

## Adaptação transcultural preliminar do Children's Eating Attitude Test (Cheat) para o idioma português

### *The preliminary transcultural adaptation of the Children's Eating Attitude Test (Cheat) for Portuguese*

#### Abstract

*Objectives: to translate and adapt the "Children's Eating Attitude Test" (Cheat) to Portuguese and evaluate the semantic equivalence and verbal comprehension.*

*Methods: the process involved four stages: (1) translation, (2) back-translation, (3) technical review and semantic evaluation, (4) pre-test – evaluation of verbal comprehension by specialists in eating disorders.*

*Results: the 26 questions were translated and adapted for Portuguese. The final version contained the same 26 items presented in a clear and easy-to-understand format (average score higher than 4.5 - maximum 5.0).*

*Conclusions: the tool has been translated and adapted for Portuguese and the transcultural adaptation process was a success. There is still a need for analyses of external validity, measurement equivalence and reproducibility.*

**Key words** *Translating, Validation studies, Scales, Childhood, Brazil*

Mariana Loureiro Barillari <sup>1</sup>  
Paula Costa Teixeira <sup>2</sup>  
Norman Hearst <sup>3</sup>  
Marcela Salim Kotait <sup>4</sup>  
Táki Athanássios Cordas <sup>5</sup>  
Maria Aparecida Conti <sup>6</sup>

<sup>1,2,4,5,6</sup> Programa de Transtornos Alimentares AMBULIM-HC-IPq-FMUSP. Instituto de Psiquiatria. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Rua: Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 2º andar. São Paulo – 05403-010. São Paulo, SP - Brasil. Fone: 11- 3069-6975 / 4229-5180. Endereço institucional completo. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: maconti@usp.br

<sup>3</sup> Departamento de Epidemiologia e Bioestatística. Universidade da Califórnia em São Francisco.

#### Resumo

*Objetivos: traduzir e adaptar o instrumento "Children's Eating Attitude Test" (Cheat) para o idioma português, avaliar a equivalência semântica e a compreensão verbal.*

*Métodos: envolveu quatro etapas: (1) tradução, (2) retradução, (3) revisão técnica e avaliação semântica, (4) pré-teste – avaliação da compreensão verbal por especialistas em transtorno alimentar.*

*Resultados: as 26 questões foram traduzidas e adaptadas para o idioma português. A versão final constou dos mesmos 26 itens apresentando-se de forma clara e de fácil compreensão (valores médios superior a 4,5 - máximo 5,0).*

*Conclusões: o instrumento encontra-se traduzido e adaptado para o idioma português demonstrando bons resultados no processo de adaptação transcultural. São necessárias análises de validade externa, equivalência de mensuração e reprodutibilidade.*

**Palavras-chave** *Tradução (processo), Estudos de validação, Escalas, Infância, Brasil*

## Introdução

A alimentação caracteriza-se por ser um fenômeno de extrema importância e complexidade, envolvendo aspectos psicológicos, fisiológicos e socioculturais.<sup>1</sup> A prática alimentar é essencial para o desenvolvimento infantil por garantir a saúde física e cognitiva da criança, além de que seus hábitos alimentares serão reproduzidos na vida adulta.<sup>2</sup>

A infância é uma fase de formação de hábitos alimentares. É comum a criança ter o apetite variável devido a vários fatores, entre eles, a neofobia (não aceitação de novos alimentos), a idade, a condição física e emocional, a prática de atividade física e a ingestão na refeição anterior.<sup>3</sup> Sob o aspecto psicológico, a recusa alimentar pode estar relacionada a uma tentativa da criança em adquirir um grau de autonomia e controle em relação aos seus pais. Os vínculos afetivos podem influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento dos padrões de consumo alimentar.<sup>4</sup>

A detecção de um transtorno de comportamento é tarefa complexa, mormente nessa faixa etária. A escassez de ferramentas para este fim, principalmente, para o público infantil, dificulta a intervenção precoce. Geralmente, o primeiro profissional da saúde a quem os pais recorrem é o pediatra. Grillo e Silva<sup>5</sup> salientam que este profissional deve avaliar se há problemas no rendimento escolar (descartando incapacidades físicas particularmente sensoriais ou intelectuais) e no estabelecimento de relações sociais com colegas, professores e familiares.

Atualmente os problemas relacionados à recusa alimentar em crianças e adolescentes são frequentemente observados. Exemplo disso são os transtornos alimentares (TA), quadros complexos de alto grau de morbidade.<sup>3</sup> Embora os TA iniciem-se normalmente na adolescência, é cada vez mais comum sua identificação em idades precoces.<sup>6</sup>

Os principais transtornos alimentares são a anorexia e a bulimia nervosas. Reconhecer os primeiros sintomas que afetam o comportamento alimentar da criança facilita o encaminhamento a profissionais especializados, o que garante uma intervenção precoce.<sup>5</sup> Os casos de transtornos alimentares, quando precocemente diagnosticados e tratados de forma adequada, têm prognóstico muito positivo.<sup>7</sup>

Instrumentos desenvolvidos para adultos costumam ser utilizados para avaliação infantil. Isso pode trazer dificuldades e até mesmo erros nos registros dos dados, visto não serem específicas para a população em questão.<sup>8</sup>

Com a preocupação de avaliar de forma mais

objetiva os TA em crianças e adolescentes, Maloney *et al.*<sup>9</sup> desenvolveram um instrumento específico para menores de 15 anos denominado Children's Eating Attitude Test ou "Cheat". Validado por Smolak e Levine,<sup>10</sup> o "Cheat" caracteriza-se por ser uma escala adaptada a partir de um instrumento amplamente utilizado para avaliar os riscos de TA em adultos, o Eating Attitude Test (EAT). Conta com uma linguagem de fácil entendimento para esta faixa etária, avaliando comportamentos alimentares restritivos, relação do indivíduo com os alimentos, sintomas bulímicos e preocupação com o peso corporal.

Em estudo de validação, Smolak e Levine<sup>10</sup> aplicaram o instrumento em 308 meninas estudantes do primeiro grau do ensino médio, com idade média de 3,2 anos. O "Cheat" respondeu bem às análises realizadas, com o alfa de Cronbach correspondendo a 0,87 e valores significativamente correlacionados ao comportamento de controle de peso [ $r = 0,36$ ] e à insatisfação corporal [ $r = 0,39$ ].

Verificando o aumento de sinais de transtornos alimentares entre crianças e a falta de instrumentos de fácil aplicação nesta população, seria muito útil dispor-se de uma escala auto-aplicável, que avaliasse o comportamento alimentar desta faixa etária no Brasil. Com este intuito foram realizadas etapas iniciais do processo de adaptação transcultural do Children's Eating Attitude Test (Cheat) para o idioma português, apresentadas no presente trabalho.

## Métodos

O processo de adaptação transcultural baseou-se nos procedimentos sugeridos por Guillemin *et al.*<sup>11</sup> procurando-se preservar a avaliação das equivalências sugeridas por Herdman *et al.*<sup>12,13</sup> e descrita em detalhes por Reichenheim e Moraes.<sup>14</sup> Desta forma, o primeiro passo foi solicitar a autorização dos autores da escala original para seu manuseio, sendo esta concedida.

O processo de adaptação transcultural da escala se deu em quatro etapas:

1- Tradução, 2- Retro-tradução, 3- Revisão técnica e avaliação da equivalência semântica; 4- Pré-teste, por meio da avaliação da compreensão verbal por especialistas da área de transtornos alimentares.

Na primeira etapa, a tradução do instrumento original do idioma inglês para o português foi feita independentemente por pesquisadoras que atuam no processo de validação de escalas, fluentes em inglês. Na etapa subsequente, um professor nativo de língua inglesa traduziu a versão em português para o inglês.

Na terceira etapa foram feitas a revisão técnica e a avaliação da equivalência semântica, por um comitê de peritos constituído pela pesquisadora responsável, por duas nutricionistas especialistas na área de transtorno alimentar, pelo tradutor nativo e por uma especialista em estudos metodológicos. Buscou-se, na avaliação da equivalência semântica, manter os mesmos significados entre as palavras e expressões do instrumento original para o traduzido. Desta forma foi elaborada a primeira versão (V1) do instrumento. No pré-teste, como última etapa, a versão foi apresentada a especialistas da área de transtornos alimentares, selecionados aleatoriamente, com no mínimo, cinco anos de experiência clínica, para avaliação da compreensão verbal das questões que compõem o instrumento, a fim de definir uma nova versão (V2).

Para tanto, foi solicitado ao profissional que avaliasse cada item da escala por meio de uma escala de compreensão verbal adaptada,<sup>15,16</sup> respondendo o grau de compreensão para cada item. As seguintes opções de respostas foram dadas: 0 - não entendi nada; 1 - entendi só um pouco; 2 - entendi mais ou menos; 3 - entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; 4 - entendi quase tudo; 5- entendi perfeitamente e não tenho dúvidas. Caso o profissional não compreendesse a questão ou a linguagem não lhe parecesse adequada, havia um espaço para sugestões e justificativas. Considerou-se como insatisfatório as respostas 0, 1, 2, 3, conforme aplicado por Conti *et al.*<sup>16</sup> Após analisar a contribuição dos profissionais, elaborou-se uma nova versão do instrumento (V3).

Análises descritiva (média, desvios-padrão, valores mínimos e máximos) foram realizadas por meio do software SPSS 15.0. O presente estudo está de acordo com as normas nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Protocolo: 0586/08.

## Resultados

A tradução e retrotradução foram realizadas, conforme Tabelas 1 e 2. Considerou-se a necessidade de alterar algumas palavras, termos e organização de frases com o finalidade de garantir uma linguagem simples, direcionada à criança e ao adolescente de até 15 anos.

Para a elaboração da última versão do instrumento (V3) participaram dez profissionais especializados em tratar transtornos alimentares, escolhidos por conveniência (quatro nutricionistas, quatro psicólogos e dois psiquiatras).

## Tradução

A expressão “muito tempo”, presente na questão 3 exigiu modificação, pois gerou questionamento de quantificação. Assim, foi substituída pela expressão “durante o dia”. Este cuidado foi padronizado para a questão 21, com a inclusão desta mesma expressão “durante o dia”, deixando assim explícito o tempo que se deve levar em consideração na avaliação deste item.

Na questão 4 foi incluído, ao final da frase, a expressão “de comer” com o intuito de garantir uma melhor compreensão da mesma. Já na questão 6 houve a substituição a expressão “estou consciente” por “eu sei”, pois foi observado, pela avaliação da tradução literal, que esta expressão não é usualmente utilizada pela faixa etária em questão.

Optou-se por incluir os termos “como amigos, pais e professores” nas questões 8, 13 e 20, após a expressão “outras pessoas”. Assim ficou claro quem está sendo citado.

Na questão 11 houve dificuldade de compreensão da tradução literal, com o uso da preposição “sobre”, sendo necessário sua substituição por “em”.

Na questão 12 foi retirada a palavra “energia”, por ser um termo utilizado com outros significados, mantendo-se apenas a palavra “caloria”. Também foi necessária a substituição do advérbio “quando” por “enquanto”.

Para a melhor compreensão de algumas frases, e levando em consideração a faixa etária estudada, algumas palavras foram excluídas, substituídas e/ou acrescentadas, formando assim novas expressões, como na questão 15, “outros” por “outras pessoas”, na questão 16, “que tenham” por “com”, na questão 18 com a troca da expressão “minha vida” por “dia-a-dia”, na questão 19, “consigo mostrar” por “demonstro” e na questão 26 substituiu-se “tenho a necessidade” por “preciso”.

Percebeu-se a necessidade de incluir as palavras “diet e light”, na questão 17, com o intuito de explicar o significado de “alimentos dietéticos”, termo pouco utilizado pela a população brasileira em geral.

Para que a faixa etária estudada compreendesse com clareza a questão 24, foi necessário se introduzir-se a expressão “de sentir”, na frase “eu gosto de sentir meu estômago vazio”.

Foi necessário também adaptação da expressão “*rich foods*”, traduzida literalmente por “comidas saborosas”, que na questão 25 da versão final ficou como “comidas que engordam”, atendendo ao significado semântico do instrumento.

Tabela 1

Equivalência semântica do Children's eating attitude test (Cheat) e versão traduzida para o português. São Paulo, 2010.

Documento original	Versão traduzida
Children's eating attitude test Always / Very often / Often / Sometimes / Rarely / Never	Teste de atitudes alimentares para crianças Sempre / Muito frequentemente / Frequentemente / Às vezes / Raramente / Nunca
Instructions: Please place an x under the Word which best applies to the statements below	Instruções: Por favor, faça um x abaixo da palavra que melhor se aplica às questões descritas
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I am scared about being overweight</li> <li>2. I stay away from eating when I'm hungry</li> <li>3. I think about food a lot of the time</li> <li>4. I have gone on eating binges where I feel that I might not be able to stop</li> <li>5. I cut my food into small pieces</li> <li>6. I am aware of the energy (calorie) content in foods that I eat</li> <li>7. I try to stay away from foods such as breads, potatoes, and rice</li> <li>8. I feel that others would like me to eat more</li> <li>9. I vomit after I have eaten</li> <li>10. I feel very guilty after eating</li> <li>11. I think a lot about wanting to be thinner</li> <li>12. I think about burning up energy (calories) when I exercise</li> <li>13. Other people think I am too thin</li> <li>14. I think a lot about having fat on my body</li> <li>15. I take longer than others to eat my meals.</li> <li>16. I stay away from foods with sugar in them</li> <li>17. I eat diet foods</li> <li>18. I think that food controls my life</li> <li>19. I can show self-control around food</li> <li>20. I feel that others pressure me to eat</li> <li>21. I give too much time and thought to food</li> <li>22. I feel uncomfortable after eating sweets</li> <li>23. I have been dieting</li> <li>24. I like my stomach to be empty</li> <li>25. I enjoy trying new rich foods</li> <li>26. I have the urge to vomit after eating</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estou com medo de estar acima do peso</li> <li>2. Fico longe da comida quando estou com fome</li> <li>3. Eu penso em comida durante muito tempo</li> <li>4. Eu já comi grandes quantidades de comida e senti que não era capaz de parar</li> <li>5. Eu corto minha comida em pedaços pequenos.</li> <li>6. Estou consciente da energia (calorias) contida nos alimentos que eu como</li> <li>7. Tento ficar longe de comidas como pães, batatas e arroz.</li> <li>8. Eu sinto que outras pessoas gostariam que eu comesse mais</li> <li>9. Eu vomito depois de ter comido</li> <li>10. Eu me sinto muito culpado (a) depois de ter comido</li> <li>11. Eu penso muito sobre querer ser mais magro (a)</li> <li>12. Eu penso em queimar energia (calorias) quando me exercito</li> <li>13. Outras pessoas acham que estou muito magro (a)</li> <li>14. Eu penso muito sobre ter gordura no meu corpo</li> <li>15. Eu demoro mais do que os outros para fazer minhas refeições</li> <li>16. Eu fico longe de comidas que tenham açúcar</li> <li>17. Eu como alimentos dietéticos</li> <li>18. Eu penso que a comida controla a minha vida</li> <li>19. Eu consigo mostrar autocontrole sobre a comida</li> <li>20. Eu sinto que os outros me pressionam a comer</li> <li>21. Eu gasto muito tempo pensando em comida</li> <li>22. Eu me sinto desconfortável depois de comer doces</li> <li>23. Eu tenho feito dieta</li> <li>24. Eu gosto do meu estomago vazio</li> <li>25. Eu gosto de experimentar novas comidas saborosas</li> <li>26. Eu tenho necessidade de vomitar depois de comer</li> </ol>

Tabela 2

Equivalência semântica: versão retraduzida e primeira versão (V1) do instrumento. São Paulo, 2010.

Versão retraduzida	Versão final
<p>Teste de atitudes about eating for children</p> <p>Always / Very frequently / Frequently / Sometimes / Rarely / Never</p>	<p>Teste de atitudes alimentares para crianças</p> <p>Sempre / Muito frequentemente / Frequentemente / Às vezes / Raramente / Nunca</p>
<p>Instructions: Please make an x under the word that best applies for each question.</p>	<p>Instruções: Por favor, faça um x abaixo da palavra que melhor se aplica às questões descritas.</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I am afraid of being overweight</li> <li>2. I stay away from food when I am hungry</li> <li>3. I think about food a lot of the time</li> <li>4. I have eaten large quantities of food and felt that I was unable to stop</li> <li>5. I cut my food into small pieces</li> <li>6. I am aware of the calorie content of the foods I eat</li> <li>7. I try to stay away from foods like breads, potatoes, and rice</li> <li>8. I feel that other people would like me to eat more</li> <li>9. I vomit after eating</li> <li>10. I feel very guilty after eating</li> <li>11. I think a lot about wanting to be thinner</li> <li>12. I think about burning calories when I exercise</li> <li>13. Other people think I'm very thin</li> <li>14. I think a lot about having fat on my body</li> <li>15. I take longer than other people to eat my meals</li> <li>16. I stay away from foods that have sugar</li> <li>17. I eat diet food</li> <li>18. I feel that food controls my life</li> <li>19. I am able to show self control with food</li> <li>20. I feel that other people push me to eat</li> <li>21. I spend a lot of time thinking about food</li> <li>22. I feel uncomfortable after eating sweets</li> <li>23. I have gone on a diet</li> <li>24. I like my stomach empty</li> <li>25. I like to try new foods that taste good</li> <li>26. I need to vomit after eating</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estou com medo de estar acima do peso</li> <li>2. Fico longe da comida quando estou com fome</li> <li>3. Eu penso em comida durante muito tempo</li> <li>4. Eu já comi grandes quantidades de comida e senti que não era capaz de parar</li> <li>5. Eu corto minha comida em pedaços pequenos.</li> <li>6. Estou consciente da energia (calorias) contida nos alimentos que eu como</li> <li>7. Tento ficar longe de comidas como pães, batatas e arroz</li> <li>8. Eu sinto que outras pessoas gostariam que eu comesse mais</li> <li>9. Eu vomito depois de ter comido</li> <li>10. Eu me sinto muito culpado (a) depois de ter comido</li> <li>11. Eu penso muito sobre querer ser mais magro (a)</li> <li>12. Eu penso em queimar energia (calorias) quando me exercito</li> <li>13. Outras pessoas acham que estou muito magro (a)</li> <li>14. Eu penso muito sobre ter gordura no meu corpo</li> <li>15. Eu demoro mais do que os outros para fazer minhas refeições</li> <li>16. Eu fico longe de comidas com açúcar</li> <li>17. Eu como alimentos dietéticos</li> <li>18. Eu penso que a comida controla a minha vida</li> <li>19. Eu posso mostrar autocontrole sobre a comida</li> <li>20. Eu sinto que os outros me pressionam a comer</li> <li>21. Eu destino muito tempo e pensamento para comida</li> <li>22. Eu me sinto desconfortável depois de comer doce</li> <li>23. Eu tenho feito dieta</li> <li>24. Eu gosto do meu estomago quando está vazio</li> <li>25. Eu gosto de experimentar novas que engordam</li> <li>26. Eu tenho necessidade de vomitar depois de comer</li> </ol>

### **Compreensão verbal**

As questões 1, 2, 5, 7, 9, 10, 14, 16, 22, 23 e 25 obtiveram a pontuação máxima (5,0) comprovando serem de fácil compreensão. Já as questões 3, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24 e 26 apresentaram valores médios de 4,2 (DP=0,9). Para o instrumento, em sua íntegra, o valor médio correspondeu a 4,5 (DP=1,2).

### **Discussão**

O processo de adaptação transcultural examina a língua (tradução) e questões de adaptação na elaboração de um dado questionário para sua aplicabilidade em outro contexto cultural.<sup>17</sup> Autores como Herdman *et al.*<sup>12,13</sup> inferem que esse procedimento garante que um instrumento pode ser utilizado em outras culturas, desde que comprove sua equivalência nas versões traduzidas. A primeira fase diz respeito à tradução, à retro-tradução e à validade semântica. É de extrema importância, pois assegura que os termos usados na versão original serão devidamente compreendidos no novo idioma.

Segundo Freitas *et al.*,<sup>18</sup> a busca pelo máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão traduzida, deve guiar todo o processo para que se evitem quaisquer formas, muitas vezes sutis, de distorção, principalmente quando o fenômeno a ser avaliado é subjetivo, como são os comportamentos patológicos.

Neste sentido é de suma importância avaliar a validade e a fidedignidade do instrumento selecionado para garantir a estabilidade das respostas e a sua capacidade de mensurar aquilo que se pretende medir. Estudos recentes comprovam a importância da descrição detalhada das etapas de operacionalização na adaptação do instrumento.<sup>14,19</sup>

A presente pesquisa cumpre essa finalidade, pois descreve a primeira etapa de adaptação transcultural de uma escala que avalia a atitude alimentar de crianças e adolescentes. A escala “Cheat” foi traduzida e manteve a mesma estrutura de apresentação e de itens em relação à versão original e encontrou valores satisfatórios, demonstrando ser de fácil compreensão de acordo com a avaliação dos especialistas da área de transtornos alimentares.

Durante o processo de tradução e adaptação verificou-se a necessidade de adequação de algumas expressões, como a mudança de “estou consciente” por “eu sei” e a exclusão da palavra “energia” nas questões 6 e 12, pois esta poderia ser interpretada de diferentes formas devido aos seus diversos significados, deixando apenas a palavra “caloria”.

Percebeu-se a necessidade da inclusão da expressão “como amigos, pais e professores” em todas as questões que citam “outras pessoas” (questões 15 e 20) facilitando, deste modo, a compreensão da frase pelo público alvo.

Pode-se notar que as maiores dificuldades de tradução se relacionaram à forma coloquial e às expressões idiomáticas empregadas, além do modo de se construir uma sentença na linguagem utilizada no instrumento original, como nas questões 3, 8, 11, 12, 17, 18, 19, 24 e 26. Desta forma foi necessário inverter o formato da frase, retirando ou até mesmo introduzindo novas palavras a fim de evitar qualquer tipo de distorção.

A adequação do instrumento, por meio das alterações de palavras e expressões está de acordo ao proposto por Jorge,<sup>20</sup> para os quais os itens que compõem o instrumento devem ser avaliados criticamente. Assim, por meio de um criterioso processo, é possível verificar qual a palavra e/ou expressão pode ou não ser traduzida de forma literal, e com isso, o significado presente nas questões do instrumento original estará preservado. Ademais, é sabido que o significado geral dos termos transcende a literalidade fazendo-se necessário considerar os aspectos culturais pertinentes a cada região. Este cuidado foi tomado neste estudo em vista da população alvo, de indivíduos em desenvolvimento, o que exigiu uma atenção especial para garantir que os termos aplicados fossem de fácil compreensão e pertencessem ao repertório do seu vocabulário.

O instrumento original, desenvolvido a fim de documentar o crescimento de transtornos alimentares em crianças, ao ser aplicado por Maloney *et al.*,<sup>9</sup> foi respondido pela população alvo em 35 minutos (incluindo o tempo para explicações). Aproximadamente 7% das crianças (6,8%) obtiveram escores dentro da faixa de anorexia (>20). As garotas, em todas as categorias de idade após o 3º ano do ensino fundamental, obtiveram escores maiores para esta faixa se comparado aos garotos. A correlação de confiabilidade (teste-reteste) para a versão do “Cheat” foi de 0.81 (n=68). Os coeficientes teste-reteste aparecem consistentes em todas as séries (3º ano do ensino fundamental = 0.84; 4º ano do ensino fundamental = 0.88; 5º ano do ensino fundamental = 0.75; 6º ano do ensino fundamental = 0.81). Estes resultados são comparáveis com estudos de confiabilidade da escala EAT, no qual Raciti e Norcross<sup>21</sup> reportaram  $r = 0.90$  para o EAT. Dessa forma, a escala original, desenvolvida por Maloney *et al.*<sup>9</sup> demonstrou ser estável.

Cabe abordar que, apesar de não ser regra a idade em que normalmente os transtornos

alimentares se instalam em um paciente, estudos relatam que adolescentes com este transtorno iniciam comportamentos alimentares característicos, como dietas restritivas, aos oito anos, em média.<sup>9</sup> No Brasil, estudos recentes apontam dados alarmantes sobre hábitos alimentares inadequados, que resultam em comportamentos de risco para a saúde e prevalência significativa de transtornos alimentares durante a infância e a adolescência.<sup>8,22,23</sup>

Sabendo-se que o público estudado constitui-se em um grupo nutricionalmente vulnerável, por ter suas necessidades nutricionais aumentadas nesta fase da vida, ter um padrão alimentar e estilo de vida instável e suscetibilidade às influências ambientais,<sup>24</sup> mais uma vez é demonstrada a importância da tradução do “Cheat”, ao ser um instrumento que

pode auxiliar na identificação de um comportamento de risco, no diagnóstico dos transtornos alimentares, selecionar a presença ou gravidade dos sintomas, identificar problemas que merecem maior atenção durante o tratamento, padronizar informações, além de medir o progresso do paciente.

O “Cheat” encontra-se pronto para novos estudos que possam avaliar suas condições psicométricas. Sendo assim, são necessárias análises de validade externa, equivalência de mensuração e reprodutibilidade. Igualmente após a confirmação de suas propriedades psicométricas valeria realizar a sua aplicação em populações específicas, tais como estudantes do ensino fundamental de escolas privadas e públicas de diferentes regiões do Brasil.

## Referências

1. Quaioti TCB, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*. 2006; 17: 193-211.
2. Brasiliano S, Bucarechi HA, Kachani AT. Aspectos psicológicos da alimentação. In: Cordás TA, Kachani AT. *Nutrição em Psiquiatria*. São Paulo: Artmed; 2009. p. 23-34.
3. Brasil ALD. Distúrbios do Apetite. In: Weffort VRS, Lamounier JA. *Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência*. Barueri: Manole; 2009. p. 517-23.
4. Cintra IP, Fisberg M. Mudanças na alimentação de crianças e adolescentes e suas implicações para a prevalência de transtornos alimentares. In: Philippi ST, Alvarenga M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole; 2004. p. 149-61.
5. Grillo E, Silva RJM. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80 (Supl. 2): S21-27.
6. Pinzon V, Gonzaga AP, Cobelo A, Labadía E, Belluzzo P, Fleitlich-Bilyk B. Peculiaridades no tratamento da anorexia e bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. *Rev Psiq Clin*. 2004; 31: 167-9.
7. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatr*. 2000; 157: 1-39.
8. Vilela JEM, Lamounier JA, Filho MAD, Neto JRB, Horta GM. Eating disorders in school children. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80: 49-54.
9. Maloney M, McGuire J, Daniels S. Reliability testing of a children's version of the eating attitude test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*. 1988; 28: 541-3.
10. Smolak L, Levine MP. Psychometric properties of the children's eating attitudes test. *Int J of Eat Dis*. 1994; 16: 275-82.
11. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46: 1417-32.
12. Herdman, M, Fox-Rushby J, Badia X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*. 1997; 6: 237-47.
13. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*. 1998; 7: 323-35.
14. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41: 665-73.
15. Teixeira PC, Hearst N, Matsudo SMM, Cordás TA, Conti MA. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo da versão brasileira do Commitment Exercise Scale. *Rev Psiq Clín*. 2011; 38: 24-8.
16. Conti MA, Slater B, Latorre MRDO. Validação e reprodutibilidade da Escala de Evaluación Corporal para adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43: 515-24.
17. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine J*. 2000; 25: 3186-91.
18. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinário JC. Tradução e adaptação para o português da Escala da Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 2001; 23 (4): 215-20.
19. Conti MA, Cordás TA, Latorre MRDO. A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009; 9: 331-8.
20. Jorge MR. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, orgs. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 53-9.
21. Raciti BA, Norcross JC. The EAT and EDI: screening, interrelationships, and psychometrics. *Int J Eat Disord*. 1987; 6: 579-86.
22. Barros MVG, Assis MAA, Pires MC, Grosseman S, Vasconcelos FAG, Luna MEP, Barros SSH. Validity of physical activity and food consumption questionnaire for children aged seven to ten years old. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007; 7: 437-48.

23. Nunes MAA, Barros FC, Olinto MTA, Camey S, Mari JJ. Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population based study. *Eating Weigh Disord.* 2003; 8: 100-6.
24. Leal GVS, Phillipi ST, Matsudo SMM, Toassa EC. Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13: 457-67.

---

Recebido em 24 de maio de 2011

Versão final apresentada em 15 de setembro de 2011

Aprovado em 7 de outubro de 2011