UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

TIAGO QUEIROZ CARDOSO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Recife
2020

TIAGO QUEIROZ CARDOSO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Tese do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, apresentado a Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Recife
2020

Catalogação na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C268t Cardoso, Tiago Queiroz.
Tradução, adaptação e validação da escala *addiction-like eating behaviour scale* para a língua portuguesa do Brasil / Tiago Queiroz Cardoso. – 2020.
97 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Murilo Duarte da Costa Lima.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2020.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Dependência de alimentos. 2. Estudo de Validação. 3. Escalas de graduação psiquiátrica. 4. Propriedades de medidas. I. Lima, Murilo Duarte da Costa (Orientador). II. Título.

615.8 CDD (20.ed.) UFPE (CCS2021-013)

TIAGO QUEIROZ CARDOSO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO BRASIL

Tese do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, apresentado a Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor

Aprovado em: 13/02/2020

BANCA EXAMINADORA:

_____

Prof. Dr. Murilo Duarte Costa Lima
Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - UFPE

_____

Prof. Dr. Amaury Cantilino
Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - UFPE

_____

Prof. Dr. Antônio Medeiros Peregrino da Silva
Departamento de Psiquiatria - UPE

_____

Profa. Dra. Suely de Melo Santana
Departamento de Psicologia - UNICAP

_____

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos
Departamento de Enfermagem - UFPE

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos especiais:

A gratidão maior pelo dom da vida, pela esperança e pela Sua maravilhosa graça, a Deus, que se faz experimentar de forma única e sublime a cada etapa da minha vida. A Ele toda glória.

E então, por ordem cronológica, agradecimentos a algumas pessoas que foram especialmente importantes na minha vida para que eu chegasse até a conclusão desse projeto, que considero ser um fechamento de ciclo:

Aos meus pais, Evandro e Raquel, que nunca mediram esforços para dar o seu melhor para mim e meus irmãos. Educação, afeto, caráter, limites, fé e determinação, são apenas alguns dos tantos aprendizados que pude sentir por meio do amor de vocês. Aos meus irmãos, Mateus e Alessandra, com quem aprendi a compartilhar, crescer e amadurecer com as nossas diferenças. Amo todos vocês.

Aos meus avós paternos, Zezé (*in memorian*) e Irene, que foram "segundos pais" na minha infância, exemplos de garra, responsabilidade e generosidade; aos meus avós maternos, Anderson (*in memorian*) e Cecília (*in memorian*), que me ensinaram o valor da fé e da família em todo tempo.

Aos demais familiares, tios, primos e agregados, que por tantas vezes abriram a casa e tanto fizeram por mim e minha família.

Aos amigos do terceiro ano do Colégio Boa Viagem, que foram tão importantes na motivação e companheirismo para chegar ao curso de Medicina, em especial a Bruna Costi, por me deixaram tirar cópia de suas redações, e a Mariana Morais, por "sentar ao lado" e depois ter vindo morar ao lado.

Aos amigos da faculdade de Medicina, que fizeram parte de anos tão intensos, duros e divertidos. Em especial ao "grupo de seminários" (eu, André Caires, Guilherme Cherpak, Elisa Martins e Frederico Vasconcelos) e ao "sexteto" (Bruna Costi, Débora Porto, Thaís Sampaio, Viviane Vasconcelos, Rebeca Porto e Ana Karina), por toda ajuda e vitórias compartilhadas.

Aos colegas mais próximos da residência de psiquiatria, Leonardo Machado, Frederico Maciel e Mariana Brayner, por compartilhar momentos e aprendizados no início da carreira.

Aos professores e mestres da Psiquiatria, que foram pilares no meu desenvolvimento profissional, em especial, a Suzana Azoubel, Antônio Peregrino e Amaury Cantilino, que foram referenciais tão importantes na minha formação.

Ao meu orientador, Murilo Duarte, por toda confiança e generosidade dispensada, e pelo ótimo convívio em todo esse tempo.

Aos colegas da psiquiatria, do mestrado e doutorado, bem como, professores e residentes, em especial, a Camila Wanderley, à época, residente de psiquiatria que muito contribuiu e participou diretamente do desenvolvimento desse projeto, e a Rodrigo Machado, amigo psiquiatra que também colaborou nesse estudo, como um dos tradutores.

Aos participantes da pesquisa, estudantes universitários de Medicina, da UFPE, pelo seu tempo e colaboração, e aos componentes da banca examinadora, por seu cuidado com o aperfeiçoamento desse projeto.

E, por fim, permito-me inserir um agradecimento fora de ordem cronológica, mas que precisava constar como um fechamento dessa seção: a minha esposa, Tainah de Souza Costa Queiroz, com quem comecei a compartilhar a vida logo após formado em Medicina, quando ainda namorados, eu nem pensava em fazer Psiquiatria, e muito menos sabíamos que ela faria Psicologia. A história se desenvolveu dessa forma e hoje nos dedicamos a aspectos diferentes de um universo semelhante, a mente humana e seus desafios e encantos. A você, meu agradecimento por todo apoio, toda disposição e carinho ao longo desses anos, por todas lutas e conquistas juntos, por sua maturidade e fé, por também ter sido colaboradora ativa nesse projeto. Sigamos juntos, em amor, até o fim.

RESUMO

A adicção alimentar tem sido apontada como importante condição relacionada ao desenvolvimento da obesidade. A *Addiction-Like Eating Behaviour Scale* (AEBS) foi recentemente validada, na língua inglesa, com a finalidade de avaliar o comportamento alimentar de adicção. Esta pesquisa tem por objetivo realizar a tradução, adaptação cultural e validação da escala AEBS para a língua portuguesa no contexto brasileiro, para a adequada identificação da adicção alimentar nessa população. O processo de tradução, adaptação e validação da AEBS seguiu os critérios de Beaton et al. (2007), incluindo as etapas de tradução, retrotradução, avaliação por comitê de juízes e por fim, o pré-teste com 40 estudantes. Após esse processo, a AEBS-p foi aplicada com 150 estudantes do curso de Medicina, *campus* Recife, da Universidade Federal de Pernambuco. Destes, 37 foram avaliados uma segunda vez para análise do teste-reteste. Para coleta de dados foram utilizados cinco instrumentos: AEBS-versão em português (AEBS-p), a versão brasileira da Yale Food Addiction Scale 2.0 modificada (mYFAS 2.0), o Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), a Escala de Compulsão Alimentar periódica (ECAP) e o Questionário sociodemográfico. A AEBS-p demonstrou boa confiabilidade diante de uma significativa consistência interna (Alfa de Cronbach=0.91) e uma boa correlação no teste-reteste. A validade de conteúdo foi considerada adequada por um comitê de juízes. A validação convergente foi positiva com o a mYFAS 2.0 e a ECAP ($p<0,001$). A AEBS-p demostrou uma correlação significativa como o IMC ($p<0,001$), superior àquela encontrada entre a mYFAS 2.0 e o mesmo índice. A AEBS-p demonstrou boa confiabilidade e validade para a avaliação do comportamento alimentar de adicção na população brasileira, além de ter se mostrado superior à escala mYFAS 2.0 em relação à predição de variância no IMC.

Palavras-chave: Dependência de alimentos. Estudo de Validação. Escalas de Graduação Psiquiátrica. Propriedades de medidas.

ABSTRACT

Food addiction has been appointed as an important condition pertaining to the development of obesity. The Addiction-Like Eating Behaviour Scale (AEBS) was recently validated in its English language format, with the goal of evaluating addictive eating behavior. The aim of the present study was to carry out the translation, cultural adaptation, and validation of the AEBS scale in its Portuguese format within the Brazilian context, for adequate identification of eating addiction in this population. The process of translating, adapting, and validating the AEBS followed the criterion according to Beaton et al.(2007), which included the stages of translation, back-translation, evaluation by a judging committee, and lastly, a pretest involving 40 students. After this process, the AEBS-p was applied to 150 medical students of the Federal University of Pernambuco, from the campus in Recife. Of these, 37 were evaluated a second time for the test-retest analysis. For the collection of data, five tools were utilized: AEBS - Portuguese version (AEBS-p), the Brazilian modified version of the Yale Food Addiction Scale 2.0 (mYFAS 2.0), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Binge Eating Scale (BES) and the Sociodemographic Questionnaire. The AEBS-p demonstrated good reliability, as well as significant internal consistency (Cronbach's alpha = 0.91) and good correlation in the test-retest. The validity of the content was considered as adequate by a judging committee. The convergent validity was positive with the use of mYFAS 2.0 and the BES ($p<0.001$). The AEBS-p showed a significant correlation with the BMI ($p<0,001$), which is superior to the one found between the mYFAS 2.0 and the same index. The AEBS-p showed good reliability and validity for evaluating the addictive eating behavior of the Brazilian population, besides proving to be superior to the mYFAS 2.0 scale, in relation to predicting the variance of BMI.

Keywords: Food addiction. Scales. Validation Study. Psychiatric Status Rating Scales. Properties of measurements.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pesquisados 32
Tabela 2 – Avaliação de dados clínicos 35
Tabela 3 – Estatísticas das escalas e as subescalas AEBS-p 37
Tabela 4 – Estatísticas da escala AEBS-p segundo as variáveis sociodemográficas e transtorno psiquiátrico e alimentar 38
Tabela 5 – Resultados das escalas: mYFAS 2.0, ECAP e PHQ-9 40
Tabela 6 – Correlação de Spearman entre os escores da escala AEBS-p com IMC e os escores das escalas mYFAS 2,0, ECAP e PHQ – 9 41
Tabela 7 – Correlação de Spearman entre os escores da escala IMC com os escores da subescalas AEBS-p, mYFAS 2.0, ECAP e PHQ–9 42
Tabela 8 – Correlação de Spearman entre os escores da escala mYFAS 2.0 com os escores da subescalas da AEBS-p, ECAP e PHQ–9 42
Tabela 9 – Correlação de Spearman entre os escores da escala AEBS-p e suas subescalas, da mYFAS, da ECAP, do PHQ-9 e do índice de massa corpórea (IMC) 43
Tabela 10 – Estatísticas das escalas AEBS-p segundo as categorias das escalas mYFAS 2.0, ECAP e PHQ-9 44
Tabela 11 – Avaliação das escalas: adição à comida de Yale 2.0 modificada (mYFAS 2.0), Compulsão alimentar periódica (ECAP), PHQ–9 segundo o índice de massa corpórea (IMC) 46
Tabela 12 – Alfa de Cronbach das escalas 47
Tabela 13 – Alfa de Cronbach da escala AEBS-p por item excluído 48
Tabela 14 – Estatísticas das escalas e as subescalas do teste-reteste e coeficiente de correlação intraclasse (n=37) 49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 REVISÃO DA LITERATURA 13

2.1 ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE 13

2.2 TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS 14

3 JUSTIFICATIVA 19

4 HIPÓTESE 20

5 OBJETIVOS 21

5.1 OBJETIVO GERAL: 21

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 21

6 MÉTODOS 22

6.1 TIPO DE ESTUDO 22

6.2 DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* (AEBS) 22

6.2.1 Etapa I: tradução inicial 22

6.2.2 Etapa II: síntese das traduções 23

6.2.3 Etapa III: tradução de volta ao idioma original (*back-translation*) 23

6.2.4 Etapa IV: revisão por um comitê de juízes 24

6.2.5 Etapa V: Teste da versão pré-final ou pré-teste 26

6.3 LOCAL DA PESQUISA 26

6.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO 26

6.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 27

6.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DOS DADOS 28

6.7 ANÁLISE DOS DADOS E MÉTODOS ESTATÍSTICOS 29

7 ÉTICA NA PESQUISA 30

8 RESULTADOS 32

8.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 32

8.2 RESULTADOS DA ESCALAS AEBS-P, MYFAS 2.0, ECAP, PHQ-9 E IMC 37

9 DISCUSSÃO 49

10 CONCLUSÕES 55

REFERÊNCIAS 56

APÊNDICE A - LISTA DO CONTEÚDO DO KIT PARA OS JUIZES 59

APÊNDICE B - CONVITE PARA JUÍZES 59

APÊNDICE C - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PROTOCOLO UTILIZADO NO PROJETO 60

APÊNDICE D - CARTA CONVITE PARA JUÍZES 61

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 62

APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES 64

APÊNDICE G - INSTRUÇÕES - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE EQUIVALÊNCIA PELOS JUÍZES 65

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 69

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 69

APÊNDICE J- VERSÕES DO PROCESSO DE TRADUÇÃO DA ESCALA ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE (AEBS) PARA O PORTUGUÊS 72

APÊNDICE L: VERSÃO PRÉ-FINAL DA ESCALA AEBS TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS 84

ANEXO B - MODIFIED YALE FOOD ADDICTION SCALE 2.0 (mYFAS 2.0) 89

(ESCALA DE ADICÇÃO à comida DE YALE 2.0 MODIFICADA) 89

ANEXO C - CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA ORIGINAL (ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE) 91

ANEXO D - EMAIL DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA ORIGINAL (ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE) 92

ANEXO E - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA -ECAP (BES-BINGE EATING SCALE) 93

ANEXO F - QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - PHQ-9) 96

ANEXO - G CARTA DE ANUÊNCIA 97

1 INTRODUÇÃO

O primeiro termo difundido no universo da adicção relacionada à ingesta de alimentos foi a "adicção à comida" (*food addiction*) (KENNY, 2015), que pode ser descrita como uma condição crônica e recidivante marcada pela fissura por alimentos hiperpalatáveis e de alta densidade energética como açúcares e gorduras, que possuem potencial de gerar dependência (HEBEBRANDA et al., 2014; MEULE et al., 2014).

Posteriormente, veio à tona o termo "adicção alimentar" (*eating addiction*), propondo a ideia de que o problema nessa adicção seria mais comportamental do que associado a substâncias adictivas presentes nos alimentos, trazendo assim o conceito de uma adicção comportamental não associada a substâncias (ALBAYRAK; HEBEBRAND, 2015).

Nesse contexto, pesquisas recentes apontam que existem semelhanças, mas também algumas diferenças entre os mecanismos de adicção relacionados aos alimentos e às drogas, inclusive na esfera neurobiológica (VOLKOW; WISE, 2005). A presença de indicadores de um padrão de adicção relacionado à ingesta de alimentos associado a evidências de diferenças significativas entre os mecanismos de ação das comidas e das drogas, aponta para a importância do componente comportamental nessa adicção, que para alguns autores seria melhor compreendida como adicção alimentar (*eating addiction*) do que adicção à comida (*food addiction*) (HEBEBRANDA et al., 2014);. Nesse contexto, alguns autores defendem que tal adicção deveria ser classificada com uma adicção comportamental (DICKSON; MERCER, 2013), a exemplo do transtorno por jogo, que foi o primeiro e único transtorno oficialmente incluído nessa classificação (APA, 2013a).

A adicção comportamental está basicamente relacionada a uma maior excitação gerada por estímulos prazerosos e uma menor capacidade no controle inibitório desses estímulos, favorecendo assim o engajamento repetido naquele comportamento, mesmo diante de eventuais prejuízos (BECHARA, 2005).

Apesar de ainda não haver um consenso sobre qual termo melhor definiria esse quadro, pesquisas apontam que essa adicção estaria presente em aproximadamente 25% dos indivíduos com obesidade e excesso de peso e em cerca de 11% da população geral (PURSEY et al., 2014). Na questão específica da adicção alimentar, esses comportamentos mal adaptativos estão fortemente associados ao desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade, que são importantes fatores de risco para diversas doenças físicas e psíquicas, e que acometem cada vez mais indivíduos em todo mundo (OMS, 2017).

Por isso, nos últimos anos, o interesse pelo estudo da adicção alimentar tem crescido e as pesquisas sobre esse tema incluem tanto a necessidade de definições mais precisas como a condução de programas de tratamento dessa adicção (MEULE; GEARHARDT, 2014). Embora exista uma multiplicidade de artigos relacionados à temática, boa parte deles estão relacionados especificamente aos transtornos alimentares, como a Bulimia e o Transtorno de Compulsão Alimentar (APA, 2013b), que possuem critérios diagnósticos próprios e particularidades diferentes daquela proposta pelo conceito da adicção alimentar.

Dessa forma, faz-se necessário o uso de instrumentos que avaliem o quadro de adicção alimentar sob a perspectiva de uma condição marcada por um padrão de comportamento alimentar de adicção. A escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) (RUDDOCK et al., 2017), desenvolvida e validada em 2017, vem contemplar justamente essa compreensão, uma vez que, ao contrário de outros instrumentos prévios, como a escala *Yale Food Addiction Scale* (YFAS) (GEARHARDT et al., 2013), não é baseada nos mesmos critérios utilizados para os transtornos por uso de substâncias.

Desenvolvida originalmente na língua inglesa, a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) não pode ser adequadamente utilizada na população brasileira, sem que antes seja realizado um adequado processo de tradução e adaptação. Assim, o presente estudo visa realizar uma tradução, adaptação e validação cultural da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para a Língua portuguesa do Brasil, permitindo assim identificar o comportamento alimentar de adicção como marcador do processo de adicção alimentar, para que diante do reconhecimento dessa condição possam ser desenvolvidas opções terapêuticas e de suporte a essa população.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE

A escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) (RUDDOCK et al., 2017), desenvolvida e validada em 2017, na Inglaterra (n=511), vem contemplar a compreensão de uma adicção relacionada ao comportamento alimentar. Ao contrário de outros instrumentos prévios, como a escala *Yale Food Addiction Scale* (YFAS) (GEARHARDT et al., 2013), até então a escala mais utilizada nessa temática, a AEBS não é baseada nos mesmos critérios utilizados para os transtornos por uso de substâncias, tendo sido formulada a partir de critérios próprios, validados dentro da perspectiva do comportamento alimentar de adicção.

Um conjunto original de 62 itens avaliados para inclusão na AEBS foi derivado de respostas qualitativas obtidas de um estudo anterior (RUDDOCK et al., 2015). Para garantir que os itens conseguissem analisar adequadamente uma série de comportamentos alimentares de adicção, foram incluídos pelo menos 5 itens, especificamente, itens referidos para: 1. Uma tendência a comer por recompensa em vez de necessidade fisiológica (por exemplo, “eu continuo a comer apesar de sentir-me cheio”); 2. Desejos de comida persistente (por exemplo, “eu anseio por certos alimentos”); 3. Incapacidade de se controlar em torno da comida (por exemplo, “acho difícil limitar o que / quanto eu como”); 4. Preocupação com comida e alimentação (por exemplo, “eu passo muito tempo planejando minhas refeições”);5. Aumento de peso ou uma dieta pouco saudável (por exemplo, “não consigo controlar meu peso”); e 6. Problema específico de controle de ingestão de alimentos ricos em gordura, sal e / ou açúcar (por exemplo, “eu tenho um problema particular me controlar em torno de alimentos que são ricos em gordura, açúcar e / ou sal”).

Após análise estatística, a versão final da escala ficou composta por 15 itens, compreendidos em duas subescalas: subescala de impulsividade do apetite (9 itens) e subescala de baixo controle da dieta (6 itens). Para cada item, os participantes devem indicar até que ponto concordaram com a afirmação, ou a frequência com que se engajaram no comportamento dado. As respostas são fornecidas usando Escalas de Likert de 5 pontos que variaram de “Discordo fortemente” a “Concordo totalmente”, ou de “Nunca” para “Sempre”.

Análises correlacionais foram conduzidas para avaliar a validade convergente dos AEBS em comparação com outras escalas de comportamento alimentar (Yale Fodd Addiction Scale-YFAS, Binge Eating Scale-BES, Emotional Eating Scale-EES e Eating Troubles Module- EAT-26) e com o IMC. O escore total da AEBS correlacionou-se positivamente com todas (YFAS: r=0,56; BES: r=0,67; EES: r=0,47), exceto a escala EAT-26 (EAT: r=0,05),

indicando boa validade convergente com os instrumentos que avaliam uma perspectiva mais relacionadas à adicção (YFAS, BES e EES) e uma diferença em relação a escala que avalia mais especificamente aspectos referentes aos transtornos alimentares (exemplo, Bulimia e Anorexia), achado que reforça a diferença conceitual entre os dois universos.

Como importante destaque, a AEBS foi capaz de prever com sucesso uma proporção significativa de variância no IMC acima daquela prevista pelas demais escalas, reforçando a importância do comportamento alimentar, e possível adicção alimentar, no processo de ganho de peso, sobrepeso e obesidade.

A validade divergente foi avaliada comparando as correlações entre o escore total do AEBS e uso problemático de álcool (avaliado usando o RAPI- Rutgers Alcohol Problem Index) e inibição / ativação comportamental (BIS / BAS- Behavioural Inhibition System/Behavioural Approach System Reactivity). Os escores totais da AEBS não se correlacionaram com os escores da escala BAS (r=0,05), indicativos de boa validade divergente. No entanto, foram observadas pequenas, mas significativas correlações entre AEBS e o RAPI (r=0,22) e BIS(r=0,15).

O alfa de Cronbach revelou alta consistência interna tanto para a subescala de impulsividade do apetite ($\alpha = 0,90$), quanto para a subescala de baixo controle da dieta ($\alpha = 0,85$).

O coeficiente de correlação intraclasse revelou boa confiabilidade teste-reteste para cada subescala (impulsividade do apetite: r = 0,74; baixo controle da dieta: r =, 74), e para escala completa (r = ,77) com avaliações realizadas com intervalo de duas semanas (n=70).

Dessa forma, pode-se evidenciar que a AEBS possui propriedades de medidas adequadas para a proposta de avaliação do comportamento alimentar de adicção, apresentando-se como instrumento inclusive superior aos demais em relação à predição do IMC. A autora ressalta ainda que pesquisas futuras são necessárias para validar a AEBS dentro de outras populações, para se estabelecer pontos de corte clinicamente significativos para a escala e potencializar a identificação, prevenção e tratamento de pessoas com adicção alimentar. Nesse contexto, seu processo de tradução e validação para outros idiomas também se faz necessário para seu adequado uso em diferentes populações, uma vez que não foram identificadas outras versões que não a original em língua inglesa.

2.2 TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

2.2.1 Tradução e adaptação

Para o adequado uso de escalas e instrumentos metodológicos em geral elaborados em língua estrangeira no contexto brasileiro é necessário que seja realizado um adequado processo de tradução, adaptação e posteriormente validação, sendo fundamental tal adaptação devido às diferenças culturais entre os contextos de cada região ou país, que não são contempladas simplesmente com a tradução de uma língua para outra (ALEXANDRE; GUILLARDERO, 2002).

Diversos estudos propõem métodos para proceder à tradução e à adaptação cultural de instrumentos que, essencialmente, assemelham-se (BULLINGER et al., 1998). Beaton et al. (2007) descreveram um método para a realização desse processo que é considerado pela comunidade científica como o mais completo e fidedigno, sendo composto por cinco etapas, descritos a seguir:

1. Tradução inicial: deve ser realizada por pelo menos duas pessoas dominantes do idioma original da escala, que façam a tradução de forma independente;
2. Síntese das traduções: as versões de cada tradutor (T1 e T2) devem ser sintetizadas em um único instrumento final por um terceiro componente (T12);
3. Tradução de volta ao idioma original (*Back-translation*): outros dois tradutores, nativos da língua original da escala (mas também com domínio da língua para qual será traduzida) e que não tiveram contato com versão original da escala, devem realizar nova tradução para o idioma de origem da escala, a partir da versão T12 elaborada na etapa anterior;
4. Revisão por um comitê de especialistas: o comitê deve ser composto por no mínimo oito componentes, sendo os cinco já envolvidos nas etapas anteriores (dois tradutores, um que fez a síntese e dois que fizeram a retrotradução) e mais três, sendo um profissional de linguagem, um profissional de metodologia científica e um profissional da área temática da escala. A atribuição do comitê de juízes é de analisar e consolidar todas as versões e itens do questionário, incluindo o instrumento original e as versões traduzidas, com o objetivo de desenvolver a versão pré-final para o teste de campo (quinta etapa). Cada especialista deve receber todas as versões das etapas anteriores, bem como: material com revisão da literatura sobre a temática do instrumento, fluxograma para compreensão das etapas do processo de tradução, formulário de caracterização de sua condição de juiz, e formulário de avaliação do instrumento quanto à equivalência semântica, idiomática, funcional e conceitual. Os membros do comitê devem chegar ao consenso em todos os itens e, caso necessário,

será repetido o processo de tradução e *back-translation* para elucidar como outro texto de um item iria funcionar. Também devem ser considerados nesse processo os itens, instruções, opções de resposta e documentação de pontuação. O questionário final deve ser possível de ser entendido por pessoas de nível equivalente a 12 anos de idade, uma vez que este é o nível recomendado de leitura geral de questionários.

5. Pré-teste: é a última etapa do processo de tradução e adaptação transcultural, consistindo da aplicação do instrumento traduzido em uma população de 30 a 40 indivíduos, de preferência de perfil semelhante ao qual ele se destina, que irá avaliar o instrumento na prática e identificar possíveis dificuldades ou falhas existentes: inconsistência ou complexidade das questões; ambiguidade ou dificuldade de compreensão na linguagem; perguntas desnecessárias ou que causem algum desconforto ao informante. No caso de identificação de falhas é orientado que se reformule o instrumento, seja modificando ou até eliminando itens. Dessa forma, o pré-teste aumenta a validade do instrumento e avalia se demonstra fidedignidade e operacionalidade (LAKATOS, 2010).

Após realizado o adequado processo de tradução e adaptação cultural, o instrumento deverá então ser submetido a um processo de validação para a população a que se destina.

2.2.2 Validação de Instrumentos

O objetivo primordial de um instrumento é fornecer dados confiáveis e capazes de contribuir para a resolução de um problema na pesquisa ou na prática clínica, ao atingir esse propósito ele pode ser considerado como válido e merecedor de créditos (MARTINS, 2009). Dessa forma, é requerido para a sua utilização na prática clínica, a demonstração de suas propriedades psicométricas, que vão trazer evidências sobre seus critérios de avaliação, sobretudo a sua validade e confiabilidade (POLIT & BECK, 2011).

2.2.3 Validade

A validade é um aspecto primordial de um instrumento, sendo compreendida como a capacidade deste realmente medir aquilo a que se propõe. Constitui um parâmetro da medida cuja preocupação principal se centra na questão da precisão (PASQUALI, 2010). Três aspectos podem ser avaliados nesse intuito: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (MENEZES e NASCIMENTO, 2000)

A validade de conteúdo diz respeito à capacidade de um instrumento de avaliar os diversos aspectos contidos na condição avaliada. Em geral, é confirmada a partir da opinião de

um grupo de especialistas no campo dentro do qual se aplica a escala (LAKATOS, 2010). Cabe então a conhecedores da temática avaliarem se de fato não estão sendo deixados de lado aspectos importantes a serem avaliados, ou se está havendo alguma distorção que precisa ser ajustada. A validade de conteúdo de um instrumento submetido à tradução e adaptação pelo método de Beaton é analisada na etapa de comitê de especialistas (BEATON et al., 2007).

Quanto à validade de critério, podem ser avaliadas a validade convergente e a divergente. A validade convergente diz respeito a quanto o instrumento é semelhante a outros que deveria ser, uma vez que avaliam um mesmo aspecto ou do mesmo universo. Já a validade divergente, avalia o quanto o instrumento se diferencia de outros dos quais deveria realmente se diferenciar, uma vez que avaliam aspectos diferentes (MENEZES e NASCIMENTO, 2000). A validade convergente ou divergente pode ser analisada por meio do cálculo da correlação entre os resultados obtidos nos instrumentos.

E, por fim, a validade de construto está relacionada à generalização dos dados, ou seja, o quanto os resultados são consistentes dentro da perspectiva teórica daquele construto analisado, de forma que resultados semelhantes venham a ser encontrados em diferentes populações. Uma das abordagens de validação é a técnica dos grupos, supostamente diferente, em termos dos atributos-alvo que são submetidos ao instrumento; depois, comparam-se os escores obtidos em cada grupo (POLIT & BECK, 2011).

2.2.4 Confiabilidade

A confiabilidade diz respeito à reprodutibilidade de uma aferição, ou seja, ao grau de concordância entre diferentes avaliações de um mesmo objeto (MENEZES e NASCIMENTO, 2000). Dessa forma, a confiabilidade refere-se à consistência ou à estabilidade de uma medida – se o resultado flutua entre uma e outra medição do mesmo objeto ou sujeito é porque há erro na mensuração (MARTINS, 2009). A confiabilidade é também compreendida como a fidedignidade ou a consistência daquele instrumento.

Dois aspectos da confiabilidade frequentemente aferidos são a confiabilidade entre avaliadores e a confiabilidade teste-reteste. Em relação à confiabilidade entre avaliadores, os mesmos sujeitos são avaliados por dois ou mais avaliadores, a fim de se avaliar o grau de concordância entre eles. Já em relação à confiabilidade teste-reteste, os mesmos indivíduos são submetidos à determinado instrumento duas ou mais vezes, com um certo intervalo de tempo entre as aferições, com o objetivo de se avaliar a estabilidade dos resultados. Para avaliação do teste-reteste, idealmente o intervalo de tempo não deve ser tão pequeno, a fim de que a nova avaliação seja influenciada pela lembrança de suas respostas anteriores, nem tão distante, para

que não haja significativa influência das mudanças biológicas, psicológicas ou sociais do tempo na vida daquela pessoa (MENEZES e NASCIMENTO, 2000). Seja na confiabilidade entre avaliadores ou teste-reteste, o grau de concordância entre as avaliações pode ser aferido pelo coeficiente de correlação intraclasse ou pelo *kappa*, a depender de cada caso específico (BECK et al., 1993).

Em relação às escalas, outro aspecto da confiabilidade frequentemente avaliado é a consistência interna, que avalia o quanto os diferentes itens de um instrumento estão relacionados entre si, ou seja, se trata de um coeficiente de homogeneidade. A avaliação da consistência interna é frequentemente feita através do cálculo do Alfa de Cronbach (POLIT & BECK, 2011).

O valor do alfa de Cronbach é um coeficiente de correlação e pode variar entre 0 e 1, sendo considerado como aceitável um valor maior do que 0,7. Quando o instrumento apresenta vários subcomponentes (domínios ou subescalas), o alfa de Cronbach deve ser calculado separadamente para cada domínio, uma vez que cada domínio está mais relacionado a um determinado construto teórico (CRONBACH, 1951).

3 JUSTIFICATIVA

A significativa prevalência da adicção alimentar e sua associação com maiores taxas de sobrepeso e obesidade, sinalizam para uma ligação dessa adicção com diversas doenças de alta morbimortalidade em todo mundo, sendo assim uma questão de saúde pública, que necessita ser melhor investigada. O uso de instrumentos validados, que sejam capazes de identificar o comportamento alimentar de adicção, é fundamental para a adequada mensuração desse quadro. O processo de tradução e validação da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para a Língua Portuguesa, no contexto brasileiro, permitirá uma melhor identificação da adicção alimentar na população brasileira, além de propiciar uma possibilidade de acompanhamento e estímulo a posteriores programas de tratamento e prevenção.

4 HIPÓTESE

A escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) pode ser utilizada de forma validada e confiável numa versão adaptada para a Língua Portuguesa no contexto brasileiro na mensuração do comportamento alimentar de adicção.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL:

- Validar a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para a Língua Portuguesa no contexto brasileiro.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Traduzir para o português do Brasil a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro;
- Adaptar culturalmente a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para utilização no Brasil;
- Verificar a confiabilidade e a validade da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* - versão em Português (AEBS-p) para análise do comportamento alimentar de adicção;
- Verificar a associação entre a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* - versão em Português (AEBS-p) e seus domínios com as variáveis sociodemográficas;
- Verificar a associação entre a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* - versão em Português (AEBS-p) e o Índice de Massa Corpórea (IMC) com os seguintes instrumentos: escala de adição à comida de Yale 2.0 modificada- versão brasileira (mYFAS 2.0), escala de compulsão alimentar periódica (ECAP- Binge Eating Scale/BES), e o questionário sobre a saúde do paciente (QSP 9 - Patient Heath Questionnaire/PHQ 9).

6 MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa metodológica, que visa o desenvolvimento ou refinamento de métodos de obtenção, organização ou análise de dados, e trata do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas, instrumentos e estratégias de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Assim, para contemplar os objetivos da presente pesquisa que visa traduzir, adaptar transculturalmente e validar a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para a Língua Portuguesa no contexto brasileiro, foram adotados alguns importantes passos, descritos a seguir.

6.2 DIRETRIZES PARA O PROCESSO DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* (AEBS)

O processo de tradução e adaptação cultural do presente estudo seguirá todas as etapas propostas por Beaton et al. (2007), cujo método é amplamente validado pela comunidade científica, e é composto pelas seguintes etapas: 1. Tradução Inicial; 2. Síntese das traduções; 3. Tradução de volta ao idioma original (*Back-translation*); 4. Revisão por um comitê de especialistas; 5. Pré-teste.

Como parte também da recomendação de Pasquali et al. (2010) em relação à tradução e adaptação de instrumentos, foi realizada a solicitação de autorização junto ao autor da escala para utilização do instrumento no Brasil. A autorização para tradução, adaptação, aplicação e validação da escala foi obtida por meio de contato eletrônico com a Dra. Helen K. Ruddock, pesquisadora da Universidade de Liverpool e desenvolvedora da escala original, que prontamente concordou com a proposta e permitiu a utilização da *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) (ANEXO - A) na construção da presente pesquisa.

6.2.1 Etapa I: tradução inicial

A primeira etapa do processo de tradução e adaptação transcultural é a tradução inicial, devendo esta ser realizada por pelo menos duas pessoas dominantes do idioma original da escala, que façam a tradução para o português de forma independente. A escala AEBS foi assim traduzida por dois tradutores: uma tradutora que não possui formação na área de saúde - e para esta não foi informado o objetivo da tradução - e um segundo tradutor, que é um profissional

de saúde com plena fluência em inglês - para este foi informado o objetivo da tradução (BEATON et al., 2007).

6.2.2 Etapa II: síntese das traduções

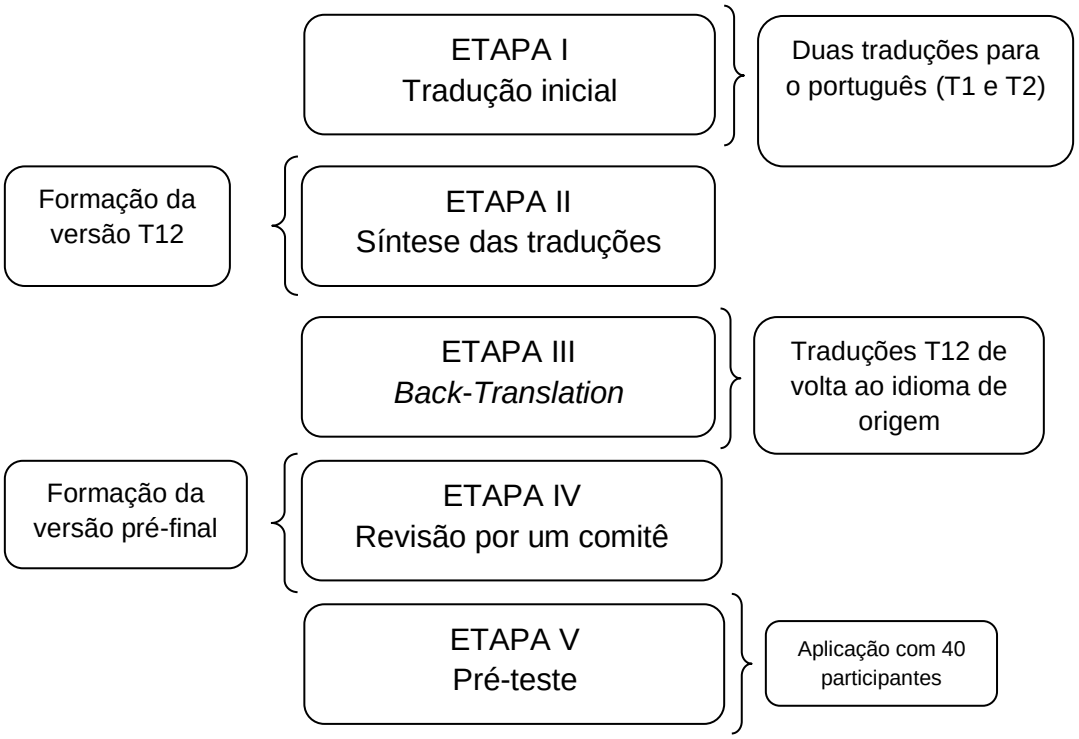
Nessa etapa, as versões de cada tradutor (T1 e T2) foram sintetizadas em um único instrumento final (T12). Essa etapa foi de responsabilidade do autor da presente pesquisa, que esteve em contato com os dois tradutores no processo de síntese, a fim de buscar um consenso diante das divergências. A síntese das traduções tem o propósito de minimizar as possibilidades de erros possíveis no processo de tradução, como omissão ou acréscimos de palavras, que possam eventualmente mudar o real significado das expressões (BEATON et al., 2007).

6.2.3 Etapa III: tradução de volta ao idioma original (*back-translation*)

Nessa etapa do processo de tradução, outros dois tradutores que não tiveram contato com versão original da escala realizaram nova tradução para o idioma de origem da escala AEBS, a partir da versão T12 elaborada na etapa anterior. Este é um processo de verificação de validade, que possibilita averiguar se a versão obtida corresponde ao mesmo conteúdo da versão original, demonstrando as possíveis inconsistências e erros conceituais cometidos durante o processo de tradução inicial e síntese das traduções.

Os dois tradutores (BT1 e BT2) que participaram da etapa *back-translation* possuem domínio do português, mas são de nacionalidade inglesa. Foi estabelecido contato por meio de telefone com esses tradutores e ambos não tiveram conhecimento dos conceitos abordados na escala como preconizado por Beaton et al. (2007).

Figura 1: Representação gráfica do processo de tradução e adaptação recomendado por Beaton et al. (2007)



Fonte: Autor da pesquisa

6.2.4 Etapa IV: revisão por um comitê de juízes

A atribuição do comitê de juízes é de consolidar todas as versões e os componentes do questionário, incluindo o instrumento original e as versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1 e BT2) (APÊNDICE J), com o objetivo de desenvolver a versão pré-final para o teste de campo. E ainda, esta etapa integra a avaliação psicométrica da escala AEBS quanto a validade de conteúdo, que será posteriormente descrita.

A formação do comitê de juízes seguiu a recomendação de Beaton et al. (2007), que propõe um grupo com no mínimo oito componentes, composto por três profissionais não integrantes da pesquisa, com formações em áreas específicas (linguagem, metodologia científica e área temática da escala), e por outros cinco que estiveram envolvidos diretamente no processo de tradução. Assim, o comitê foi composto por um profissional de Língua Portuguesa, um profissional da área de saúde, um profissional com experiência na área de metodologia científica, todos os quatros tradutores envolvidos nas traduções (T1, T2, BT1,

BT2) e o responsável pela síntese das duas primeiras traduções (T12). Os autores da pesquisa estiveram sempre presentes para sanar possíveis dúvidas. Os juízes convidados receberam por *e-mail* o Convite para Juízes (APÊNDICE - B) e a Carta Convite (APÊNDICE - D), e todos responderam aceitando participar do projeto.

A etapa do comitê de juízes foi realizada de forma presencial, com alguns juízes e por teleconferência ou contato eletrônico via *e-mail* com outros que não puderam estar presentes. Essa estratégia tem o intuito de viabilizar a execução desta fase de coleta de dados, uma vez que os juízes são profissionais com muitos compromissos, de forma que seria difícil, possivelmente inviável, para estabelecer uma data para reunir todos eles em um único encontro.

Cada juiz recebeu um kit (APÊNDICE - A) composto por: Representação gráfica com o Fluxograma de tradução e adaptação transcultural utilizado no projeto (APÊNDICE - C); uma revisão de literatura frente à temática da adicção alimentar e uma descrição dos propósitos da escala; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para juízes (APÊNDICE - E); Instrumento de caracterização dos juízes (APÊNDICE - F); *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) em sua versão original (ANEXO - A); as duas versões traduzidas da *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) (T1 e T2), a síntese das duas versões (T12) e as duas versões retraduzidas para o inglês (*Back-translation)* (APÊNDICE - J) e um instrumento de avaliação pelos juízes quanto à equivalência semântica, idiomática, experimental, cultural e conceitual da versão traduzida para o português da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* -AEBS (APÊNDICE - G).

Dessa forma, o comitê de juízes avaliou os seguintes critérios: análise da equivalência semântica, idiomática, funcional e conceitual (APÊNDICE - I), com os seguintes conceitos:

- Equivalência semântica: é a equivalência do significado das palavras, a avaliação gramatical e de vocabulário.
- Equivalência idiomática: diz respeito às expressões idiomáticas ou a linguagem coloquial, que, eventualmente, podem ser mais difíceis de serem adequadamente traduzidas.
- Equivalência experiencial ou funcional: tem como objetivo atentar para a utilização de termos adequados à experiência de vida da população à qual se destina o estudo.
- Equivalência conceitual: se propõe a avaliar se algumas palavras ou expressões, que têm uma equivalência semântica, também possuem um significado conceitual semelhante e uma mesma importância em diferentes culturas.

6.2.5 Etapa V: Teste da versão pré-final ou pré-teste

A última etapa do processo de tradução e adaptação transcultural é o pré-teste, que tem como finalidade averiguar a compreensão da escala pelos indivíduos.

Para o pré-teste foi usada a versão pré-final da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) (APÊNDICE L) - versão brasileira com os alunos do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Segundo as recomendações de Beaton et al. (2007), o pré-teste deve ser realizado com 30 a 40 indivíduos. Assim, a versão pré-final foi aplicada a um total de 40 alunos do oitavo período do curso de Medicina da UFPE- campus Recife, que responderam a todo instrumento e indicaram por escrito sua avaliação de cada item em relação a sua compreensão desse dispositivo. Foi solicitado que, diante da avaliação de um ou mais itens como de difícil compreensão, fosse sugerida alguma mudança. Os indivíduos foram selecionados por conveniência, seguindo os devidos critérios de inclusão e exclusão.

Nesta etapa, após abordagem inicial para esclarecimentos sobre o estudo, os alunos foram convidados a participar do pré-teste, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após essa etapa, responderam à escala e foram estimulados a compartilhar, por escrito ou verbalmente, suas dúvidas, discordâncias ou sugestões para cada item.

Esta etapa visa facilitar/conduzir o processo de tomada de decisões quanto ao aperfeiçoamento dos itens, possibilitando uma adequação do linguajar da escala com o contexto cultural da população brasileira. Assim, poderiam ocorrer mudanças de palavras para dar mais clareza aos itens avaliados, bem como possibilitar uma melhor avaliação da compreensão do instrumento e do tempo destinado à aplicação do instrumento. O pré-teste mostrou uma adequada compreensão da escala pelos alunos, que fizeram colocações pontuais quanto a seis dos quinze itens da escala, mas nenhuma discordância ou dúvida colocada teve relação com o processo de tradução, de modo que não houve nenhuma mudança na versão pré-final da escala, sendo assim definida como a versão final da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) - versão brasileira, a ser ainda adequadamente validada.

6.3 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas salas de aula do curso de Medicina, campus Recife, da Universidade Federal de Pernambuco.

6.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população do estudo foi de alunos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, regularmente matriculados e cursando o quarto, sexto, sétimo ou oitavo período do curso de

Medicina, campus Recife, da Universidade Federal de Pernambuco. A seleção da amostra foi por conveniência, realizada com universitários, a semelhança do estudo de desenvolvimento e validação da escala original, a *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS).

Como referencial metodológico, utilizou-se Kass e Tinsley (1979) que recomendam um número de 5 a 10 participantes por variável. A escala AEBS é formada por 15 itens, logo, constitui-se uma margem numérica apropriada de 75 a 150 indivíduos. Assim, o presente estudo foi realizado com uma população total de 150 estudantes. Destes, uma amostra de 37 indivíduos foi avaliada em dois momentos distintos, com um intervalo de 8 semanas (teste-reteste). Seriam excluídos da pesquisa aqueles com ausência de resposta a mais da metade dos itens de um ou mais instrumentos da pesquisa, o que não aconteceu com nenhum dos participantes.

6.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram utilizados cinco instrumentos:

1. Escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* - versão em português (AEBS-p), que foi previamente traduzida por esta pesquisa e avalia o comportamento alimentar de adicção (ANEXO A). A AEBS é composta por 15 itens, que compõem suas duas subescalas: subescala de impulsividade do apetite (9 itens) e subsescala de baixo controle da dieta (6 itens). Para cada item, os participantes devem indicar até que ponto concordaram com a afirmação, ou a frequência com que se engajaram no comportamento dado. As respostas foram fornecidas usando Escalas de Likert de 5 pontos que variaram de "Discordo fortemente" a "Concordo totalmente", ou de "Nunca" para "Sempre" (RUDDOCK et al., 2015).

2. Escala *Yale Food Addiction Scale* (YFAS) 2.0 m - versão brasileira, que avalia o conceito de adicção à comida (ANEXO B): A Escala de Adicção à comida de Yale 2.0 modificada (do inglês, modified Yale Food Addiction Scale 2.0-mYFAS 2.0) é um questionário de autorrelato sobre adicção à comida, composto por 13 questões, sendo que duas delas a respeito de sofrimento clínico ou prejuízo no funcionamento psicossocial significativo (SCHULTE; GEARHARDT, 2017). Cada questão é pontuada de 0 a 7, mas há um limiar para que o item seja usado para contagem de sintomas. A mYFAS 2.0 tem duas formas de interpretação: uma categórica e outra contínua. Na versão categórica, o rastreamento positivo se dá mediante a presença de pelo menos dois sintomas e o indicativo de sofrimento ou prejuízo psicossocial. Já a interpretação contínua considera o número de sintomas endossados, categorizando em leve (2-3 sintomas), moderada (4-5 sintomas) e grave (6 ou mais sintomas). Foi utilizada a versão brasileira da mYFAS 2.0, que demonstrou boa consistência interna e

estrutura fatorial, como também adequada validade convergente, em seu processo de validação (NUNES-NETO et al., 2017).

3. Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9) (ANEXO F): O PHQ-9 (em português, Questionário sobre a Saúde do Paciente-9) é um instrumento usado por diversos países e validado no Brasil, que possibilita o rastreio de quadros depressivos. São nove itens que contemplam os critérios diagnósticos do DSM-IV (anedonia, humor deprimido, distúrbios do sono, diminuição de energia, mudanças de apetite, culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lentificado ou agitado e pensamentos suicidas) (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001). Cada item é pontuado em escala de Likert sobre a frequência de sintomas (0- nenhuma vez, 1- vários dias, 2- mais da metade dos dias, 3- quase todos os dias).

4. Escala de Compulsão Alimentar Periódica-ECAP (BES- Binge Eating Scale**)** (ANEXO E): instrumento elaborado para avaliar o comportamento de ingesta alimentar em "binge" (compulsivo) em obesos, na perspectiva de caracterizar o quadro de Compulsão Alimentar Periódica, amplamente utilizado em diversos países, e devidamente traduzido e validado no Brasil(FREITAS et al., 2001).

5. Questionário sociodemográfico (APÊNDICE I): O questionário sociodemográfico foi elaborado pelo pesquisador e contempla variáveis sobre gênero, idade, estado civil, raça/etnia, escolaridade, situação laboral, renda e religião, bem como dados antropométricos (peso e altura), uso atual de medicações psicotrópicas e história pessoal ou familiar de transtorno psiquiátrico.

6.6 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DOS DADOS

O projeto de pesquisa foi apresentado à Diretoria do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção da carta de anuência para realização da pesquisa e coleta de dados. O projeto foi submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, por meio da Plataforma Brasil. Após sua aprovação, o pesquisador entrou em contato com os professores das turmas para estabelecer um melhor dia e horário para realização da pesquisa. Em cada turma foi feito o convite de participação, com explicação dos objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios, bem como o caráter voluntário da mesma.

Aos interessados em participar, foi entregue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, para assinatura (APÊNDICE L), garantindo-lhes anonimato, sigilo e informando-lhes os procedimentos éticos, bem como uma cópia dos cinco instrumentos propostos: escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) - versão brasileira, que foi previamente traduzida por esta pesquisa e avalia o comportamento alimentar de adição (ANEXO A), a escala *Yale Food Addiction Scale* (YFAS) 2.0 m - versão brasileira, que avalia o conceito de

adicção à comida (ANEXO B), o Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)(ANEXO F), o Escala de Compulsão alimentar periódica (ANEXO E), e o questionário sociodemográfico (APÊNDICE I) .

Os questionários foram respondidos imediatamente e devolvidos ao pesquisador responsável, o médico Tiago Queiroz Cardoso.

A programação da coleta de dados se deu mediante a disponibilidade dos alunos, respeitadas suas atribuições inerentes à graduação.

6.7 ANÁLISE DOS DADOS E MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram analisados descritivamente e inferencialmente. As técnicas de estatística descritiva compreenderam frequências absolutas e percentuais, as variáveis categóricas e as estatísticas: média, desvio padrão, mediana, percentis 25 e 75 e os valores mínimo e máximo para as variáveis numéricas. As técnicas inferenciais corresponderam a aplicação dos testes estatísticos.

Para avaliar associação entre duas variáveis numéricas foi obtido o coeficiente de correlação Spearman e um teste t-Student específico para a hipótese de correlação nula. Para a comparação entre categorias em relação a variáveis numéricas foram utilizados os testes t-Student com variâncias iguais ou Mann-Whitney no caso de duas categorias e os testes F (ANOVA) ou Kruskal-Wallis no caso de mais de duas categorias. Para avaliar associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Exato de Fisher (desde que a condição para utilização do teste Qui-quadrado de Pearson não foi verificada).

A avaliação da consistência interna de cada uma das escalas e subescalas da AEBS-p e das escalas mYFAS 2.0, BINGE e PHQ-9 foi realizada por meio do Alfa de Cronbach. Na concordância entre duas avaliações na escala AEBS-p (teste-reteste) foi obtido o coeficiente de correlação intraclasse.

Ressalta que o teste t-Student com variâncias iguais e F (ANOVA) foi escolhido quando as variáveis em cada categoria apresentaram distribuição normal e os testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação devido a rejeição da hipótese de normalidade em pelo menos uma das categorias ou uma variável. A verificação da normalidade foi realizada por meio do teste de Shapiro-Wilk e a igualdade de variâncias por meio do teste F de Levene.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS na versão 23.

7 ÉTICA NA PESQUISA

Este estudo toma por base a definição de pesquisa da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, como processo formal e sistemático que visa à produção, ao avanço do conhecimento e/ou à obtenção de respostas para problemas mediante emprego de método científico, sendo a pesquisa envolvendo seres humanos aquela que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, o cumprimento das normas da pesquisa envolvendo os seres humanos preconizada pela Resolução supracitada foi assegurado, de forma que este estudo atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e da equidade. Para tanto, obedeceu a metodologia adequada aos princípios científicos que a justifiquem, com possibilidades de responder às incertezas que o motivaram.

O respeito devido à dignidade humana se processou mediante consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa, reconhecendo este como: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa à qual se propõe participar (BRASIL, 2012).

Dessa forma, o TLCE foi apresentado em linguagem acessível, com inclusão dos seguintes aspectos: a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa; os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados; a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis; a garantia de esclarecimento, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, e da liberdade do voluntário se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Salienta-se que para a efetivação dessa pesquisa foi utilizado um TCLE específico para os participantes do estudo (APÊNDICE H) e um TCLE para os juízes que realizaram a validade da escala (APÊNDICE E).

Assim, os riscos diretos para o voluntário estavam relacionados à possível constrangimento que poderia sentir ao responder as perguntas e compartilhar suas informações pessoais. Um possível risco atribuído a essa pesquisa foi de constrangimento e a quebra de

sigilo de identidade dos voluntários em publicações. A fim de minimizá-los, a pesquisa foi feita em ambiente reservado e priorizado o sigilo em relação às informações obtidas, separando-se os questionários e escalas dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), no qual a identidade dos participantes está expressa. A utilização das informações é exclusivamente para fins científicos, estando assegurada a confidencialidade no estudo. Já os riscos para os juízes estavam relacionados ao possível constrangimento ao avaliar a escala. Por isso, para amenizar esses riscos, foi reforçada a importância de uma avaliação crítica e criteriosa, bem como garantido também o sigilo das considerações feitas pelos juízes. Além disso, os dados coletados nesta pesquisa (questionários e escalas), ficarão armazenados no computador pessoal do pesquisador principal, sob a sua responsabilidade, no seu endereço residencial (Rua Le Parc, 100, apto.2201, torre Tulipe Nord, Pina, Recife-PE, CEP. 51.160-035), pelo período de mínimo 5 anos.

Como benefício, os participantes tiveram a oportunidade de melhorar o entendimento da importância do comportamento alimentar para a sua saúde e ainda de vir a identificar possíveis sinais de adicção alimentar, que podem alertá-los para a necessidade de mudanças ou até um tratamento nesse sentido. Para os juízes, os benefícios foram relacionados à oportunidade de participar de um rigoroso processo de validação de uma escala. Os benefícios globais estão ligados ao avanço do conhecimento em relação a adicção alimentar, sobretudo o comportamento alimentar adictivo, uma condição com uma grande diversidade de aspectos biológicos, sociais e ambientais envolvidos, que pode estar associada também a outros prejuízos na saúde física e psíquica.

Salienta-se que as informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Além disso, estas informações estão armazenadas em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço: Avenida República do Líbano, 251, Empresarial Rio Mar Trade Center, Torre A, Sala 1008 - Pina, Recife - PE - CEP: 5110-160 | Fone PABX: (81) 3126.1008, pelo período de mínimo 5 anos. Os dados impressos ficarão em pastas arquivo e os virtuais em *pen-drive* específico para este fim.

8 RESULTADOS

8.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

A idade dos 150 estudantes do curso de Medicina da UFPE (alunos do quarto, sexto e sétimo períodos) variou de 19 a 46 anos, teve média de 22,76 anos, desvio padrão de 3,79 anos e mediana igual a 22,00 anos.

Na Tabela 1 se apresenta os resultados relativos ao perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Desta tabela, se destaca que: o maior percentual correspondeu aos alunos do 4° período (43,3%), seguido dos alunos do 7° período (37,3%) e os 19,3% restantes eram do 6° período; a maioria (64,7%) era do sexo masculino; mais da metade (54,7%) se autodeclarou com etnia branca; um pouco mais da metade (52,7%) era solteira, com relacionamento fixo (namoro/caso), enquanto 32,7% se declararam solteiros, sem relacionamento fixo ou esporádico. Uma maioria expressiva (85,7%) tinha curso superior incompleto; em relação à religião, as mais citadas foram a católica (38,0%) e protestante/evangélico (13,3%), mas 19,3% declararam que não tinham religião e 12% que eram agnósticos; a maioria (88,7%) tinha como ocupação apenas estudo; em relação a faixa de renda familiar, 22,7% declararam ser menor que R$ 2.999 (sendo que destes, 2,7% menos de R$ 1.000,00), mesmo percentual que declarou a maior faixa de renda (22,7% declararam ser de R$ 20.000 a R$50.000), enquanto os demais (54,7%) declararam renda nas faixas de R$ 3.000 a 20.000; apenas 9,3% informaram receber algum auxílio do governo.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pesquisados

Variável	**n**	**%**
TOTAL	**150**	**100,0**
Período do curso		
4°	65	43,3
6°	29	19,3
7°	56	37,3
Sexo		

Masculino	97	64,7
Feminino	53	35,3
Etnia (auto avaliação)		
Branca	82	54,7
Negra	6	4,0
Parda	61	40,7
Amarela	1	0,7
Estado civil		
Solteiro, sem relacionamento fixo ou esporádico	49	32,7
Solteiro, com relacionamento fixo (namoro/caso)	79	52,7
Solteiro, com relacionamentos esporádicos – S3	13	8,7
Casado (civil ou religioso)	7	4,7
Divorciado/Separado, sem relacionamento atual	2	1,3
Nível de escolaridade		
Ensino médio incompleto	1	0,7
Ensino médio completo	7	4,7
Superior incompleto	128	85,3
Superior completo	11	7,3
Pós – Graduado	3	2,0
Religião		
Católico	57	38,0
Protestante/Evangélico	20	13,3
Espírita	7	4,7
Agnóstico	18	12,0
Ateu	14	9,3
Não tem	29	19,3
Outras	4	2,8

Fonte: Autor da pesquisa.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pesquisados (continuação)

Variável	**n**	**%**
TOTAL	**150**	**100,0**
Ocupação		
Apenas estudante	133	88,7
Estuda e trabalha no emprego formal	9	6,0
Estuda e trabalha no emprego informal	8	5,3
Renda familiar (R$)		
Menos de 1.000	4	2,7
De 1.000 a 2.999	30	20,0
De 3.000 a 5.999	26	17,3
De 6.000 a 9.999	29	19,3
De 10.000 a 19.999	27	18,0
De 20.000 a 50.000	34	22,7
Recebe auxilio do governo		
Sim	14	9,3
Não	136	90,7

Fonte: Autor da pesquisa.

Sobre os dados clínicos contidos na Tabela 2 se enfatiza que: 16,7% declararam que tinham algum transtorno psiquiátrico e 12% já tinham tido anteriormente; 10% responderam que faziam uso de medicação para tratamento psiquiátrico e 12,7% já tinham utilizado, mas não usavam mais; em relação aos transtornos alimentares, dos 150 indivíduos, 7(4,7%) referiram que tinham algum transtorno alimentar e 6 (4%) que já tinham tido, mas não mais atualmente; em relação ao transtorno alimentar referido, o mais frequente foi o de compulsão alimentar (7/13), seguido da anorexia (4/13); a presença de histórico familiar de transtornos alimentares foi referida por 7,3%.

A presença de doenças tipo diabetes, hipertensão e problemas cardiológicos foi de 8,7%. Do total da amostra, 9 indivíduos referiram ter realizado algum tratamento clínico ou cirúrgico para tratamento da obesidade, sendo que destes, 8 tinham feito tratamento clínico e um indivíduo submetido a tratamento cirúrgico. Em relação ao índice de massa corpórea (IMC), houve variação de 17,19 a 46,28, teve média de 23,96, desvio padrão de 4,12 e mediana igual a 23,13, de forma que 22,7% foram classificados com sobrepeso e 6,0% com obesidade.

Em relação ao consumo de substâncias psicoativas, a maioria (67,3%) fazia consumo de álcool esporádico, enquanto 10,0% consumiam regularmente e 22,6% não bebiam (15,3% já tinham feito uso, mas não usavam mais e 7,3% nunca tinha feito uso de álcool); a maioria (76,0%) nunca tinham fumado, 20,0% já tinham fumado, mas não fumavam mais e dos seis indivíduos (4%) que faziam uso atual, apenas um usava regularmente; em relação à maconha, a maioria (66,7%) nunca tinham usado, 26% já haviam feito uso, mas não consumiam mais, e todos os 11 (7,3%) que referiram fazer o uso, relataram o consumo esporádico e não regular; uma minoria (6%) relatou o consumo de outras substâncias e apenas 3 indivíduos relataram problemas por uso excessivo de substâncias ao longo da vida, sendo dois pelo álcool e um por cigarro.

Tabela 2 – Avaliação de dados clínicos

Variável	**n**	**%**
TOTAL	**150**	**100,0**
Teve ou já teve algum transtorno psiquiátrico ao longo da vida?		
Nunca teve	107	71,3
Já teve, mas não tem mais atualmente	18	12,0
Tem atualmente	25	16,7
Já fez ou está fazendo uso de alguma medicação para tratamento de transtorno psiquiátrico?		
Nunca fez	116	77,3
Já fez, mas não faz mais	19	12,7
Está em uso atualmente	15	10,0

Fonte: Autor da pesquisa.

Tabela 2 – Avaliação de dados clínicos (continuação)

Variável	**n**	**%**
TOTAL	**150**	**100,0**
Tem ou já teve algum transtorno alimentar ao longo da vida?		
Nunca teve	137	91,3
Já teve, mas não tem mais atualmente	6	4,0
Tem atualmente	7	4,7
Transtorno que já teve		
Nunca teve	137	91,3
Anorexia	4	2,7
Bulimia	1	0,7
Anorexia/ bulimia	1	0,7
Compulsão alimentar	7	4,7
Já fez algum tratamento médico clínico ou cirúrgico para tratamento da obesidade?		
Não	141	94,0
Sim, tratamento clínico	8	5,3
Sim, tratamento clínico/cirúrgico	1	0,7
Estado nutricional (IMC)		
Baixo peso	5	3,3
Normal	102	68,0
Sobrepeso	34	22,7
Obesidade	9	6,0
Tem ou teve problemas por uso excessivo de substância		

psicoativa ou quadro de dependência química ao longo da vida?		
Nunca	147	98,0
Já teve no passado, mas não atualmente	2	1,3
Tem atualmente	1	0,7
Com qual substância teve problema por uso excessivo		
Nunca	147	98,0
Álcool	2	1,3
Cigarro	1	0,7

Fonte: Autor da pesquisa.

8.2 RESULTADOS DA ESCALAS AEBS-P, MYFAS 2.0, ECAP, PHQ-9 E IMC

Na Tabela 3 se apresentam as estatísticas da escala e subescalas da *Addiction-like Eating Behaviour Scale*, versão em português (AEBS-p), em que é possível observar que a variabilidade expressa por meio do desvio padrão foi reduzida, uma vez que a referida medida teve valor inferior a 1/3 da média correspondente em cada variável.

Tabela 3 – Estatísticas das escalas e as subescalas AEBS-p

Estatística	**Escala AEBS-p**	**Subescala AEBS-p**	
		Impulsividade do apetite	**Baixo controle da dieta**
Media	41,19	23,21	17,99
Desvio padrão	10,93	6,78	5,48
Mediana	41,00	22,00	17,00
P 25	33,00	18,00	14,00
P 75	48,00	27,25	23,00
Valor mínimo	21	10	7
Valor máximo	69	43	29

Fonte: Autor da pesquisa.

Na Tabela 4 se apresentam as estatísticas: média, desvio padrão e mediana da AEBS-p segundo as variáveis sociodemográficas e transtorno psiquiátrico e alimentar. Não foram verificadas diferenças significativas (p > 0,05) entre as categorias das variáveis sociodemográficas em relação aos escores da escala AEBS-p. Em relação ao relato de transtorno psiquiátrico prévio ou atual, também não houve diferença significativa. Embora a média da pontuação na escala AEBS-p tenha sido maior naqueles que relataram ter atualmente um transtorno alimentar em relação aos que nunca tiveram ou já tiveram no passado, mas não têm mais (52,29 x 40,70/39,50), tal superioridade não foi suficiente nessa amostra para caracterizar uma relação estatisticamente significativa, podendo ser no máximo considerada como uma tendência (p<0,10).

Tabela 4 – Estatísticas da escala AEBS-p segundo as variáveis sociodemográficas e transtorno psiquiátrico e alimentar[1]

	Estatísticas da AEBS-p			
Variável	**Media**	**Desvio padrão**	**Mediana**	**Valor de p**
Sexo				$p^{(1)} = 0,475$
Masculino	40,76	10,87	40,00	
Feminino	41,98	11,10	42,00	
Estado civil				$p^{(2)} = 0,406$
Solteiro sem relacionamento fixo	39,29	10,98	39,00	

[1](1) Por meio do teste Mann-Whitney
(2) Por meio do teste Kruskal Wallis
(3) Por meio do teste F-ANOVA

Solteiro com relacionamento fixo	42,63	11,06	41,00	
Solteiro / divorciado	41,27	9,29	43,00	
Casado	38,14	11,94	37,00	
Renda familiar				$p^{(3)} = 0,292$
Ate 2.999	42,24	11,68	40,50	
De 3.000 a 5.999	38,85	10,62	40,00	
De 6.000 a 9.999	44,97	12,10	45,00	
De 10.000 a 19.999	39,93	7,94	41,00	
De 20.000 a 50.000	39,74	11,06	39,00	
Tem ou já teve algum transtorno psiquiátrico ao longo da vida?				$p^{(3)} = 0,193$
Nunca teve	40,37	10,06	40,00	
Já teve, mas não tem mais atualmente	45,39	14,42	46,00	
Tem atualmente	41,68	11,46	42,00	
Tem ou já teve algum transtorno alimentar ao longo da vida?				$p^{(2)} = 0,062$
Nunca teve	40,70	10,74	40,00	
Já teve, mas não tem mais atualmente	39,50	8,17	42,50	
Tem atualmente	52,29	12,05	51,00	

Fonte: Autor da pesquisa.

Dos resultados das escalas de adição à comida de Yale 2.0 modificada- versão brasileira (mYFAS 2.0), escala de compulsão alimentar periódica (ECAP- Binge Eating Scale/BES) e o questionário sobre a saúde do paciente (QSP 9 - Patient Heath Questionnaire/PHQ 9), a Tabela 5 mostra que: 8,6% apresentaram adicção à comida (escala mYFAS 2.0), sendo que desses 13 indivíduos com adicção, 5 apresentaram adicção acentuada; a maioria (82,7%) foi classificada como normal em relação à compulsão alimentar (escala ECAP), mas 13,3% apresentaram uma variação de inclinação ao comer muito e 4,0% foram classificados com uma compulsão alimentar periódica; o questionário sobre a saúde (QSP/PHQ 9) evidenciou que a maioria (69,2%) apresentou pontuação compatível com depressão, sendo que destes, 43,3% compatíveis com depressão leve e 25,9% com depressão moderada a severa.

Dos dados da pesquisa, apurou-se que o número de critérios positivos na escala mYFAS 2.0 variou de 0 a 8, teve média de 0,67, desvio padrão de 1,57, mediana igual a 0,00 e os percentis 25 e 75 iguais a 0,00. Na escala ECAP os valores mínimos e máximo variaram de 0 a 35, a média foi 9,76, desvio padrão 8,18, mediana igual a 7,00 e os percentis 25 e 75 foram 4,00 e 7,00. A escala PHQ-9 variou de 0 a 25, teve média de 7,75, desvio padrão igual a 5,27, mediana igual a 4,00 e percentis 25 e 75 iguais a 4,00 e 10,00.

Nas Tabelas 6 a 8 se apresentam correlações entre os escores das escalas do AEBS-p, IMC e mYFAS 2.0, entre si e com as demais escalas.

Da Tabela 6 se destaca que as correlações entre AEBS-p com as outras escalas foram significativamente diferentes de zero, sendo todas positivas, o que indica uma relação direta entre as variáveis; foi razoavelmente elevada com a escala ECAP (0,70) e variou de 0,35 a 0,41 com as outras variáveis: IMC, mYFAS 2.0 e PHQ-9.

Tabela 5 – Resultados das escalas: mYFAS 2.0, ECAP e PHQ-9[2]

Variável	**N**	**%**
TOTAL	**150**	**100,0**
Escala de Adição à comida de Yale 2.0 modificada		

[2](1) Foram considerados com significado clínico se pelo menos uma das questões 5 e 6 do mYFAS 2.0 foi considerado positivo.

Sem adição a comida (Não preenche requisitos para significado clínico [(1)])	137	91,3
Adição a comida leve (2 a 3 sintomas) e significado clínico	6	4,0
Adição a comida moderada (4 a 5 sintomas) e significado clínico	2	1,3
Adição a comida acentuada (6 ou mais sintomas) e significado clínico	5	3,3
Escala de compulsão alimentar periódica (ECAP)		
Normal (Até 17)	124	82,7
Variação de inclinação ao comer muito (de nada a muito) (18 a 29)	20	13,3
Compulsão alimentar periódica (30 ou mais)	6	4,0
Escala PHQ-9 (Sobre a saúde do/a paciente)		
Mínima ou nenhuma (0-4)	46	30,7
Depressão leve (5-9)	65	43,3
Depressão moderada (10-14)	26	17,3
Depressão moderada/severa (15-19)	5	3,3
Depressão severa (20-27)	8	5,3

Fonte: Autor da pesquisa.

Tabela 6 – Correlação de Spearman entre os escores da escala AEBS-p com IMC e os escores das escalas mYFAS 2,0, ECAP e PHQ – 9[3]

Variável	**r_s (p)**
IMC	0,37 (<0,001*)
mYFAS 2.0	0,41 (<0,001*)
ECAP	0,70 (<0,001*)
PHQ–9	0,35 (<0,001*)

Fonte: Autor da pesquisa.

Com exceção da escala PHQ-9, o IMC mostrou correlação significativamente diferente de zero com as subescalas da AEBS-p e as outras escalas; todas as correlações foram positivas,

[3] (*)Correlação significativamente diferente de zero a 5%.

e foi mais elevada com a subescala de Impulsividade do apetite da AEBS-p (0,48), conforme resultados apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 – Correlação de Spearman entre os escores da escala IMC com os escores da subescalas AEBS-p, mYFAS 2.0, ECAP e PHQ–9[4]

Variável	**r_s (p)**
Subescala AEBS-p (Impulsividade do apetite)	0,48 (<0,001*)
Subescala AEBS-p (Baixo controle da dieta)	0,19 (0,020*)
mYFAS 2.0	0,29 (<0,001*)
ECAP	0,39 (<0,001*)
PHQ–9	0,09 (0,279)

Fonte: Autor da pesquisa.

A Tabela 8 mostra correlações positivas da mYFAS 2.0 com cada subescala da AEBS-p, com a ECAP e o PHQ-9, onde se verifica serem todas significativas e positivas, sendo as maiores aquelas com a subescala de impulsividade do apetite da AEBS-p (0,47) e com a escala de compulsão alimentar periódica- ECAP (0,49).

Tabela 8 – Correlação de Spearman entre os escores da escala mYFAS 2.0 com os escores da subescalas da AEBS-p, ECAP e PHQ–9[5]

Variável	**r_s (p)**
Subescala AEBS-p (Impulsividade do apetite)	0,47 (<0,001*)
Subescala AEBS-p (Baixo controle da dieta)	0,26 (0,001*)
ECAP	0,49 (<0,001*)
PHQ-9	0,37 (<0,001*)

Fonte: Autor da pesquisa.

[4] (*) Correlação significativamente diferente de zero a 5%.
[5] (*) Correlação significativamente diferente de zero a 5%.

Na tabela 9 há um resumo da correlação da AEBS-p e suas subescalas, da mYFAS 2.0, da ECAP, do PHQ-9 e do IMC. A correlação da AEBS-p com o IMC é semelhante à da ECAP com o mesmo índice (0,37 e 0,39, respectivamente). A mYFAS 2.0 também apresenta correlação positiva com o IMC, embora menor (0,29). Dentro das correlações avaliadas, a subescala de impulsividade do apetite da AEBS-p foi a que apresentou a maior correlação com o IMC (0,48). Em relação à ECAP, a AEBS-p apresentou uma maior correlação do que a mYFAS 2.0 (0,70 versus 0,49), sendo tal correlação ainda mais significativa na subescala de impulsividade do apetite (0,76). A AEBS-p, a mYFAS 2.0 e a ECAP, diferentemente do IMC, apresentaram correlações semelhantes e positivas com a PHQ-9 (0,35, 0,37 e 0,38, respectivamente).

Tabela 9 – Correlação de Spearman entre os escores da escala AEBS-p e suas subescalas, da mYFAS, da ECAP, do PHQ-9 e do índice de massa corpórea (IMC)[6]

Variável	**AEBS-p**	**IMC**	**mYFAS 2.0**	**ECAP**	**PHQ-9**
IMC	0,37 (<0,001*)				
mYFAS 2.0	0,41 (<0,001*)	0,29 (<0,001*)			
ECAP	0,70 (<0,001*)	0,39 (<0,001*)	0,49 (<0,001*)		
PHQ–9	0,35 (<0,001*)	0,09 (0,279)	0,37 (<0,001*)	0,38 (<0,001*)	

[6] (*) Correlação significativamente diferente de zero a 5%.

Subescala AEBS (Impulsividade do apetite)	0,48 (<0,001*)	0,47 (<0,001*)	0,76 (<0,001*)	0,37 (<0,001*)
Subescala AEBS (Baixo controle da dieta)	0,19 (0,020*)	0,26 (0,001*)	0,49 (<0,001*)	0,27 (0,001*)

Fonte: Autor da pesquisa.

A Tabela 10 mostra diferenças significativas entre as categorias das escalas mYFAS 2.0, ECAP e PHQ-9, e para estas variáveis se verifica que as médias da AEBS-p foram correspondentemente mais elevadas entre os com adição do que sem adição (55,92 x 39,80) por meio da mYFAS 2.0, também maiores no grupo dos que tinham compulsão alimentar ou variação de inclinação ao comer muito em relação ao grupo normal (61,17/52,40 x 38,42) por meio da ECAP, e ainda superiores naqueles referidos com depressão moderada ou severa, em comparação àqueles com depressão mínima ou nenhuma ou com depressão leve (46,31/53,08 x 37,41/39,45) por meio da PHQ-9.

Tabela 10 – Estatísticas das escalas AEBS-p segundo as categorias das escalas mYFAS 2.0, ECAP e PHQ-9[7]

	Estatísticas da AEBS-p			
Variável	**Média**	**Desvio padrão**	**Mediana**	**Valor de p**
Escala de Adição à comida de Yale				$p^{(1)} <$ 0,001*
2.0 modificada (mYFAS 2.0)				

[7] (*) Diferença significativa de 5,0%.
(1) Por meio do teste t-Student com variâncias iguais
(2) Por meio do teste Kruskal-Wallis com comparações do referido teste
(3) Por meio do teste F-ANOVA com comparações de Tukey
Obs.: Se as letras entre parêntesis são distintas se comprova diferenças significativas entre as categorias correspondentes.

Sem adição	39,80	9,99	40,00	
Com adição	55,92	9,76	57,00	
Escala de compulsão alimentar periódica (ECAP)				p [(2)] < 0,001*
Normal (Até 17)	38,42 [(A)]	9,14	39,00	
Variação de inclinação ao comer muito (de nada a muito) (18 a 29)	52,40 [(B)]	7,69	52,50	
Compulsão alimentar periódica (30 ou mais)	61,17 [(B)]	10,40	63,50	
Escala PHQ-9 – Sobre a saúde do/a paciente				p [(3)] < 0,001*
Mínima ou nenhuma (0-4)	37,41 [(A)]	10,00	35,00	
Depressão leve (5-9)	39,45 [(A)]	9,83	39,00	
Depressão moderada (10-14)	46,31 [(B)]	10,23	44,50	
Depressão severa (15-27)	53,08 [(B)]	9,71	48,00	

Fonte: Autor da pesquisa.

A Tabela 11 mostra associação significativa entre os resultados do índice de massa corpórea (IMC) com as escalas Adição à comida de Yale 2.0 modificada (mYFAS 2.0-Modified Yale Food Addiction Scale 2.0) e compulsão alimentar periódica (ECAP) e não significativa com PHQ–9. Para as variáveis com associação significativa, se enfatiza que: o percentual daqueles sem adicção à comida reduziu com o aumento do IMC, de forma que a presença de adicção à comida foi mais elevada entre os obesos (55,6%) do que naqueles com sobrepeso (11,8%) ou com peso normal (3,9%). O percentual daqueles considerados normais por meio da escala de compulsão alimentar periódica (ECAP) também reduziu com o aumento do IMC, tendo ocorrido entre 89,2% daqueles que tinham peso normal, 67,6% entre os que tinham sobrepeso e 55,6% nos que tinham obesidade. O percentual daqueles com compulsão alimentar foi mais elevado entre os obesos (22,2%), mas não mostrou diferença entre aqueles

com sobrepeso e peso normal (em ambos foi de 2,9%), já a variação de inclinação a comer foi maior tanto em obesos (22,2%) quanto naqueles com sobrepeso (29,4%).

Tabela 11 – Avaliação das escalas: adição à comida de Yale 2.0 modificada (mYFAS 2.0), Compulsão alimentar periódica (ECAP), PHQ–9 segundo o índice de massa corpórea (IMC)[8]

Escala	**Estado nutricional (IMC)**										**Valor p**
	Baixo peso		**Normal**		**Sobrepeso**		**Obesidade**		**Total**		
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Grupo total	**5**	**100,0**	**102**	**100,0**	**34**	**100,0**	**9**	**100,0**	**150**	**100,0**	
Adição à comida											p (1) < 0,001*
Yale 2.0 modificada (mYFAS 2.0)											
Sem adição	5	100,0	98	96,1	30	88,2	4	44,4	137	91,3	
Com adição	-	-	4	3,9	4	11,8	5	55,6	13	8,7	
Compulsão alimentar Periódica (ECAP)											p (1) = 0,005*
Normal	5	100,0	91	89,2	23	67,6	5	55,6	124	82,7	
Variação de inclinação a comer	-	-	8	7,8	10	29,4	2	22,2	20	13,3	
Compulsão alimentar	-	-	3	2,9	1	2,9	2	22,2	6	4,0	

8 (*) Associação significativa ao nível de 5,0%. (1) Por meio do teste Exato de Fisher.

PHQ-9											p [(1)] = 0,439
Mínima ou nenhuma	1	20,0	34	33,3	7	20,6	4	44,4	46	30,7	
Depressão leve	4	80,0	45	44,1	14	41,2	2	22,2	65	43,3	
Depressão moderada	-	-	16	15,7	8	23,5	2	22,2	26	17,3	
Depressão severa	-	-	7	6,9	5	14,7	1	11,1	13	8,7	

Fonte: Autor da pesquisa.

Na Tabela 12, se apresentam os valores do Alfa de Cronbach dos instrumentos AEBS-p, mYFAS 2.0, ECAP e PHQ-9, onde se verifica uma adequada consistência interna de todos eles, incluindo as subescalas da AEBS-p, com um valor idêntico do Alfa de Cronbach para as três primeiras escalas.

Tabela 12 – Alfa de Cronbach das escalas

Escalas	**Alfa de Cronbach**
AEBS-p	0,91
mYFAS 2.0	0,91
ECAP	0,91
PHQ-9	0,84
Subescala AEBS-p de impulsividade do apetite	0,88
Subescala AEBS-p de controle da dieta	0,89

Fonte: Autor da pesquisa.

A Tabela 13 demonstra valores do Alfa de Cronbach muito semelhantes (oscilações de 0,90 a 0,92) na escala AEBS-p diante da testagem de supressão de cada item, não sendo indicativo de necessidade de exclusão de nenhum dos itens da escala.

Tabela 13 – Alfa de Cronbach da escala AEBS-p por item excluído

Item	**Alfa de Cronbach se o item for excluído**
P1. Continuo comendo apesar de me sentir cheio (a)	0,91
P2. Eu me sirvo porções grandes demais	0,91
P3. Eu acho difícil limitar o que/quanto eu como	0,90
P4. Eu como compulsivamente	0,91
P5. Quando se trata de comida, eu costumo me permitir certos exageros	0,91
P6. Eu sou facilmente capaz de fazer escolhas por alimentos saudáveis	0,91
P7. Quando começo a comer certos alimentos, não consigo parar até que acabem	0,91
P8. Apesar de tentar me alimentar de forma saudável, acabo comendo “porcarias”	0,91
P9. Eu como até passar mal	0,91
P10. Eu continuo comendo certos tipos de alimentos que não são saudáveis apesar de saber dos seus efeitos sobre minha saúde	0,91
P11. Eu costumo não comprar alimentos processados que têm	0,91

alto teor de gordura, sal e açúcar	
P12. Eu não como muitos alimentos com alto teor de gordura/açúcar	0,91
P13. Eu acredito que tenho uma alimentação saudável	0,91
P14. Eu não costumo comer exageradamente	0,90
P15. Eu me sinto incapaz de controlar meu peso	0,92

Fonte: Autor da pesquisa.

A Tabela 14 demonstra um coeficiente de correlação intraclasse satisfatório, tanto para a AEBS-p, quanto suas subescalas, na avaliação do teste-reteste realizado com 37 indivíduos, com intervalo de 8 semanas.

Tabela 14 – Estatísticas das escalas e as subescalas do teste-reteste e coeficiente de correlação intraclasse (n=37)

			Subescalas AEBS-p	
Avaliação	**Estatística**	**Escala AEBS-p**	**Impulsividade do apetite**	**Baixo controle da Dieta**
Primeira	Media	40,68	22,57	18,11
	Desvio padrão	10,76	6,19	6,07
Segunda	Media	38,78	21,76	17,03
	Desvio padrão	10,99	6,41	5,70
Coeficiente de correlação intraclasse		0,84 (0,71 a 0,91)	0,82 (0,68 a 0,90)	0,82 (0,68 a 0,90)

Fonte: Autor da pesquisa.

9 DISCUSSÃO

O recente desenvolvimento e processo de validação da escala *Addiction-Like Eating Behaviour Scale* (AEBS) por Ruddock e colaboradores (RUDDOCK et al., 2017) teve sua importância tanto no meio científico, uma vez que reforça a existência de um quadro de adicção relacionado ao comportamento alimentar, quanto na prática clínica, uma vez que se mostrou como o primeiro instrumento que permite avaliar essa condição na perspectiva de uma adicção

que tem aspectos neurobiológicos e clínicos diferentes daqueles relacionados diretamente ao consumo de substâncias psicoativas.

O processo de tradução, adaptação e validação da AEBS para o português realizado neste presente projeto foi conduzido no sentido de propiciar a possibilidade de uso desse instrumento no contexto brasileiro, e assim, permitir a melhor compreensão da adicção alimentar nessa população. O desenvolvimento de cada etapa da tradução da escala ocorreu de forma a atender o modelo preconizado por Beaton e colaboradores (BEATON et al., 2007), processo que se mostrou de fundamental importância na devida adequação dos termos e expressões à língua e cultura do país.

Dessa forma, foram realizadas as traduções iniciais por tradutores independentes, formulada uma versão unificada dessas duas traduções, que foi submetida para retrotradução por dois tradutores nativos da língua de origem, também de forma independente, e então seguiu-se para a etapa de revisão por um comitê de juízes. Essa etapa de avaliação por esse último grupo foi especialmente relevante para todo esse processo, uma vez que a discussão das traduções por um grupo multiprofissional heterogêneo, incluindo todos tradutores, pôde evidenciar tanto as possíveis dificuldades na compreensão de alguns termos que haviam sido traduzidos por uma perspectiva mais técnica ou médica, quanto outros termos que embora de mais fácil compreensão pelo público geral, poderiam não contemplar o conceito técnico do que se avaliava, caso não houvesse a participação de tradutores e juízes conhecedores da temática abordada pela escala. E ainda, a participação de tradutores nativos se mostrou importante na devida compreensão de termos mais específicos presentes na escala, minimizando a possível perda do sentido original que cada sentença avaliava.

A discussão item a item das traduções da escala, visando chegar sempre a um consenso e não uma maioria ou decisão específica de algum juiz, foi uma etapa crucial e considerada por todos de grande valia. Por fim, a última etapa, chamada de pré-teste, foi realizada com 40 indivíduos, que tiveram também a oportunidade de colaborar com dúvidas, críticas e sugestões em cada item da escala, tanto verbalmente quanto por escrito. Esse momento final evidenciou uma adequada compreensão do instrumento entre os avaliados, uma vez que a expressiva maioria declarou o pleno entendimento dos itens descritos na escala, e as dúvidas e sugestões foram pontuais e não associadas ao processo de tradução e adaptação, de forma que nenhuma mudança precisou ser realizada após essa etapa. Essa etapa do pré-teste foi realizada com alunos do oitavo período do curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), *campus* Recife, visando uma adequação de se ter uma população semelhante àquela na qual a escala seria validada.

Como limitação do presente estudo, destaca-se o fato de a amostra ter sido selecionada por conveniência e representar um universo específico, uma vez que é composta apenas por estudantes universitários do curso de Medicina de uma determinada universidade pública. Considerou-se principalmente o fato de serem um grupo do qual se infere um maior nível educacional ou intelectual em relação à média da população geral. Por outro lado, sabe-se que é um grupo com uma significativa e distinta proximidade com a população geral ao longo de sua formação médica, inclusive com aqueles de baixa escolaridade, realidade que pode contribuir para uma maior atenção às dificuldades que esse público poderia ter com termos e expressões de uma escala. Assim, ainda que a amostra não possa ser considerada exatamente representativa da população brasileira no geral, uma vez que para atender de forma adequada a esse quesito seria necessária uma amostra maior, de diferentes idades, níveis socioeducacionais e regiões do país, tal limitação não foi considerada um impeditivo para o processo de tradução e adaptação da escala para língua portuguesa no contexto brasileiro.

A aplicação da versão final da escala AEBS-p, do questionário sociodemográfico e dos outros determinados instrumentos (mYFAS 2.0, ECAP, PHQ-9) foi realizada na direção de uma análise da escala traduzida diante das diversas variáveis populacionais, incluindo o índice de massa corpórea (IMC) e história clínica, mas também frente à perspectiva de outras escalas que também avaliam o contexto relacionado ao comportamento alimentar, ainda que existam algumas divergências conceituais entre elas (adicção alimentar-AEBS-p, adicção à comida - mYFAS 2.0 e compulsão alimentar-ECAP), e por fim, um instrumento desenvolvido para rastreio da depressão (PHQ-9), condição que pode ter uma relação com os hábitos alimentares, mas não de forma direta com a adicção alimentar.

Em relação às características da população do presente estudo, a média de idade, 22,76 (+-3,79) (n=150), foi semelhante àquela em que foi desenvolvida e validada a escala original (AEBS) por Ruddock e colaboradores (RUDDOCK et al., 2017) na Inglaterra, que foi de 24,32 (+-10,69) em um primeiro grupo (G1; n=307) e de 24,03 (+-11,18) num segundo grupo (G2; n=204). O Índice de Massa Corpórea (IMC) médio também foi semelhante nos dois estudos, sendo de 23,96 Kg/m2 (+-4,12) neste processo de tradução e de 23,58 Kg/m2 (+-5,12) (G1) e 23,24 Kg/m2 (+-5,07) (G2) no estudo da escala inglesa. Não houve diferença estatisticamente significativa entre gêneros em nenhuma das amostras, mas no presente estudo o número de mulheres (53/150, p=0,475) foi menor que o número de homens, diferentemente da população da escala original (G1=270/307, Ps > 0,182; G2=170/204, Ps > 0,539).

Quanto à pontuação geral na escala, a média encontrada na versão em português (AEBS-p) foi de 41,19 (+-10,93) (a pontuação nessa escala varia de 15 a 75), valor semelhante àquele

encontrado no processo de validação da escala original (AEBS) na Inglaterra, em estudo com total de 511 participantes, que apresentaram média da AEBS de 41,41(+-9,83) (G1; n=307) e 40,95 (+-9,05) (G2; n=204) (RUDDOCK et al., 2017).

Em relação aos dados sociodemográficos, não houve correlação estatisticamente significativa da pontuação na AEBS-p com o estado civil (p=0,406) ou com a renda familiar (p=0,406), constatação que aponta na possível direção de uma condição que alcança as diferentes classes socioeconômicas e que não apresenta na questão do relacionamento afetivo um fator de risco ou proteção.

Quanto ao relato de transtorno psiquiátrico prévio ou atual, também não houve diferença significativa na pontuação da AEBS-p (p=0,193), de forma que não parece ser uma condição diretamente associada a algum outro transtorno psiquiátrico, embora não se possa, somente com este estudo, se excluir a possibilidade de alguma influência entre esses. E mais, em relação ao relato específico de um quadro de transtorno alimentar, no presente estudo não foi evidenciado uma correlação estatisticamente significativa (p=0,062) entre a presença de um transtorno alimentar e a pontuação na escala para adicção alimentar (AEBS-p), apesar de tal resultado poder ser considerado uma tendência entre as duas condições (p<0,10), sugerindo-se que, ainda que os transtornos alimentarem sejam quadros relacionados à temática da alimentação e do comportamento alimentar, não parecem ser idênticos ao conceito da adicção alimentar.

Em relação à escala de adicção à comida de Yale 2.0 modificada (mYFAS 2.0), 8,6% apresentaram pontuação compatível com o quadro de adicção à comida, sendo que 4% com adicção leve, 1,3% moderada e 3,3% acentuada. Tais dados se mostraram diferentes daqueles encontrado por Nunes e colaboradores em estudo realizado no Brasil com a mYFAS 2.0 através de formulário eletrônico com amostra de 7.639 indivíduos, dos quais 4,31% foram classificados com a adicção à comida, sendo 1,02% leve, 1,20% moderada e 2,09% acentuada; Nunes ressalta que os resultados da prevalência da adicção à comida encontrados na sua pesquisa foram inferiores àqueles evidenciados em estudos prévios com a mYFAS 2.0 em outros países (NUNES-NETO et al., 2017).

O processo de desenvolvimento da escala original AEBS se deu a partir de um entendimento diferente dos seus desenvolvedores, e de parte da comunidade científica, a respeito do conceito da adicção no universo da alimentação. A principal consideração seria de que tal quadro realmente existe e está relacionado a um maior risco para obesidade, mas que diferente do proposto pela até então principal escala que avaliava esse contexto (mYFAS 2.0), essa adicção não estaria primariamente relacionada às substâncias químicas presentes nos alimentos, mas sim, ao desenvolvimento de um comportamento alimentar de adicção, ou seja,

seria mais uma adicção alimentar (*eating addiction*) do que uma adicção à comida (*food addiction*).

Nesse âmbito, a AEBS foi desenvolvida a partir de critérios próprios relacionados ao comportamento alimentar de adicção e não a partir da adaptação dos critérios diagnósticos usados para adicção por substâncias psicoativas, como a mYFAS 2.0. Diante desse panorama, se faz importante investigar o quão relevante a escala AEBS-p pode se mostrar na avaliação de indivíduos com uma possível adicção alimentar, postulado como importante fator de risco para sobrepeso e obesidade.

No presente estudo, a AEBS-p mostrou uma correlação de 0,41 com a mYFAS 2.0 (versão mais recente desenvolvida a partir da YFAS), valor um pouco inferior àquele encontrado por Ruddock, que mostrou correlação de 0,56 entre a AEBS e a YFAS (primeira versão, não a nova versão modificada- mYFAS 2.0) (RUDDOCK et al., 2017), mas que, em ambos os casos, apontam para a existência de algumas similaridades, mas também de importantes diferenças entre os dois construtos.

Os resultados da correlação da AEBS-p com o IMC encontrados nesse estudo (0,37) foram superiores àqueles da mYFAS 2.0 com o mesmo índice (0,29), achado que está alinhado com o encontrado por Ruddock e colaboradores, de tal forma que a AEBS-p poderia ter uma capacidade preditiva levemente superior à da mYFAS 2.0 em relação à variação do IMC, mas, ainda assim, sem ter uma relação tão forte ou direta, achado que está alinhado com o entendimento conceitual de é possível existir a adicção alimentar em pacientes com peso normal e também obesos sem a adicção.

Em relação à escala de compulsão alimentar periódica (ECAP/BES), instrumento que avalia especificamente a perspectiva da compulsão alimentar, a correlação da AEBS-p foi de 0,70 ($p<0,001$), achado semelhante ao de Ruddock e colaboradores, que mostrou correlação de 0,67 ($p<0,001$) entre a AEBS e a BES (RUDDOCK et al., 2017). A correlação da mYFAS 2.0 com a ECAP no presente estudo foi de 0,49, inferior à da AEBS-p com a ECAP. Tais dados, aliados à já relatada falta de correlação significativa, mas possível tendência, entre a AEBS-p e o relato de transtorno alimentar, apontam na direção de possíveis aspectos em comum entre a adicção alimentar e o transtorno alimentar, mas ao mesmo tempo se afasta da compreensão de que se tratam de uma mesma situação clínica.

Tanto a escala AEBS-p, quanto a mYFAS 2.0 e a ECAP, apresentaram correlações semelhantes com o questionário PHQ-9 (0,35, 0,37 e 0,38, respectivamente), o que pode sugerir um papel do humor no contexto da adicção alimentar/ à comida ou do transtorno alimentar, muito embora em nenhum dos três tenha se apresentado uma correlação tão forte, resultado que

está alinhado com o entendimento de que a depressão não seria necessariamente a causa, consequência ou condição suficiente ou necessária para o desenvolvimento das alterações na esfera alimentar. E diferentemente dos outros instrumentos, o PHQ-9 não apresentou correlação estatisticamente significativa com o IMC, demonstrando realmente um resultado divergente dos demais instrumentos quanto a sua associação com a obesidade.

A pesquisa evidenciou ainda que AEBS-p também demonstrou resultados satisfatórios quanto a sua confiabilidade, tanto por meio de uma significativa consistência interna (Alfa de Cronbach= 0,91), quanto por meio de uma boa correlação no teste-reteste (0,82 a 0,84). Ressalta-se que o intervalo entre as avaliações no teste-reteste foi de 8 semanas, tempo significativo para dissipar o viés de lembrança das respostas anteriores pelo indivíduo, mas que poderia também sofrer influência de mudanças vividas pelo sujeito nesse período. De toda forma, a correlação encontrada evidencia boa de estabilidade do instrumento, achado também revelado por Ruddock e colaboradores com a escala original.

Dessa forma, o processo de tradução, adaptação e validação da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS-p) para o português, foi realizado de forma satisfatória, atendendo tanto às devidas etapas do processo de tradução e adaptação, que pôde também atestar sua validade de conteúdo, bem como às análises e correlações realizadas no seu processo de validação, que mostraram um boa confiabilidade diante de uma significativa consistência interna e no teste-reteste, e também uma boa validade de construto. Assim, a AEBS-p se mostra como um instrumento apto, confiável e útil para a avaliação do comportamento alimentar de adicção na população brasileira.

10 CONCLUSÕES

A adicção alimentar, atualmente ainda pouco reconhecida na prática clínica, tem se mostrado como condição de importante impacto na saúde do indivíduo e da sociedade, seja por sua própria natureza de adicção, quanto por sua associação com a obesidade e sobrepeso, que já possuem vasta associação com inúmeras patologias, mas ainda permanecem com lacunas quanto ao entendimento de seus aspectos etiológicos e terapêuticos. O reconhecimento da adicção alimentar como fator presente e relevante em um número significativo daqueles com obesidade, poderá abrir uma nova porta para o melhor entendimento e direcionamento de ações em pesquisas científicas e medidas de saúde pública.

A *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS), desenvolvida e validada em 2017 por Ruddock e colaboradores, mostrou-se como instrumento pioneiro na avaliação da adicção alimentar, uma vez que, ao contrário de outras escalas previamente desenvolvidas, não avalia tal condição na perspectiva de uma adicção relacionada a substâncias químicas específicas que estariam presentes nos alimentos, mas sim uma condição predominantemente associada ao comportamento alimentar, já defendido por muitos como o principal fator catalisador e mantenedor dessa adicção. Além disso, Ruddock e colaboradores, demonstraram que a AEBS apresentou um maior valor preditivo em relação a variância do IMC do que outras escalas previamente desenvolvidas.

A *Addiction-like Eating Behaviour Scale*, em sua versão traduzida para o português (AEBS-p) nesse estudo, demonstrou propriedades psicométricas bastante satisfatórias, com boa confiabilidade e validade, além de também ter se mostrado superior à escala mYFAS 2.0, instrumento que se propõe a avaliar a adicção à comida, quanto à sua correlação com a variância do IMC. Assim, a AEBS-p pôde ser validada como instrumento que possibilita a avaliação do quadro de adicção alimentar na população brasileira.

A identificação e caracterização dessa adicção traz à tona importante discussão sobre o papel do comportamento alimentar no desenvolvimento da obesidade e suas patologias associadas. E mais, esse primeiro estudo de validação da AEBS-p serve como ponto de partida para que venham a ser desenvolvidos outros estudos, com diferentes populações no Brasil, que possam expandir o conhecimento e posterior trabalho de prevenção e tratamento da adicção alimentar.

REFERÊNCIAS

ALBAYRAK, Ö.; HEBEBRAND, J. [Eating addiction - a behavioral addiction?]. **Europe PMC plus**, v. 65, n. 1, p. 39-41, 2015.

ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Adaptación cultual de instrumentos utilizados em salud ocupacional. Rev Pan Salud Publica, v. 11, n. 2, p. 109-111, 2002.

APA, A. P. A. Substance-Related and Addictive Disorders. In: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. Washington, D.C: American Psychiatric Association, APA, 2013a. p. 585-589.

APA, A. P. A. Feeding and Eating Disorders. In: **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. [s.l.] Washington, D.C, 2013b. p. 329-354.

BEATON et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **SPINE**. v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2007.

BECHARA, A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. **Nature Neuroscience**, v. 8, n. 11, p. 1458-63, 2005.

BECK, P.; MALT, UF.; DENCKER, SJ.; AHLFORS, UG.; ELGEN, K.; LEWANDER, T. et al. **Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders**. Acat Psychiatr Scand. 1993;Suppl 372:1-87.

BRASIL. Resolução nº 466/12. **Conselho nacional de saúde**. Comissão nacional de ética em pesquisa**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BULLINGER et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. **International Quality of Life Assessment**. J Clin Epidemiol. 1998 Nov;51(11):913-23.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure. **Psychometrika**, v. 16, p. 297 -334, 1951.

DICKSON, S.; MERCER, J. NeuroFAST consensus opinion on food addiction. **NeuroFast**, 2013.

FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 215-220, Dec. 2001.

GEARHARDT, A. N. et al. **Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale for children**. Eating Behaviors, v. 14, n. 4, p. 508-512, 2013.

HEBEBRANDA, J. et al. "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 47, p. 295-306, 2014.

KASS, RA.; TINSLEY, HEA. Factor analysis. **Journal of Leisure Research**, 1979, 11.120-138.

KENNY, P. J. The food addiction. **Scientific American**, p. 267-277, 2015.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med**, v. 16, n. 9, p. 606-13, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, G.; TEOPHILO, C. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** São Paulo: Atlas, 2009.

MENEZES, PR.; NASCIMENTO, AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em Psiquiatria. In: GORENSTEIN, C.;ANDRADE, LH.; ZUARDI, AW. (editores). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos editorial, 2000.p.23-8.

MEULE, A. et al. Correlates of food addiction in obese individuals seeking bariatric surgery. **Clinical Obesity**, v. 4, n. 4, p. 228-236, 2014.

MEULE, A.; GEARHARDT, A. N. Food addiction in the light of DSM-5. **Nutrients**, v. 6, n. 9, p. 3653-3671, 2014.

NUNES-NETO, P.R. et al. Food addiction: prevalence, psychopathological correlates and associations with quality of life in a large sample. **J Psychiatr Res**, v. 96, p. 145-152, 2017).

OMS. **Obesity and overweight. Fact sheet**.World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en.(accessed 13 November 2017).

PASQUALI, L. **Instrumentação Psicológica:** fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PURSEY, K. M. et al. The prevalence of food addiction as assessed by the yale food addiction scale: A systematic review. **Nutrients**, v. 6, n. 10, p. 4552-4590, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem:** uma avaliação de evidências para prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RUDDOCK, H. K. et al. Eating to live or living to eat? Exploring the causal attributions of self-perceived food addiction. **Appetite**, v. 95, p. 262-268, 2015.

RUDDOCK, H. K. et al. The development and validation of the Addiction-like Eating Behaviour Scale. **International Journal of Obesity**, v. 41, n. 11, p. 1710-1717, 2017.

SCHULTE, E. M.; GEARHARDT, A. N. Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0. **Eur Eat Disord Rev**., v. 25, n. 4, p. 302-308, Jul 2017.

VOLKOW, N. D.; WISE, R. A. How can drug addiction help us understand obesity? **Nature Neuroscience**, v. 8, p. 555-560, 2005.

APÊNDICE A - LISTA DO CONTEÚDO DO KIT PARA OS JUIZES

1. Uma representação gráfica do protocolo utilizado no projeto de tese;
2. Revisão de literatura frente à temática da adicção alimentar e uma descrição dos propósitos da escala;
3. Termo de consentimento livre e esclarecido para juízes;
4. Instrumento de caracterização dos juízes;
5. *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) em sua versão original;
6. As duas versões traduzidas da *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) (T1 e T2) e a síntese das duas versões (T12);
7. As duas versões retraduzidas para o inglês (*Back translation)*;
8. Um instrumento de avaliação pelos juízes quanto à equivalência semântica, idiomática, experimental, cultural e conceitual da versão traduzida para o português da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* -AEBS

APÊNDICE B - CONVITE PARA JUÍZES

Recife, ____ de _____ de 2018.

Prezado (a) Senhor (a)

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de Doutorando da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife-PE, para validar uma escala de comportamento alimentar de adicção desenvolvida em outro país. Para ser utilizada no Brasil, a escala precisa ser submetida a um protocolo de tradução, adaptação transcultural e validação clínica.

Diante de sua atividade e experiência profissional, você foi escolhido para emitir seu julgamento sobre o conteúdo deste instrumento respondendo ao questionário em anexo. As atividades que solicito ao (a) senhor (a) referem-se a:

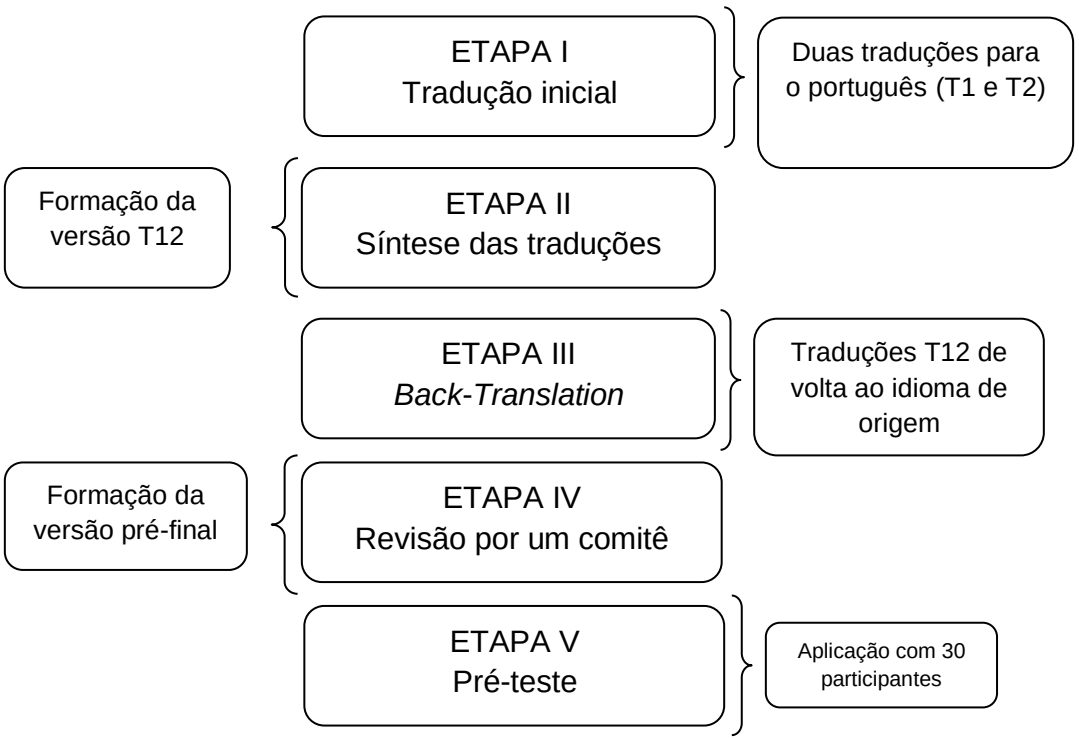
1 - Leitura da Sinopse sobre adicção alimentar para que assim o (a) senhor (a) possa melhor compreender o referencial teórico utilizado nesse estudo;
2 - Apreciação do conteúdo da escala ao preencher o Formulário referente à validação de Conteúdo;
3 - Comentários e sugestões sobre os domínios e itens da escala. Assim, o (a) senhor (a) pode sugerir a inclusão, exclusão ou modificação de qualquer item que achar pertinente;
4 - Assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, que o (a) senhor (a) devolva os questionários dentro do prazo de 05 dias. Desde já, agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessária.

Tiago Queiroz Cardoso
Rua Le Parc, 100, apt 2201 TN, Recife-PE (cel: 999109473)
E-mail: tiagoqueirozcardoso@gmail.com
Murilo Duarte da Costa Lima
Orientador (E-mail: murilocostalima@ig.com.br)

APÊNDICE C - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO PROTOCOLO UTILIZADO NO PROJETO

Figura 1: Representação gráfica do processo de tradução e adaptação recomendado por Beaton et al. (2007).



Fonte: Autor da pesquisa

A tradução, adaptação e validação da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para língua portuguesa do Brasil, irá permitir a identificação e mensuração da adicção alimentar na população por meio da avaliação do seu comportamento alimentar de adicção, para que diante do reconhecimento dessa condição possam ser desenvolvidos opções terapêuticas e de suporte a essa população.

APÊNDICE D - CARTA CONVITE PARA JUÍZES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: TIAGO QUEIROZ CARDOSO
ORIENTADOR: MURILO DUARTE DA COSTA LIMA

Prezado (a) Senhor (a)

Sou **Tiago Queiroz Cardoso**, psiquiatra e discente do Curso de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco. Estou realizando um estudo intitulado Tradução, adaptação e validação da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para uso no Brasil e, venho por meio desta, convidar vossa senhoria a participar da minha pesquisa como juiz especialista.

Caso aceite participar da pesquisa, entregarei um kit composto de: um fluxograma que define o processo de tradução e adaptação utilizado na presente pesquisa; o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); um instrumento de validação da escala que contem a escala na versão original e a escala traduzida para ser avaliado pelo (a) senhor (a) em relação às equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial que estão conceituados no instrumento e um questionário de caracterização do perfil dos juízes. Além disso, serão disponibilizadas as outras versões da escala, provenientes das etapas iniciais do processo de tradução e adaptação transcultural para que se possa avaliar alguma inconsistência.

O comitê de juízes a qual lhe convido a participar será formado por profissionais de múltiplas áreas de conhecimento: saúde, metodologia científica, língua portuguesa e inglesa. Ressalta-se que a formação do comitê é de suma importância, visto que, com a contribuição de todos, formaremos a versão pré-final da escala.

Agradeço antecipadamente sua colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa e caso tenha alguma dúvida, estou no disponível no telefone: (81) 999109473 - TIM e e-mail: tiagoqueirozcardoso@gmail.com. Sua contribuição é fundamental para o processo de tradução, adaptação cultural e validação da escala AEBS ser eficaz.

Tiago Queiroz Cardoso

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA JUÍZES - Resolução 466/12)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO - DOUTORADO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário da pesquisa: **TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* PARA USO NO BRASIL**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) TIAGO QUEIROZ CARDOSO, que poderá ser contactado à Pós-Graduação de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 | Fone PABX: (81) 2126.8000 - pelo telefone (081) 999109473 - TIM e e-mail tiagoqueirozcardoso@gmail.com para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar) e está sob a orientação de: Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima, (081-99774861), e-mail costalima.murilo@hotmail.com. Também participa desta pesquisa: Camila Wanderley Pereira, e-mail camilawanderleyp.91@gmail.com.

Para isso, a escala precisa ser submetida a um rigoroso protocolo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento.

Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (juiz). Como tal, o (a) senhor (a) receberá a escala e as instruções de como proceder a análise da validade do instrumento, mediante normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo.

Convido-o a participar do presente estudo, sua participação é livre. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que, quando apresentar o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa:

Objetivo Geral: Traduzir, adaptar culturalmente e validar a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro.

Objetivos Específicos: Verificar a confiabilidade e a validade da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) - Versão Brasileira para análise do comportamento alimentar adictivo; Verificar a associação entre a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) - Versão Brasileira e seus domínios com as variáveis sociodemográficas. A coleta de dados será realizada por meio do preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

A sua participação na pesquisa ocorrerá por contato eletrônico, por telefone ou presencialmente, de acordo com a sua preferência.

RISCOS diretos para o voluntário estarão relacionados à possível constrangimento ao avaliar a escala. Por isso, me proponho a amenizar esses riscos reforçando a importância de sua avaliação crítica e criteriosa, bem como garantindo o sigilo das considerações feitas pelos juízes.

BENEFÍCIOS diretos e indiretos relacionam-se à oportunidade de participar do rigoroso processo de validação de uma escala.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os

responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Esta etapa de coleta de dados será realizada a partir do recebimento via e-mail ou presencial do "kit para juízes" e posterior avaliação da escala pelos juízes. O material encaminhado pelos juízes será impresso e armazenado em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.
O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.
Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 - e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____
(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO JUIZ/CONSULTOR

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* PARA USO NO BRASIL**, como juiz/consultor.
Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____
Assinatura do participante: _____
Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:
Assinatura:

Nome:
Assinatura:

APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

JUIZ Nº. _____

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Profissão: _____

Titulação:_____

Local de trabalho atual: _____

Área de atuação: _____

Ocupação atual: ( ) Assistência ( )Ensino ( )Pesquisa ( ) Consultoria

Proficiência em língua inglesa: ( ) Sim ( ) Não

2 - TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO

APÊNDICE G - INSTRUÇÕES - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE EQUIVALÊNCIA PELOS JUÍZES

Instruções: Para que possamos realizar uma adequada adaptação transcultural da escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para uso no Brasil, solicitamos sua contribuição nesta etapa de validação da versão brasileira, em atendimento aos objetivos da presente pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para tanto, será necessário que você analise cuidadosamente cada item das escalas (versão brasileira e original) e responda às perguntas referentes às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, seguindo a seguinte codificação:

C = Concordo **D** = Discordo **CP** = Concordo em Partes

OBS: Nesse instrumento as equivalências abaixo (semântica, idiomática, experiencial e conceitual) serão avaliadas a partir da comparação da escala original juntamente com a versão da escala traduzida. Abaixo segue os conceitos de cada equivalência:

1. **EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se à equivalência do significado das palavras, a avaliação gramatical e de vocabulário;
2. **EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se aos coloquialismos ou expressões idiomáticas, que, geralmente, são difíceis de traduzir;
3. **EQUIVALÊNCIA EXPERIENCIAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência de vida da população à qual se destina o estudo;
4. **EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou ainda se possuem a mesma importância em diferentes culturas, apesar de se equivalerem semanticamente.

Em caso de acordo em partes ou desacordo, descreva as sugestões para aprimorar o item a ser corrigido no espaço destinado para tal fim, abaixo de cada análise.

ITEM DA ESCALA VERSÃO T12 (Português) *Versão brasileira da Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS-P)	**ITEM DA ESCALA VERSÃO ORIGINAL (Inglês)** *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS)	**EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA**	**EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA**	**EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL**	**EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL**
Descrição do item da escala na versão traduzida (português)	Descrição do item da escala na versão original (inglês)	1.1. O item da versão traduzida (T12- brasileira) apresenta ortografia correta? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D 1.2 O vocabulário da versão traduzida apresenta significado equivalente à versão original da escala? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D 1.3 O item está gramaticalmente correto? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D	2. As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D	3. O item apresenta termos coerentes com o contexto cultural da população na qual a escala será utilizada? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D	4. O item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original da escala? 1.( ) C 2.( ) CP 3.( ) D

OBS: Em caso de acordo em parte ou desacordo utilize o espaço ao lado para realizar as considerações necessárias				

OBS: As mesmas perguntas serão feitas para todos os itens da AEBS-VB.

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO - DOUTORADO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* PARA USO NO BRASIL, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) TIAGO QUEIROZ CARDOSO que poderá ser contactado à Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - Doutorado - Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 | Fone PABX: (81) 2126.8000 - e pelo telefone (081) 999109473 - TIM e e-mail tiagoqueirozcardoso@gmail.com para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar) e está sob a orientação de: Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima, (081-99774861), e-mail costalima.murilo@hotmail.com. Também participa desta pesquisa: Camila Wanderley Pereira, e-mail camilawanderleyp.91@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Objetivo Geral: Traduzir, adaptar culturalmente e traduzir a escala *Addiction-like Eating Behaviour Scale* (AEBS) para a língua Portuguesa no contexto brasileiro. A coleta de dados será realizada por meio do preenchimento dos instrumentos de pesquisa.

- A sua participação na pesquisa ocorrerá em apenas um encontro para realização da entrevista para o preenchimento dos instrumentos de pesquisa
- RISCOS diretos para o voluntário estarão relacionados à possível constrangimento que o (a) sr. (a) poderá sentir ao responder as perguntas e compartilhar suas informações pessoais. Por isso, me proponho a amenizar esses riscos trazendo informações sobre o tema da pesquisa antes da sua aplicação.
- BENEFÍCIOS diretos e indiretos para o (a) sr. (a) relacionam-se à oportunidade de ter um melhor entendimento da importância do comportamento alimentar para a sua saúde e ainda de vir a identificar possíveis sinais de adicção alimentar, que podem alertá-lo para a necessidade de mudanças ou até um tratamento nesse sentido.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados

coletados nesta pesquisa serão por meio de preenchimento a caneta de instrumentos de pesquisa, os dados (instrumentos de pesquisa) ficarão armazenados em pastas de arquivo sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.
O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.
Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária,
Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 - e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____
(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* PARA USO NO BRASIL**, como participante.
Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local e data _____
Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:
Assinatura:

Nome:
Assinatura:

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Recife, _____ de _____de 2018

Código do Participante_____

Nome: _____
Data: _____/_____/_____
Telefone para contato: _____
Período do curso de Medicina (UFPE-Recife): _____

01. Sexo: ( ) Homem ( ) Mulher / Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino
( ) Outro _____

02. Qual a sua idade? _____ anos (data de nascimento: _____/_____/_____)

03. Você se considera de qual etnia/raça?
( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Outro_____

04. Qual o seu estado civil?
( ) Solteiro, sem relacionamento fixo ou esporádico
( ) Solteiro, com relacionamentos esporádicos
( ) Solteiro, com relacionamento fixo (namoro/caso)
( ) Casado (civil ou religioso) ( ) União Estável (morando junto)
( ) Divorciado/Separado, sem relacionamento atual
( ) Viúvo ( ) Outro_____

05. Quem mora com você atualmente? (Assinale todos que moram com você)
( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão(s) ( ) Cônjuge/Companheiro(a) ( )Amigo/colega ( ) Sozinho ( ) Outros _____

06. Qual o seu nível de escolaridade:
( ) Não alfabetizado ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo
( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo
( ) Superior incompleto ( ) Superior completo
( ) Pós - Graduado _____

07. Qual a sua religião atual?
( ) Católico ( ) Protestante/Evangélico ( ) Espírita (kardecista) ( ) Mórmon
( ) Umbanda, quimbanda ou macumba ( ) Testemunha de Jeová
( ) Budismo ( ) Agnóstico ( ) Ateu ( ) Não tem ( ) Outro _____

08. Qual a sua ocupação?
( ) Apenas estudante
( ) Estuda e Trabalha / Emprego: ( ) formal ( ) informal /
( )Estuda e Trabalhava, mas está desempregado

09. Qual a renda familiar em reais?
( ) menos de 1.000 ( ) 1.000 a 2.999 ( ) 3.000 a 5.999 ( ) 6.000 a 9.999
( ) 10.000 a 19.999 ( ) 20.000 a 50.000
Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

10. Recebe algum auxílio do governo?
( ) Não ( ) Sim - Qual?_____

11. Tem ou já teve algum transtorno psiquiátrico ao longo da vida?
( ) Nunca teve
( ) Já teve no passado, mas não atualmente -Qual(is)?_____
( ) Tem atualmente - Qual(is)? _____

12. Já fez ou está fazendo uso de alguma medicação para tratamento de transtorno psiquiátrico?
( ) Nunca fez ( ) Já fez, mas não está mais fazendo ( ) Está em uso atual
Qual(is) medicação(ões) e posologia(s)?

_____

13. Tem ou já teve algum transtorno alimentar ao longo da vida?
( ) Nunca teve ( ) Já teve no passado-não atualmente ( ) Tem atualmente
Se tem ou já teve, qual o transtorno?
( ) Anorexia ( ) Bulimia ( ) Outros (especificar qual:_____)

14. Tem um parente de primeiro grau que já teve algum transtorno alimentar ao longo da vida?
( ) Não ( ) Sim
Se sim, qual? ( ) Anorexia ( ) Bulimia ( ) Outros (especificar qual:_____)

15. Tem ou já teve algum quadro de dependência química ou problemas por uso excessivo de substância psicoativas, como álcool ou drogas, ao longo da vida?
( ) Nunca teve ( ) Já teve no passado-não atualmente ( ) Tem atualmente
Se tem ou já teve, qual a substância?
( ) Álcool ( ) Tabaco/Cigarro ( )Outros (especificar qual:_____)

16. Você tem alguma doença física, como diabetes, hipertensão, problemas cardiológicos?
( ) Não ( ) Sim - Qual? _____

17. Você já fez algum tratamento médico clínico ou cirúrgico para tratamento da obesidade?
( ) Não
( ) Sim, tratamento clínico - Qual? _____
( ) Sim, tratamento cirúrgico - Qual? _____

18. Dados antropométricos: Peso atual(kg):_____Altura(m):_____

APÊNDICE J- VERSÕES DO PROCESSO DE TRADUÇÃO DA ESCALA ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE (AEBS) PARA O PORTUGUÊS

Versão original e traduções/retrotraduções:

ORIG: Versão original em inglês
T1: Elizabeth Dahlstrom
T2: Rodrigo Silva
T12: Síntese T1 e T2
BT1: Thomas Lynch
BT2: Alfred Grant

0.0
0RIG: The Addiction-like Eating Behaviour Scale (AEBS)
T1: Escala de Comportamento Alimentar como Adicção (AEBS[i])
T2: The Addiction-like Eating Behaviour Scale (AEBS), versão em português (AEBS-p)
T12: The Addiction-like Eating Behaviour Scale (AEBS), versão em português (AEBS-p)
BT1: The Addiction-like Eating Behaviour Scale (AEBS), versão em português (AEBS-p)
BT2: The Addiction-like Behaviour Scale (AEBS), Portuguese version (AEBS-p)

0.1
ORIG: Please indicate how often you engage in the following behaviours.
T1: Favor indicar com qual frequência você apresenta os seguintes comportamentos.

T2: Por favor, indique com que frequência você se envolve nos seguintes comportamentos

T12: Por favor, indique com que frequência você apresenta os seguintes comportamentos.

BT1: Please, indicate with what frequency you present the following behaviors. (Please indicate how often you present the following behaviors)

BT2: Please indicate how often you experience the following behaviours:

0.2

ORIG: Never

T1: Nunca

T2: Nunca

T12: Nunca

BT1: Never (None)

BT2: Never

0.3

ORIG: Rarely

T1: Raramente

T2: Raramente

T12: Raramente

BT1: Rarely

BT2: Rarely

0.4

ORIG: Sometimes

T1: As vezes

T2: Algumas vezes

T12: As vezes

BT1: Sometimes

BT2: Sometimes

0.5

ORIG: Most of the time

T1: Quase sempre

T2: Na maioria das vezes

T12: Na maioria das vezes

BT1: Mostly (the majority of times) most of the time)

BT2: Most of the time

0.6

ORIG: Always

T1: Sempre

T2: Sempre

T12: Sempre

BT1: Always

BT2: Always

1.

ORIG: I continue to eat despite feeling full

T1: Continuo comendo apesar de estar cheio

T2: Eu continuo a comer apesar de me sentir cheio (a)

T12: Continuo comendo apesar de me sentir cheio (a)

BT1: 1. I kept eating despite feeling full.(kept eating even though I felt full. (Continue to eat even though i felt full

BT2: 1. I continue to eat until I feel full.

2.

ORIG: I serve myself overly large portions

T1: Eu me sirvo porções demasiadamente grandes

T2: Eu me sirvo excessivamente com grandes porções

T12: Eu me sirvo porções excessivamente grandes

BT1: I serve myself portions excessively large. (I serve myself extra large portions)

(I serve myself excessively large portions)

(i serve myself overly large portions)

BT2: I serve myself excessively large portions.

3.

ORIG: I find it difficult to limit what/how much I eat

T1: Eu acho difícil limitar o que/quanto eu como

T2: Eu sinto dificuldade em limitar o que/quanto eu como

T12: Eu acho difícil limitar o que/quanto eu como

BT1: I think it's difficult to limit what/ how much I eat.

BT2: I find it difficult to limit how much I eat.

4. **ORIG: I binge eat**

T1: Eu como compulsivamente

T2: Eu como compulsivamente

T12: Eu como compulsivamente

BT1: I eat compulsively

BT2: I eat out of compulsion.

5.

ORIG: When it comes to food, I tend to over-indulge

T1: Se tratando de comida, eu tendo a ser demasiadamente indulgente

T2: Quando se trata de comida, eu tenho a tendência de exagerar

T12: Quando se trata de comida, eu tenho a tendência de exagerar

BT1: When it comes to eating, I have a tendency to over do it (exaggerate)

BT2: I tend to exaggerate about food.

6.

ORIG: I am easily able to make healthy food choices

T1: Eu consigo fazer escolhas alimentares saudáveis facilmente

T2: Eu sou facilmente capaz de fazer escolhas por comidas saudáveis

T12: Eu sou facilmente capaz de fazer escolhas por comidas saudáveis

BT1: I'm easily able to make choices for healthy foods

BT2: I am able to easily make healthy food choices.

7.

ORIG: Once I start eating certain foods, I can't stop until there's nothing left

T1: Quando começo a comer certos alimentos, não consigo parar até que acabem

T2: Uma vez que começo a comer certas comidas, não consigo parar até que não tenha sobrado nada

T12: Quando começo a comer certos alimentos, não consigo parar até que acabem

BT1: When eating certain foods I can't stop until they finish (they're gone)

BT2: When I start to eat a meal, I cannot stop until the food is all gone.

8.

ORIG: Despite trying to eat healthy, I end up eating 'naughty' foods

T1: Apesar de tentar me alimentar de forma saudável, acabo comendo 'maus' alimentos

T1: Apesar de tentar comer de forma saudável, eu termino comendo "porcarias"

T12: Apesar de tentar me alimentar de forma saudável, acabo comendo "porcarias"

BT1: Despite trying to feed myself in a healthy way, i end up eating crap

BT2: Despite trying to improve my diet, I usually end up eating unhealthy options.

9.

ORIG: I eat until I feel sick

T1: Eu como até passar mal

T2: Eu como até me sentir mal

T12: Eu como até passar mal

BT1: I eat until I get sick

BT2: I eat until I feel sick.

10. **ORIG: I continue to eat certain unhealthy foods despite being aware of their effects on my health**

T1: Eu continuo comendo certas comidas prejudiciais apesar de estar ciente dos seus efeitos na minha saúde

T2: Eu continuo comendo certos tipos de alimentos que não saudáveis apesar de ser consciente dos seus efeitos sobre minha saúde

T12: Eu continuo comendo certos tipos de alimentos que não são saudáveis apesar de estar ciente dos seus efeitos sobre minha saúde

BT1: I continue to eat certain types of food that are not healthy despite being aware of its effects on my health

BT2: I continue eating certain types of food despite knowing their negative effects on my health.

0.7

ORIG: Please indicate the extent to which you agree with the following statements.

T1: Favor indicar até que ponto você concorda com as seguintes colocações.

T2: Por favor, indique o quanto você concorda com as seguintes afirmações.

T12: Por favor, indique o quanto você concorda com as seguintes afirmações

BT1: Please indicate how much you agree with the following statements.

BT2: Please indicate how much you agree with the following

0.8 **ORIG: Strongly disagree**

T1: Discordo plenamente

T2: Discordo totalmente

T12: Discordo totalmente

BT1: Totally disagree

BT2: Totally disagree

0.9 **ORIG: Disagree**

T1: Discordo

T2: Discordo

T12: Discordo

BT1: Disagree

BT2: Disagree

0.10 **ORIG: Neither agree/disagree**

T1: Não concordo/ discordo

T2: Nem concordo, nem discordo

T12: Nem concordo, nem discordo

BT1: I do not agree, I do not disagree

BT2: Neither agree nor disagree.

0.11 **ORIG: Agree**

T1: Concordo

T2: Concordo

T12: Concordo

BT1: Agree

BT2: Agree

0.12 **ORIG: Strongly agree**

T1: Concordo plenamente

T2: Concordo totalmente

T12: Concordo totalmente

BT1: I agree totally (i completely agree)

BT2: Totally agree

11.

ORIG: I tend NOT to buy processed foods that are high in fat, salt, & sugar

T1: Tenho a tendência de NÃO comprar alimentos processados com alto teor de gorduras, sal & açúcar

T2: Eu tendo a NÃO comprar alimentos processados que tem alto teor de gordura, sal e açúcar

T12: Eu tendo a NÃO comprar alimentos processados que tem alto teor de gordura, sal e açúcar

BT1: I do not buy processed food that has high content of fat, salt and sugar. (i tend not to

buy)

BT2: I tend not to buy processed foods which are high in fat, salt and sugar.

12.

ORIG: I don't eat a lot of high fat/sugar foods

T1: Eu não como muitos alimentos com alto teor de gordura/açúcar

T2: Eu não como muitos alimentos ricos em gordura/açúcar

T12: Eu não como muitos alimentos com alto teor de gordura/açúcar

BT1: I do not eat too much food with high content of fat /sugar

BT2: I don't eat much food with high fat or sugar content.

13.

ORIG: I believe I have a healthy diet

T1: Eu creio ter uma dieta saudável

T2: Eu acredito que tenho uma dieta saudável

T12: Eu acredito que tenho uma dieta saudável

BT1: I believe i have a healthy diet.

BT2: I believe that I eat healthily.

14.

ORIG: I don't tend to overeat

T1: Eu não tenho a tendência de comer demasiadamente

T2: Eu não costumo comer demais

T12: Eu não costumo comer excessivamente

BT1: I do not usually overeat.

BT2: I am not accustomed to eating excessively.

15.

ORIG: I feel unable to control my weight

T1: Eu me sinto incapaz de controlar meu peso

T2: Eu me sinto incapaz de controlar meu peso

T12: Eu me sinto incapaz de controlar meu peso

BT1: I feel unable to control my weight

BT2: I feel like I am unable to control my weight.

0.13

ORIG: The Addiction-like Eating Behaviour Scale (AEBS): Scoring instructions

T1: Escala de Comportamento Alimentar como Adicção (AEBS): Instruções de pontuação

T2: AEBS-p: instruções para pontuação

T12: AEBS-p: instruções para pontuação

BT1: AEBS-p: punctuation instructions (scoring instructions)

BT2: AEBS: Pronunciation instructions

0.14

ORIG: • Each item is given a score ranging from 1 ('Never' or 'Strongly disagree') to 5 ('Always' to 'Strongly Agree').

T1: À cada item é dado uma pontuação variando de 1 ('Nunca' ou 'Discordo plenamente') a 5 ('Sempre' ou 'Concordo plenamente').

T2: Para cada item é dado uma pontuação que vai de 1 ("Nunca" ou "Discordo totalmente") até 5 ("Sempre" ou "Concordo totalmente")

T12: À cada item é dado uma pontuação variando de 1 ('Nunca' ou 'Discordo plenamente') a 5 ('Sempre' ou 'Concordo plenamente').

BT1: Each item is given a score ranging from 1 (never/ none or I totally disagree (i fully disagree) to 5 (always or I fully agree)

BT2: Each item is given a score between 1 (Never or Completely Disagree) to 5 (Always or Completely Agree)

0.15 **ORIG: • Items 6, 11, 12, 13, 14 are REVERSE scored (i.e. 'Always/Strongly agree' = 1; and 'Never/Strongly disagree' =5).**

T1: Itens 6, 11, 12, 13, 14 têm pontuação REVERSA (i.e. 'Sempre/Concordo plenamente' = 1; a 'Nunca/Discordo plenamente' = 5).

T2: Itens 6, 11, 12, 13 e 14 são pontuados de maneira inversa (ex.: "Sempre/Concordo totalmente"=1; "Nunca/Discordo totalmente"=5)

T12: Itens 6, 11, 12, 13, 14 têm pontuação REVERSA (ex: 'Sempre/Concordo totalmente' = 1; a 'Nunca/Discordo totalmente' = 5).

BT1: Items 6,11,12,13,14 has a reverse score (ex: Always /I totally agree=1; to Never / Totally disagree=5).

BT2: Items 6, 11, 12, 13 and 14 are to be marked in reverse order (e.g. 'Always/Totally agree = 1', 'Never/Completely Disagree' = 5)

0.16 **ORIG: • These scores are added together to provide a total score (max score = 75), and 2 subscale scores:**

T1: FALTA

T2: As pontuações são somadas para se obter uma pontuação total (pontuação máxima=75), e duas subescalas de pontuações

T12: Esses pontos são somados para fornecer a pontuação total (pontuação máxima = 75) e 2 pontuações de subescala

BT1: These points are added/ summed to provide the total score (maximum score= 75) and 2 subscale scores

BT2: There are a total of 75 points and 2 subscale scores.

0.17 **ORIG: • Appetitive drive subscale (max score = 45): Items 1-5, 7, 9, 14, and 15.**

T1: Subescala de **impulso de apetite** (pontuação máxima = 45): **Itens 1-5, 7, 9, 14 e 15**.

T2: Subescala de Impulso do apetite (pontuação máxima=45): Itens 1-5, 7, 9, 14 e 15

T12: Subescala de **impulso do apetite** (pontuação máxima = 45): **Itens 1-5, 7, 9, 14 e 15**.

BT1: Appetite boost subscale (maximum score=45) Items 1-5,7-9,14 and 15.

BT2: Subscale of apetite impulse (maximum points = 45): Items 1-5, 7, 9, 14 and 15.

0.18

ORIG: • Low dietary control subscale (max score = 30): Items 6, 8, 10, 11, 12, 13.

T1: Subescala de baixo controle dietético (pontuação máxima = 30): Itens 6, 8, 10, 11, 12, 13.

T2: Subescala do Baixo controle da dieta (pontuação máxima=30): Itens 6, 8, 10, 11, 12 e 13.

T12: Subescala de Baixo controle da dieta (pontuação máxima=30): Itens 6, 8, 10, 11, 12 e 13.

BT1: Subscale of low diet control (Highest/maximum score =30): Items 6,8,10,11,12 and 13.

BT2: Subscale of low diet control (Maximum points = 30): Items 6, 8, 10, 11, 12 and 13.

APÊNDICE L: VERSÃO PRÉ-FINAL DA ESCALA AEBS TRADUZIDA PARA O PORTUGUÊS

Addiction-like Eating Behaviour Scale, versão em português (AEBS-p)

Por favor, indique com que **frequência** você apresenta os seguintes comportamentos.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
1. Continuo comendo apesar de me sentir cheio (a)					
2. Eu me sirvo porções grandes demais					
3. Eu acho difícil limitar o que/quanto eu como					
4. Eu como compulsivamente					
5. Quando se trata de comida, eu costumo me permitir certos exageros					
6. Eu sou facilmente capaz de fazer escolhas por alimentos saudáveis					
7. Quando começo a comer certos alimentos, não consigo parar até que acabem					
8. Apesar de tentar me alimentar de forma saudável, acabo comendo "porcarias"					
9. Eu como até passar mal					
10 Eu continuo comendo certos tipos de alimentos que não são saudáveis apesar de saber dos seus efeitos sobre minha saúde					

Por favor, indique **o quanto** você concorda com as seguintes afirmações

	Discordo totalmente	Discordo	Não concodo nem dIscordo	Concordo	Concordo totalmente
11. Eu costumo NÃO comprar alimentos processados que têm alto teor de gordura, sal e açúcar					
12. Eu não como muitos alimentos com alto teor de gordura/açúcar					
13. Eu acredito que tenho uma alimentação saudável					
14. Eu não costumo comer exageradamente					

15. Eu me sinto incapaz de controlar meu peso					

AEBS-p: instruções para pontuação

- À cada item é dado uma pontuação variando de 1 (‘Nunca’ ou ‘Discordo totalmente’) a 5 (‘Sempre’ ou ‘Concordo totalmente’).

- Itens 6, 11, 12, 13, 14 têm pontuação REVERSA (ex.: ‘Sempre/Concordo totalmente’ = 1; a ‘Nunca/Discordo totalmente’ = 5).

- Esses pontos são somados para fornecer a pontuação total (pontuação máxima = 75) e 2 pontuações de subescala

- Subescala de impulsividade do apetite (pontuação máxima = 45): Itens 1-5, 7, 9, 14 e 15.

- Subescala de Baixo controle da dieta (pontuação máxima=30): Itens 6, 8, 10, 11, 12 e 13.

ANEXO A - ESCALA ORIGINAL - ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE (AEBS)

The Addiction-like Eating Behaviour Scale (AEBS)

Please indicate how often you engage in the following behaviours.

	Never	Rarely	Sometimes	Most of the time	Always
1. I continue to eat despite feeling full					
2. I serve myself overly large portions					
3. I find it difficult to limit what/how much I eat					
4. I binge eat					
5. When it comes to food, I tend to over-indulge					
6. I am easily able to make healthy food choices					
7. Once I start eating certain foods, I can't stop until there's nothing left					
8. Despite trying to eat healthy, I end up eating 'naughty' foods					
9. I eat until I feel sick					
10. I continue to eat certain unhealthy foods despite being aware of their effects on my health					

Please indicate the extent to which you **agree** with the following statements.

	Strongly disagree	**Disagree**	**Neither agree/ disagree**	**Agree**	**Strongly agree**
11. I tend NOT to buy processed foods that are high in fat, salt, & sugar					
12. I don't eat a lot of high fat/sugar foods					
13. I believe I have a healthy diet					
14. I don't tend to overeat					
15. I feel unable to control my weight					

The Addiction-like Eating Behaviour Scale (AEBS): Scoring instructions

- Each item is given a score ranging from 1 ('Never' or 'Strongly disagree') to 5 ('Always' to 'Strongly Agree').
- Items **6, 11, 12, 13, 14** are **REVERSE** scored (i.e. 'Always/Strongly agree' = 1; and 'Never/Strongly disagree' =5).
- These scores are added together to provide a **total score** (max score = 75), and 2 subscale scores:
- **Appetitive drive** subscale (max score = 45): **Items 1-5, 7, 9, 14, and 15**.
- **Low dietary control** subscale (max score = 30): **Items 6, 8, 10, 11, 12, 13.**

ANEXO B - MODIFIED YALE FOOD ADDICTION SCALE 2.0 (MYFAS 2.0)

(ESCALA DE ADICÇÃO À COMIDA DE YALE 2.0 MODIFICADA)

Esta pesquisa pergunta sobre seus hábitos alimentares no último ano. As pessoas às vezes têm dificuldade em controlar o quanto elas comem de certos alimentos, tais como:

- Doces como sorvete, chocolate, biscoito, bolo e doce
- Amidos como pão, massa e arroz/ Salgados, como batata frita e biscoito
- Alimentos gordurosos, como carne, bacon, hambúrguer, pizza e batata frita
- Bebidas açucaradas, como refrigerante e bebida energética

Quando as questões seguintes perguntam sobre "Certos alimentos", por favor, pense em quaisquer alimentos ou bebidas semelhantes aos listados nos grupos de alimentos ou bebidas acima ou quaisquer outros alimentos que você teve dificuldade de controlar o consumo no último ano.

Nos últimos 12 meses:	**Nunca**	**Menos que mensalmente**	**Uma vez por mês**	**2-3 vezes por mês**	**Uma vez por semana**	**2-3 vezes por semana**	**4-6 vezes por semana**	**Todos os dias**
1. Eu comi até o ponto em que eu me senti fisicamente doente	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
2. Eu passei muito tempo me sentindo lento ou cansado após ter comido em excesso.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
3. Eu evitei o trabalho, escola ou atividades sociais porque eu tive medo que eu fosse comer demais lá.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
4. Se eu estivesse com problemas emocionais porque eu não tinha comido certos alimentos,	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

gostaria de comê-los para me sentir melhor.								
5. O meu comportamento alimentar me causou muito sofrimento.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
6. Eu tive problemas significativos na minha vida por causa de comida. Podem ter sido problemas com a minha rotina diária, trabalho, escola, amigos, família, ou de saúde.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
7. Meus excessos com comida me prejudicaram no cuidado da minha família ou com tarefas domésticas.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
8. Eu continuei comendo da mesma forma, mesmo este fato tendo me causado problemas emocionais.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
9. Comer a mesma quantidade de alimento não me deu tanto prazer como costumava me dar.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
10. Eu tinha impulsos tão fortes para	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

comer certos alimentos que eu não conseguia pensar em mais nada.								
11. Eu tentei e não consegui reduzir ou parar de comer certos alimentos.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
12. Eu estava tão distraído pela ingestão que eu poderia ter sido ferido (por exemplo, ao dirigir um carro, atravessando a rua, operando máquinas).	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
13. Meus amigos ou familiares estavam preocupados com o quanto eu comia.	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

Diretrizes de Pontuação

Cada questão tem um limite diferente: 0 = limiar não atingido, 1 = limite atingido
1) Uma vez por mês (= 3): # 3, # 7, # 12, # 13
2) Uma vez por semana (= 5): # 1, # 4, # 8, # 10
3) Duas a três vezes por semana (= 6): # 2, # 5, # 6, # 9, # 11
Para a opção de pontuação da contagem dos sintomas, somar todas as pontuações para cada um dos critérios 11 (por exemplo, tolerância, abstinência, Use Apesar de Consequência Negativa). Não adicione significado clínico para a pontuação (ou seja, as questões # 5 e # 6). Esta pontuação deve variar de 0 a 11 (0 sintomas a 11 sintomas).
Para a opção de pontuação "diagnóstico", um participante pode obter adicção leve, moderada ou grave em comida. Tanto a pontuação de contagem dos sintomas e o critério de significado clínico são usados.
Sem adição à comida = 1 ou menos sintomas
Sem adicção à comida = Não preenche os requisitos para significado clínico
Adicção à comida leve = 2 ou 3 sintomas e significado clínico
Adicção à comida moderada = 4 ou 5 sintomas e significado clínico
Adicção à comida acentuada = 6 ou mais sintomas e significado clínico

ANEXO C - CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA ORIGINAL (ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE)

Dear Dr. Queiroz Cardoso

Please accept this letter as official authorisation to translate and validate the Addiction-like Eating Behaviour Scale (Ruddock et al., 2017) within a Brazilian population.

I look forward to hearing the outcome of your research.

Yours sincerely,

Dr. Helen Ruddock

Department of Psychological Sciences
University of Liverpool
2.58 Eleanor Rathbone Building
Bedford Street South
Liverpool
L69 7ZA

ANEXO D - EMAIL DE AUTORIZAÇÃO PARA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA ORIGINAL (ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE)

Gmail

Tiago QUEIROZ <tiagoqueirozcardoso@gmail.com>

Re: Authorization for translation and validation of Addiction-like Eating Behaviour Scale (AEBS)

Ruddock, Helen [ruddock] <H.K.Ruddock@liverpool.ac.uk> 6 de novembro de 2017 13:24
Para: Tiago Queiroz <tiagoqueirozcardoso@gmail.com>

Dear Dr Queiroz Cardoso,

Thanks for getting in touch. I've attached an official authorisation letter, please let me know if your ethics committee requires any more information. With regards to other material, it might be helpful to compare the predictive validity of AEBS to another measure of food addiction (the Yale Food Addiction Scale, YFAS). In our original validation, we found that the AEBS predicted variance in BMI over and above that predicted by the YFAS and so it would be interesting to see whether a new Portuguese version would also be better able to predict BMI and/or weight gain. The YFAS has already been translated into Portuguese (https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-016-0349-6) although I couldn't find this version online. Perhaps it might be worth emailing the authors to ask for this.

If I think of anything else that might be useful I will let you know.

Thanks again for your interest and I look forward to hearing what you find.

Best wishes,

Helen

Dr. Helen Ruddock
Research Assistant
Department of Psychological Sciences
2.58 Eleanor Rathbone Building
Bedford Street South
Liverpool
L69 7ZA

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Official authorisation of AEBS translation.docx
90K

ANEXO E - ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA -ECAP (BES- BINGE EATING SCALE)

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque, nesta folha, aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1 ( ) 1. Eu não me sinto constrangido (a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas
( ) 2. Eu me sinto preocupado (a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado (a) comigo mesmo (a).
( ) 3. Eu fico mesmo constrangido (a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado (a) comigo mesmo (a).
( ) 4. Eu me sinto muito constrangido (a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo (a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento

2 ( ) 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
( ) 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado (a) por comer demais.
( ) 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio (a) depois.
( ) 4. Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastiga-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado (a) por ter comido demais.
3 ( ) 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
( ) 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
( ) 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
( ) 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.
4 ( ) 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado (a).
( ) 2. Às vezes eu como quando estou chateado (a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado (a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
( ) 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado (a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.
5 ( ) 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
( ) 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
( ) 4. Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso
6 ( ) 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.
( ) 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.

( ) 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo (a) depois de comer demais.
7 ( ) 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
( ) 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
( ) 3. Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo (a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.
( ) 4. Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo (a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".
8 ( ) 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado (a) depois.
( ) 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado (a).
( ) 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
( ) 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado (a).
9 ( ) 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
( ) 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
( ) 3. Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
( ) 4. Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".
#10 ( ) 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".
( ) 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
( ) 3. Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
( ) 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.
#11 ( ) 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio (a).
( ) 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio (a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado (a).
( ) 3. Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado (a) depois que faço uma refeição.
( ) 4. Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12 ( ) 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho (a).
( ) 2. Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido (a) com o meu comportamento alimentar.
( ) 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado (a) com o meu comportamento alimentar.

( ) 4. Eu me sinto tão envergonhado (a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.
#13 ( ) 1 Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
( ) 2. Eu faço três refeições ao dia, mas, normalmente, também lancho entre as refeições.
( ) 3. Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
( ) 4. Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.
#14 ( ) 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
( ) 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "preocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
( ) 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
( ) 4. Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado (a) estão "preocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.
#15 ( ) 1. Eu não penso muito sobre comida.
( ) 2. Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
( ) 3. Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
( ) 4. Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "preocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.
#16 ( ) 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
( ) 2. De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
( ) 3. Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

Veja tabela abaixo para os resultados

Grade de correção da Escala de Compulsão Alimentar Periódica.							
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 0	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 1	3 = 2	3 = 3	3 = 0	3 = 2	3 = 3	3 = 3	3 = 2
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 2	4 = 3	-	4 = 3	4 = 3
#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16
1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0	1 = 0
2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1	2 = 1
3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2	3 = 2
4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	4 = 3	-
Escores: Menor ou igual 17 = normal Entre 17 e 30 = variação de inclinação ao comer muito (de nada a muito) 30 ou mais = Compulsão alimentar periódica							

ANEXO F - QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9 (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - PHQ-9)

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

(QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE-9-QSP9)

Durante as 2 últimas semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?

	Nenhuma Vez	Vários Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias	
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.	0	1	2	3	QSP1___
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3	QSP2___
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3	QSP3___
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3	QSP4___
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3	QSP5___
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3	QSP6___
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3	QSP7___
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3	QSP8___
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3	QSP9___

ANEXO - G CARTA DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o pesquisador Tiago Queiroz Cardoso, a desenvolver o seu projeto de pesquisa TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA *ADDICTION-LIKE EATING BEHAVIOUR SCALE* PARA USO NO BRASIL, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Murilo Duarte da Costa Lima, cujo objetivo é realizar a devida tradução, adaptação e validação da referida escala no contexto brasileiro, e contará com a aplicação de questionários e instrumentos na população de alunos do curso de Medicina, campus Recife, que estejam regularmente matriculados e cursando o quarto, sexta ou oitavo períodos.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 01 / 02 / 19.

Profª Adj. Almerinda Rego Silva
Faculdade de Medicina do Recife - UFPE
Vice-Coordenadora do Curso de Medicina
SIAPE 1208808

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável onde a pesquisa será realizada