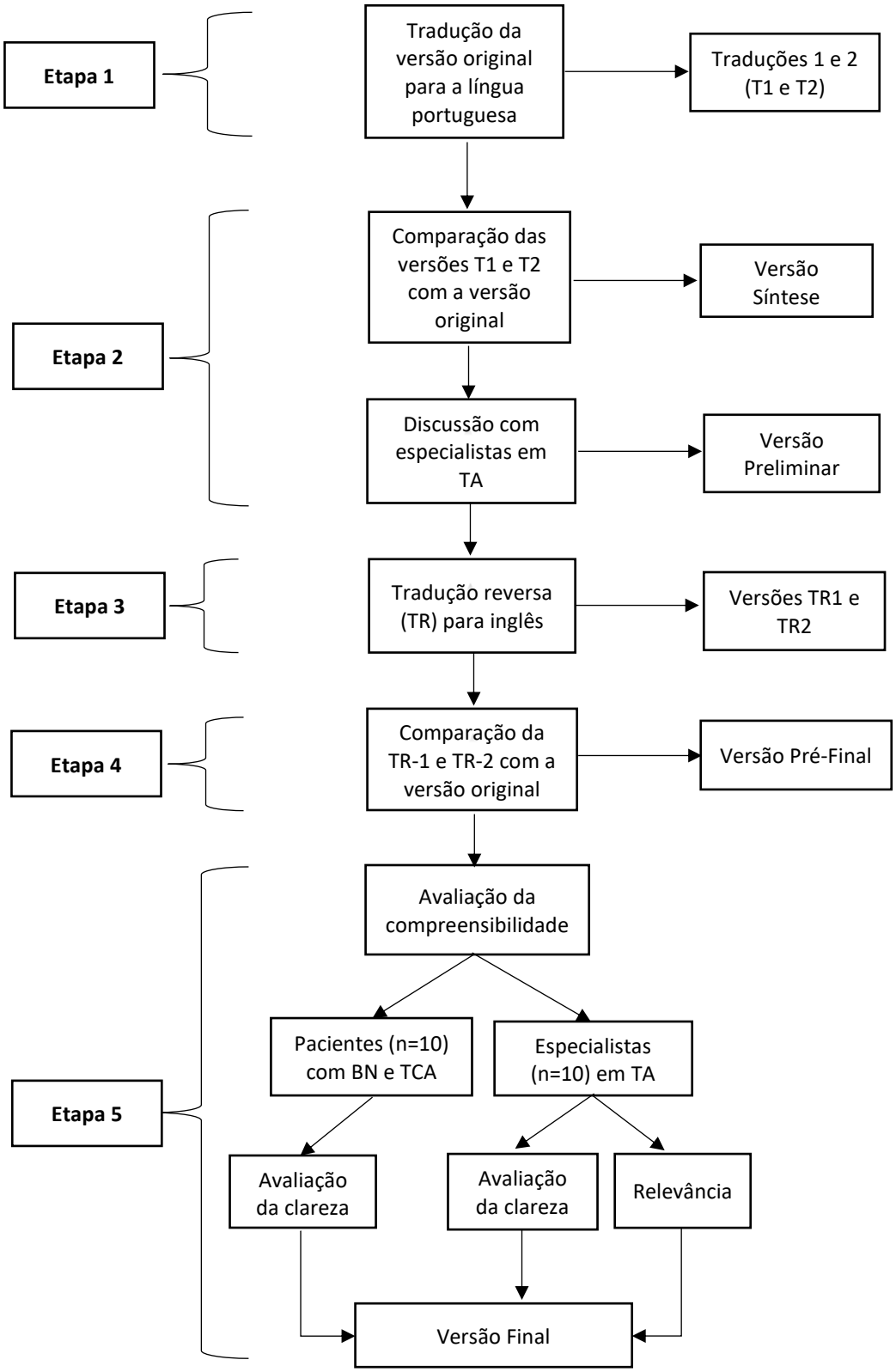


FIGURA 1: **Fluxograma dos procedimentos de adaptação transcultural do QEWP-5.**

5.1.2. Etapa 2 – Elaboração da versão síntese (VS):

As versões T1 e T2 foram comparadas entre si e com a versão original do questionário por um terceiro tradutor bilíngue e especialista em TA, gerando a versão síntese (VS). As discrepâncias e ambiguidades identificadas foram discutidas e solucionadas com um comitê de especialistas em TA, incluindo os três tradutores que participaram das etapas 1 e 2, gerando uma versão preliminar (VP) do instrumento traduzido.

5.1.3. Etapa 3 – Tradução reversa:

A versão VP sofreu tradução reversa para o inglês, realizada por dois tradutores que não tiveram acesso ao QEWP-5 original, e com as mesmas características descritas na etapa 1, porém a língua-mãe desses tradutores era a mesma do questionário original, ou seja, inglês. Deste modo, foram geradas duas versões, tradução reversa 1 (TR1) e tradução reversa 2 (TR2).

5.1.4. Etapa 4 – Comparação das traduções reversas:

As versões TR1 e TR2 foram comparadas com a versão original do QEWP-5. Discrepâncias e ambiguidades relacionadas ao significado e coloquialismo das palavras e frases foram discutidas e solucionadas por meio de consenso entre os tradutores e a autora da versão original. Caso alguma discrepância não pudesse ser solucionada, seriam repetidas as etapas 1 a 4. Na ausência de discordâncias, foi elaborada a versão pré-final (VPF) do questionário traduzido.

5.1.5. Etapa 5 – Avaliação da compreensibilidade e equivalência conceitual:

Foi recrutada uma amostra de 10 indivíduos adultos, de ambos os sexos, cujo idioma é o português, pacientes ambulatoriais do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ, com diagnóstico de BN e TCA segundo o DSM-5. Os participantes foram abordados na sala de espera, onde foram explicados o objetivo e a importância do estudo, e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 4), que foi devolvido assinado por aqueles que desejaram participar dessa etapa do estudo.

Os participantes avaliaram o instrumento traduzido quanto à clareza das instruções, formatos de resposta e itens por meio de uma escala dicotômica (claro ou confuso). Participantes que

classificaram as instruções, formatos de resposta ou itens do instrumento como confusos foram solicitados a dar sugestões de como reescrever as frases de modo mais claro. Os itens e instruções classificados como confusos por no mínimo 20% dos participantes foram reavaliados. Essa etapa tem por objetivo dar suporte adicional à equivalência conceitual, semântica e de conteúdo do QEWP-5 traduzido, facilitando seu entendimento pela população-alvo antes do teste psicométrico (SOUSA, ROJJANASRIRAT, 2011).

A clareza das instruções, formatos de resposta e itens do instrumento, determinando ainda mais a equivalência conceitual e de conteúdo do QEWP-5 traduzido também foi avaliada por um grupo de 10 especialistas em TA. Os itens e instruções classificados como confusos por no mínimo 20% dos especialistas foram reavaliados. Em seguida, esse mesmo grupo avaliou cada item do questionário quanto a equivalência de conteúdo (relevância) por meio de uma escala de quatro pontos (QUADRO 2), proposta por Lynn(1986).Os itens classificados como 1 (irrelevante) ou 2 (impossível de avaliar a relevância) foram revisados.

Quadro 2: Critérios de avaliação de equivalência de conteúdo

Pontuação	Grau de relevância
1	Irrelevante
2	Não foi possível avaliar a relevância
3	Relevante, mas precisa de pequenas alterações
4	Muito relevante e sucinto

Fonte: Adaptado de Lynn (1986).

5.2 Segunda fase: Estudo da confiabilidade do QEWP-5 traduzido

Para realização desta etapa optou-se por avaliar alunos dos cursos de Nutrição e Psicologia da UFRJ. Estavam aptos a participar dessa fase todos os alunos com matrícula ativa do 1º ao 6º períodos do curso de graduação em Nutrição (n=227), e do 1º ao 7º e o 9º períodos do curso de graduação em Psicologia (n=300). Os alunos foram abordados entre o 2º semestre do ano letivo de 2018 e o 1º semestre do ano letivo de 2019. Os estudantes matriculados no 7º e 8º períodos do curso de Nutrição, e no 8º e 10º períodos do curso de Psicologia não participaram do estudo, pois estavam realizando estágios curriculares, o que os impossibilitou de comparecer à sala de aula para responder o questionário.

Os alunos foram abordados em sala de aula, em diferentes horários, após autorização prévia do professor responsável pela disciplina, para que fossem explicados o objetivo e a importância do

estudo. Adicionalmente, os alunos receberam o TCLE (ANEXO 5) para ser lido e devolvido assinado, por aqueles que desejaram participar da pesquisa.

Os alunos foram convidados a responder o QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa em dois momentos distintos para que fosse avaliada a estabilidade temporal do questionário, por meio da metodologia teste-reteste (STREINER, NORMAN, CAIRNEY, 2015). O intervalo entre as duas aplicações do questionário foi de 15 dias, tempo adequado para que as respostas não fossem influenciadas pelo aprendizado ou por alterações no comportamento do respondente (GORENSTEIN, WANG, 2016). A aplicação do questionário foi sempre acompanhada pelo pesquisador responsável para sanar possíveis dúvidas.

5.3. Análise dos dados

5.3.1. Tradução e adaptação transcultural

Foram realizadas análises comparativas entre as versões traduzidas para a língua portuguesa (T1, T2 e VS) e a versão original, e entre as versões retrotraduzidas (TR1 e TR2) e a versão original do instrumento.

Os dados relacionados a concordância/discordância dos especialistas e as informações sobre a compreensibilidade dos itens da escala pelos pacientes foram apresentados em tabelas com o percentual de itens avaliados como claros ou confusos.

Após avaliação do grau de relevância do instrumento traduzido, foram calculados os índices de validade de conteúdo dos itens (IVC-I) e a média da escala (IVC-M). O IVC-I corresponde ao número de especialistas que avaliaram o item com 3 ou 4 pontos dividido pelo total de especialistas. O IVC-M corresponde à média de todos os IVC-I do instrumento. Um IVC-I de 0,78 e IVC-M de 0,90 são os valores mínimos aceitáveis para avaliações realizada por 10 especialistas. Os itens que não atingiram o IVC-I mínimo foram revisados e reavaliados (POLIT, BECK, 2006).

5.3.2. Estudo da confiabilidade

A avaliação da concordância entre os escores obtidos pelos alunos (presença ou ausência de possível diagnóstico de TCA ou BN) após o QEWP-5 traduzido ter sido respondido no 1º e 2º momentos (teste e reteste, respectivamente) foi realizada por meio do coeficiente de *kappa*. Seu uso é indicado para avaliar concordâncias entre variáveis categóricas, que não são devidas ao acaso, em

relação à concordância máxima que ocorreria além do acaso (COHEN, 1960). Foram considerados os seguintes limites de concordância: 0,00 a 0,20 = concordância fraca; 0,21 a 0,40 = concordância razoável; 0,41 a 0,60 = concordância moderada; 0,61 a 0,80 = concordância substancial; e 0,81 a 1,00 = concordância perfeita (LANDIS, KOCH, 1977).

O Quadro 3 apresenta as regras decisórias para avaliar presença de um possível diagnóstico de TCA e de BN, com base no QEWP-5. A presença de TCA ou BN era verificada quando o participante apresentava todos os critérios para cada um dos TA.

Quadro 3: Regras decisórias para avaliação da presença de TCA e de BN, de acordo com o QEWP-5

Possível diagnóstico de TCA	**Possível diagnóstico de BN**
Presença de pelo menos 1 episódio de compulsão alimentar por semana, por três meses.	Presença de pelo menos 1 episódio de compulsão alimentar por semana, por três meses.
Ausência de comportamentos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso (ex: autoindução de vômitos, laxantes ou outros medicamentos, jejum ou atividade física excessiva.	Presença de qualquer um dos comportamentos compensatórios inadequados para prevenir ganho de peso pelo menos uma vez por semana, por três meses.
Presença de pelo menos 3 sintomas associados aos episódios de compulsão alimentar), tais quais: a) comer mais rápido que o normal; b) comer até sentir-se desconfortavelmente cheio; c) comer grandes quantidades de comida mesmo sem fome; d) comer sozinho por sentir vergonha da quantidade de alimentos consumidos; e) sentir desgosto, depressão ou culpa após o episódio.	Sobrevalorização do peso/forma corporal.
Evidente sofrimento relacionado aos episódios de compulsão alimentar	NA

Fonte: Adaptado de Yanovski et al. (2015).
QEWP-5: *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5*; TCA: Transtorno da Compulsão Alimentar; BN: Bulimia Nervosa; NA: Não se aplica.

Os testes qui-quadrado e T para amostras independentes foram utilizados para a comparação das características dos alunos dos cursos de Nutrição e Psicologia, bem como para comparar os participantes que completaram teste e reteste com aqueles que participaram apenas do teste.

A análise estatística foi realizada com o programa SPSS/22.0 – *Statistical Package for the Social Sciences*. A significância estatística do coeficiente de *kappa* e dos testes utilizados para comparação entre os grupos foi considerada pelo valor de $p < 0,05$.

5.4. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (CAAE: 89082418.6.0000.5263) (ANEXO 3). Os participantes só ingressaram no estudo mediante TCLE (ANEXOS 4 e 5) devidamente assinado após a descrição do protocolo do estudo. O anonimato e a privacidade dos participantes foram resguardados.

Os alunos que receberam o possível diagnóstico de BN ou TCA após responderem o QEWP-5 ou que demandaram avaliação clínica para TA foram encaminhados para o GOTA.

6. Resultados

Os resultados do presente estudo serão apresentados em formato de manuscritos. Nestes, serão apresentadas informações mais detalhadas sobre os respectivos materiais e métodos.

a) Manuscrito 1: *Cross-cultural Adaptation of Brazilian Version of Questionnaire on Eating and Weight Patters-5 (QEWP-5).*

b) Manuscrito2: *Test-retest reliability of the Brazilian version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5).*

6.1. Manuscrito 1

Cross-cultural Adaptation of Brazilian Version of Questionnaire on Eating and Weight Patters-5 (QEWP-5).

Situação: Aceito para publicação na revista *Trends in Psychiatry and Psychology* em 06/06/2019 (ANEXO 6).

ABSTRACT

Introduction: The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5) is a self-report instrument developed to screen individuals for Binge Eating Disorder (BED) as diagnosed by the DSM-5. However, this version of the instrument was not adapted to the Brazilian population.

Objective: To describe the translation and cross-cultural adaptation of the QEWP-5 into Brazilian Portuguese.

Methods: The translation and cross-cultural adaptation of QEWP-5 included the following steps: forward translation, comparison of translations and synthesis version, blind back-translations, comparison of the back translations with the original version, and comprehensibility test. The comprehensibility test was conducted in a sample of 10 participants with BED or Bulimia Nervosa and 10 Eating Disorders experts. Additionally, it was calculated the Content Validity Index to each item (CVI-I) and the scale's average (CVI-Ave), to evaluate the content equivalence.

Results: During the process of translation and adaptation some inconsistencies emerged. However, they were solved by consensus of the experts committee. In the comprehensibility test, the Brazilian version of QEWP-5 was well understood by the participants. Only 2 patients (20%) had inquiries about items related to subjective binge eating episodes. Regarding content equivalence, all items were rated as relevant, with the CVI-I ranging from 0,8 to 1,0. Furthermore, the CVI-Ave was 0,94. Considering the good overall evaluation of the pre-final version of the instrument, it was not made additional changes in the final version.

Conclusion: The Brazilian version of QEWP-5 was cross-culturally adapted and well understood by the target population. Further studies are required to access its psychometric properties.

KEY WORDS: Binge Eating Disorder, Cross-cultural adaptation, QEWP-5, Bulimia Nervosa.

RESUMO

Introdução: O *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5)* – Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso-5 – é um instrumento auto preenchível utilizado para rastrear indivíduos com Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) segundo os critérios do DSM-5. Entretanto, esta versão do instrumento ainda não foi adaptada para a população brasileira.

Objetivo: Descrever a tradução e adaptação transcultural do QEWP-5 para a língua portuguesa.

Métodos: O processo de adaptação transcultural incluiu as seguintes etapas: tradução, comparação das traduções e elaboração da versão síntese, retro-tradução com cegamento, comparação das retro-traduções com a versão original, e teste de compreensibilidade. O teste de compreensibilidade foi conduzido em uma amostra de 10 indivíduos com TCA ou Bulimia Nervosa e 10 especialistas em Transtornos Alimentares. Adicionalmente, foram calculados o Índice de Validade de Conteúdo para cada item (IVC-I) e para a média da escala (IVC-M), para avaliar a equivalência de conteúdo.

Resultados: Durante o processo de tradução e adaptação surgiram algumas discrepâncias. No entanto, elas foram solucionadas por meio de consenso do comitê de especialistas. No teste de compreensibilidade, a versão brasileira do QEWP-5 foi bem compreendida pelos participantes. Somente 2 participantes (20%) apresentaram questionamentos sobre itens relacionados aos episódios de compulsão alimentar subjetivos. Em relação à equivalência de conteúdo, todos os itens foram avaliados como relevantes, com o IVC-I variando de 0,8 a 1,0. Ademais, o IVC-M foi 0,94. Considerando a boa avaliação geral da versão pré-final do instrumento, não foram realizadas alterações na versão final.

Conclusão: A versão brasileira do QEWP-5 foi adaptada transculturalmente e bem compreendida pela população-alvo. Estudos adicionais são necessários para avaliar suas propriedades psicométricas.

PALAVRAS-CHAVE: TCA, Adaptação transcultural, QEWP-5, Bulimia Nervosa.

Introduction

Binge-eating disorder (BED) is an eating disorder recognized in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* fifth edition (DSM-5)[1], and characterized by recurrent episodes of binge eating (eating an unusually large amount of food associated with a sense of loss of control over eating). Additionally, there is a marked distress regarding these episodes. In BED, binge eating occurs at least once a week for the previous 3 months, and is not followed by the inappropriate compensatory behaviors seen in bulimia nervosa[1]. In addition, binge episodes must be associated with at least 3 of the following symptoms: eating more rapidly than normal, eating until feeling uncomfortable, eating large amounts of food when not physically hungry, eating alone because of embarrassment over the amount of food being consumed, or having feelings of disgust, guilt, or depression following those episodes. BED is the most common eating disorder[2] and is associated with physical, psychological and functional impairment[3].

The definition of binge eating episode is one of the difficulties regarding the diagnosis of BED. Binge eating is defined as: (1) eating in a discrete period of time (usually less than 2 hours), a quantity of food definitely larger than most people would eat under similar circumstances; (2) a sense of lack of control (feeling that one could not stop or control what or how much one is eating). This central component of BED diagnosis, also called objective binge eating (OBE) is complicated to assess because there is not an exact definition of what is considered "a quantity of food definitely larger", and also the sense of lack of control is based only on one's own perception[1,4].

Several instruments have been developed to assess eating disorders symptoms and to assess binge eating. The most widely used measures include: (1) Eating Disorders Examination – Questionnaire (EDE-Q)[5], a self-report version of the EDE interview[6], developed to assess the frequency and severity of Eating Disorders (ED) behaviors and psychopathology; (2) Binge Eating Scale (BES)[7], developed to assess binge eating's severity in individuals with obesity. BES was adapted in to Portuguese[8] and validated in Brazilian obese women[9]; (3) Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)[10], designed to screen individuals for BED, as diagnosed by the DSM-IV[11]. QEWP-R was adapted and validated to the Brazilian population[12].

Considering the changes made on DSM-5, instruments developed to assess BED, needed an update to be aligned with the current diagnostic criteria. Because of that, QEWP-R was updated to QEWP-5[13], a 26-items questionnaire that included the following modifications: (1) revision of the frequency of binge eating and compensatory behaviors; (2) revision on the threshold for inappropriate compensatory behaviors - exclusion criteria; (3) exclusion of some questions that were not related to the diagnostic criteria; (4) incorporation of questions to assess subjective binge eating – SBE (loss of

control eating in the absence of consuming a large quantity of food); (5) and a revision on the decision rules for the diagnosis.[13].

However, up to this date, the QEWP-5 has not been translated or adapted to Portuguese. Thus, the cross-cultural adaptation of QEWP-5, following international guidelines, is essential to provide an instrument correctly translated to be used in the Brazilian context.

The present study aims to describe the process of cross-cultural adaptation of the QEWP-5 for the Brazilian Portuguese.

Methods

Permission to cross-culturally adapt the scale for Brazilian Portuguese was requested from the original authors of the QEWP-5. After the permission was obtained, we began a process of symmetrical translation based on the stages proposed by Sousa and Rojjanasrirat[14]. This methodology involves the following five steps:

1. Forward translation

The translation was made by two independent bilingual ED specialists (T1 and T2), whose mother language was Brazilian Portuguese. They developed two versions (T1 and T2) of the instrument.

2. Comparison of the translations and Synthesis Version

A third ED specialist with experience in translation, adaptation, and validation of scales compared the different translations (T1 and T2) with the original version of the QEWP-5 and evaluated any semantic inconsistencies (including any linguistic or conceptual issues). After these comparisons, a merge and synthesis of the two versions was obtained (SV).

The three translated versions (T1, T2 and SV) were presented to an eating disorders expert committee (three psychiatrists, one dietitian and one psychologist). Ambiguities and discrepancies were discussed, and a consensus was achieved with the participation of the three translators. This process generated the Preliminary Version (PV) of the translated instrument.

3. Blinded back-translation

The PV was back translated into English by two other independent translators whose mother language was English but with different profiles. The first was experienced in psychiatric terminology and the second translator was more familiar with colloquial phrases and emotional terms in English.

They were blinded to the original version of QEWP-5. This process resulted in two back-translated versions (BTL-1 and BTL-2) of the instrument.

4. Comparison of the back-translations

The two back-translations were compared with the original instrument. One of the developers of the original version of QEWP-5 participated in this step evaluating both BTL-1 and BTL-2. This step generated the pre-final version (PFV) of translated QEWP-5.

5. Comprehensibility

The PFV was tested in 20 participants (10 patients and 10 experts) as proposed by Sousa and Rojjanasrirat[14].

The comprehensibility of PFV was pilot tested in 10 participants from Group of Obesity and Eating Disorders (Federal University of Rio de Janeiro), diagnosed with BED and BN based at DSM-5 diagnostic criteria. Their mother language was Brazilian Portuguese. They read, answered and rated a form including questions about items' comprehensibility using a dichotomous scale (clear or unclear). In addition, they were asked, also to provide suggestions for the items they rated as unclear. Items scored as unclear by at least 20% of the participants were revised.

In the sequence, a group of 10 ED experts (not included in the initial expert committee) were invited to evaluate the comprehensibility and relevance of the scale's items. First, each expert rated the items as clear or unclear, and provided suggestions to make the language clearer in a form. Then, they evaluated the content equivalence using the following ratings: (1) not relevant; (2) unable to access relevance; (3) relevant but needs minor alteration; (4) very relevant and succinct[15]. The items rated as unclear by at least 20% of the experts (comprehensibility evaluation) and classified as 1 or 2 (relevance) were revised. At the end, it was calculated the Content Validity Index (CVI) to each item (CVI-I) and the average index to the scale (CVI-Ave). The CVI-I of 0.78 or above[15] and the CVI-Ave of 0.90 or above[16] are the minimum acceptable indices.

This study was approved by the Ethics Committee from Institute of Psychiatry from the Federal University of Rio de Janeiro. A written informed consent was obtained from all study participants before performing any study procedures.

Results

1. Translation, cross-cultural adaptation

During the process of translation and adaptation of QEWP-5 into Portuguese several semantic inconsistences emerged. The three translators (T1, T2 and SV) made a special effort to use colloquial expressions/phrases to turn the scale easily understood by the target population. Although they produced quite similar translations, there were some ambiguities in certain items. Table 1 shows the comparison between T1, T2, SV and the original version of QEWP-5 in relation to the more debated items.

For example, in the item 9, there were a disagreement among translators on how to translate the expression "*during the times*" (in Portuguese "*nas ocasiões*" or "*nas vezes*"). In the final version, the final agreement was to use "*nas vezes*". In the items 11 and 23, the expression "*feeling disgusted with yourself*" was initially translated to "*sentir repugnância por si mesmo*". However, in the SV this expression was changed to "*sentir repulsa por si mesmo*", because in the Portuguese version of DSM-5, the word "*repulsa*" was employed to describe one of the associated symptoms during binge eating.

About the items 13 and 25, there was a disagreement on how to translate to the word "*upset*". At the end, it was chosen the word in Portuguese "*perturbaram*", because it was considered that this expression better describes the distress regarding binge eating. The item 26, about parents' silhouettes generated some debate. At last, there was a consensus that the translation made in the T1 and T2 versions to the sentence "*If you have no knowledge of your biological father and/or mother, don't circle anything for that*" could not be easily understood (in Portuguese, *"Se você não conhece seu pai e/ou sua mãe biológicos não circule aquele que não conhece"*). So, in the SV, the sentence was changed to the following Portuguese expression "*se você não conhece seu pai e/ou mãe biológicos, não circule nada para esse pai e/ou mãe, isto é, circule apenas para o pai e/ou mãe biológicos que você conhece"*. However, as the silhouettes were introduced in QEWP-5 only for research purposes, and it is not a diagnostic item, it can be omitted without prejudice.

An expert committee evaluated and compared the SV with the original version of QEWP-5. This group suggested some changes to address inconsistences. Table 2 shows a summary of the items modified after the experts' panel and the respective comparison between the original version, SV, PV, the back translations and the final version of QEWP-5. The ambiguities about the items 10, 12c, 22 and 24c were solved. In the items 10 and 22 (about frequency of objective binge eating – OBE – and SBE, respectively), the expression "*just average those in*" was translated to "*dê uma média*" in

the PV. There was a consensus in the committee that questions 12c and 24c (describing a typical binge eating episode) should not suggest examples of brands and quantity of foods to avoid inducing answers.

After this step, some additional suggestions of the ED experts were included to the SV resulting in the PV. This version was back translated to English. BTL-1 and BTL-2 were sent to the author of the original version of QEWP-5. Additionally, it was sent detailed explanations about each change done in the Portuguese version of the instrument. All alterations were approved by the author. Then, the PFV was generated and the pilot test was performed.

2. Comprehensibility

The PFV was pilot tested in ten patients (two men and eight women) with BED (n=7) and BN (n=3) diagnosis to evaluate the instructions, the items and to answer questions regarding comprehensibility of QEWP-5. Participants had a mean age of 37.5 years (SD= 10.5) and 80% had a college degree. Table 3 shows comprehension percentage from the patients and ED experts regarding the PFV.

The Brazilian version of QEWP-5 was well understood by patients. The main inquiries were related to the expression defining SBE (questions 21, 23 and 24). In the item 21, one participant considered the expression in Portuguese "*mas nos quais*" very formal and difficult to understand. In addition, in the item 23, one participant questioned the consistence of sub-items b (in Portuguese, "*Comer até se sentir desconfortavelmente cheio*") and c (in Portuguese, "*Comer grandes quantidades de comida sem estar fisicamente com fome*"). The patient questioned that if the item was related to a SBE (when there is a sense of loss of control without consuming a large amount of food), these two sub-items did not make sense because they are related to an objective binge eating (consider the ingestion of a large quantity of food). Finally, in the item 24 (about characterization of a typical SBE), one participant asked if the question was similar to item 12 (about characterization of a typical OBE). Also, two patients asked if they could describe more than one episode of SBE.

A group of ten experts in ED (five psychiatrists, two nutritionists, two psychologists and one nurse) was invited to evaluate the instructions, items and answer options of the PFV regarding clarity and relevance (Table 3). They suggested some modifications in the questions about inappropriate compensatory behaviors (items 15 to 19). The group proposed to exclude the expression in Portuguese "*dose recomendada*", because it could suggest that there is a recommended dose of medications to avoid weight gain. However, we decided to maintain the expression, because it is related to quantity

measurement of medications' use. As well as in the patients' evaluation, some experts (40%) considered the item 23 (about SBE) unclear. After discussion with the experts, we decided to keep the items related to SBE as they are, because these items are not used to make the diagnosis of BED. They were included in the original instrument just for research reasons. Of note, it is important to take into account that just the items 8 and 9 (about binge eating), 10 (binge eating frequency), 11 (associated symptoms during the episode), 13 (distress regarding binge eating) and 14 up to 19 (inappropriate compensatory behaviors) are BED diagnostic items. Regarding content equivalence, the PFV of Brazilian QEWP-5 was considered relevant. All 26 items were rated with CVI of 0,80 or above. Additionally, the CVI-Ave was 0,94.

Participants spent a mean time of 12 minutes to answer the questionnaire. In general, the PFV was well evaluated. Therefore, we did not make changes in the final version. The layout of the original version was maintained. The instrument was named in Portuguese as "*Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso-5 (QEWP-5)*" (*Anexo 7*).

Discussion

QEWP-5[13] is an updated version (based on DSM-5[1]) of a widely used self-report instrument (QEWP-R)[17] for the screening of BED. This article describes the translation and transcultural adaptation of QEWP-5 into Brazilian Portuguese. In our knowledge this is the first transcultural adaptation of this instrument. The process followed internationally accepted standards with the stages of forward translation, comparison of translations and synthesis version, blinded back-translations, comparison of the back translations with the original version, and an evaluation of comprehensibility. The Brazilian Portuguese version of QEWP-5 was successfully transculturally adapted for future validation and application in Brazil.

The process of transcultural adaptation of instruments needs to follow a rigorous and standardized guidelines to generate a reliable translated instrument[14]. This is an essential procedure that allows to compare results obtained from samples with different cultural backgrounds[18]. Although there is no consensus about the best methodological approach, the international guidelines on this process agree that symmetrical translation should be done, following a "road" comprised by: forward translations, back translations, experts' panel and pre-testing[14,19,20].

Compared to QEWP-R[17], which was based on DSM-IV-TR[21], QEWP-5[13] included the current diagnostic criteria for BED. The major change in DSM-5 BED criteria was in terms of the minimum average frequency of binge eating required for diagnosis[1]. Thus, QEWP-5 incorporates the DSM-5 frequency threshold of "at least one binge eating episode per week over the last 3 months"[1] instead

of the DSM-IV-TR[21] criterion of "at least two binge days by week for 6 months"[11]. Another change in QEWP-5 was the revision of the threshold for inappropriate compensatory behaviors. In QEWP-R[17], "*taking more than twice recommended dose of medications to avoid weight gain*" was considered the threshold for misuse in terms of compensatory behaviors. By contrast, in QEWP-5[13], taking more than the recommended dose of diuretics, obesity drugs or laxatives is considered a misuse.

Another important change in the QEWP-5 was the inclusion of questions to assess SBE. A SBE refers to episodes in which the eating was out of control, but the amount of food was not considered unusually large[6]. There is a number of evidences showing that SBE can cause a marked distress and impairment to individuals who experience it similar to OBE [22]. Thus, the 11th edition of the International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11) included both OBE and SBE in the diagnostic criteria of BED[23,24]. Therefore, QEWP-5 can be potentially used to assess BED also according to ICD-11 criteria.

It is important to highlight that in the comprehensibility test, the main inquiries were related to the items assessing SBE. One possible explanation is the ambiguity of the expression "an amount of food not considered unusually large". Thus, we consider that the problem is with the own definition of SBE and not specifically with the question in QEWP-5. In line with this, Mitchell et al.[25] comment that it is difficult to distinguish OBE from SBE in individuals with BED, especially when self-report instruments (like QEWP-5) are used. The level of agreement between self-report instruments and clinical interviews regarding the assessment of OBE and SBE tends to be low[25]. In a study that compared EDE interview and EDE-Q in relation to the assessment of ED's features in patients with BED, Grilo and colleagues[26] found that EDE and EDE-Q frequencies of SBE were not significantly correlated and the magnitude of the difference was large. Thus, the authors concluded that EDE-Q may underestimate SBE frequency[26].

The present study has some limitations. First, although the sample size analyzed on the comprehensibility test is the recommended by the guideline followed to procced this transcultural adaptation[14], it could be considered small to generalize the findings. Second, the fact that all participants in the comprehensibility test were patients from an outpatient ED service limits the generalization of the results to individuals with other characteristics.

The diagnosis of BED is challenging. Several aspects related to the binge eating episode, such as the amount of food eaten, the presence of loss of control overeating and the frequency of the episodes, among others, are sometimes difficult to be captured by a non-specialist in ED. Unfortunately, currently in Brazil we only have the previous version of QEWP (QEWP-R)[12], which not include the most recent changes in DSM-5[1] criteria, and BES[8], which not convert for a categorical

diagnosis. Thus, this Portuguese version of QEWP-5 will be very useful fulfilling the gap of an instrument for screening that allows the researcher or clinician to assign DSM-5 diagnosis for BED and BN.

Conclusion

The Brazilian Portuguese version of QEWP-5 was correctly adapted. Items were well understood by the target population. This version is available to Brazilian research and clinical backgrounds. Psychometric properties of the instrument should be assessed in clinical and non-clinical settings in the next steps for your application.

Table 1: Comparison between the Original version, Translation 1, Translation 2 and Synthesis version of QEWP-5 (items 9, 11, 13, 23 e 26).

Item	Original version	Translation 1	Translation 2	Synthesis version
9	During the times when you ate an unusually large amount of food, did you ever feel you could not stop eating or control what or how much you were eating?	Nas ocasiões em que você comeu quantidades de comida que a maioria das pessoas consideraria demais, você sentiu que não conseguia parar de comer ou controlar o que ou quanto comia?	Nas ocasiões em que você comeu quantidades de comida que a maioria das pessoas consideraria demais, você sentiu que não conseguia parar de comer ou controlar o que ou quanto comia?	Nas vezes em que você comeu uma quantidade excepcionalmente grande de comida, você sempre sentia que não poderia parar de comer, nem controlar o que e o quanto você estava comendo?
11e 23e	Feeling disgusted with yourself, depressed, or feeling very guilty afterward?	Sentia repugnância por você mesmo, muita culpa ou depressão após o episódio de excesso alimentar?	Sentir repugnância por si mesmo, muito culpado ou deprimido logo após o episódio	Sentir-se desgostoso consigo mesmo, deprimido ou muito culpado depois do episódio?
13	In general, during the past three months, how upset were you by these episodes (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?”	De modo geral, nos últimos três meses, quanto você se aborreceu por causa desses episódios (quando você comeu grandes quantidades de comida e sentiu que não conseguia parar de comer ou controlar o que/quanto comia)?	De modo geral, nos últimos três meses, quanto você se aborreceu por causa destes episódios (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?	Em geral, durante os últimos três meses, quanto esses episódios perturbaram você (os episódios em que você comeu uma grande quantidade de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora do controle)?
26	Please take a look at these silhouettes. Put a circle around the silhouettes that most resemble the body builds of your biological father and mother at their heaviest. If you have no knowledge of your biological father and/or mother, don’t circle anything for that	Por favor, observe essas silhuetas. Circule aquela que mais se assemelha ao feitio do corpo de seu pai e/ou sua mãe	Por favor, observe essas silhuetas. Circule aquela que mais se assemelha ao feitio do corpo de seu pai e sua mãe biológicos no seu peso mais alto. Se você não conhece seu pai e/ou mãe biológicos, não circule aquele que conhece.	Por favor, observe essas silhuetas. Circule aquela que mais se assemelha ao feitio do corpo de seu pai e sua mãe biológicos no seu peso mais alto. Se você não conhece seu pai e/ou mãe biológicos, não circule nada para esse pai e/ou mãe,isto é, circule apenas para o pai e/ou mãe biológicos que você conhece

Table 2 - Examples of items changed after experts' panel: Comparison between the original version, Synthesis version (SV), Preliminary version (PV), back-translations (BTL-1 and BTL-2) and the Final version (FV) of QEWP-5

Item	Original version	SV	PV	BTL-1	BTL-2	FV
9	During the times when you ate an unusually large amount of food, did you ever feel you could not stop eating or control what or how much you were eating?	Nas vezes em que você comeu uma quantidade excepcionalmente grande de comida, você sempre sentia que não poderia parar de comer, nem controlar o que e o quanto você estava comendo?	Nas vezes em que você comeu uma quantidade excepcionalmente grande de comida, você alguma vez sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo?	The times you ate a quantity exceptionally large, did you ever feel that you could not stop eating or control what or how much you were eating?	When you have eaten an unusually large amount of food, have you ever felt that you couldn't stop eating or control what or how much you were eating?	Nas vezes em que você comeu uma quantidade excepcionalmente grande de comida, você alguma vez sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo?
10	During the past **three** months, how often, on average, did you have episodes like this -- that is, eating large amounts of food **plus** the feeling that your eating was out of control? (There may have been some weeks when this did not happen -- just average those in.)	Durante os últimos **três** meses, com que frequência, em média, você teve episódios como esse – isto é, episódios em que comia grandes quantidades de comida **com** a sensação de que sua alimentação estava fora do controle? (Pode ter havido algumas semanas em que isto não aconteceu – calcule a média..).	Durante os últimos **três** meses, com que frequência, em média, você teve episódios como esse – isto é, episódios em que comeu grandes quantidades de comida **acompanhado da** sensação de que sua alimentação estava fora do controle? (Pode ter havido algumas semanas em que isto não aconteceu – dê uma média).	During the last **three** months, how often, on average, did you have episodes like this – that is, episodes when you ate large quantities of food **accompanied by** the sensation that your eating was out of control? (There could have been some weeks when this did not happen – give an average).	In the last **three** months, how often on average did you have episodes like this – in which you ate large amounts of food **along with** the feeling that your eating was out of control? (There may have been some weeks when this didn't happen – give an average).	Durante os últimos **três** meses, com que frequência, em média, você teve episódios como esse – isto é, episódios em que comeu grandes quantidades de comida **acompanhado da** sensação de que sua alimentação estava fora do controle? (Pode ter havido algumas semanas em que isto não aconteceu – dê uma média).

Continued on next page

Table 2 - Examples of items changed after experts' panel: Comparison between the original version, Synthesis version (SV), Preliminary version (PV), back-translations (BTL-1 and BTL-2) and the Final version (FV) of QEWP-5 (continuation)

Item	Original version	SV	PV	BTL-1	BTL-2	FV
12c 24c	As best you can remember, please list everything you ate and drank during that episode. Please list the foods eaten and liquids consumed during the episode. Be specific - include brand names where possible, and amounts or portion sizes as best you can estimate.	Por favor, procure se lembrar da melhor forma possível e escreva abaixo tudo o que você comeu e bebeu durante esse episódio. Por favor, faça uma lista dos alimentos ingeridos e dos líquidos consumidos durante o episódio. Seja detalhista – inclua os nomes das marcas onde for possível e estime as quantidades ou o tamanho das porções com a máxima precisão que puder	Por favor, procure se lembrar da melhor forma possível e escreva abaixo tudo o que você comeu e bebeu durante esse episódio. Por favor, faça uma lista dos alimentos ingeridos e dos líquidos consumidos durante o episódio. Seja detalhista – inclua os nomes das marcas onde for possível e estime as quantidades ou o tamanho das porções com a maior precisão que puder.	Please try to remember as best as possible and write below everything you ate and drank during this episode. Please make a list of foodstuffs ingested and liquids consumed during the episode. Be detailed – include the names of the brands when possible and estimate the quantities or portion sizes with the highest precision you can.	Please try to remember as best as you can and write below what you ate and drank during this episode. Please make a list of the foods you ate and the liquids you drank during the episode. Be detailed – include the brand names whenever possible and estimate the amounts or size of the servings as accurately as you can.	Por favor, procure se lembrar da melhor forma possível e escreva abaixo tudo o que você comeu e bebeu durante esse episódio. Por favor, faça uma lista dos alimentos ingeridos e dos líquidos consumidos durante o episódio. Seja detalhista – inclua os nomes das marcas onde for possível e estime as quantidades ou o tamanho das porções com a maior precisão que puder.

Continued on next page

Table 2 - Examples of items changed after experts' panel: Comparison between the original version, Synthesis version (SV), Preliminary version (PV), back-translations (BTL-1 and BTL-2) and the Final version (FV) of QEWP-5 (continuation)

Item	Original version	SV	PV	BTL-1	BTL-2	FV
18	During the past **three** months, did you ever exercise excessively –for example, exercised even though it interfered with important activities or despite being injured – **specifically** in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?	Durante os últimos **três** meses, você alguma vez se exercitou excessivamente - por exemplo, fez exercícios mesmo quando eles interferiam em importantes atividades ou mesmo estando machucado - **especificamente** para evitar ganhar peso após ter tido episódios como esses que você descreveu (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?	Durante os últimos **três** meses, você alguma vez se exercitou excessivamente - por exemplo, fez exercícios mesmo quando eles interferiam em atividades importantes ou mesmo estando machucado - **especificamente** para evitar ganhar peso após ter tido episódios como esses que você descreveu (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?	During the last **three** months, did you ever exercise excessively - for example, you exercised even when it interfered with important activities or while injured - **specifically** to avoid gaining weight after having had episodes like those that you described (when you ate a large quantity of food and felt that your eating was out of control)?	In the last **three** months, have you ever over-exercised - for example, exercised even when it interfered in important activities or even when you were hurt - **specifically** to avoid gaining weight after having episodes like the ones you described (in which you ate a large amount of food and felt that your eating was out of control)?	Durante os últimos **três** meses, você alguma vez se exercitou excessivamente - por exemplo, fez exercícios mesmo quando eles interferiam em atividades importantes ou mesmo estando machucado - **especificamente** para evitar ganhar peso após ter tido episódios como esses que você descreveu (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?

Continued on next page

Table 2 - Examples of items changed after experts' panel: Comparison between the original version, Synthesis version (SV), Preliminary version (PV), back-translations (BTL-1 and BTL-2) and the Final version (FV) of QEWP-5 (continuation)

Item	Original version	SV	PV	BTL-1	BTL-2	FV
21	During the last **three** months, did you ever have episodes when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating, but you did ***not*** consume a quantity of food which the majority of people would consider exceptionally large?	Durante os últimos **três** meses, algumas vezes, você teve episódios durante os quais você sentiu que não poderia parar de comer, nem controlar o que ou quanto você estava comendo, mas nos quais você ***não*** consumiu uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria excepcionalmente grande?	Durante os últimos **três** meses, alguma vez você teve episódios durante os quais você sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo, mas nos quais você ***não*** consumiu uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria excepcionalmente grande?	During the last **three** months, did you ever have episodes when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating, but you did ***not*** consume a quantity of food which the majority of people would consider exceptionally large?	In last **three** months, have you had episodes in which you felt you couldn't stop eating or controlling what or how much you were eating, but you did ***not*** consume an amount of food that most people would consider unusually large?	Durante os últimos **três** meses, alguma vez você teve episódios durante os quais você sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo, mas nos quais você ***não*** consumiu uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria excepcionalmente grande?

Continued on next page

Table 2 - Examples of items changed after experts' panel: Comparison between the original version, Synthesis version (SV), Preliminary version (PV), back-translations (BTL-1 and BTL-2) and the Final version (FV) of QEWP-5 (continuation)

Item	Original version	SV	PV	BTL-1	BTL-2	FV
22	During the past **three** months how often did you have episodes like this -- the feeling that your eating was out of control, but you did ***not*** consume what most people would think was an unusually large amount of food? (There may have been some weeks when this did not happen --just average those in.)	Durante os últimos **três** meses, com que frequência você teve episódios como esse - sentiu que a sua alimentação estava fora de controle, mas você ***não*** consumiu uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria excepcionalmente grande? (Pode ter havido algumas semanas em que isto não aconteceu – calcule a média...).	Durante os últimos **três** meses, com que frequência você teve episódios como esse - sentiu que a sua alimentação estava fora de controle, mas você ***não*** consumiu uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria excepcionalmente grande? (Pode ter havido algumas semanas em que isto não aconteceu – dê uma média).	During the last **three** months, how often did you have episodes like this - you felt that your eating was out of control, but you did ***not*** consume a quantity of food which the majority of people would consider exceptionally large? (There could have been some weeks when this did not happen – give an average).	In the last **three** months, how often have you had episodes like this – when you felt your eating was out of control, but you did ***not*** consume an amount of food that most people would consider unusually large? (There may have been weeks when this did not happen– give an average).	Durante os últimos **três** meses, com que frequência você teve episódios como esse - sentiu que a sua alimentação estava fora de controle, mas você ***não*** consumiu uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria excepcionalmente grande? (Pode ter havido algumas semanas em que isto não aconteceu – dê uma média).

Continued on next page

Table 2 - Examples of items changed after experts' panel: Comparison between the original version, Synthesis version (SV), Preliminary version (PV), back-translations (BTL-1 and BTL-2) and the Final version (FV) of QEWP-5 (continuation)

Item	Original version	SV	PV	BTL-1	BTL-2	FV
25	In general, during the past **three** months, how **upset** were you by these episodes (that is, when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating but in which you did ***not*** consume an unusually large amount of food)?	De modo geral, nos últimos três meses, quanto você se aborreceu por causa destes episódios (em que sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que, ou como estava comendo, entretanto nestes episódios você **não** consumiu uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria excepcionalmente grande)?	Em geral, durante os últimos **três** meses, quanto esses episódios **chatearam** você (os episódios em que você sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo, mas no qual você ***não*** consumiu uma quantidade de comida excepcionalmente grande)?	In general, during the last **three** months, how much did these episodes **bother** you (episodes when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating, but you did ***not*** consume an exceptionally large quantity of food)?	In general, in the last **three** months, how much did these episodes **bother** you (the episodes in which felt you could not stop eating or control what or how much you were eating, but you did ***not*** consume an usually large amount of food)?	Em geral, durante os últimos **três** meses, quanto esses episódios **chatearam** você (os episódios em que você sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo, mas no qual você ***não*** consumiu uma quantidade de comida excepcionalmente grande)?

Table 3. Comprehensibility (patients and ED experts) and relevance (ED experts) of items in the Brazilian version of QEWP-5.

Item	Patients		ED experts		
	Clear	Unclear	Clear	Unclear	CVI-I
1	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,9
2	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,9
3	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,9
4	100,00%	0,00%	80,00%	20,00%	0,9
5	100,00%	0,00%	90,00%	10,00%	0,9
6	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,9
7	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,9
8	80,00%	20,00%	90,00%	10,00%	1
9	90,00%	10,00%	100,00%	0,00%	1
10	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	1
11	90,00%	10,00%	70,00%	30,00%	1
12	90,00%	10,00%	80,00%	20,00%	0,9
13	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	1
14	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	1
15	100,00%	0,00%	40,00%	60,00%	1
16	100,00%	0,00%	40,00%	60,00%	1
17	100,00%	0,00%	70,00%	30,00%	1
18	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	1
19	100,00%	0,00%	50,00%	50,00%	1
20	90,00%	10,00%	100,00%	0,00%	1
21	80,00%	20,00%	100,00%	0,00%	0,9
22	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,9
23	80,00%	20,00%	60,00%	40,00%	0,9
24	70,00%	30,00%	80,00%	20,00%	0,8
25	90,00%	10,00%	90,00%	10,00%	0,9
26	90,00%	10,00%	80,00%	20,00%	0,9
CVI-Ave					**0,94**

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. 991 p.
2. Dahlgren CL, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era : a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. J Eat Disord. 2017;5(56):1–10.
3. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating. Biol Psychiatry. 2013;73:904–14.
4. Stunkard AJ, Allison KC. Binge eating disorder: Disorder or marker? Int J Eat Disord. 2003;34(SUPPL.).
5. Fairburn C, Beglin S. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? Int J Eat Disord. 1994;16(4):363–70.
6. Fairburn C, Cooper Z. The Eating Disorder Examination. In: Fairburn C, Wilson G, editors. Binge eating: nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press; 1993. p. 317–60.
7. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addict Behav. 1982;7(1):47–55.
8. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(4):215–20.
9. Freitas SR, Lopes CS, Appolinario C, Coutinho W. The assessment of binge eating disorder in obese women : A comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV. 2006;7:282–9.
10. Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD. Questionnaire on Eating and Weight Patterns, Revised. Pittsburgh, PA: Behavioral Measurement Database Services (Producer); 1994.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
12. Borges MBF, Morgan CM, Claudino AM, Da Silveira DX. Validation of the Portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns - Revised (QEWP-R) for the screening of binge eating disorder. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(4):319–22.
13. Yanovski SZ, Marcus MD, Wadden TA, Walsh BT. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5: An updated screening instrument for binge eating disorder. Int J Eat Disord. 2015;48(3):259–61.
14. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. J Eval Clin Pract. 2011;17(2):268–74.

15. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986;35(6):382–5.
16. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in Nursing and Health Research. 3rd Editio. New York: Springer Publishing Company; 2005.
17. Yanovski SZ. Binge Eating Disorder : Current Knowledge and Future Directions. Obes Res. 1993;1(4):306–24.
18. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. Rev Saude Publica. 2007;41(4):665–73.
19. Borsa JC, Damasio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas : Algumas Considerações. Paidéia. 2012;22(53):423–32.
20. Gorenstein C, Wang Y-P, Hungerbühler I. Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. Porto Alegre: Artmed; 2016.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
22. Latner JD, Clyne C. The Diagnostic Validity of the Criteria for Binge Eating Disorder. Int J Eat Disord. 2008;41(1):1–14.
23. First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. World Psychiatry. 2015;14(1):82–90.
24. Reed GM, First MB, Elena Medina-Mora M, Gureje O, Pike KM, Saxena S. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. World Psychiatry. 2016;15(2):112–3.
25. Mitchell JE, Devlin MJ, Zwaan M De, Crow SJ, Peterson CB. Diagnosis and Epidemiology of Binge-Eating Disorder. In: Mitchell JE, Devlin MJ, Zwaan M De, Crow SJ, Peterson CB, editors. Binge-Eating Disorder: Clinical Foudations and treatment. New York: Guilford Press; 2008. p. 3–86.
26. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder: A replication. Obes Res. 2001;9(7):418–22.

6.2. Manuscrito 2

Reliability of the Brazilian Version of Questionnaire on Eating and Weight Patters-5 (QEWP-5).

Situação: Submissão pós avaliação da banca.

ABSTRACT

Introduction: The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5) is a self-report instrument developed to screen individuals for Binge Eating Disorder (BED) and Bulimia Nervosa (BN) as diagnosed by the DSM-5. This instrument was cross-culturally adapted for the Brazilian Portuguese and well understood by the target sample.

Objective: To assess the test-retest reliability of the Brazilian version of QEWP-5 in a sample of undergraduate students.

Methods: The Brazilian version of QEWP-5 was administered to a sample of 345 male and female undergraduate students, from Nutrition (n=179) and Psychology (n=166) courses. The instrument was applied twice with a 2 weeks interval between the applications. The *kappa* coefficient was used to access the temporal stability of the questionnaire in the screening of BED and BN.

Results: Overall, the *kappa* coefficient for the screening of BED was 0.48, and for the screening of BN was 0.71. In Nutrition course, the temporal stability was 0.60 (for the assessment of BED) and 0.80 (for BN). In the Psychology course, the *kappa* values for the assessment of BED and BN were 0.27 and 0.60, respectively. All values were statistically significant ($p<0.001$).

Conclusion: In general, the stability of the Brazilian version of QEWP-5 was considered moderate to assess BED and substantial for the screening of BN in undergraduate students. Stratifying by course, the questionnaire had higher stability for the assessment of BED and BN in Nutrition students. Further studies are required to evaluate the psychometric properties of the Brazilian version of QEWP-5 in different backgrounds.

KEYWORDS: Binge Eating Disorder, Bulimia Nervosa, QEWP-5, reliability, undergraduate students

RESUMO

Introdução: O *Questionnaire on Eating and Weight Patterns*-5 (QEWP-5) – Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso-5 – é um instrumento auto preenchível utilizado para rastrear indivíduos com Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) e Bulimia Nervosa (BN) segundo os critérios do DSM-5. Este instrumento foi adaptado transculturalmente para o português do Brasil e foi bem compreendido pela população-alvo.

Objetivo: Avaliar a confiabilidade teste-reteste da versão brasileira do QEWP-5 em uma amostra de estudantes de graduação.

Métodos: A versão brasileira do QEWP-5 foi administrada para uma amostra de 345 estudantes de graduação, de ambos os sexos, matriculados nos cursos de Nutrição (n=179) e Psicologia (n=166). O instrumento foi aplicado duas vezes, com intervalo de 2 semanas entre as aplicações. O coeficiente de *kappa* foi utilizado para avaliar a estabilidade temporal do questionário no rastreamento de TCA e BN.

Resultados: Na amostra total, o coeficiente de *kappa* para rastreamento de TCA foi de 0,48, e 0,71 para o rastreamento de BN. No curso de Nutrição, a estabilidade temporal do QEWP-5 foi 0,60 (para avaliação de TCA) e 0,80 (para BN). No curso de Psicologia, os valores de *kappa* para avaliação de TCA e BN foram 0,27 e 0,60, respectivamente Todos os valores apresentaram significância estatística ($p<0,001$).

Conclusão: No geral, a estabilidade da versão brasileira do QEWP-5 foi considerada moderada para avaliar TCA e substancial para o rastreamento de BN em estudantes de graduação. Ao estratificar por curso, o questionário teve maior estabilidade para avaliar TCA e BN em estudantes de Nutrição. Estudos adicionais são necessários para avaliar as propriedades psicométricas desta versão do QEWP-5 em contextos distintos.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno da Compulsão Alimentar, Bulimia Nervosa, QEWP-5, confiabilidade, estudantes de graduação.

Introduction

Binge Eating Disorder (BED) and Bulimia Nervosa (BN) are serious mental disorders that impair physical health and psychosocial functioning[1,2]. BED is characterized by recurrent and distressing binge eating episodes in which individuals eat an unusually large amount of food followed by a sense of loss of control overeating. In BED, binge eating episodes occur at least once a week in the last three months (without the inappropriate compensatory behaviors seen in BN) and are associated with at least 3 of the following: (1) eating faster than normal; (2) eating until feeling uncomfortably full; (3) eating large amounts of food when not physically hungry; (4) eating alone because of embarrassment over the large amount of food eaten; and (5) feeling disgusted, guilted or depressed because of the episodes. In contrast, in BN, the binge eating episodes are followed by inappropriate compensatory behaviors such as self-induced vomit, misuse of laxatives or other medications, excessive exercise and fasting. The episodes of binge eating, and compensatory behaviors in BN occur also, on average, at least once a week in the previous three months. In addition, the self-evaluation must be negatively influenced by body shape and weight[1].

Undergraduate students are a risk group for the development of ED symptoms[3]. Lipson et al[4]. assessed the prevalence of Disordered Eating Behaviors (DEB) in 9713 undergraduate students from 12 colleges and universities from United States. The prevalence of binge eating and compensatory behaviors were 40.2% and 30.2%, respectively. In Brazil, a recent systematic review found 14 studies assessing DEB in undergraduate students, using different self-report instruments. About 13% of the students were positively screened with Eating Attitudes Test (EAT), using a cutoff ≥ 21. Also, the prevalence of body dissatisfaction ranged from 10.6% to 17.1%, assessed by Body Shape Questionnaire (BSQ)[5]. However, there are few studies investigating the prevalence of full-fledged ED diagnosis in this population. For instance, Kugu et al[6]. used a two-stage study design to determine the prevalence of ED in a sample of 951 students from Turkey. Of these, 2.2% had BED or BN, diagnosed by the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). Additionally, these students had higher prevalence of history of child abuse, lower self-esteem and worse family functioning. Unfortunately, in Brazil, there are no studies assessing ED in college sample using clinical interviews.

DEB and ED seem to be more prevalent in undergraduate students from health sciences, such as Nutrition courses. It seems that these students tend to choose these courses influenced by their higher DEB and body dissatisfaction[7,8]. Some studies have investigated the differences in the eating behaviors of students from health and human sciences[8,9]. Vitolo et al.[9] compared the prevalence of binge eating in both areas. They did not find significative differences. In contrast, there are studies showing that Nutrition students tend to have higher levels of dietary restraint, DEB and body image

concern when compared to students from other courses[7,8,10,11]. Although it is not clear which field is more prone to develop ED, the diagnostic and treatment of undergraduate students with these conditions is essential to improve their physical and psychological health.

Clinical interviews, as Eating Disorders Examination (EDE)[12] and SCID-I/P[13], are considered the gold standard to the diagnostic of ED. However, these interviews are time consuming and need trained interviewers. The self-report instruments are an alternative for the assessment of ED in large samples. One of the main advantages of self-report questionnaires is that they can be administered quickly without much effort or financial cost. In contrast, disadvantages of self-report instruments might be the possibility of providing invalid answers and also the fact of they were not developed for determining an individual's specific diagnosis[14,15]. The most widely used self-report instruments for the assessment of binge eating include: (1) Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)[16], a self-report version of EDE interview[12]; (2) Binge Eating Scale (BES)[17], and (3) Questionnaire on Eating and Weight Patterns (QEWP)[18].

QEWP was developed as an assessment instrument for the initial multisite field trials that supported its clinical utility and described the prevalence of BED in clinical and community samples[18,19]. It was developed for the screening of BED categorically, using questions based on the proposed diagnostic criteria for BED[19,20]. Further, QEWP was revised to be in line with DSM-IV-TR[21]. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Revised (QEWP-R)[22] was widely used on clinical and community settings[23–25]. Also, it was translated and validated to Brazilian Portuguese[26]. Considering the changes made in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5)[1], the QEWP-R was updated to be in line with the current diagnostic criteria[27]. Therefore, Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5)[27] is the only instrument that screens individuals for BED and BN converting for a categorical scale, as diagnosed by DSM-5[1]. This questionnaire was cross-culturally adapted to the Brazilian context[28].

Although QEWP-5 represents an alternative for the assessment of BED and BN, the psychometric properties of the QEWP-5 were not assessed yet. Thus, the aim of the present study was to assess the reliability (test-retest) of the Brazilian version of QEWP-5 in a sample of undergraduate students from two different courses.

Material and methods

Design and participants

Undergraduate students (n=403) were recruited from Nutrition (n=197; 48.9%) and Psychology (n=206; 51.1%) courses at a Brazilian public university. Students were approached in class and informed about the study. From those invited, 345 (179 from Nutrition and 166 from Psychology courses) completed the Brazilian version of QEWP-5[28], 85.6 % of the students approached. The questionnaire was applied twice, with a two weeks interval. This interval is considered appropriate to avoid temporal changes in the answers[29]. The two applications (test and retest) were independent and the students did not have access to the results of the first assessment. This research was approved by the Ethics Committee from Institute of Psychiatry from the Federal University of Rio de Janeiro. A written informed consent was obtained from all study participants before performing any study procedures.

Measures

QEWP-5[27] is a 26-item self-report measure, developed for the screening of BED and BN based on DSM-5[1] diagnostic criteria. The instrument includes questions about demographic characteristics (such as age, sex and race), weight history, binge eating episodes (both objective and subjective), duration and frequency of the episodes, distress regarding binge eating, inappropriate compensatory behaviors, overvaluation of weight and body shape, and parents' silhouettes. According to DSM-5 criteria the diagnostic items time frame focus in the past three months[27].

QEWP-5 was translated and adapted into Brazilian Portuguese following international guidelines. The process of cross-cultural adaptation comprised the following stages: forward translation, comparison of translations and synthesis version, preliminary version/experts' panel, blind back-translations, comparison between back-translations, and comprehensibility test. The Brazilian version of QEWP-5 was pre-tested and well understood by 10 patients with BED/BN and 10 ED experts[28].

The presence of BED and BN were assessed using the following criteria: (1) BED: a) Presence of at least one binge eating episode per week for three months (binge eating is defined as eating a large amount of food in a short period and the feeling of loss of control); b) the absence of inappropriate compensatory behaviors (such as vomiting, diuretics/laxatives/other medications abuse and excessive exercise); c) the presence of at least three of the following associated symptoms during the episodes (eating much faster than usual; eating until feeling uncomfortably full; eating large amount of food when not physically hungry; eating alone because of feeling embarrassed by how

much one is eating; feeling disgusted with oneself, depressed or very guilty after the episode); and d) marked distress regarding binge eating; (2) BN: a) presence of at least one binge eating episode per week for three months; b) presence of any inappropriate compensatory behavior at least one time per week for three months; and c) overvaluation of weight/shape[27].

The Body Mass Index (BMI= weight/height²) was calculated through the weight and height self-reported in the questionnaire. BMI was classified in four categories: underweight (BMI<18.5 kg/m²), normal weight (18.5-24.9 kg/m²), overweight (25-29.9 kg/m²) and obesity (≥30 kg/m²).

Data control and analysis

The data were registered twice, by two independent people, and compared (double-data entry). If there were disagreements between typing, the data were corrected after checking the respective questionnaire. The sample was characterized by age, sex, BMI classification and semester of the course. Participants' age and BMI were reported using means and standard deviations (SD). Chi square tests were performed to compare differences between courses related to sex, BMI classification, presence of BED or BN and the semester of the course. Independent sample *t* tests were used to compare the means age. Also, those who completed QEWP-5 twice (test and retest) were compared to the students who were present only in the first application (missing data).

The test-retest reliability for each possible diagnostic was based on an analysis of 2x2 contingency tables with the following categories (at times 1 and 2): (1) BED x No diagnostic (ND); and (2) BN x ND. The *kappa* coefficient[30] was used to determine the test-retest reliability of the Brazilian version of QEWP-5. It was considered the Landis and Koch[31] criteria to rate the agreement between the applications, as follows: <0.00 Poor; 0.00-0.20 Slight; 0.21-0.40 Fair; 0.41-0.60 Moderate; 0.61-0.80 Substantial; 0.81-1.00 Almost perfect. The analysis was performed using SPSS-*Statistical Package for the Social Sciences*, version 22. Statistical significance for the *kappa* coefficient was set at $p<0.05$.

Results

Table 1 shows the comparison between participants who completed the first application of QEWP-5 (n=403) and those who were present both in the test and retest (n=345) regarding sex, semester of the course, BMI classification, positive screening for BED or BN, and course. The first group had a mean age of 21.7 (SD=3.9) and BMI of 22.9 kg/m² (SD=4.4). The means of age and BMI

of the participants who completed QEWP-5 twice was 21.8 years (SD=3.8) and 22.8 kg/m² (SD=4.2), respectively. No significant differences were found between the groups according to these characteristics (age: p=0.89; BMI: p=0.60). Also, both groups were not statistically different regarding sex (p=0.77), semester of the course (p=0.82), BMI classification (p=0.82), presence of BN (p=0.87) and BED (p=1.00), and type of course (p=0.42).

Table 2 shows the comparison between students who completed QEWP-5 twice, by course. The mean age of participants from Nutrition course (21.5 years; SD=2.7) was not statistically different from those who were students of Psychology course (22 years; SD=4.7; p=0.20). Regarding BMI, the means for Nutrition (22.6 kg/m²; SD=3.9) and Psychology (22.9 kg/m²; SD=4.5) courses were not different either (p=0.58). Concerning other sample characteristics, in both courses the higher proportion of students were between first and fifth semesters (p=0.44), with normal weight (p=0.35) and similar prevalence of BN (p=0.82) and BED (p=1.00). The proportion of females was higher in the Nutrition course (86.6% vs 77.7%; p=0.03).

Test-retest reliability

Table 3 shows the concordance between test and retest for identifying undergraduate students with positive screening for BED and BN within total sample (n=345) and by course. Considering the entire sample, the two applications of QEWP-5 identified a similar number of students with BED (test= 2.6%; retest= 3.1%) and BN (test= 5.8%; retest= 6.1%). However, the concordance between the measures were moderate (k=0.48) for BED and substantial (k=0.71) for BN. Analyzing by course, the frequency of students with BED in the Nutrition course was 2.8% (test) and 4.5% (retest), and BN was 6.1% for both applications. The agreement between the two measures was moderate (k= 0.60) and substantial (k=0.80), respectively. In the Psychology course, the *kappa* coefficient for the screening of BED (test= 2.4%; retest= 1.8%) and BN (test= 5.4%; retest= 6%) was fair (k=0.27) and moderate (k=0.60), respectively.

Discussion

This study investigated the test-retest reliability of the Brazilian version of QEWP-5 in undergraduate students[28]. To our knowledge, our research group was the first to translate and adapt the QEWP-5 to the Brazilian context, and thus, now to proceed with the evaluation of its psychometric properties. Also, it is the first evaluation of the temporal stability of a version of QEWP for the screening of BN. The test-retest reliability was assessed after applying the questionnaire to the students in two different occasions. The applications were done within an interval of 2 weeks. Overall,

the questionnaire was considered moderately and substantially stable for the screening of BED and BN, respectively. In the Nutrition course, QEWP-5 was considered moderately stable to assess BED and substantially stable for the screening of BN. In the Psychology course, the stability over the time for the assessment of BED and BN were fair and moderate, respectively.

Although there are no studies about test-retest reliability of QEWP-5, the psychometric properties of the previous versions have been assessed. The QEWP was administered twice, within a three weeks interval, to 52 women and 2 men who identified binge eating episodes as very problematic for them (self-reported binge eaters) and 52 women who did not reported binge eating episodes as a problem (comparison sample). The questionnaire was considered moderately stable. The *kappa* coefficient was 0.57 for the self-referred binge eating sample, and 0.58 for the total sample (self-referred and comparison groups)[32]. Johnson et al.[33] evaluated the stability of Questionnaire on Eating and Weight Patterns – Adolescent Version (QEWP-A) for the screening of BED in adolescents (both males and females). The time interval between the two assessments was also of 3 weeks. The test-retest reliability, assessed by phi-coefficient, was 0.42[33]. Therefore, the assessment of the reliability of previous versions of QEWP for the screening of BED shows quite similar values to those found in the present study.

The *kappa* coefficient was employed to assess the stability of the QEWP-5 over time, but it is influenced by the prevalence of the condition being measured[34]. This could have influenced the differences observed between BED and BN, since BED had showed lower prevalence both in the entire sample as well as in each course. A similar situation was described by Johnson et al[35] when evaluating, by QEWP-A, the agreement between two assessments of BED in 367 adolescents. The researchers found a *kappa* coefficient of 0.19 and a low prevalence of BED in the sample (1.07%)[35]. Another characteristic that could have influenced the QEWP-5 test-retest reliability is the different course of the EDs assessed. BED is more instable, with a tendency to remit the symptoms and few relapsing over the time. In contrast, BN is a more persistent diagnosis with a stable course, higher relapse and lower remission[2,36]. Johnson et al.[33] reported the influences of the instable course of BED in the stability of QEWP-A. One third of the sample of females diagnosed as subthreshold binge eating in the first assessment were classified as no diagnostic 3 weeks later[33].

Self-report instruments should be valid and reliable to be used in specific settings. A systematic review including 29 self-report measures of binge eating indicated that none of them were able to meet all the criteria for good psychometric quality[37]. The reliability of an instrument is an important aspect evaluated and it is related to some characteristics, such as temporal stability[38]. The test-retest reliability refers to the stability of a measure between two assessments within a time interval[38,39]. This time interval should be large enough to avoid recall bias and short enough to prevent

changes in the behavior assessed[29]. Although there is not a time period considered a gold standard, two weeks is considered an appropriate interval to perform the two administrations of an instrument[39].

Undergraduate students are a group at risk for the development of ED[4]. Also, the students from health sciences courses, such as Nutrition, seem to be at a higher risk[5,40]. Kolar et al[41]. performed a meta-analysis of studies on ED in Latin America. Considering only studies that diagnosed ED in college samples with clinical interviews, the prevalence of BN and BED ranged from 0% to 2.08% and from 0% to 4.21%, respectively[42–44]

In the present study, the prevalence of BN ranged from 5.8% to 6.1, and the prevalence of BED ranged from 2.6 to 3.2%, between the applications of the QEWP-5 in the entire sample. However, it should be confirmed with a clinical interview, because self-report instruments tend to overestimate the prevalence of ED[45].

The present study has some limitations, such as the missing data from the 14.4% of the students that did not complete the retest. However, they did not show differences from the group of students that completed QEWP-5 twice. Therefore, the missing data did not undermine the study's results. Second, the low prevalence of BED both in the entire sample and in the psychology course could have negatively influenced the *kappa* coefficient[34]. Third, the use of *kappa* coefficient as the unique measurement of stability. Although it is considered the preferred statistical method to assess the reliability of scales with dichotomous scores, no information about agreement/disagreement structures are available[29,46,47].

Conclusion

In general, the stability of the Brazilian version of QEWP-5 was considered moderate to assess BED and substantial for the screening of BN in undergraduate students. Stratifying by course, the questionnaire had a better stability to assess both BED and BN in Nutrition students than in psychology ones. More research is required to evaluate the psychometric properties of this version of QEWP-5 in samples with different backgrounds. Finally, a clinical interview should be performed to confirm the high prevalence of ED on this sample, and to validate the questionnaire as a screening instrument.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. 991 p.
2. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating. Biol Psychiatry. 2013;73:904–14.
3. Bosi MM, Uchimura KY, Luiz RR. Eating behavior and body image among psychology students. J Bras Psiquiatr. 2009;58(3):150–5.
4. Lipson SK, Sonneville KR. Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. Eat Behav. 2017;24:81–8.
5. Trindade AP, Appolinario JC, Mattos P, Treasure J, Nazar BP. Eating disorder symptoms in Brazilian university students: A systematic review and meta-analysis. Brazilian J Psychiatry. 2019;41(2):179–87.
6. Kugu N, Dogan O, Izgic F, Ersan E, Akyuz G. The Prevalence of Eating Disorders Among University Students and the Relationship with Some Individual Characteristics. Aust New Zeal J Psychiatry. 2006;40(2):129–35.
7. Ozenoglu A, Unal G, Ercan A, Kumcagiz H, Alakus K. Are Nutrition and Dietetics Students More Prone to Eating Disorders Related Attitudes and Comorbid Depression and Anxiety than Non-Dietetics Students ? Food Nutr Sci. 2015;6(October):1258–66.
8. Laus MF, De Cássia R, Moreira M, Braga Costa TM. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. Rev Psiquiatr RS. 2009;31(3):192–6.
9. Vitolo MR, Bortolini GA, Horta RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. Rev Psiquiatr RS. 2006;28(1):20–6.
10. Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. Public Health Nutr. 2010;13(1):32–7.
11. Poínhos R, Alves D, Vieira E, Pinhão S, Oliveira BMPM, Correia F. Eating behaviour among undergraduate students. Comparing nutrition students with other courses. Appetite. 2014;84:28–33.
12. Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor G. Eating Disorder Examination (Edition 16.0D). In: Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press; 2008.
13. First MD, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. The Structured Clinical Interview for DSM-IV AXIS I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0). Institute NYSP, editor. New York: Biometrics Research Department; 1995.

14. Gorenstein C, Wang Y-P. Fundamentos de Mensuração em Saúde Mental. In: Gorenstein C, Wang Y-P, Hungerbühler I, editors. Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 3–58.
15. Freitas S, Gorenstein C, Appolinario JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24(SUPPL. 3):34–8.
16. Fairburn C, Beglin S. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? Int J Eat Disord. 1994;16(4):363–70.
17. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addict Behav. 1982;7(1):47–55.
18. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. Int J Eat Disord. 1992;11(3):191–203.
19. Spitzer RL, Yanovski SZ, Wadden TA, Wing R, Marcus MD, Stunkard AJ, et al. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. Int J Eat Disord. 1993;13(2):137–53.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, te. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
22. Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD. Questionnaire on Eating and Weight Patterns, Revised. Pittsburgh, PA: Behavioral Measurement Database Services (Producer); 1994.
23. Dymek-Valentine M, Rienecke-Hoste R, Alverdy J. Assessment of binge eating disorder in morbidly obese patients evaluated for gastric bypass: SCID versus QEWP-R. Eat Weight Disord. 2004;9(3):211–6.
24. Elder KA, Grilo CM, Masheb RM, Rothschild S, Burke-Martindale CH, Brody ML. Comparison of two self-report instruments for assessing binge eating in bariatric surgery candidates. 2006;44:545–60.
25. Barnes RD, Masheb RM, White MA, Grilo CM. Comparison of Methods for Identifying and Assessing Obese Patients with Binge Eating Disorder in Primary Care Settings. Int J Eat Disord. 2011;44(2):157–63.
26. Borges MBF, Morgan CM, Claudino AM, Da Silveira DX. Validation of the Portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns - Revised (QEWP-R) for the screening of binge eating disorder. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(4):319–22.
27. Yanovski SZ, Marcus MD, Wadden TA, Walsh BT. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5: An updated screening instrument for binge eating disorder. Int J Eat

Disord. 2015;48(3):259–61.

28. Moraes CE, Mourilhe C, Freitas SR, Marcus MD, Veiga G V, Appolinario JC (no prelo). Cross-cultural adaptation of Brazilian version of Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5). Trends Psychiatry Psychol.
29. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales: A practical guideline to their development and use. Fifth Edit. Oxford: Oxford University Press; 2015. 432 p.
30. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas. 1960;XX(1):37–46.
31. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33(1):159–74.
32. 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;16(2):147–57.
33. Johnson WG, Kirk AA, Reed AE. Adolescent version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns : Reliability and gender differences. Int J Eat Disord. 2001;29:94–6.
34. Maclure M, Willett WC. Misinterpretation and misuse of the kappa statistic. Am J Epidemiol. 1987;126(2):161–9.
35. 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;26:301–14.
36. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(7):659–65.
37. Burton AL, Abbott MJ, Psych MC, Modini M, Touyz S. Psychometric evaluation of self-report measures of binge-eating symptoms and related psychopathology : A systematic review of the literature. Int J Eat Disord. 2016;49:123–40.
38. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol Serv Saude. 2017;26(3):649–59.
39. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR De, Windt AWM Van Der, Knol DL, Dekker J. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. 2007;60:34–42.
40. Reis JA, Silva Júnior CRR, Pinho L. Factors associated with the risk of eating disorders among academics in the area of health. Rev Gaúcha Enferm. 2014;35(2):73–8.

41. Kolar DR, Rodriguez DLM, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders in Latin America: A systematic review and meta-analysis. Curr Opin Psychiatry. 2016;29(6):363–71.
42. Mancilla-Diaz JM, Franco-Paredes K, Vazquez-Arevalo R, Lopez-Aguilar X, Alvarez-Rayon GL, Tellez-Giron MTO. Psychometric Properties of the Attitudes Towards Body Figure Questionnaire in Mexican Female Students and Patients With Eating Disorders. Eur Eat Disord Rev. 2007;15:463–70.
43. Rueda Jaimes GE, Díaz Martínez LA, Ortiz Barajas DP, Pinzón Plata C, Rodríguez Martínez J, Cadena Afanador LP. Validación del cuestionario SCOFF para el cribado de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizadas. Aten Primaria. 2005;35(2):89–94.
44. Compte EJ, Sepulveda AR, Torrente F. A two-stage epidemiological study of eating disorders and muscle dysmorphia in male university students in Buenos Aires. Int J Eat Disord. 2015;48(8):1092–101.
45. Celio AA, Wilfley DE, Crow SJ, Mitchell J, Walsh BT. A comparison of the binge eating scale, questionnaire for eating and weight patterns-revised, and eating disorder examination questionnaire with instructions with the eating disorder examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. Int J Eat Disord. 2004;36(4):434–44.
46. Mokkink LB, Terwee CB. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. Qual Life Res. 2010;19:539–49.
47. Silva EF, Pereira MG. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. Rev Saude Publica. 1998;32(4):383–93.

Table 1. Comparison between participants who completed QEWP-5 in the test and retest with those who completed only the test.

Variables	Test (n=403)		Test and retest (n=345)		p value*
	n	%	n	%	
Sex					
Male	68	16.9	61	17.7	0.77
Female	335	81.1	284	82.3	
Semester of the course					
1st to 5th	249	61.8	210	60.9	0.82
6th or above	154	38.2	135	39.1	
BMI classification					
Underweight	46	11.5	36	10.5	0.82
Normal weight	261	65.3	234	68.4	
Overweight	68	17.0	54	15.8	
Obesity	25	6.3	18	5.3	
Positive screening for BN					
Yes	25	6.2	20	5.8	0.87
No	378	93.8	325	94.2	
Positive screening for BED					
Yes	11	2.7	9	2.6	1.00
No	392	97.3	336	97.4	
Course					
Nutrition	197	48.9	179	51.9	0.42
Psychology	206	51.1	166	48.1	

*Chi square test
Statistical significance: $p<0.05$
BED: Binge Eating Disorder; BN: Bulimia Nervosa; BMI: Body Mass Index.

Table 2. Comparison of participants who completed QEWP-5 twice by course

Variables	Nutrition course (n=179)		Psychology course (n=166)		p value*
	n	%	n	%	
Sex					
Male	24	13.4	37	22.3	**0.03**
Female	155	86.6	129	77.7	
Semester of the course					
1st to 5th	105	58.7	105	63.3	0.44
6th or above	74	41.3	61	36.7	
BMI classification					
Underweight	17	9.6	19	11.6	0.35
Normal weight	125	70.2	109	66.5	
Overweight	30	16.9	24	14.6	
Obesity	6	3.4	12	7.3	
Positive screening for BN					
Yes	11	6.1	9	5.4	0.82
No	168	93.9	157	94.6	
Positive screening for BED					
Yes	5	2.8	4	2.4	1.00
No	174	97.2	162	97.6	

*Chi square test
Statistical significance: $p<0.05$
BED: Binge Eating Disorder; BN: Bulimia Nervosa; BMI: Body Mass Index.

Table 3. Frequency of BED and BN obtained in the 1st application (test) and 2nd application (retest) of the QEWP-5 and kappa values in the entire sample and by course.

Test	**Retest**		***k***
Entire Sample			
BED	Positive	Negative	
Positive	5 (1.4%)	4 (1.2%)	0.48
Negative	6 (1.7%)	330 (95.7%)	
BN			
Positive	15 (4.3%)	5 (1.4%)	0.71
Negative	6 (1.7%)	319 (92.5%)	
Nutrition course			
BED			
Positive	4 (2.2%)	1 (0.6%)	0.60
Negative	4 (2.2%)	170 (95%)	
BN			
Positive	9 (5%)	2 (1.1%)	0.80
Negative	2 (1.1%)	166 (92.7%)	
Psychology course			
BED			
Positive	1 (0.6%)	3 (1.8%)	0.27
Negative	2 (1.2%)	160 (96.4%)	
BN			
Positive	6 (3.6%)	3 (1.8%)	0.60
Negative	4 (2.4%)	153 (92.2%)	

Statistical significance of the *kappa* values presented: $p<0.001$
BED: Binge Eating Disorder; BN: Bulimia Nervosa; *k*: *Kappa* coefficient

7. Conclusões

O QEWP-5 foi corretamente adaptado para o contexto brasileiro. No geral, os itens foram bem compreendidos pela população-alvo. As principais dúvidas foram relacionadas as questões que avaliam episódios de compulsão alimentar subjetivos. No entanto, outros estudos têm demonstrado que o conceito destes episódios é confuso. Portanto, não se trata de uma peculiaridade do QEWP-5.

No que tange a avaliação da confiabilidade, a versão brasileira do QEWP-5 foi considerada moderadamente estável ao longo do tempo para o rastreamento de TCA e substancialmente estável para avaliação de BN na amostra total. Ao estratificar por cursos, a confiabilidade teste-reteste do QEWP-5 foi maior na avaliação dos alunos de Nutrição do que nos graduandos de Psicologia, tanto para TCA como para BN.

Estudos adicionais são necessários para avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira do QEWP-5 em outros contextos, como ambiente clínico e epidemiológico. Adicionalmente, o instrumento deve ser validado, utilizando uma entrevista clínica como padrão ouro para avaliação de sua sensibilidade, especificidade e valor preditivo.

Referências

ALVARENGA, M. DOS S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T., 2011, "Eating disorders risk behavior in Brazilian female university students", **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 1, pp. 3–7.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th. ed. Washington, DC, American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2000, **"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"**. 4 ed text revised. Washington, DC, American Psychiatry Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2006, "Treatment of Patients With Eating Disorders, Third Edition", **American Journal of Psychiatry**, v. 163, pp. 4-54.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5th. ed. Washington, DC, American Psychiatric Association.

APPOLINARIO, J. C., CLAUDINO, A. M., 2000, "Transtornos alimentares", **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, Supl II, pp. 28-31.

BARNES, R. D. et al., 2011, "Comparison of Methods for Identifying and Assessing Obese Patients with Binge Eating Disorder in Primary Care Settings", **International Journal of Eating Disorders**, v. 44, n. 2 (Mar), pp. 157–163.

BEATON, D. E., BOMBARDIER, C., GUILLEMIN, F. et al., 2000, "Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures", **Spine**, v. 25, n. 24 (Dez), pp. 3186–3191.

BORGES, M. B. F., MORGAN, C. M., CLAUDINO, A. M. et al., 2005, "Validation of the Portuguese version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns - Revised (QEWP-R) for the screening of binge eating disorder", **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, pp. 319–322.

BORSA, J. C.; DAMASIO, B. F.; BANDEIRA, D. R., 2012, "Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas : Algumas Considerações", **Paidéia**, v. 22, n. 53 (Set-Dez), pp. 423–432.

BURTON, A. L., ABBOTT, M. J., PSYCH, M. C. et al., 2016, "Psychometric evaluation of self-report measures of binge-eating symptoms and related psychopathology : A systematic review of the literature", **International Journal of Eating Disorders**, v. 49, pp. 123–140.

CARAM, A. L. A., LAZARINE, I. F., 2013, "Atitudes alimentares em universitários dos cursos de Nutrição, Educação Física e Psicologia de uma instituição privada", **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 31, n. 1, pp. 71–74.

CELIO, A. A., WILFLEY, D. E., CROW, S. J. et al., 2004, "A comparison of the Binge Eating Scale, Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised, and Eating Disorder Examination

Questionnaire with instructions with the Eating Disorder Examination in the assessment of Binge Eating Disorder and its symptoms", **International Journal of Eating Disorders**, v. 36, n. 4, pp. 434–444.

COHEN, J., 1960, "A coefficient of agreement for nominal scales", **Educational and Psychological Measurement**, v. XX, n. 1, pp. 37–46.

DAHLGREN, C. L., WISTING, L., RØ, Ø., 2017, "Feeding and eating disorders in the DSM-5 era : a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples", **Journal of Eating Disorders**, v. 5, n. 56, pp. 1–10.

EISENBERG, D., NICKLETT, E. J., ROEDER, K. et al., 2011, “Eating Disorder Symptoms Among College Students: Prevalence, Persistence, Correlates, and Treatment-Seeking”, **Journal of American College Health**, v. 59, n. 8, pp. 700-707.

FAIRBURN, C., COOPER, Z., 1993, "The Eating Disorder Examination". In: FAIRBURN, C., WILSON, G. (Eds.). . **Binge eating: nature, assessment and treatment**. New York, USA, Guilford Press.

FAIRBURN, C., BEGLIN S., 1994, “Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?” **International Journal of Eating Disorders**, v. 16, n. 4, pp. 363–370.

FIELD, A. E., SONNEVILLE, K. R., MICALI, N. et al., 2012, "Prospective Association of Common Eating Disorders and Adverse Outcomes", **Pediatrics**, v. 130, n. 2 (Ago), pp. e289–e295.

FILIPOVA, A. A., STOFFEL, C. L., 2016, "The prevalence of binge eating disorder and its relationship to work and classroom productivity and activity impairment", **Journal of American College Health**, v. 64, n. 5, pp. 349–361.

FIRST, M. B., SPITZER, R. L., GIBBON, M. et al., 1995, **The Structured Clinical Interview for DSM-IV AXIS I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, version 2.0)**. New York, Biometrics Research Department.

FIRST, M. B., WILLIAMS, J. B. W., KARG, R. S. et al., 2017, **Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5 - Versão Clínica (SCID-5-CV)**. Porto Alegre, Artmed.

FRANÇA, G. V. A., GIGANTE, D. P., OLINTO, M. T. A., 2014, "Binge eating in adults: prevalence and association with obesity, poor self-rated health status and body dissatisfaction", **Public Health Nutrition**, v. 17, n. 04, pp. 932–938.

FREDENBERG, J. P., BERGLUND, P. T., DIEKEN, H. A., 1996, "Incidence of eating disorders among selected female university students", **Journal of the American Dietetic Association**, v. 96, pp. 64–65.

FREITAS, S., LOPES, C. S., COUTINHO, W. et al., 2001, "Tradução e adaptação para o português

da Escala de Compulsão Alimentar Periódica", **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, pp. 215–220.

FREITAS, S., GORENSTEIN, C., APPOLINARIO, J. C., 2002, "Instrumentos para a avaliação dos Transtornos Alimentares", **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. Supl III, p. 34–38, 2002.

FREITAS, S. R., LOPES, C. S., APPOLINARIO, J. C. et al., 2006, “The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV”, **Eating Behaviors**, v. 7, pp. 282-289.

GARNER, D. M., OLMSTED, M. P., BOHR, Y. et al., 1982, "The Eating Attitudes Test : psychometric features and clinical correlates", **Psychological Medicine**, v. 12, pp. 871–878.

GLADIS, M. M. et al., 1998, "A Comparison of Two Approaches to the Assessment of Binge Eating in Obesity", **International Journal of Eating Disorders**, v. 23, pp. 17–26.

GORENSTEIN, C., WANG, Y.-P., 2016, "Fundamentos de Mensuração em Saúde Mental". In: GORENSTEIN, C., WANG, Y.-P.; HUNGERBÜHLER, I. (Eds.), **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**,1 Ed., Porto Alegre, Brasil, Artmed.

GORMALLY, J., BLACK, S., DASTON, S. et al., 1982, “The assessment of binge eating severity among obese persons”, **Addictive Behaviors**, v. 7, n. 1, pp. 47-55.

HAY, P., GIROSI, F., MOND, J., 2015, "Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population", **Journal of Eating Disorders**, v. 3, n. 1, pp. 1–7.

HENDERSON, M., FREEMAN, C. P. L., 1987, “Self-rating Scale for Bulimia: The BITE”, **British Journal of Psychiatry**, v. 150, pp. 18-24.

HUDSON, J. I., HIRIPI, E., POPE JR, H. G. et al., 2007, "The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication", **Biological Psychiatry**, v. 61, n. 3, pp. 348–358.

JOHNSON, W. G., GRIEVE, F. G., ADAMS, C. D. et al., 1999, "Measuring binge eating in adolescents : Adolescent and parent versions of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns", **International Journal of Eating Disorders**, v. 26, pp. 301–314.

JOHNSON, W. G., KIRK, A. A., REED, A. E., 2001, "Adolescent version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns : Reliability and gender differences", **International Journal of Eating Disorders**, v. 29, pp. 94–96.

JUARASCIO, A. S., PERONE, J., TIMKO, C. A., 2011, "Moderators of the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating", **Eating Disorders**, v. 19, n. 4 (Jun), p. 346–354.

KELLY-WEEDER, S., 2011, "Binge drinking and disordered eating in college students", **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 23, n. 1, pp. 33–41.

KELLY-WEEDER, S., EDWARDS, E, 2011, "Co-occurring Binge Eating and Binge Drinking in College Women", **Journal for Nurse Practitioners**, v. 7, n. 3, pp. 207–213.

KELLY-WEEDER, S., JENNINGS, K. M., WOLFE, B. E., 2012, "Gender differences in binge eating and behavioral correlates among college students", **Eating and Weight Disorders**, v. 17, n. 3 (Set), pp. e200–e202.

KELLY-WEEDER, S., PHILLIPS, K., LEONARD, K. et al., 2014, "Binge Eating and Weight Loss Behaviors of Overweight and Obese College Students", **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 26, n. 8 (Ago), pp. 445–451.

KESSLER, R. C., BERGLUND, P. A., CHIU, W. T. et al., 2013, "The Prevalence and Correlates of Binge Eating", **Biological Psychiatry**, v. 73, pp. 904–914.

KESSLER, R. C., SHAHLY, V., HUDSON, J. I. et al., 2014, "A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorder and bulimia nervosa: Results from the WHO World Mental Health Surveys", **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 23, n. 1 (Mar), pp. 27–41.

KESZEI, A. P., NOVAK, M., STREINER, D. L., 2010, "Introduction to health measurement scales", **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, n. 4, pp. 319–323.

KINZL, J. F. et al., 1999, " Dietitians: Are They a Risk Group for Eating Disorders?", **European Eating Disorders Review**, v. 7, n. 1, pp. 62–67.

KORINTH, A., SCHIESS, S., WESTENHOEFER, J., 2010, "Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences", **Public Health Nutrition**, v. 13, n. 01, pp. 32.

LANDIS, J. R., KOCH, G. G., 1977, "The measurement of observer agreement for categorical data", **Biometrics**, v. 33, n. 1 (Mar), pp. 159–174.

LAUS, M. F., MOREIRA, R. C. M., COSTA, T. M. B., 2009, "Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas", **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, pp. 192-196.

LEAL, G. V. S., PHILIPPI, S. T., POLACOW, V. O. et al., 2013, “O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?”, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 1, pp. 62-75.

LIPSON, S. K., SONNEVILLE, K. R., 2017, "Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities", **Eating Behaviors**, v. 24, pp. 81–88.

LYNN, M. R., 1986, "Determination and quantification of content validity", **Nursing Research**, v. 35, n. 6, pp. 382–385.

MACHADO, P. P. P., FERNANDEZ, M. L., GONÇALVES, S. et al., 2004, "Eating related problems

amongst Iberian female college students", **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 4, n. 3, pp. 495–504.

MANEESRIWONGUL, W., DIXON, J. K., 2004, "Instrument translation process : a methods review", **Journal of Advanced Nursing**, v. 48, n. 2, pp. 175-186.

NANGLE, D. W., JOHNSON, W. G., CARR-NANGLE, R. E. et al., 1994, "Binge Eating Disorder and the proposed DSM-IV criteria : Psychometric analysis of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns", **International Journal of Eating Disorders**, v. 16, n. 2, pp. 147–157.

NAPOLITANO, M. A., HIMES, S., 2011, "Race, weight, and correlates of binge eating in female college students", **Eating Behaviors**, v. 12, n. 1, pp. 29–36.

NICOLI, M. G., JUNIOR, R. D. R. L., 2011, "Binge Eating Disorder and body image perception among university students", **Eating Behaviors**, v. 12, n. 4, pp. 284–288.

NUNES, M. A., CAMEY, S., OLINTO, M. T. A. et al., 2005, “The validity and 4-year test-retestreliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26”, **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 38, pp. 1655-1662.

OZENOGLU, A., UNAL, G., ERCAN, A. et al., 2015, "Are Nutrition and Dietetics Students More Prone to Eating Disorders Related Attitudes and Comorbid Depression and Anxiety than Non-Dietetics Students?", **Food and Nutrition Sciences**, v. 6, n. 1 (Out), pp. 1258–1266.

PHILLIPS, E. L., PRATT, H. D., 2005, "Eating disorders in college", **Pediatric Clinics of North America**, v. 52, n. 1, pp. 85–96.

POLIT, D. F.; BECK, C. T., 2006, "The content validity index: are you sure you know what’s being reported? Critique and recommendations", **Research in nursing & health**, v. 29, pp. 489–497.

PRETI, A., GIROLAMO, G., VILAGUT, G. et al., 2009, "The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project", **Journal of Psychiatric Research**, v. 43, n. 14, pp. 1125–1132.

REICHENHEIM, M. E., MORAES, C. L., 2007, "Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia", **Revista de Saude Publica**, v. 41, n. 4, pp. 665–673.

REIS, J. A., SILVA JÚNIOR, C. R. R., PINHO, L., 2014, "Factors associated with the risk of eating disorders among academics in the area of health", **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2 (Jun), pp. 73–78.

RIBEIRO, M. et al., 2014, "The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the North of Portugal", **European Eating Disorders Review**, v. 22, n. 3, pp. 185–190.

SAULES, K. K. et al., 2009, "The contributions of weight problem perception, BMI, gender, mood,

and smoking status to binge eating among college students", **Eating Behaviors**, v. 10, n. 1, pp. 1–9.

SIQUEIRA, T. F., COLARES, V., XIMENES, R., 2015, "Questionário sobre padrões de peso e alimentação para adolescentes (QEWP-A): Avaliação transcultural e adaptação para o Português", **Adolescência e Saúde**, v. 12, n. 2 (Abr/Jun), pp. 29–41.

SMINK, F. R. E., VAN HOEKEN, D., HOEK, H. W., 2012, "Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates", **Current Psychiatry Reports**, v. 14, n. 4, pp. 406–414.

SOUSA, V. D., ROJJANASRIRAT, W., 2011, "Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline", **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 2, pp. 268–274.

SOUZA, A. C., ALEXANDRE, N. M. C., GUIRARDELLO, E. B., 2017, "Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos : avaliação da confiabilidade e da validade", **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3 (Jul/Set), pp. 649–659.

SPERBER, A. D., 2004, "Translation and validation of study instruments for cross-cultural research", **Gastroenterology**, v. 126, pp. S124–S128.

SPITZER, R. L., DEVLIN, M., WALSH, B. T. et al., 1992, "Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria", **International Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 3, pp. 191–203.

SPITZER, R. L., YANOVSKI, S. Z., MARCUS, M. D., 1994, **Questionnaire on Eating and Weight Patterns, Revised.** 1 Ed. Pittsburgh, Behavioral Measurement Database Services.

STEIGER, H., THALER, L., 2015, "Eating disorders, gene-environment interactions and the epigenome: Roles of stress exposures and nutritional status", **Physiology and Behavior**, v. 162, pp. 181–185.

STICE, E., TELCH, C. F., RIZVI, S. L., 2000, “Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder”, **Psychological Assessment**, v. 12, pp. 123–131.

STREINER, D. L., NORMAN, G. R., CAIRNEY, J., 2015, **Health measurement scales: A practical guideline to their development and use**. 5 Ed. Oxford, Oxford University Press.

STUNKARD, A. J., ALLISON, K. C., 2003, "Binge eating disorder: Disorder or marker?" **International Journal of Eating Disorders**, v. 34, pp. S107–S116.

THORSTEINSDOTTIR, G., ULFARSDOTTIR, L., 2008, "Eating Disorders in College Students in Iceland", **The European Journal of Psychiatry**, v. 22, n. 2, pp. 107–115.

VIANA, M. C., TEIXEIRA, M. G., BERALDI, F. et al., 2009, "São Paulo Megacity Mental Health Survey – A population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the São Paulo Metropolitan Area: aims, design and field implementation", **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.

31, n. 4, pp. 375–386.

VITOLO, M. R., BORTOLINI, G. A., HORTA, R. L., 2006, "Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo", **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1 (Jan/Abr), pp. 20–26.

WILD, D., GROVE, A., MARTIN, M. et al., 2005, "Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR task force for translating adaptation", **Value Health**, v. 8, n. 2, pp. 94–104.

XIMENES, R. C. C., COLARES, V., BERTULINO, T. et al., 2011, “Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes”, **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 1, pp. 1-11.

YANOVSKI, S. Z., MARCUS, M. D., WADDEN, T. A. et al., 2015, "The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5: An updated screening instrument for binge eating disorder", **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 3 (Abr), pp. 259–261.

ZWAAN, M. DE et al., 1993, "Diagnosing Binge Eating Disorder: Level of Agreement Between Self-Report and Expert-Rating",**International Journal of Eating Disorders** v. 14, n. 3 (Nov), pp. 289–295.

ANEXOS

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5

QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5
(QEWP-5)©

Susan Z. Yanovski, Marsha D. Marcus, Thomas A. Wadden, and B. Timothy Walsh

Last name_____ **First name**_____ **M.I.**____

Date_____ **I.D. Number** _____

Thank you for completing this questionnaire. Please circle or check the appropriate number or response, and write in information where asked. You may skip any question you do not understand or do not wish to answer.

1. Age ___ years

2. Sex: 1. Male____ 2. Female___

3. What is your ethnic/racial background?

a. Are you Latino, Hispanic, or of Spanish origin? (please check Yes or No).

Yes _____ Please continue with question 3b

No _____ Please continue with question 3b

b. Which of the following best describes you? (You may check more than one.)

African American/Black _____

American Indian/Native American/Alaskan Native _____

Asian _____

Pacific Islander _____

White _____

Other (please specify): _____

Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

4. How far did you go in school?

1. Some high school or less
2. High school graduate or equivalent (GED)
3. Some college or associate degree
4. Completed college
5. Advanced degree

5. How tall are you?

____ feet ___ ___ inches

6. How much do you weigh now (if you are unsure, please provide your best guess)?

_____ pounds

7. What has been your highest adult weight ever (for women, when not pregnant)?

_____ pounds

8. During the past **three** months, did you ever eat, in a short period of time--for example, a two hour period-- what most people would think was an unusually large amount of food?

1. YES 2. NO → **IF NO, SKIP TO QUESTION 21**

↓

9. During the times when you ate an unusually large amount of food, did you ever feel you could not stop eating or control what or how much you were eating?

1. YES 2. NO → **IF NO, SKIP TO QUESTION 21**

↓

Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

10. During the past **three** months, how often, on average, did you have episodes like this -- that is, eating large amounts of food **plus** the feeling that your eating was out of control? (There may have been some weeks when this did not happen -- just average those in.)

1. Less than 1 episode per week
2. 1 episode per week
3. 2-3 episodes per week
4. 4-7 episodes per week
5. 8-13 episodes per week
6. 14 or more episodes per week

11. Did you **usually** have any of the following experiences during these episodes?

a. Eating much more rapidly than normal?	Yes	No
b. Eating until feeling uncomfortably full?	Yes	No
c. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry?	Yes	No
d. Eating alone because of feeling embarrassed by how much you were eating?	Yes	No
e. Feeling disgusted with yourself, depressed, or feeling very guilty afterward?	Yes	No

12. Think about a **typical** episode when you ate this way (that is, when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control):

a. What time of day did the episode start?

1. (8 AM to 12 Noon)
2. (12 Noon to 4 PM)
3. (4 PM to 8 PM)
4. (8 PM to 12 Midnight)
5. (12 Midnight to 8 AM)

b. Approximately how long did this episode of eating last?

____ hours ____ minutes

Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

c. As best you can remember, please list everything you ate and drank during that episode. Please list the foods eaten and liquids consumed during the episode. Be specific - include brand names where possible, and amounts or portion sizes as best you can estimate.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

d. At the time this episode started, how long had it been since you had previously finished eating a meal or snack?

____ hours ____ minutes

13. In general, during the past **three** months, how upset were you by these episodes (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1. Not at all
2. Slightly
3. Moderately
4. Greatly
5. Extremely

14. During the past **three** months, did you ever make yourself vomit in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1. Yes 2. No

IF YES: How often, **on average**, was that?

1. Less than 1 episode per week
2. 1 episode per week
3. 2-3 episodes per week
4. 4-7 episodes per week
5. 8-13 episodes per week
6. 14 or more episodes per week

Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

15. During the past **three** months, did you ever take more than the recommended dose of laxatives in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1. Yes 2. No

IF YES: How often, **on average**, was that?

1. Less than 1 time per week
2. 1 time per week
3. 2-3 times per week
4. 4-5 times per week
5. 6-7 times per week
6. 8 or more times per week

16. During the past **three** months, did you ever take more than the recommended dose of diuretics (water pills) in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1. Yes 2. No

IF YES: How often, **on average**, was that?

1. Less than 1 time per week
2. 1 time per week
3. 2-3 times per week
4. 4-5 times per week
5. 6-7 times per week
6. 8 or more times per week

17. During the past **three** months, did you ever **fast** – for example, not eat anything at all for at least 24 hours -- in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1. Yes 2. No

IF YES: How often, **on average**, was that?

1. Less than 1 day per week
2. 1 day per week
3. 2 days per week
4. 3 days per week
5. 4-5 days per week
6. More than 5 days per week

Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

18. During the past **three** months, did you ever exercise excessively –for example, exercised even though it interfered with important activities or despite being injured –**specifically** in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1. Yes 2. No

IF YES: How often **on average**, was that?

1. Less than 1 time per week
2. 1 time per week
3. 2-3 times per week
4. 4-7 times per week
5. 8-13 times per week
6. 14 or more times per week

19. During the past **three** months, did you ever take more than the recommended dose of a diet pill in order to avoid gaining weight after episodes of eating like you described (when you ate a large amount of food and felt your eating was out of control)?

1. Yes 2. No

IF YES: How often **on average**, was that?

1. Less than 1 time per week
2. 1 time per week
3. 2-3 times per week
4. 4-5 times per week
5. 6-7 times per week
6. 8 or more times per week

20. During the past **three** months, on average, how important has your weight or shape been in how you feel about or evaluate yourself as a person-- as compared to other aspects of your life, such as your performance at work or as a parent, or how you get along with other people?

1. Weight and shape were **not very important**
2. Weight and shape **played a part** in how you felt about yourself
3. Weight and shape **were among the main things** that affected how you felt about yourself
4. Weight and shape **were the most important things** that affected how you felt about yourself.

Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

Continue here after completing question 20 *OR* if you skipped to question 21 from question 8 or 9

21. During the past **three** months, did you ever have episodes during which you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating but in which you did ***not*** consume what most people would think was an unusually large amount of food?

1. YES ↓ 2. NO → **IF NO, SKIP TO QUESTION 26**

22. During the past **three** months how often did you have episodes like this -- the feeling that your eating was out of control, but you did ***not*** consume what most people would think was an unusually large amount of food? (There may have been some weeks when this did not happen --just average those in.)

1. Less than 1 episode per week
2. 1 episode per week
3. 2-3 episodes per week
4. 4-7 episodes per week
5. 8-13 episodes per week
6. 14 or more episodes per week

23. Did you **usually** have any of the following experiences during these episodes?

a. Eating much more rapidly than normal?	Yes No
b. Eating until feeling uncomfortably full?	Yes No
c. Eating large amounts of food when not feeling physically hungry?	Yes No
d. Eating alone because of feeling embarrassed by how much you were eating?	Yes No
e. Feeling disgusted with yourself, depressed, or feeling very guilty afterward?	Yes No

Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

24. Think about a **typical** episode when you ate this way (that is, when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating) but in which you did ***not*** consume an unusually large amount of food):

a. What time of day did the episode start?

1. (8 AM to 12 Noon)
2. (12 Noon to 4 PM)
3. (4 PM to 8 PM)
4. (8 PM to 12 Midnight)
5. (12 Midnight to 8 AM)

b. Approximately how long did this episode of eating last?

____ hours ____ minutes

c. As best you can remember, please list everything you ate and drank during that episode. Please list the foods eaten and liquids consumed during the episode. Be specific – include brand names where possible, and amounts or portion sizes as best you can estimate.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

d. At the time this episode started, how long had it been since you had previously finished eating a meal or snack?

____ hours ____ minutes

25. In general, during the past **three** months, how **upset** were you by these episodes (that is, when you felt you could not stop eating or control what or how much you were eating but in which you did ***not*** consume an unusually large amount of food)?

1. Not at all
2. Slightly
3. Moderately
4. Greatly
5. Extremely

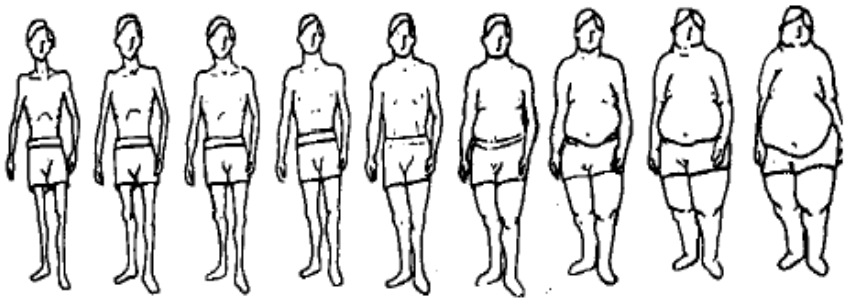
Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

Continue here after completing question 25 *OR* if you skipped to question 26 from question 21

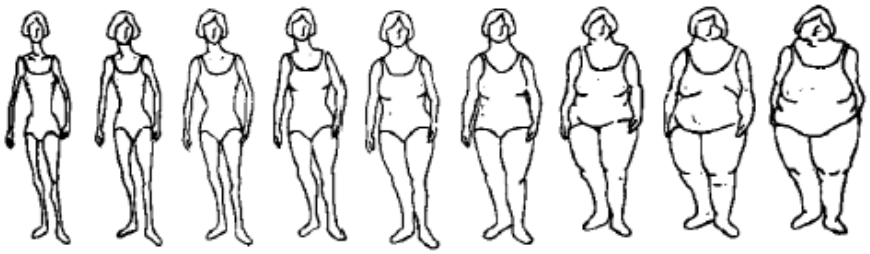
26. Please take a look at these silhouettes. Put a circle around the silhouettes that most resemble the body builds of your biological father and mother **at their heaviest.** If you have no knowledge of your biological father and/or mother, don't circle anything for that parent.

YOUR FATHER



1 2 3 4 5 6 7 8 9

YOUR MOTHER



1 2 3 4 5 6 7 8 9

Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

DECISION RULES FOR SCREENING FOR POSSIBLE DIAGNOSIS OF BINGE EATING DISORDER (BED) USING THE QUESTIONNAIRE ON EATING AND WEIGHT PATTERNS-5 (FOR RATER'S USE ONLY)

POSSIBLE DIAGNOSIS OF BED

QUESTION NUMBER	RESPONSE
8 **AND** 9	1 (BINGE EATING)
10	2, 3, 4, 5, OR 6 (AT LEAST 1 EPISODE PER WEEK FOR THREE MONTHS)
11 a through e	3 OR MORE ITEMS MARKED "YES" (AT LEAST 3 ASSOCIATED SYMPTOMS DURING BINGE EATING EPISODES)
13	4 0R 5 (MARKED DISTRESS REGARDING BINGE EATING)

POSSIBLE DIAGNOSIS OF BED REQUIRES ALL OF THE ABOVE ALONG WITH THE ABSENCE OF INAPPROPRIATE COMPENSATORY BEHAVIORS AS SEEN IN BULIMIA NERVOSA, AS DEFINED BELOW.

POSSIBLE DIAGNOSIS OF BULIMIA NERVOSA

8 **AND** 9	1 (BINGE EATING)
10	2, 3, 4, 5, OR 6 (AT LEAST 1 EPISODE PER WEEK FOR THREE MONTHS)
14,15,16,17,18, **OR** 19	**ANY** RESPONSE 2, 3, 4, 5, OR 6 (INAPPROPRIATE COMPENSATORY BEHAVIOR AT LEAST 1 TIME PER WEEK FOR THREE MONTHS)
20	3 OR 4 (OVERVALUATION OF WEIGHT/SHAPE)

Continua na próxima página

ANEXO 1 – Versão original do QEWP-5 (continuação)

QUESTIONS FOR RESEARCH PURPOSES ONLY

(NOT TO BE USED FOR DIAGNOSIS OF BED OR BULIMIA NERVOSA)

12 a through d	EXAMINER'S JUDGMENT THAT AMOUNT OF FOOD DESCRIBED IS UNUSUALLY LARGE GIVEN CIRCUMSTANCES (I.E., TIME OF DAY, HOURS SINCE PREVIOUS MEAL) YES___ NO____ UNSURE_____
21	1 (SUBJECTIVE BULIMIC EPSIODE/LOSS OF CONTROL EATING)
24 a through d	EXAMINER'S JUDGMENT THAT AMOUNT OF FOOD DESCRIBED IS UNUSUALLY LARGE GIVEN CIRCUMSTANCES (I.E., TIME OF DAY, HOURS SINCE PREVIOUS MEAL) YES___ NO____ UNSURE_____
26	SILHOUETTES MAY BE USED TO ESTIMATE PARENTAL HISTORY OF OBESITY

The QEWP-5 is a revised version of the QEWP-R,[1] updated to reflect Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition[2] criteria for Binge Eating Disorder.

Silhouettes from: Stunkard AJ, Sorensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the Study of Obesity and Thinness. In: Kety SS, Roland LP, Sidman RL, Matthysse S.W., eds. The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders. Raven Press: New York. I983:119. Used by permission.

[1]Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD. (HaPI Record). 1994; Pittsburgh PA: Behavioral Measurement Database Services (Producer). McLean, VA: BRS Search Service (Vendor)

[2]American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, Washington, DC; 2013.

The QEWP-5 may be cited as: Yanovski SZ, Marcus MD, Wadden TA, Walsh BT. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5). Int J Eating Disorders. DOI: 10.1002/eat.22372. Permission to adapt the QEWP-5 may be obtained from Marsha D. Marcus, Western Psychiatric Institute and Clinic, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213. Email: marcusmd@upmc.edu

Copyright © 2014 by Marsha D. Marcus, Thomas A. Wadden, B. Timothy Walsh

ANEXO 2 - Autorização para proceder a tradução do QEWP-5

19/03/2018 Gmail - Translation and Vallidation of QEWP-5 into Portuguese

Gmail

Carlos Eduardo de Moraes <carloseduardofm09@gmail.com>

Translation and Vallidation of QEWP-5 into Portuguese

Marcus, Marsha <MarcusMD@upmc.edu> 11 de abril de 2017 14:53
Para: Jose Appolinario <jotappo@gmail.com>
Cc: Carlos Eduardo de Moraes <carloseduardofm09@gmail.com>, Chris Morgan <cmorgan_proata@terra.com.br>, "mourilhecarla@gmail.com" <mourilhecarla@gmail.com>

Dear Dr. Applinaro,

Thank you for your inquiry. I am pleased to grant permission for you to use the QEWP-5, a copy of which is attached. To my knowledge it has not been translated into Portuguese. I will be pleased to review the back-translation to ensure that the intent of the QEWP-5 questions is preserved.

Best Wishes,

Marsha Marcus

Marsha D. Marcus, PhD

Professor of Psychiatry and Psychology

University of Pittsburgh School of Medicine

Western Psychiatric Institute and Clinic

3811 O'Hara Street

Pittsburgh, PA 15213

marcusmd@upmc.edu

(412) 246-6371 [Telephone]

ANEXO 3 – Parecer de aprovação do CEP

UFRJ - INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 ¿ QEWP-5 (Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso-5): Tradução, adaptação transcultural e estudo de confiabilidade

Pesquisador: Carlos Eduardo Ferreira de Moraes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89082418.6.0000.5263

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.789.482

Apresentação do Projeto:

O estudo, agora avaliado em segunda ver~são, a fim de atender pendências listadas em primeiraavaliação, poreste CEP, propõe à traduzir e adaptar transculturalmente o instrumento Questionnaire on Eating and Weight Patterns - Revised (QEWP-R), de acordo com as recomendações dos protocolos internacionais. O QEWP-R é composto por 27 questões que avaliam compulsão alimentar, perda de controle ao comer,métodos compensatórios de controle de peso, história de peso e dieta, grau de preocupação com peso e forma corporal e dados demográficos.

Objetivo da Pesquisa:

Primário -Avaliar as propriedades psicométricas do QEWP-5 traduzido.

Secundários-Proceder a tradução e adaptação transcultural do QEWP-5 para língua portuguesa.

-Avaliar a confiabilidade do QEWP-5 traduzido para língua portuguesa em aplicação em estudantes universitários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No termo de consentimento são afirmados o caráter voluntário de participação, os cuidados com o sigilo e a confidencialidade, bem como a utilização restrita dos dados coletados para fins de pesquisa. São descritos os possíveis benefícios indiretos do estudo e possíveis desconfortos e riscos ao participar da entrevista do estudo. Apenas acrescentar que segue as diretrizes da

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br

Continua na próxima página

ANEXO 3 – Parecer de aprovação do CEP (continuação)

UFRJ - INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO

Continuação do Parecer: 2.789.482

Resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de extrema relevância para auxiliar no avaliação e triagem do TCA e da BN (Bulimia Alimentar), bem como contribuir para a disponibilidade de instrumentos traduzidos para a língua portuguesa, que sigam os padrões e protocolos internacionais. Além disso, faz-se importante uma adaptação transcultural para que o instrumento final seja confiável e traduzido corretamente para a Língua Portuguesa para, assim, ser disponibilizado para mais pesquisadores e clínicos da área de Transtornos Alimentares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto: adequada
- TCLE:ajustes executados;
- Orçamento: adequada
- Cronograma: ajustado
- Instrumentos: anexado o instrumento QEWP-5 original (comprometer-se em anexar as versões traduzidas e final, posteriormente);
- Cartas de Anuência dos setores e Instituições onde se dará o recrutamento (Ambulatório do Programa GOTA do IPUB e Faculdades de Psicologia e Nutrição da UFR, devidamente apresentados.

Recomendações:

não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1114844.pdf	25/07/2018 15:51:13		Aceito
Outros	QEWP5RespostaParecer.pdf	25/07/2018 15:49:21	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/07/2018 15:48:18	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/07/2018 15:48:02	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br

Continua na próxima página

ANEXO 3 – Parecer de aprovação do CEP (continuação)

UFRJ - INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO

Continuação do Parecer: 2.789.482

Outros	QEWP5Original.pdf	25/07/2018 15:41:12	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	QEWP5CartaAnuenciaInstitutoPsicologia.pdf	25/07/2018 15:40:27	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	QEWP5CartaAnuenciaInstitutoNutricao.pdf	25/07/2018 15:40:08	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	QEWP5CartaAnuenciaGOTA.pdf	25/07/2018 15:39:43	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	QEWP5ConsentimentoEstudoPilotoAlteracoesDestacadas.pdf	25/07/2018 15:38:54	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	QEWP5ConsentimentoConfiabilidadeAlteracoesDestacadas.pdf	25/07/2018 15:38:22	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	QEWP5Protocolo.docx	06/05/2018 22:14:14	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito
Folha de Rosto	QEWP5FolhadeRosto.pdf	06/05/2018 22:12:58	Carlos Eduardo Ferreira de Moraes	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Julho de 2018

Assinado por:
Rosa Gomes dos Santos Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br

ANEXO 4 – TCLE para etapa de avaliação da compreensibilidade do QEWP-5 traduzido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Participar de Estudo sobre o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP-5)

Participante: _____

Investigadores: Carlos Eduardo Ferreira de Moraes, José Carlos Appolinario e Glória Valéria da Veiga

Telefone: (21) 3938-5590
Email do investigador principal: carloseduardofm09@gmail.com
Instituição: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) e Instituto de Nutrição Josué de Castro (INJC)

TÍTULO DA PESQUISA

"*Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 – QEWP-5* (Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso-5): Tradução, adaptação transcultural e estudo de confiabilidade".

LEIA CUIDADOSAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO

Você está sendo convidado para participar voluntariamente de um estudo sobre o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP-5). É importante que você saiba que:

- Este estudo segue as questões de confidencialidade e sigilo de acordo com a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A sua participação é voluntária.
- Se você não quiser participar, isto não afetará seus cuidados médicos.
- Você deve ler cuidadosamente as informações a seguir. No caso de dúvida, pergunte ao médico.
- Você deve manter uma via assinada deste formulário com você.
- Você pode desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que isto afete os seus cuidados futuros.
- Você não deve assinar este formulário se tiver dúvidas.

Qual a finalidade desse estudo?

Você (ou a pessoa a qual você representa legalmente) está sendo convidado a participar de um estudo sobre o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP-5). Esse questionário é utilizado para identificar pessoas que podem ter Transtorno da Compulsão Alimentar ou Bulimia Nervosa. Esses transtornos alimentares têm como característica comum a presença de episódios de compulsão alimentar. No episódio de compulsão alimentar a pessoa come uma quantidade de comida muito grande em um curto intervalo de tempo. Depois disso acha que perdeu o controle sobre a sua alimentação e se sente muito mal. A diferença é que na Bulimia Nervosa o indivíduo, por medo de ganhar peso, compensa esse episódio com uso de remédios, vômitos provocados ou jejum. Já no Transtorno da Compulsão Alimentar essa compensação não acontece. O QEWP-5 original foi elaborado na língua inglesa e, recentemente, foi traduzido para a língua portuguesa e agora é necessário avaliar se as perguntas, os itens e as informações contidas no

Continua na próxima página

ANEXO 4 – TCLE para etapa de avaliação da compreensibilidade do QEWP-5 traduzido (continuação)

questionário estão claras para que possam ser compreendidas por indivíduos que vão responder ao questionário futuramente.

Quais os procedimentos a serem seguidos durante este estudo?
Se você concordar em participar dessa pesquisa, você deverá ler um questionário com perguntas sobre:

- Dados sociodemográficos (Exemplos: idade, sexo, etc)
- Compulsão alimentar
- Perda de controle sobre a alimentação
- Métodos compensatórios para controlar o peso
- História de peso e dieta
- Preocupação com peso e a forma do seu corpo

Após ler o questionário, você deverá avaliar se as instruções e itens de cada questão estão claras ou confusas, podendo sugerir formas de reescrever as questões que achar confusas. Essa avaliação terá duração de 20 minutos, em média.

Quais são os riscos e desconforto que eu poderei ter na participação deste estudo?
Não haverá nenhum tipo de alteração no seu tratamento. O questionário e a avaliação da clareza de suas questões podem ser um pouco cansativos, mas são fundamentais para a condução do estudo. Caso você se sinta constrangido, poderá interromper sua participação a qualquer momento.

Quais benefícios eu terei em participar deste estudo?
Se você concordar em participar desta pesquisa, poderá auxiliar na adaptação de um questionário para rastreamento de transtornos alimentares, com questões claras, facilitando a compreensão dos indivíduos que futuramente responderão ao questionário.

Quais são os custos envolvidos?
Você não terá gastos e também não será pago por participar deste estudo.

Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo?
A equipe do estudo e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) poderão ter acesso direto ao questionário respondido por você para verificação dos dados, sem violar sua confidencialidade, de acordo com as resoluções e códigos de conduta pertinentes aplicáveis no Brasil. O objetivo é assegurar que as informações são verdadeiras e corretas. Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, você autoriza (permite) esse tipo de acesso às informações.
Todos os registros que o identificam serão mantidos em sigilo e não serão disponibilizados (divulgados) publicamente.

O que acontece se depois eu desistir de participar do estudo?
Sua participação neste estudo é voluntária. Você não é obrigado a participar do estudo. Você pode aceitar participar do estudo agora e desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Continua na próxima página

ANEXO 4 – TCLE para etapa de avaliação da compreensibilidade do QEWP-5 traduzido (continuação)

Como posso obter mais informações sobre o estudo?
Se você tiver questões relacionadas ao estudo, você pode entrar em contato com os investigadores:
Carlos Eduardo Ferreira de Moraes (email: carloseduardofm09@gmail.com) ou Dr. José Carlos Appolinário – 21- 3938-5590 - quarta-feira (de 8:00 hs as 12:00 hs) e quinta-feira (de 8:00 hs as 12:00 hs).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu li as informações acima mencionadas e as exigências deste estudo foram explicadas.
Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas questões foram respondidas no presente momento.
Tive tempo suficiente para considerar minha participação neste estudo.
Entendo que posso cancelar meu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo futuro.
Recebi uma via assinada deste termo de consentimento.

_____
Nome do paciente

_____ _____
Assinatura do paciente Data

_____
Nome do responsável pela obtenção do consentimento

_____ _____
Assinatura do responsável pela obtenção do consentimento Data

Se o paciente for legalmente incapaz, o campo a seguir deverá ser assinado pelo representante legal. Se o paciente não for capaz de ler, o campo a seguir deverá ser assinado por uma testemunha.

_____
Nome do representante legal/Testemunha

_____ _____
Assinatura do representante legal/Testemunha Data

ANEXO 5 – TCLE para participação no estudo de confiabilidade do QEWP-5 traduzido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Participar de Estudo sobre o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP-5)

Participante: _____

Investigadores: Carlos Eduardo Ferreira de Moraes, José Carlos Appolinario e Glória Valéria da Veiga

Telefone: (21) 3938-5590
Email do investigador principal: carloseduardofm09@gmail.com
Instituição: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) e Instituto de Nutrição Josué de Castro (INJC)

TÍTULO DA PESQUISA

"*Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 – QEWP-5* (Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso-5): Tradução, adaptação transcultural e estudo de confiabilidade".

LEIA CUIDADOSAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO

Você está sendo convidado para participar voluntariamente de um estudo sobre o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP-5). É importante que você saiba que:

- Este estudo segue as questões de confidencialidade e sigilo de acordo com a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A sua participação é voluntária.
- Se você não quiser participar, isto não lhe prejudicará.
- Você deve ler cuidadosamente as informações a seguir. No caso de dúvida, pergunte ao médico.
- Você deve manter uma via assinada deste formulário com você.
- Você pode desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que isto afete seus estudos no curso de Nutrição.
- Você não deve assinar este formulário se tiver dúvidas.

Qual a finalidade desse estudo?

Você está sendo convidado a participar de um estudo sobre o Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP-5). Esse questionário é utilizado para identificar pessoas que podem ter Transtorno da Compulsão Alimentar ou Bulimia Nervosa. Esses transtornos alimentares têm como característica comum a presença de episódios de compulsão alimentar. No episódio de compulsão alimentar a pessoa come uma quantidade de comida muito grande em um curto intervalo de tempo. Depois disso acha que perdeu o controle sobre a sua alimentação e se sente muito mal. A diferença é que na Bulimia Nervosa o indivíduo, por medo de ganhar peso, compensa esse episódio com uso de remédios, vômitos provocados ou jejum. Já no Transtorno da Compulsão Alimentar essa compensação não acontece. O QEWP-5 original foi elaborado na língua inglesa e, recentemente, foi traduzido para a língua portuguesa e agora é necessário avaliar se essa versão traduzida é capaz de identificar o Transtorno da Compulsão Alimentar em brasileiros, com a confiabilidade necessária. Para tal, é necessário aplicar o questionário

Continua na próxima página

ANEXO 5 – TCLE para participação no estudo de confiabilidade do QEWP-5 traduzido (continuação)

duas vezes, em um grupo de indivíduos, em curto período de tempo, para ver se as respostas se repetem nas duas aplicações.

Quais os procedimentos a serem seguidos durante este estudo?
Se você concordar em participar dessa pesquisa, você responderá a um questionário com perguntas sobre:

- Dados sociodemográficos (Exemplos: idade, sexo, etc)
- Compulsão alimentar
- Perda de controle sobre a alimentação
- Métodos compensatórios para controlar o peso
- História de peso e dieta
- Preocupação com peso e a forma do seu corpo

Você responderá esse questionário em dois momentos distintos, com intervalo de 15 dias. Para responder ao questionário, você levará, em média, 10 minutos.

Para os estudantes que responderem o questionário, será indicado encaminhamento para o Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ para tratamento de Transtornos Alimentares, se este surgir durante a aplicação da escala, sendo oferecida uma avaliação, caso haja necessidade ou o aluno demande este encaminhamento.

Quais são os riscos e desconforto que eu poderei ter na participação deste estudo?
Responder o mesmo questionário duas vezes em 15 dias pode ser cansativo e repetitivo, mas é fundamental para a condução do estudo. Caso você se sinta constrangido, poderá interromper sua participação a qualquer momento.

Quais benefícios eu terei em participar deste estudo?
Se você concordar em participar desta pesquisa, poderá auxiliar o meio acadêmico a avaliar a confiabilidade de um questionário para rastreamento de transtornos alimentares e posterior aplicação em grupos de risco para o problema com maior confiabilidade.

Quais são os custos envolvidos?
Você não terá gastos e não será pago por participar deste estudo.

Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo?
A equipe do estudo e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) poderão ter acesso direto ao questionário respondido por você para verificação dos dados, sem violar sua confidencialidade, de acordo com as resoluções e códigos de conduta pertinentes aplicáveis no Brasil. O objetivo é assegurar que as informações são verdadeiras e corretas. Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, você autoriza (permite) esse tipo de acesso às informações.
Todos os registros que o identificam serão mantidos em sigilo e não serão disponibilizados (divulgados) publicamente.

O que acontece se depois eu desistir de participar do estudo?
Sua participação neste estudo é voluntária. Você não é obrigado a participar do estudo. Você pode aceitar participar do estudo agora e desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Continua na próxima página

ANEXO 5 – TCLE para participação no estudo de confiabilidade do QEWP-5 traduzido (continuação)

Como posso obter mais informações sobre o estudo?
Se você tiver questões relacionadas ao estudo, você pode entrar em contato com os investigadores:
Carlos Eduardo Ferreira de Moraes (email: carloseduardofm09@gmail.com) ou Dr. José Carlos Appolinário – 21- 3938-5590 - quarta-feira (de 8:00 hs as 12:00 hs) e quinta-feira (de 8:00 hs as 12:00 hs)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu li as informações acima mencionadas e as exigências deste estudo foram explicadas.
Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas questões foram respondidas no presente momento.
Tive tempo suficiente para considerar minha participação neste estudo.
Entendo que posso cancelar meu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo futuro.
Recebi uma via assinada deste termo de consentimento.

_____
Nome do participante

_____ _____
Assinatura do participante Data

_____
Nome do responsável pela obtenção do consentimento

_____ _____
Assinatura do responsável pela obtenção do consentimento Data

Se o participante for legalmente incapaz, o campo a seguir deverá ser assinado pelo representante legal. Se o participante não for capaz de ler, o campo a seguir deverá ser assinado por uma testemunha.

_____
Nome do representante legal/Testemunha

_____ _____
Assinatura do representante legal/Testemunha Data

ANEXO 6 – E-mail de aprovação do Manuscrito 1 para publicação na revista *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*

Trends in Psychiatry and Psychotherapy - Decision on Manuscript ID TRENDS-2019-0029.R1 Caixa de entrada ×

adriane Rosa <onbehalfof@manuscriptcentral.com> 6 de jun de 2019 14:42

para eu

inglês > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês ×

06-Jun-2019

Dear Mr. Moraes:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Cross-cultural adaptation of Brazilian Version of Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5)" in its current form for publication in the Trends in Psychiatry and Psychotherapy. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Trends in Psychiatry and Psychotherapy, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Dr. adriane Rosa
Associate Editor, Trends in Psychiatry and Psychotherapy
adrianerrosa@gmail.com

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa

QUESTIONARIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO – 5
(QEWP-5)©

Autores: Susan Z. Yanovski, Marsha D. Marcus, Thomas A. Wadden, B. Timothy Walsh
Tradutores: Carlos E. Moraes, Carla M. Silva, José Appolinário, Silvia Freitas (2017)

NOME (LETRAS MAIÚSCULAS)_____

Data_____ número de Identificação_____

Agradecemos a você por completar este questionário. Por favor, circule ou marque a resposta ou o número apropriado, e escreva as informações quando solicitado. Você pode pular qualquer questão que você não compreenda ou não queira responder.

1. Idade _____ anos
2. Sexo: 1 Masculino ____ 2 Feminino ____
3. Qual é a sua raça?

   Preta ____

   Parda ____

   Branca ____

   Amarela _____

   Indígena _____

   Outra. Qual? _____

Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

4. Qual é a sua escolaridade?

1. Ensino fundamental incompleto
2. Ensino fundamental completo
3. Ensino médio incompleto
4. Ensino médio completo
5. Ensino superior incompleto
6. Ensino superior completo

5. Qual é a sua altura?

____ m _____ cm

6. Qual é o seu peso atual? (Se não tiver certeza, forneça a sua melhor estimativa)

_____Kg

7. Qual foi o seu maior peso na vida adulta? (Se mulher, não considere os períodos de gravidez)

_____Kg

8. Durante os últimos **três** meses, alguma vez você já comeu, em um curto período de tempo – por exemplo, um período de duas horas – uma quantidade de comida que a maioria das pessoas poderia pensar que era excepcionalmente grande?

1. SIM ↓ **2. NÃO** → **SE RESPONDEU NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 21**

9. Nas vezes em que você comeu uma quantidade excepcionalmente grande de comida, você alguma vez sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo?

1. SIM ↓ **2. NÃO** → **SE RESPONDEU NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 21**

Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

10. Durante os últimos **três** meses, com que frequência, em média, você teve episódios como esse – isto é, episódios em que comeu grandes quantidades de comida **acompanhado da** sensação de que sua alimentação estava fora do controle? (Pode ter havido algumas semanas em que isto não aconteceu – dê uma média).

1. Menos de um episódio por semana
2. 1 episódio por semana
3. 2-3 episódios por semana
4. 4-7 episódios por semana
5. 8-13 episódios por semana
6. 14 ou mais episódios por semana

11. Durante esses episódios você **habitualmente** teve alguma das seguintes experiências?

a. Comer muito mais rapidamente do que o normal? Sim Não
b. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio? Sim Não
c. Comer grandes quantidades de comida sem estar fisicamente com fome? Sim Não
d. Comer sozinho por se sentir envergonhado pela quantidade que está comendo? Sim Não
e. Sentir-se desgostoso consigo mesmo, deprimido ou muito culpado depois do episódio? Sim Não

12. Pense num episódio **típico** no qual você comeu dessa maneira (isto é, você comeu uma grande quantidade de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle):

a. A que horas do dia o episódio começou?

1. (Entre 8h e meio dia)
2. (Entre meio dia e 16h)
3. (Entre 16h e 20h)
4. (Entre 20h e meia noite)
5. (Entre meia noite e 8h)

b. Aproximadamente quanto tempo durou este episódio alimentar?

_____ horas _____ minutos

Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

c. Por favor, procure se lembrar da melhor forma possível e escreva abaixo tudo o que você comeu e bebeu durante esse episódio. Por favor, faça uma lista dos alimentos ingeridos e dos líquidos consumidos durante o episódio. Seja detalhista – inclua os nomes das marcas onde for possível e estime as quantidades ou o tamanho das porções com a maior precisão que puder.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

d. Quando este episódio começou, quanto tempo tinha se passado desde o término da sua última refeição ou lanche?

_____ horas _____ minutos

13. Em geral, durante os últimos **três** meses, quanto esses episódios chatearam você (os episódios em que você comeu uma grande quantidade de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?

1. Nem um pouco
2. Levemente
3. Moderadamente
4. Muito
5. Extremamente

14. Durante os últimos **três** meses, você alguma vez provocou vômito para evitar ganhar peso, após ter tido episódios como esses que você descreveu (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?

1. Sim 2. Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, **em média**, isso ocorreu?

1. Menos de 1 episódio por semana
2. 1 episódio por semana
3. 2-3 episódios por semana
4. 4-7 episódios por semana
5. 8-13 episódios por semana
6. 14 ou mais episódios por semana

Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

15. Durante os últimos **três** meses, você alguma vez tomou mais do que a dose recomendada de laxantes para evitar ganhar peso após ter tido episódios como esses que você descreveu (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?

1. Sim 2. Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, **em média**, isso ocorreu?

1. Menos de 1 vez por semana
2. 1 vez por semana
3. 2-3 vezes por semana
4. 4-5 vezes por semana
5. 6-7 vezes por semana
6. 8 ou mais vezes por semana

16. Durante os últimos **três** meses, você alguma vez tomou mais do que a dose recomendada de diuréticos para evitar ganhar peso após ter tido episódios como esses que você descreveu (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?

1. Sim 2. Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, **em média**, isso ocorreu?

1. Menos de 1 vez por semana
2. 1 vez por semana
3. 2-3 vezes por semana
4. 4-5 vezes por semana
5. 6-7 vezes por semana
6. 8 ou mais vezes por semana

17. Durante os últimos **três** meses, você alguma vez **jejuou** - por exemplo, não comeu nada durante pelo menos 24 horas - para evitar ganhar peso após ter tido episódios como esses que você descreveu (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?

1. Sim 2. Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, **em média**, isso ocorreu?

1. Menos de 1 dia por semana
2. 1 dia por semana
3. 2 dias por semana
4. 3 dias por semana
5. 4-5 dias por semana
6. Mais do que 5 dias por semana

Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

18. Durante os últimos **três** meses, você alguma vez se exercitou excessivamente - por exemplo, fez exercícios mesmo quando eles interferiam em atividades importantes ou mesmo estando machucado - **especificamente** para evitar ganhar peso após ter tido episódios como esses que você descreveu (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?

1. Sim 2. Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, **em média**, isso ocorreu?

1. Menos de 1 vez por semana
2. 1 vez por semana
3. 2-3 vezes por semana
4. 4-7 vezes por semana
5. 8-13 vezes por semana
6. 14 ou mais vezes por semana

19. Durante os últimos **três** meses, você alguma vez tomou mais do que a dose recomendada de remédios para emagrecer para evitar ganhar peso após ter tido episódios como esses que você descreveu (em que comeu grandes quantidades de comida e sentiu que a sua alimentação estava fora de controle)?

1. Sim 2. Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, **em média**, isso ocorreu?

1. Menos de 1 vez por semana
2. 1 vez por semana
3. 2-3 vezes por semana
4. 4-5 vezes por semana
5. 6-7 vezes por semana
6. 8 ou mais vezes por semana

20. Durante os últimos **três** meses, em média, qual a importância que o seu peso ou a sua forma corporal tiveram no modo como você se sente em relação a você mesma (o) ou na sua auto avaliação como pessoa – quando comparado com outros aspectos da sua vida, tais como, seu desempenho no trabalho ou como pai, mãe, ou ainda seus relacionamentos com outras pessoas?

1. O peso e a forma **não foram muito importantes**
2. O peso e a forma **tiveram alguma importância** em como você se sentiu em relação a você mesma (o)
3. O peso e a forma **estão entre as principais coisas** que influenciaram o modo como você se sentiu em relação a você mesma (o)
4. O peso e a forma **foram as coisas mais importantes** que influenciaram o modo como você se sentiu em relação a você mesma (o).

Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

Continue a partir daqui depois de completar a questão 20 *OU* se você pulou para a questão 21 a partir das questões 8 ou 9

21. Durante os últimos **três** meses, alguma vez você teve episódios durante os quais você sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo, mas nos quais você ***não*** consumiu uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria excepcionalmente grande?

1. SIM ↓ 2. NÃO → **SE RESPONDEU NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 26**

22. Durante os últimos **três** meses, com que frequência você teve episódios como esse - sentiu que a sua alimentação estava fora de controle, mas você ***não*** consumiu uma quantidade de comida que a maioria das pessoas consideraria excepcionalmente grande? (Pode ter havido algumas semanas em que isto não aconteceu – dê uma média).

1. Menos de um episódio por semana
2. 1 episódio por semana
3. 2-3 episódios por semana
4. 4-7 episódios por semana
5. 8-13 episódios por semana
6. 14 ou mais episódios por semana

23. Durante esses episódios você **habitualmente** teve alguma das seguintes experiências?

a. Comer muito mais rapidamente do que o normal?	Sim	Não
b. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio?	Sim	Não
c. Comer grandes quantidades de comida sem estar fisicamente com fome?	Sim	Não
d. Comer sozinho por se sentir envergonhado pela quantidade que está comendo?	Sim	Não
e. Sentir-se desgostoso consigo mesmo, deprimido ou muito culpado depois do episódio?	Sim	Não

Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

24. Pense num episódio **típico** em que você comeu desse modo (isto é, você sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo, mas no qual você ***não*** consumiu uma quantidade de comida excepcionalmente grande:

a. A que horas do dia o episódio começou?

1. (Entre 8h e meio dia)
2. (Entre meio dia e 16h)
3. (Entre 16h e 20h)
4. (Entre 20h e meia noite)
5. (Entre meia noite e 8h)

b. Aproximadamente quanto tempo durou este episódio alimentar?

_____ horas _____ minutos

c. Por favor, procure se lembrar da melhor forma possível e escreva abaixo tudo o que você comeu e bebeu durante esse episódio. Por favor, faça uma lista dos alimentos ingeridos e dos líquidos consumidos durante o episódio. Seja detalhista – inclua os nomes das marcas onde for possível e estime as quantidades ou o tamanho das porções com a maior precisão que puder.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

d. Quando este episódio começou, quanto tempo tinha se passado desde o término da sua última refeição ou lanche?

_____ horas _____ minutos

25. Em geral, durante os últimos **três** meses, quanto esses episódios **chatearam** você (os episódios em que você sentiu que não poderia parar de comer ou controlar o que ou o quanto você estava comendo, mas no qual você ***não*** consumiu uma quantidade de comida excepcionalmente grande)?

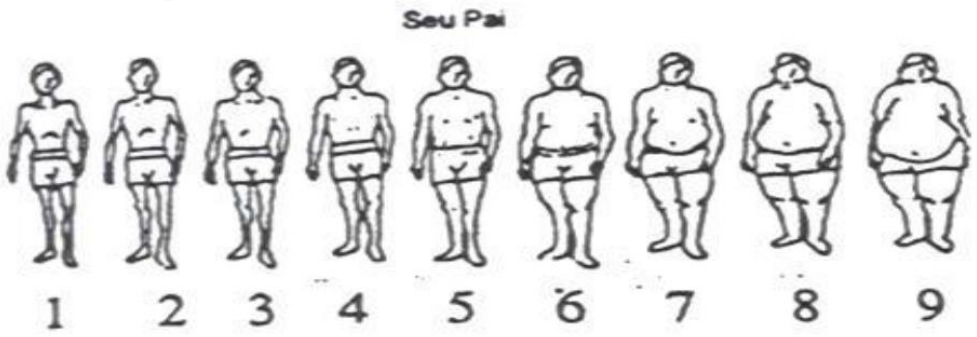
1. Nem um pouco
2. Levemente
3. Moderadamente
4. Muito
5. Extremamente

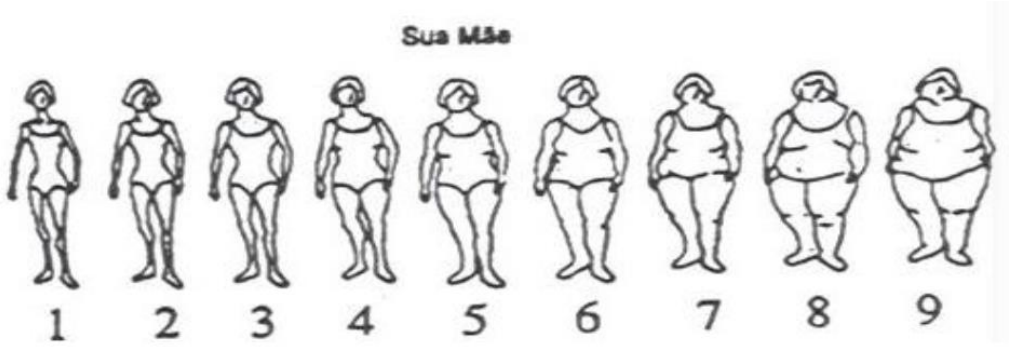
Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

Continue a partir daqui depois de completar a questão 25 *OU* se você pulou para a questão 26 a partir da questão 21

26. Por favor, observe essas silhuetas. Circule aquela que mais se assemelha a silhueta do corpo de seu pai e sua mãe biológicos **no peso mais alto deles**. Se você não conhece seu pai e/ou mãe biológicos, circule apenas para o pai e/ou mãe biológicos que você conhece.





Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

REGRAS DE DECISÃO PARA O RASTREAMENTO DE UM POSSÍVEL DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR (TCA) USANDO O QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO-5
(PARA USO EXCLUSIVO DOS EXAMINADORES)

POSSÍVEL DIAGNÓSTICO DE TCA

NÚMERO DA QUESTÃO	RESPOSTA
8 **E** 9	1 (COMPULSÃO ALIMENTAR)
10	2, 3, 4, 5 OU 6 (PELO MENOS 1 EPISÓDIO POR SEMANA POR TRÊS MESES)
11 a até e	3 OU MAIS ITENS MARCADOS "SIM" (PELO MENOS 3 SINTOMAS ASSOCIADOS AOS EPISÓDIOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR)
13	4 OU 5 (EVIDENTE SOFRIMENTO RELACIONADO À COMPULSÃO ALIMENTAR)

O POSSÍVEL DIAGNÓSTICO DE TCA REQUER TODAS AS QUESTÕES ACIMA E A AUSÊNCIA DE COMPORTAMENTOS COMPENSATÓRIOS INAPROPRIADOS COMO VISTO NA BULIMIA NERVOSA, DEFINIDA ABAIXO.

POSSIVEL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVOSA

8 **E** 9	1 (COMPULSÃO ALIMENTAR)
10	2, 3, 4, 5 OU 6 (PELO MENOS 1 EPISÓDIO POR SEMANA POR TRÊS MESES)
14, 15, 16, 17, 18 **OU** 19	**QUALQUER** RESPOSTA 2, 3, 4, 5 OU 6 (COMPORTAMENTO COMPENSATÓRIO INAPROPRIADO PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA POR TRÊS MESES)
20	3 OU 4 (SOBREVALORIZAÇÃO DO PESO/FORMA CORPORAL)

Continua na próxima página

ANEXO 7 – Versão final do QEWP-5 traduzido para a língua portuguesa (continuação)

QUESTÕES SOMENTE PARA PROPOSTAS DE PESQUISA

(NÃO DEVEM SER USADAS PARA O DIAGNÓSTICO DE TCA OU BULIMIA NERVOSA)

12 a até d	JULGAMENTO DOS EXAMINADORES DE QUE A QUANTIDADE DE COMIDA DESCRITA É EXCEPCIONALMENTE GRANDE DADAS AS CIRCUNSTÂNCIAS (ISTO É, HORA DO DIA, HORAS DESDE A REFEIÇÃO ANTERIOR) SIM____ NÃO___INCERTO_____
21	1 (EPISÓDIO BULIMICO SUBJETIVO/PERDA DE CONTROLE NA ALIMENTAÇÃO)
24 a até d	JULGAMENTO DO EXAMINADOR DE QUE A QUANTIDADE DE COMIDA DESCRITA É EXCEPCIONALMENTE GRANDE DADAS AS CIRCUNSTANCIAS (ISTO É, HORA DO DIA, HORAS DESDE A REFEIÇÃO ANTERIOR) SIM____ NÃO___INCERTO_____
26	AS SILHUETAS PODEM SER USADAS PARA ESTIMAR A HSTÓRIA DE OBESIDADE DOS PAIS.

O QEWP-5 é uma versão revisada do QEWP-R,[1] atualizado para refletir os critérios diagnósticos do Transtorno da Compulsão Alimentar no Manual Diagnóstio e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5a. Edição[2]

Silhuetas de: Stunkard AJ, Sorensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the Study of Obesity and Thinness. In: Kety SS, Roland LP, Sidman RL, Matthysse S.W., eds. The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders. Raven Press: New York. I983:119. Used by permission.

[1]Spitzer RL, Yanovski SZ, Marcus MD. (HaPI Record). 1994; Pittsburgh PA: Behavioral Measurement Database Services (Producer). McLean, VA: BRS Search Service (Vendor)

[2]American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, Washington, DC; 2013.

O QEWP-5 deve ser citado como: Yanovski SZ, Marcus MD, Wadden TA, Walsh BT. The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-5 (QEWP-5). Int J Eating Disorders. DOI: 10.1002/eat.22372. Permissão para adaptar o QEWP-5 pode ser obtida de Marsha D. Marcus, Western Psychiatric Institute and Clinic, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213. Email: marcusmd@upmc.edu