UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARAISA TAROZO

Adaptação cultural e validação da *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) para uso no Brasil – Fase I

RIBEIRÃO PRETO
2019

MARAISA TAROZO

Adaptação cultural e validação da *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) para uso no Brasil – Fase I

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Processo saúde-doença e epidemiologia

Orientador: Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial detre trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Tarozo, Maraisa
Adaptação cultural e validação da *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) para uso no Brasil – Fase I. Ribeirão Preto, 2019.
139 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa

1. Obesidade. 2. Estigma social. 3. Estudos de validação. 4. Psicometria.

Adaptação cultural e validação da *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) para uso no Brasil – Fase I

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Dedico este título aos meus amados pais Paulo e Ana Eumara, à Jacqueline, Ana Paula, e Leonardo, que nos momentos de necessidade de amparo, destinaram carinho e atenção indescritíveis.

Agradeço a Deus pela oportunidade de receber ajuda de pessoas e profissionais abençoados em meu caminho que, direta ou indiretamente, dispenderam seu tempo e atenção com questões relativas a esse estudo e que contribuiram para o meu aperfeiçoamento profissional e pessoal.

Agradeço à minha família amada por tanto carinho e apoio.

À minha orientadora Profa. Rosane, minha gratidão pelo apoio, confiaça e atenção às necessidades e dificuldades ao longo de todo o processo.

RESUMO

TAROZO, MARAISA. **"Adaptação cultural e validação da *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) para uso no Brasil – Fase I".** 2019. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A crescente prevalência da obesidade em todo o mundo tem estimulado a ampliação dos esforços destinados a manejar essa situação, incluindo o incentivo às pesquisas sobre os aspectos psicossociais que a acompanham. Inserida nesse prisma, a estigmatização do peso tem sido associada a graves consequências para a saúde física e mental do indivíduo, especialmente diante da internalização das características negativas referentes ao excesso de adiposidade. Dessa forma, a mensuração da internalização do estigma do peso torna-se pertinente para garantir o cuidado integral e humanizado para essa condição. Essa pesquisa teve o objetivo de adaptar e avaliar as propriedades psicométricas da *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) para uso no contexto brasileiro. Trata-se de um estudo metodológico quantitativo realizado em três etapas: tradução, síntese das traduções, avaliação do Comitê de Especialistas, retrotradução, comparação da versão original com a retrotraduzida (Etapa 1), validação semântica (Etapa 2) e pré-teste (Etapa 3). A etapa 1 envolveu a participação de tradutores e profissionais com experiência na área de validação de instrumentos de medida, além de um membro da população alvo, que determinaram a validade de conteúdo da escala. A etapa 2 contou com a participação de 18 pessoas para verificação da compreensão dos itens e das categorias de respostas por meio de entrevista cognitiva com o uso dos Formulários de Impressão Geral e Específico de validação semântica desenvolvidos pelo grupo DISABKIDS®. A versão adaptada obtida nessa etapa foi utilizada na etapa 3, com 54 pessoas, em que foi verificado o valor do alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna, os efeitos *floor* e *ceiling* para análise da responsividade, e o coeficiente de correlação de Pearson para avaliação da validade de constructo convergente da escala. A significância estatística avaliada por meio da Análise Multitraço-multimétodo e o valor da significância estatística adotado foi de 0,05. Como resultados, a síntese das traduções foi considerada incongruente com as duas traduções independentes, sendo obtida uma nova versão consensual com o Comitê de Especialistas. Em seguida, foi retrotraduzida e acrescida de sugestões das autoras da escala. A validação semântica determinou itens e categorias de resposta considerados relevantes e de fácil entendimento, cuja compreensão do significado foi considerada satisfatória após alteração nos itens 4 e 7. O alfa de Cronbach obtido foi adequado (0,833), com correlação fraca apenas do item 1 com o total (0,092) e aumento do alfa quando esse item foi excluído (0,854). Além disso, foram observados efeitos *floor* e *ceiling* em nove e quatro itens, respectivamente. A avaliação do coeficiente de correlação de Pearson entre os itens mostrou a presença de correlações de forte e moderada magnitudes. Os resultados obtidos indicam boa consistência interna e validade convergente satisfatória, entretanto, a presença dos efeitos *floor* e *ceiling* confirma a baixa responsividade do instrumento, que deverá ser avaliada em estudos posteriores. A análise das propriedades psicométricas no estudo de campo se fazem necessárias para avaliação dos itens em uma amostra maior e melhor definição sobre os índices do processo de validação.

Descritores: Obesidade; Estigma social; Estudos de validação; Psicometria.

ABSTRACT

TAROZO, MARAISA. **"Cultural adaptation and validation of the *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) for use in Brazil - Phase I".** 2019. 139 f. Dissertation (Master degree) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

The high prevalence of obesity throughout the world has stimulated the expansion of efforts to manage this situation, including encouraging research of the psychosocial aspects that accompany it. Inserted in this prism, the stigmatization of the weight has been associated with serious consequences for the physical and mental health of the individual, especially before the internalization of the negative characteristics referring to excess adiposity. Thus, the measurement of the internalization of weight stigma becomes pertinent to guarantee the integral and humanized care for this condition. This research had the objective of adapting and evaluating the psychometric properties of the Weight Bias Internalization Scale (WBIS) for use in the Brazilian context. This is a quantitative methodological study carried out in three stages: translation, synthesis of translations, Expert Committee evaluation, back-translation, comparison of the original version with the back-translation (Step 1), semantic validation (Step 2) and pre-test (Step 3). Stage 1 involved the participation of translators and practitioners with experience in the area of validation of measurement instruments, beyond a member of the target population, who determined the content validity of the scale. Stage 2 counted on the participation of 18 people to verify the comprehension of the items and the categories of answers through a cognitive interview with the use of the General and Specific Forms of semantic validation developed by the group DISABKIDS®. The adapted version obtained in this stage was used in step 3, with 54 people, in which the Cronbach's alpha value for internal consistency evaluation, the floor and ceiling effects for responsiveness analysis, and the Pearson correlation coefficient for validity of the convergent construct of the scale. Statistical significance was assessed using the Multitrace-Multimethod Analysis and the value of the statistical significance was 0.05. As a result, the synthesis of the two translations was considered incongruous with the translations, obtaining a new consensual version with the Committee of Experts. Then, it was back-translated and added to the suggestions of the authors of the scale. The semantic validation determined items and categories of response considered relevant and easy to understand, whose understanding of meaning was considered satisfactory after changes in items 4 and 7. Cronbach's alpha obtained was adequate (0.833), with weak correlation only of item 1 with the total (0.092) and increase of alpha when this item was excluded (0.854). In addition, floor and ceiling effects were observed in nine and four items, respectively. The Pearson correlation coefficient evaluation between the items showed the presence of correlations of strong and moderate magnitudes. The results indicate good internal consistency and satisfactory convergent validity, however, the presence of the floor and ceiling effects confirms the low responsivity of the instrument, which should be evaluated in later studies. The analysis of the psychometric properties in the field study are necessary to evaluate the items in a larger sample and better definition on the indexes of the validation process.

Keywords: Obesity; Social stigma; Validation studies; Psychometry.

RESUMEN

TAROZO, MARAISA. **“Adaptación cultural y validación de la *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) para uso en Brasil - Fase I”.** 2019. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

La creciente prevalencia de la obesidad en todo el mundo ha estimulado la ampliación de los esfuerzos destinados a manejar esa situación, incluyendo el incentivo a las investigaciones sobre los aspectos psicosociales que la acompañan. Inserida en ese prisma, la estigmatización del peso ha sido asociada a graves consecuencias para la salud física y mental del individuo, especialmente ante la internalización de las características negativas referentes al exceso de adiposidad. De esta forma, la medición de la internalización del estigma del peso se vuelve pertinente para garantizar el cuidado integral y humanizado para esa condición. Esta investigación tuvo el objetivo de adaptar y evaluar las propiedades psicométricas de la Peso Bias Internalization Scale (WBIS) para uso en el contexto brasileño. Se trata de un estudio metodológico cuantitativo realizado en tres etapas: traducción, síntesis de las traducciones, evaluación del Comité de Especialistas, retrotraducción, comparación de la versión original con la retrotraducida (Etapa 1), validación semántica (Etapa 2) y pre-test Paso 3). La etapa 1 involucró la participación de traductores y profesionales con experiencia en el área de validación de instrumentos de medida, además de un miembro de la población objetivo, que determinaron la validez de contenido de la escala. La etapa 2 contó con la participación de 18 personas para verificar la comprensión de los ítems y de las categorías de respuestas por medio de entrevista cognitiva con el uso de los Formularios de Impresión General y Específico de validación semántica desarrollados por el grupo DISABKIDS®. La versión adaptada obtenida en esta etapa fue utilizada en el paso 3, con 54 personas, en que se verificó el valor del alfa de Cronbach para evaluación de la consistencia interna, los efectos floor y ceiling para análisis de la respuesta, y el coeficiente de correlación de Pearson para evaluación de la validez de constructo convergente de la escala. La significancia estadística evaluada por medio del Análisis Multitraco-multimétodo y el valor de la significancia estadística adoptada fue de 0,05. Como resultados, la síntesis de las traducciones fue considerada incongruente con las dos traducciones independientes, obteniéndose una nueva versión consensuada con el Comité de Expertos. A continuación, fue retrotraducida y añadida de sugerencias de las autoras de la escala. La validación semántica determinó elementos y categorías de respuesta considerados relevantes y de fácil comprensión, cuya comprensión del significado fue considerada satisfactoria tras alteración en los puntos 4 y 7. El alfa de Cronbach obtenido fue adecuado (0,833), con correlación débil sólo del ítem 1 con el total (0,092) y el aumento del alfa cuando ese elemento fue excluido (0,854). Además, se observaron efectos floor y ceiling en nueve y cuatro ítems, respectivamente. La evaluación del coeficiente de correlación de Pearson entre los ítems mostró la presencia de correlaciones de fuerte y moderada magnitudes. Los resultados obtenidos indican buena consistencia interna y validez convergente satisfactoria, sin embargo, la presencia de los efectos floor y ceiling confirma la baja responsividad del instrumento, que deberá ser evaluada en estudios posteriores. El análisis de las propiedades psicométricas en el estudio de campo se hace necesario para la evaluación de los ítems en una muestra mayor y mejor definición sobre los índices del proceso de validación.

Descriptores: Obesidad; Estigma social; Estudios de validación; Psicometría.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das etapas de adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da WBIS..... 53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Processo de obtenção da 1ª Versão Consensual em Português com a avaliação do Comitê de Especialistas (VCP1-CE), segundo o item original, tradução 1 e 2, motivo de alteração. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018……..... 64

Quadro 2 - Resultados da versão retrotraduzida da WBIS. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 68

Quadro 3 - Respostas dos 18 participantes ao Formulário Específico de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS, segundo a relevância, entendimento e clareza. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 71

Quadro 4 - Respostas dos 18 participantes ao Formulário Específico de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS, segundo relevância, entendimento e clareza por níveis de escolaridade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 72

Quadro 5 - Respostas dos 18 participantes ao Formulário Específico de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS, segundo a interpretação e sugestão de modificação. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 75

Quadro 6 - Respostas dos 18 participantes ao Formulário Específico de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS, segundo a interpretação e sugestão de modificação por níveis de escolaridade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e econômica dos 18 participantes da etapa de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 69

Tabela 2 - Avaliação da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS por 18 participantes, de acordo com o Formulário de Impressão Geral. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 70

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e econômica dos 54 participantes da etapa de pré-teste da WBIS. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 77

Tabela 4 - Valores de média, desvio padrão, correlação item-total e alfa de Cronbach com o item excluído da versão adaptada da WBIS (n=54). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 78

Tabela 5 - Valores de média, desvio padrão, correlação item-total e alfa de Cronbach com o item excluído da versão adaptada da WBIS (n=54). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 79

Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Pearson, seguido do p-valor da versão adaptada da WBIS (n=54). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 79

LISTA DE SIGLAS

AAQ	Antifat Attitudes Questionnaire
AF	Analise Fatorial
AFC	Analise Fatorial Confirmatória
AFE	Analise Fatorial Exploratória
BSQ	Body Shape Questionnaire
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasses
CID-11	11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças
DASS	Depression Anxiety Stress Scale
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DFT	Drive for Thinness subscale of the Eating Disorders Inventory
EDDS	Eating Disorder Diagnostic Scale
EEFERP	Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FFCLRP	Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MAP	Multitrait Analisys Program
MTMM	Análise Multitraço-Multimétodo
OMS	Organização Mundial da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares

PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PRAUSP	Programa de Educação Alimentar da Universidade de São Paulo
RSE	Rosenberg Self-Esteem Scale
USP	Universidade de São Paulo
VCP1	1ª Versão Consensual em Português
VCP1-CE	1ª Versão Consensual em Português obtida com a avaliação do Comitê de Especialistas
VCP2	2ª Versão Consensual em Português
VIGITEL	Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WBIS	Weight Bias Internalization Scale
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. Introdução 18
1.1. Obesidade 19
1.1.1. Definição 19
1.1.2. Etiologia 21
1.1.3. Epidemiologia 23
1.1.4. Morbidade e Mortalidade 24
1.1.5. Abordagem Terapêutica 26
1.2. Estigma: conceito 28
1.2.1. O estigma internalizado do peso 30
1.2.2. Avaliação do estigma internalizado do peso 33
1.2.3. *Weight Bias Internalization Scale* 34
2. Justificativa 37
3. Objetivos 39
3.1. Objetivo Geral 40
3.2. Objetivos Específicos 40
4. Referencial teórico-metodológico 41
4.1. Conceitos relacionados à adaptação cultural de instrumentos de mensuração de constructos subjetivos 42
4.2. Conceitos relacionados à validação de instrumentos de mensuração de constructos subjetivos 46
5. Método 51
5.1. Delineamento do estudo 52
5.2. Local do estudo 54
5.3. Recrutamento dos participantes 54
5.3.1. Participantes 55
5.4. Autorização para adaptação cultural e validação da WBIS 56
5.5. Procedimentos para a coleta de dados 56
5.5.1. Procedimentos metodológicos para adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas 57
5.5.1.1. Tradução e síntese das traduções 57
5.5.1.2. Avaliação do Comitê de Especialistas 57

5.5.1.3. Retrotradução 58
5.5.1.4. Validação semântica 58
5.5.1.5. Pré-teste 59
5.6. Análise dos dados 60
5.7. Questões éticas 61
6. Resultados 62
6.1. Tradução e síntese das traduções 63
6.2. Avaliação do Comitê de Especialistas 63
6.3. Retrotradução e avaliação da versão retrotraduzida 67
6.4. Validação semântica 68
6.4.1. Caracterização dos participantes 68
6.4.2. Validação semântica com o Formulário de Impressão Geral 69
6.4.3. Validação semântica com o Formulário Específico 71
6.5. Pré-teste 76
6.5.1. Caracterização dos participantes 76
6.5.2. Análise das propriedades psicométricas da WBIS 77
6.5.2.1. Fidedignidade 77
6.5.2.2. Responsividade 78
6.5.2.3. Validade de constructo convergente 79
7. Discussão 81
8. Conclusão 88
9. Referências 90
10. Anexos 110
11. Apêndices 128

APRESENTAÇÃO

A partir do momento que os aspectos subjetivos de cada pessoa passaram a receber maior atenção no mundo cientifico, cada vez mais a ciência pôde conciliar-se com as características inerentes de cada ser, da individualidade biológica, psicossocial e sua relação com o mundo. Assim, a ideia de desenvolver esse trabalho surgiu a partir da observação e da influência desses fatores no cuidado às pessoas com excesso de peso.

A dificuldade em lidar com a alimentação devido à culpa, sentimento de incompetência, de frustação pela tentativa e falta de êxito em perder peso, aliados à baixa autoestima e a insatisfação com o corpo, foram os motivos que instigaram meu interesse nas nuances desses elementos individuais. Em minha atuação como nutricionista, tenho observado que pessoas nessa situação apresentam intenso sofrimento por não ter o corpo desejado associado à ideia de transformá-lo. Nesse contexto, o desejo de perda de peso encontra-se frequentemente associado à pressão social e pessoal para obtenção de um corpo mais magro, considerado belo, em detrimento à melhora da saúde.

Ao longo da minha experiência junto ao Programa de Educação Alimentar do *Campus* USP Ribeirão Preto (PRAUSP), tenho observado que a maioria dos participantes não considera a nutrição para além do consumo adequado de calorias e a obtenção de um corpo mais magro e saudável. Entendo que se faz necessário um olhar diferente na abordagem da alimentação e do corpo, de uma forma mais amorosa, acolhedora e sem julgamentos, para o alcance de um bem estar físico, psíquico, social e espiritual.

Há de se considerar que pessoas com excesso de peso são alvo de estigmatização, muitas vezes negligenciada devido à lipofobia e pressão social para obtenção de um corpo magro como sinônimo de felicidade, aceitação, ascensão e superioridade. Diante das consequências emocionais desse processo, fiquei estimulada em avaliar esse fenômeno para subsidiar ações dos profissionais de saúde em prol de uma abordagem voltada para as demandas individuais relacionadas às vivências e percepção de si, sendo o indivíduo melhor assistido em suas dificuldades internas. Ao realizar a busca na literatura científica por um instrumento voltado para a avaliação dos estereótipos negativos relacionados ao excesso de peso, observei que a *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) poderia contemplar o esperado, especialmente porque avalia a internalização do estigma do peso, uma vez que a pessoa pode atribuir a si tais características. A execução do projeto de pesquisa e elaboração dessa dissertação consiste no primeiro passo para disponibilizar o instrumento em questão.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Obesidade

1.1.1. Definição

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, frequentemente associado a alterações metabólicas de elevada complexidade (WHO, 1998). Embora indivíduos com excesso de peso possam ser metabolicamente saudáveis, a obesidade aumenta expressivamente o risco de mortalidade por diferentes causas nessas pessoas (HRUBY; HU, 2015). Os diversos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do governo brasileiro a consideram como doença e fator de risco para outras doenças do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias) (BRASIL, 2011), sendo uma condição crônica multifatorial complexa (BRASIL, 2011, 2012, 2014) e, ainda, uma manifestação da insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2013). A obesidade encontra-se categorizada na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) no item de doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas, em que aparece descrita como acúmulo anormal ou excessivo de gordura secundário a diferentes causas, incluindo desequilíbrio energético, uso de medicamentos e distúrbios genéticos (WHO, 2018).

Em vista da relação da adiposidade com a mortalidade, o percentual de gordura corporal representa uma forma de avaliação direta, configurando-se como um índice de avaliação preciso. Contudo, os estudos que mensuram o percentual de gordura corporal e os resultados para a saúde são escassos, já que a medida envolve métodos caros, demorados ou inviáveis para estudos na área (JAMES, 2004). Desse modo, o Índice de Massa Corporal (IMC) tornou-se um critério mundialmente utilizado para avaliação do estado nutricional, em que adultos com IMC igual ou superior a 30 kg/m^2 são considerados com obesidade (WHO, 1995, 1997). Ressalta-se que a proporção do excesso de gordura, a sua distribuição pelo corpo e o resultado para a saúde variam amplamente entre pessoas com excesso de peso, representando maior ou menor risco para a saúde, o que designa uma limitação desse parâmetro (MONTEIRO, 1998). O IMC também tem sido reconhecido como um indicador útil pela sua associação com o risco de adoecimento e óbito, incorporando a obesidade como fator de risco especialmente para as DCNT (WHO, 2002). Ainda que não avalie diretamente a composição corporal, esse índice representa a relação entre a massa corporal total (tecido adiposo e a massa livre de gordura) pelo quadrado da estatura, sendo elevada a correlação

com o valor da massa corporal, o que possibilita a comparação de resultados em pesquisas e na atuação clínica (ANJOS, 2006).

Segundo Ortega, Lavie e Blair (2016), a definição aparentemente simples pode adquirir complexidade ao considerar que maior parte do conhecimento atual sobre os efeitos adversos da obesidade à saúde é baseada nos critérios de IMC e, portanto, a obesidade poderia significar um excesso de peso corporal, que é o que o IMC mede diretamente. Além disso, a elevada massa corporal de indivíduos com obesidade ocorre não somente devido a níveis elevados de tecido adiposo, mas também de massa magra, como uma adaptação fisiológica para o transporte de um elevado peso corporal nas atividades diárias (IWANIEC; TURNER, 2016).

Embora a definição de obesidade como doença seja mundialmente utilizada, o fenômeno tem recebido ampla discussão a partir do momento em que as dimensões sociais deste quadro tornaram-se objeto de pesquisa em diversas áreas (REIDPATH et al., 2002). A classificação antropométrica adotada pelo critério atual não avalia a saúde dos corpos por meio de outros fatores que não o corpo físico e oculta as vivências e características da dinâmica do corpo com o mundo, ou seja, a relação do corpo com o meio define saúde (CARVALHO, MARTINS, 2004). Desde então, a obesidade também tem sido definida a partir do âmbito social, como uma condição desviante dos padrões considerados normais, por uma cultura que associa normalidade a um corpo magro (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Este significado pode ser observado na origem etimológica da própria palavra obesidade, que provém do latim "*ob edere*", sendo "*-ob*" (sobre, o que engloba) e "*-edere*" (comer), ou seja, "comer em excesso" (HALPERN; MANCINI, 2002).

A obesidade possui inúmeros elementos simbólicos controlados por um contexto social normativo que varia entre as sociedades e os diversos períodos históricos, em que o indivíduo passa a ser considerado "anormal" dentro de um convívio social pelas características distintas que carrega (SAGUY; WARD, 2011). Os intensos cuidados em busca de beleza, frequentemente associados à saúde a partir de inúmeras regras, atravessam limites rumo ao excesso de recursos para obtenção de um corpo ideal. O homem passou a dedicar olhares a um perfil físico a ser alcançado a partir de um pensamento generalizado de que o corpo precisa ser modificado, esculpido e transformado (LE BRETON, 2003).

Nesse contexto, a dimensão da importância dada ao corpo atinge seu auge com vários recursos estéticos e cirúrgicos sendo desenvolvidos para atingir a perfeição, o que subsidiou o surgimento de uma geração excessivamente preocupada com a obtenção de um corpo magro (HOMAN et al., 2012). Tal padrão corporal passou a ser associado à

autodisciplina, força de vontade, restrições e constância de hábitos, que podem possibilitar ou impedir as relações sociais, gerando sofrimento aos considerados divergentes (GRACIA-ARNAIZ, 2010). O corpo volumoso recebe o significado de falta de autocontrole e culpa por sua condição, sendo a obesidade associada unicamente à ingestão alimentar excessiva com toda a sua complexidade ignorada (DANTAS, 2011).

1.1.2. Etiologia

A obesidade possui etiologia extremamente complexa, de caráter multifatorial, originada de fatores ambientais e genéticos, com características históricas, políticas, socioeconômicas, psicossociais, biológicas e culturais inter-relacionadas (WANDERLEY; FERREIRA, 2010; MITCHELL et al., 2011). A combinação desses vários fatores determina um balanço energético positivo que estabelece as diferenças individuais no desenvolvimento do acúmulo adiposo (WILLIAMS et al., 2015).

O *status* do peso corporal se dá por meio do balanço energético corporal, determinado pela quantidade de calorias consumidas em relação ao gasto calórico (MITCHELL et al., 2011). Assim, a manutenção do peso ocorre diante da equivalência entre a ingestão e o dispêndio energético ao longo do tempo, a perda de peso ocorre quando o gasto energético excede a ingestão de calorias, enquanto o ganho de peso é resultante do consumo que ultrapassa o gasto de energia (HALL et al., 2012). Os componentes do balanço energético podem ser influenciados por fatores genéticos e ambientais, porém os mecanismos de regulação fisiológica promovem a manutenção da perda de peso a depender da influência ambiental. As características genéticas podem ser causadas pela manifestação de um ou mais genes, sendo os fatores hereditários responsáveis por ampla atuação no *status* de peso, com contribuição de 40% a 70% no peso corporal e ligação direta com o meio ambiente, que conjugam causa primária da obesidade (WAALEN, 2014).

As proporções da obesidade no mundo tiveram aumento à medida que países de média e baixa renda aprimoraram o comércio e a produção industrial, acompanhados dos países de elevada renda durante o período de globalização, com alimentos industrializados ricos em açúcares e gorduras ocupando o espaço dos alimentos tradicionais, conforme observado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2008-2009) (IBGE, 2011). De forma similar, a vida fisicamente ativa de áreas rurais recebeu recursos mecanizados da urbanização, cujo reflexo são taxas continuamente altas da

obesidade (IBGE, 2014). A globalização acompanhou o consumismo e a necessidade de prazeres rápidos, influenciados pela complexidade das escolhas alimentares do ponto de vista corporal e relacionado à saúde, variando entre os diferentes grupos sociais e entre as concepções individuais (AZEVEDO, 2017).

As intensas e rápidas modificações desse período resultaram na diminuição da desnutrição e aumento da obesidade, decorrente de uma importante reversão no quadro de escassez de alimentos em direção ao aumento do consumo de gorduras, açúcares, menor consumo de fibras, vitaminas, minerais e redução da atividade física dos indivíduos, fenômeno denominado transição nutricional (MONTEIRO et al., 2010). O componente genético, o sedentarismo e o aumento da ingestão energética característicos do estilo de vida urbano, associados à falta de tempo para o preparo das refeições, elevado consumo de *fast foods* e aumento do tamanho das porções de alimentos tradicionais, conjugam a complexidade de fatores etiológicos que definem esse cenário (MALIK et al., 2013).

Portanto, o ambiente alimentar socialmente constituído adquiriu a presença de alimentos ultraprocessados, altamente calóricos e palatáveis, com custo acessível, de fácil acesso e preparo. Estes alimentos possuem excesso de sódio, açúcares e gorduras e são submetidos a inúmeros processos de conservação e acréscimo de aditivos alimentares (MONTEIRO et al, 2010). Além disso, os níveis de atividade física tiveram intenso decréscimo nas últimas décadas, visto que a maior parte do tempo tem sido destinada a comportamentos sedentários, como uso de televisão, dispositivos eletrônicos e pior qualidade do sono (CASSIDY et al., 2017). Os avanços tecnológicos culminaram em menor dispêndio de calorias (COSTA-FONT; MAS, 2016).

O último levantamento realizado pelo IBGE na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) verificou que no Brasil, apenas 27,1% dos homens e 18,4% das mulheres praticavam o nível recomendado de atividade física pela OMS (150 minutos semanais). A média brasileira foi de 22,5% incluindo a área urbana e rural do país. Com o aumento da idade, o percentual de adultos que praticavam o nível recomendado de atividade física diminuiu. Os indivíduos que não praticavam ou praticavam atividade física inferior à 150 minutos por semana, corresponderam a 46% das pessoas (IBGE, 2014).

Em relação ao consumo alimentar, a POF (2008-2009) contempla o consumo de alimentos, grupos alimentares, nutrientes e ainda, avalia os alimentos considerados marcadores da qualidade da dieta para caracterização das modificações na alimentação da população brasileira nos últimos anos (IBGE, 2011). Os resultados dessa pesquisa apontam para um padrão alimentar combinado de alimentos tradicionais considerados de boa qualidade

nutricional, como o arroz e o feijão, bem como um elevado consumo de alimentos ultraprocessados. Nas áreas rurais, o consumo diário de alimentos in natura ou minimamente processados como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, manga, tangerina, e peixes foi superior. Por outro lado, os produtos processados e ultraprocessados como pão, biscoitos recheados, sanduíches, salgados, pizzas, refrigerantes, sucos e cerveja, tiveram maior consumo nas áreas urbanas, indicando maior consumo energético. Foi observado que menos de 10% da população atinge as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes, sendo observado consumo excessivo de açúcar (61%), gordura saturada (82%), além de consumo insuficiente de fibras (68%) (IBGE, 2011).

Em busca do emagrecimento, a redução do consumo alimentar e o aumento da atividade física resultam em balanço energético negativo com adaptação fisiológica que preserva as funções vitais. Entretanto, a restrição calórica encontra-se associada ao aumento da fome e estresse, podendo provocar maior consumo calórico e diminuição da prática de atividade física (LUCAN; DINICOLANTONIO, 2014). Dessa forma, tem-se observado que a alteração na regulação metabólica de indivíduos com excesso de peso culminam em consumo excessivo e ganho de peso a longo prazo (KLOK; JAKOBSDOTTIR; DENT, 2007). A recuperação ponderal pode estar associada também ao uso medicamentos como corticosteroides, insulina, alguns antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e anti-hipertensivos como os beta-bloqueadores (ABESO, 2016). Além disso, a redução de horas de sono por noite encontra-se negativamente correlacionada com o peso (SPERRY et al., 2015). O declínio relativamente recente do tabagismo também pode ser um fator que contribuiu para a obesidade como epidemia, uma vez que inúmeros estudos têm apontado para a relação entre o abandono do tabagismo e o ganho de peso (LYCETT et al., 2011; SCHERR et al., 2015; BUSH et al., 2016).

1.1.3. Epidemiologia

A obesidade teve seus primeiros relatórios documentados ao fim do século XIX e do início do século XX e atualmente é considerada um dos principais problemas de saúde pública. O aumento das publicações sobre o assunto ocorreu nos primórdios da década de 1990, sendo muitas a respeito do aumento na prevalência em diferentes partes do mundo (ORTEGA; LAVIE; BLAIR, 2016). Desde a década de 1950, a problemática tem adquirido proporções cada vez maiores, tornando-se uma das principais causas de morte no mundo

(FRÜHBECK et al., 2013).

O crescente aumento desse quadro em vários países tem sido descrito como uma epidemia global, cuja prevalência tem aumentado substancialmente em países desenvolvidos e em desenvolvimento nos últimos anos (NG et al., 2013). Uma projeção realizada pela OMS aponta que em 2025, aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estarão com sobrepeso e mais de 700 milhões com obesidade (WHO, 2018). Entre adultos, a proporção de indivíduos com sobrepeso e obesidade aumentou 27,5% entre 1980 e 2013, de 857 milhões em 1980, para 2,1 bilhões em 2013 (NG et al., 2013).

Ao encontro a estes números, a obesidade no Brasil tem aumentado progressivamente. O último levantamento realizado pelo IBGE pela PNS reforça o obtido, constatando aumento na prevalência de sobrepeso entre os homens, de 42,4% em 2002-2003 para 57,3% em 2013, e obesidade de 9,3% para 17,5%. Também foi observado aumento expressivo de sobrepeso entre as mulheres, de 42,1% em 2002-2003 para 59,8% em 2013 e obesidade de 14,0% para 25,2%, no mesmo período (IBGE, 2014).

Dados recentes da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), em todas as capitais brasileiras envolvendo mais de 53 mil pessoas maiores de 18 anos, mostraram que o excesso de peso atingiu a faixa de 54%, com maior taxa entre homens (57,3%) do que entre mulheres (51,2%). A frequência entre as mulheres mostrou tendência a aumentar com a idade e a decair com os anos de estudo. A obesidade atingiu 18,9%, sem diferença significativa entre os sexos (BRASIL, 2018). Estes números são preocupantes dada a importante associação da obesidade com outras doenças (ORTEGA; LAVIE; BLAIR, 2016).

1.1.4. Morbidade e Mortalidade

A obesidade é fator de risco para várias doenças e está associada a elevadas taxas de morbi-mortalidade e risco aumentado de comorbidades (WHITLOCK et al., 2009). Indivíduos com obesidade e metabolicamente saudáveis possuem maior risco de desenvolver doenças crônicas como a diabetes, câncer, entre outras anormalidades metabólicas do que aqueles que são metabolicamente saudáveis e com eutrofia (BELL; KIVIMAKI; HAMER, 2014). A obesidade está associada à hiperinsulinemia e resistência à insulina. Nessa situação, a produção de hormônios, citocinas, substâncias pró-inflamatórias e outras substâncias envolvidas no desenvolvimento de resistência à insulina encontram-se exacerbadas, levando a

um comprometimento da função das células β pancreáticas e predispondo ao desenvolvimento de diabetes (KAHN; HULL; UTZSCHNEIDER, 2006).

Estudos epidemiológicos têm mostrado que a obesidade também está associada ao aumento do risco de vários tipos de câncer incluindo o de cólon, mama, endométrio, fígado, rim, esôfago, estômago, pâncreas, vesícula biliar, leucemia, e um pior prognóstico da doença, cujo mecanismo envolve hormônios relacionados à obesidade, fatores de crescimento, modulação do balanço energético, restrição de calorias, múltiplas vias de sinalização e processos inflamatórios (VUCENIK; STAINS, 2012). O excesso de tecido adiposo, especialmente a gordura visceral, tem sido reconhecido por suas consequências metabólicas como desregulação inflamatória, adipocitária e resistência à insulina (KARPE; PINNICK, 2015). Em relação às doenças cardiovasculares, a obesidade está associada a um aumento no risco de hipertensão, dislipidemias, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, doença coronariana e acidente vascular cerebral (DUNCAN, 2010).

Por estar associada à hipertensão, resistência à insulina, hiperglicemia, dislipidemia e outras anormalidades metabólicas, a obesidade é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doença renal crônica (HALL et al., 2014). Nesse caso, está relacionada ao maior risco de comprometimento renal, glomerulopatia e doença renal crônica em indivíduos saudáveis com excesso de peso do que em pessoas com eutrofia (CHANG et al., 2016).

A obesidade e a resistência à insulina são consideradas os principais fatores causadores da doença hepática gordurosa não alcoólica, a partir de um desequilíbrio entre a produção e a utilização de triglicerídeos, que pode culminar em fibrose hepática e cirrose, especialmente diante da presença de síndrome metabólica, enfermidade caracterizada por obesidade central, hipertensão, resistência à insulina, níveis elevados de triglicerídeos e baixo nível de lipoproteína de alta densidade (RINELLA, 2015).

O aumento acentuado do peso corporal também compromete as atividades diárias que exigem esforço físico, gerando dor musculoesquelética e osteoartrite, além de angústia pela sensação de limitação (MACLELLAN et al., 2017). Em consequência do corpo volumoso, a pessoa com obesidade também é alvo de discriminação por não possuir um corpo magro conforme o padrão culturalmente estabelecido, predispondo à depressão, ansiedade, insatisfação corporal e baixa autoestima (DURSO; LATNER, 2008). A estigmatização relacionada ao peso tem levado ao aumento do consumo alimentar e ganho de peso (MAJOR et al., 2014; PHELAN et al., 2015).

Em relação à associação entre IMC e a mortalidade, observa-se uma variação

substancial entre populações e causas de morte (BERRINGTON et al., 2010). Whitlock et al. (2009) verificaram em seu estudo que a expectativa média de sobrevida diminuiu de 8 a 10 anos em indivíduos com obesidade, sendo que a cada aumento de 5 kg/m^2 no IMC, foi associado à um aumento de 30% na mortalidade por várias causas.

1.1.5. Abordagem terapêutica

O alarmante quadro da obesidade incentivou a criação de planos de ação e estratégias mundiais, tais como a Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde desenvolvida pela OMS (WHO, 2004) e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, os quais se somam às ações dos próprios governos federais, estaduais e municipais para a implementação de políticas públicas e iniciativas que amenizem esse quadro (BRASIL, 2011).

Em auxílio à promoção da alimentação saudável, o Guia alimentar para a população brasileira, em sua primeira edição (BRASIL, 2006), apontou para o impacto da ingestão de alimentos calóricos com alto teor de sal, açúcar e gordura no desenvolvimento da obesidade e outras DCNT, com orientações para a educação alimentar. A segunda edição do documento, publicada em 2014, amplia a abordagem oferecida outrora introduzindo o conceito de processamento dos alimentos, a alimentação na perspectiva social, o comer e a comensalidade, bem como os obstáculos para uma alimentação saudável (BRASIL, 2014). No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou um Caderno de Atenção Básica voltado para a promoção da alimentação saudável com estratégias individuais e coletivas para o cuidado no âmbito da atenção básica, com o objetivo de informar e auxiliar na adoção de hábitos para redução da obesidade (BRASIL, 2013).

Diante dos processos de prevenção, promoção e terapêutica, a situação atual indica que a responsabilidade dos profissionais de saúde torna-se ainda mais acentuada (FROOD; JOHNSTON; MATTESON, 2013). Entretanto, a conduta profissional mais comum encontra-se predominantemente voltada para a generalização do que para o contexto individual e suas nuances, visto que o enfoque do modelo biomédico abrange o conceito da obesidade como doença e, portanto, de um corpo que necessita de intervenções (FRUH et al., 2016). A abordagem recomendada encontra-se voltada para diretrizes de cunho comportamental, com alteração dos hábitos alimentares e prática de atividade física, e diante do insucesso de tais alternativas podem ser utilizadas estratégias farmacológicas e/ou cirúrgicas (BRAY et al.,

2016).

Nesse contexto, estudos mostram que os profissionais de saúde investigam a etiologia da obesidade considerando a presença de fatores causais e comportamentais em detrimento aos de ordem emocional, ambiental e biológica, subsidiados pela crença de falta de controle ou de vontade da pessoa nessa situação (PUHL et al., 2014; JUNG et al., 2016). Com o enfoque no caráter patológico, a complexidade da obesidade passou a ser minimizada e as interações sociais, históricas e fisiológicas passaram a ser abordadas como eventos unicamente biológicos, cujos problemas de outras naturezas não são tratados como tal (CONRAD, 1992).

A sociedade contemporânea tem expressado um pensamento lipofóbico que determina a supervalorização do corpo magro e a desvalorização do corpo volumoso (NEVES; MENDONÇA, 2014). A conquista de um corpo esbelto passou a ser associada à autodisciplina e força de vontade enquanto o excesso de gordura considerado belo e saudável de antigamente recebe o significado de falta de autocontrole e de culpa por sua condição nos dias atuais; sendo toda a sua complexidade ignorada (STENZEL, 2002). A partir de então, a importância à estética atingiu uma magnitude nunca vista. Possuir ou não o modelo corporal imposto pela sociedade pode possibilitar ou impedir a relação em um meio social que agrega sofrimento aos considerados divergentes (BREWIS et al., 2011).

Desse modo, os profissionais de saúde parecem ter dificuldades para lidar com a obesidade em sua totalidade, pois existe preconceito e hipóteses sem fundamento sobre pessoas com excesso de peso que influenciam fortemente a atitude de profissionais (SIKORSKI et al., 2013). Por serem membros da sociedade, eles podem propagar a discriminação relacionada ao peso durante o cuidado, quando acometidos pela ideia de excesso de gordura corporal como resultado do comportamento individual (PUHL; SCHWARTZ; BROWNELL, 2005; PULH; HEUER, 2009; FIGUEIREDO, 2009). Assim, os prejuízos conduzidos pela obesidade ultrapassam os limites de uma enfermidade crônica, seguindo por consequências de caráter psicossocial (HUNGER et al., 2015).

Devido à estreita relação entre a discriminação relacionada ao peso e o ganho de peso da população, os caracteres psicossociais da obesidade tiveram maior enfoque na literatura nas duas últimas décadas, especialmente com a atribuição do conceito “estigma” em estudos para prevenção e tratamento da obesidade na última década (PUHL; BROWNELL, 2001; WILLIAMS et al., 2015).

1.2. Estigma: conceito

O termo estigma surgiu com os gregos para se referir aos sinais corporais que qualificavam moralmente aqueles que possuíam algo de diferente ou mau. Os escravos, criminosos ou traidores eram marcados fisicamente com cortes ou fogo para serem reconhecidos por suas características inadequadas, as quais deveriam ser evitadas. Atualmente, o termo é usado de maneira ampla segundo seu sentido literal original, no entanto, é mais aplicado ao próprio infortúnio do que a uma característica corporal evidenciada. Esse termo tem sido utilizado para designar uma "marca" ou "atributo" ligados a estereótipos negativos, ou para excluir e discriminar o portador de tais características (GOFFMAN, 1988). Considerada uma definição clássica, é adotada por vários pesquisadores para se reportar ao estigma como sendo um atributo que é profundamente descredibilitado em um contexto social, e que reduz o portador de uma pessoa íntegra, a uma pessoa defectiva, que deve ser desvalorizada. Também se referem, conforme descrito no dicionário, como "uma marca de vergonha". Permeia a desaprovação, o baixo *status* social, a criação de estereótipos negativos, caracterizando assim, uma situação de sofrimento e angústia (LINK; PHELAN, 2001).

Segundo esses autores, o interesse em estudar o estigma adquiriu espaço a partir da publicação do primeiro livro de Goffman, em 1963, que impulsionou grande expansão na temática. Estes autores descrevem que o estigma ocorre a partir da observação de atributos considerados "diferentes" do socialmente adequado, a atribuição de estereótipos negativos à estas diferenças, a exclusão do estigmatizado (formação de grupos estigmatizados), a perda de *status* e discriminação.

O sentido do termo a partir do proposto por Goffman (GOFFMAN, 1988) foi resultante da interação social a partir de rótulos, *status* social, atributos considerados desviantes ou normais a partir de uma abordagem voltada para os processos psicossociais como a análise de crenças, estereótipos, atitudes e discriminação (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2000; LINK; PHELAN, 2001). O eixo psicossocial auxilia na compreensão da estigmatização como um processo oriundo de forças sociais e histórico-culturais que envolvem a ótica individual de estigmatizador e estigmatizado, bem como a relação entre ambos. A estigmatização tem forte impacto social e pessoal nos campos afetivo, cognitivo e comportamental (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2000).

O estigma pode ser conceituado como *explícito*, quando se refere ao reconhecimento e visão em relação à pessoas ou conceitos de forma consciente; como *implícito* quando diz

respeito à atitudes, pensamentos e sentimentos que pessoas são incapazes ou não possuem intenção de demonstrar sobre outras pessoas ou conceitos; ou como *internalizado* (CORRIGAN; WATSON; BARR; 2006). Este último ocorre como consequência da estigmatização, à medida que os indivíduos reconhecem os preconceitos associados à sua condição e passam a aplicar a si essas atitudes e crenças negativas (CORRIGAN; WATSON, 2002; DURSO; LATNER, 2008).

A estigmatização ocorre no momento em que a sociedade evidencia atributos considerados desviantes em relação ao padrão de esteriótipo considerado adequado e formula pré-concepções baseadas em normas e exigências para uma identidade social, categorizando os portadores como menos desejáveis e defeituosos, o que constitui uma relação entre atributo e esteriótipo (GOFFMAN, 1988). A identidade social de um indivíduo é a parte do autoconceito oriunda da percepção de inserção em determinada categoria ou grupo social a partir de características que possui, como por exemplo: ter excesso de peso, baixo peso, ser branco, entre outras, que determinam a valorização ou desvalorização do sujeito (STEELE; SPENCER; ARONSON, 2002; MAJOR; O'BRIEN, 2005).

Desse modo, não se trata de possuir ou não uma característica, mas sim de possuir uma característica divergente da imposta pelas normativas sociais (BECKER, 1963). Portanto, uma dada característica pode ser instrumento de estigmatização em determinado momento histórico e não ser em outro período (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2000). Goffman (1988) explica que os estigmatizadores possuem atributos desconhecidos ou não visíveis, enquanto as pessoas estigmatizadas apresentam um atributo conhecido ou evidente que é descredibilitado, sendo os rótulos fundamentados pelo próprio indivíduo, a partir de sentimentos de não aceitação do contexto em que estão inseridos. O estigmatizado deixa de assumir sua identidade que apresenta-se deteriorada por um atributo diferente do apresentado por pessoas consideradas normais, para apropriar-se de uma identidade que possui atributos falsos, corrigidos ou omitidos a fim de ocultar sua condição (GOFFMAN, 1988).

Crocker, Major e Steele (1998), corroboram o proposto e explicam que o processo ocorre a partir da *visibilidade* da natureza evidente ou sutil da do atributo; da *controlabilidade* da presença ou ausência do atributo e do *impacto* que envolve o temor que o atributo pode manifestar nas outras pessoas. Assim, os indivíduos estigmatizados sofrem e passam a ter a percepção de que não são aceitos e estão distantes de obter uma relação de iguais. Tendem à exclusão, à desvalorização, ao afastamento das interações sociais e omissão da condição de saúde por serem tratados injusta ou incorretamente por seus atributos aparentes. A presença de indivíduos considerados normais em suas vidas pode desencadear sentimentos de ódio,

depreciação e exigências direcionados a si (GOFFMAN, 1988).

A consequente resposta emocional à estigmatização pode resultar em vergonha, medo, alienação, raiva e diferenciação segundo caráter social, econômico ou político (LINK; PHELAN, 2001). As imagens negativas que os indivíduos assumem para si o fazem se sentir inferiores, fracos ou inadequados frente à sociedade, delimitando problemas de caráter social estreitamente relacionados às dificuldades na efetividade terapêutica, com forte impacto sobre aqueles que sofrem de um determinado quadro de saúde (VAN BRAKEL, 2006; PULH; HAUHER, 2009; RENSEN et al., 2010).

1.2.1. O estigma internalizado do peso

A obesidade tem sido alvo de estigmatização com danos potenciais ligados à baixa qualidade de vida e baixa autoestima, levando ao sofrimento dos grupos suscetíveis e poucos esforços para cessar a progressão da doença (PULH; HEUER, 2010). Embora esse quadro contribua para as consequências e aumento da mortalidade por outras doenças crônicas e condições em decorrência do excesso adiposo, os efeitos psicológicos e físicos associados ao excesso de peso podem ser causados pelo estigma do peso e não pelo excesso de peso somente (SUTIN; STEPHAN; TERRACCIANO, 2015; PEARL, PUHL, DOVIDIO, 2015; TOMIYAMA et al., 2018).

Apesar da elevada prevalência da estigmação do peso globalmente (BREWIS et al., 2011; TOMIYAMA et al., 2018), a maioria das pesquisas têm se concentrado em amostras americanas, com número inferior em outras regiões ocidentais (BREWIS et al., 2011, LEWIS et al., 2011). Além disso, as abordagens utilizadas para avaliação são diversas, dificultando as comparações dos resultados encontrados (RUGGS et al., 2010).

O estigma internalizado do peso é prevalente em ambos os sexos e em diversas categorias de classificação do peso corporal (TOMIYAMA et al., 2015). Os indivíduos mais vulneráveis são aqueles com maior IMC e autopercepção de maior peso corporal, com experiências anteriores de estigmação e aqueles que encontram-se ativamente envolvidos em esforços para perda de peso (PUHL; HIMMELSTEIN; QUINN, 2018). Contudo, estudos mostram efeitos mais pronunciados entre mulheres em comparação com os homens (PUHL; ANDREYEVA; BROWNELL, 2008; BOSWELL; WHITE, 2015; JACKSON; BEEKEN; WARDLE, 2015), que podem ser atribuídos à maior preocupação com o corpo oriunda de maior pressão social para atingir um ideal corporal (PUHL et al., 2017).

As explicações para o estigma do peso encontram-se enraizadas em estereótipos negativos, na crença de que o peso é pessoalmente controlável e que o excesso de peso ocorre devido à falha em seguir uma alimentação saudável e de exercitar-se regularmente (PUHL; BROWNELL, 2003). As vítimas podem ser consideradas culpadas e desmotivadas por sua condição (PEARL; LEBOWITZ, 2014). Vergonha, ansiedade, estresse, depressão, baixa autoestima e problemas de imagem corporal fazem parte da vida social do indivíduo estigmatizado (PULH; HAUHER, 2009; SUTIN; TERRACCIANO, 2013; PUHL; SUH, 2015).

Estudos apontam para a estigmatização no ambiente de trabalho, onde o indivíduo possui desvantagens na contratação, nos salários e promoções em consequência do peso. No meio educacional, são estigmatizados por professores e por colegas, nas relações interpessoais, com atitudes estigmatizantes de cônjujes, familiares e amigos, e entre profissionais de saúde durante o cuidado terapêutico (PUHL; BROWNELL, 2006; PULH; HAUHER, 2009). À pessoas magras são atribuídas características desejáveis e tarefas importantes, enquanto pessoas com obesidade são frequentemente observadas sob estereótipos (BREWIS et al., 2011).

Nesse sentido, ocorre uma explicitação da aceitabilidade social do estigma do peso, sendo o corpo volumoso alvo de depreciação. Em todos estes contextos, as pessoas com excesso de peso são consideradas preguiçosas, indisciplinadas, sem força de vontade, desinteressantes, pouco atraentes, desleixadas e pouco motivadas (PUHL; HEUER, 2009; 2010). No momento em que a pessoa considera-se com excesso de peso e não se identifica com a condição pela imagem negativa que agrega, ocorre a atribuição do excesso de peso como principal ponto do seu autoconceito (SHAPIRO; NEUBERG, 2007). Segundo Sikorski et al. (2015), os fatores de risco psicológicos da estigmatização incluem processos cognitivos (desesperança e crenças negativas), emocionais (comportamento depressivo e estresse) e sociais (isolamento social e as normas sociais impostas sobre corpos considerados adequados).

A estigmatização do peso pode desencadear reações de ordem fisiológica e psicológica à medida que o estresse acompanha a adesão a comportamentos insalubres e promove o distanciamento de situações que poderiam incidir em estigmatização (PEARL; PUHL, 2018). As emoções negativas ativam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, responsável pela liberação do hormônio cortisol, que está intimamente ligado ao consumo de alimentos calóricos e pode promover diretamente o armazenamento do excesso de calorias (TOMIYAMA, 2014; SIKORSKI et al., 2015). Puhl e Suh (2015) observaram que, além das vias descritas, as

campanhas midiáticas relacionadas à obesidade também culminaram no ganho de peso a partir de mensagens que reforçam a estigmatização, minimizando a motivação para comportamentos saudáveis e assim, interferindo na perda de peso.

O ganho de peso aumenta o risco de estigmatização e o os efeitos do estigma do peso contribuem para o ganho de peso, constituindo um ciclo que deteriora a saúde física e mental (TOMIYAMA, 2014; BREWIS, 2014; HUNGER et al., 2015; PUHL; SUH, 2015). As consequências são a baixa autoestima, depressão, ansiedade, e pior qualidade de vida, que contribuem para várias doenças (SUTIN; TERRACCIANO, 2013; HUNGER; TOMIYAMA, 2014).

Além disso, a experiência do estigma pode perpetuar a internalização do mesmo, e assim, a atribuição de estereótipos negativos e autodepreciação (DURSO; LATNER, 2008; LATNER et al., 2014; PEARL; PUHL, 2016). O estigma internalizado do peso é definido como a consciência dos estereótipos negativos relativos à identidade social de uma pessoa com excesso de peso, aplicação desses estereótipos para si e autodesvalorização devido à identidade social desqualificada (DURSO; LATNER, 2008). A internalização do estigma do peso possui resultados psicossociais semelhantes à experiência do estigma (PAPADOPOULOS; BRENNAN, 2015). No entanto, o estigma internalizado do peso é particularmente importante, pois é considerado maior fator preditor de consequências psicológicas, e por conseguinte, de comportamentos distorcidos do que a experiência do estigma (DURSO; LATNER, 2008; LATNER; DURSO; MOND, 2013; LATNER et al., 2014). Os efeitos psicológicos observados indicam maior prevalência de emoções negativas como culpa e tristeza, e menor presença de emoções positivas, tais como inspiração, determinação e confiança (LATNER et al., 2014).

A internalização do estigma do peso tem sido associada à distúrbios do comportamento alimentar, ao passo que pode mediar a relação entre estigmatização e comportamento alimentar (O'BRIEN et al., 2016; VARTANIAN; PORTER, 2016; MENSINGER; CALOGERO; TYLKA, 2016), dos quais são citados a compulsão alimentar, o comer emocional, comportamentos bulímicos (DURSO et al., 2012; DURSO; LATNER; HAYASHI, 2012), dependência alimentar (BURMEISTER et al., 2013); e outras alterações como baixa autoestima, ansiedade, depressão, preocupação e insatisfação com a imagem corporal (DURSO; LATNER, 2008; DURSO et al., 2012).

Entre outras desordens do comportamento, pode estar associado à evasão a prática ou níveis mais baixos de atividade física (PUHL; BROWNELL, 2001; 2003; VARTANIAN; NOVAK, 2011; PEARL, PUHL, DOVIDIO, 2015); evasão ao serviço de saúde e cuidados

preventivos (LATNER; DURSO; MOND, 2013; FORHAN; RISDON; SOLOMON, 2013); aumento do risco de comorbidades metabólicas da obesidade (Pearl et al., 2017) e menor qualidade de vida (LATNER; DURSO; MOND, 2013). Os achados confirmam que a internalização do estigma é capaz de corromper a esperança e a motivação dos indivíduos estigmatizados, diminuindo a autoeficácia para engajar-se em comportamentos saudáveis (PEARL; PUHL; DOVIDIO, 2015; PEARL; PUHL, 2016; VARTANIAN; PINKUS; SMYTH, 2016).

Em comparação com estudos de desfechos em saúde mental, as pesquisas que avaliam a relação entre o estigma internalizado do peso e a saúde física são escassas (PEARL; PUHL, 2018). Todavia, tem se detido principalmente na relação entre o estigma internalizado e a dificuldade de perda ou tendência ao ganho ponderal, bem como baixa adesão à comportamentos de saúde relacionados ao peso como alimentação saudável, prática de atividade física e diminuição de adesão ao tratamento (TOMIYAMA, 2014; SCHVEY; PUHL; BROWNELL, 2014).

As emoções negativas que reforçam a evasão aos serviços de prevenção e cuidados da saúde ocorrem a partir da estigmatização dos profissionais da área (TOMIYAMA, 2014; HUNGER et al., 2015). De forma importante, o estigma do peso encontra-se amplamente difundido nos serviços de saúde (TOMIYAMA et al., 2018) e tem sido observado entre médicos, enfermeiros, estudantes de medicina, nutricionistas e profissionais especializados na abordagem da obesidade (PUHL, HEUER, 2009), que descrentes que os indivíduos possam alcançar bons resultados, passam a deixar de oferecer os cuidados necessários no ambiente clínico (TOMIYAMA et al., 2018). As tentativas de perda de peso são menos eficazes em pacientes que percebem o julgamento de descrédito, afastando-os do serviço de saúde (PHELAN et al., 2015; ALBERGA et al., 2016).

Controversamente, a mudança comportamental favorável à educação alimentar, realização de atividade física e assistência dos profissionais de saúde para perda de peso poderiam auxiliar na redução da condição estigmatizante, entretanto, são fatores que predispõem à estigmatização (PUHL; HEUER, 2010; TOMIYAMA et al., 2010; TOMIYAMA, 2014). É preciso que os profissionais compreendam a dificuldade intrínseca à perda e manutenção do peso baseando-se na complexidade etiológica da obesidade e na educação sobre estigmatização (PUHL; HAUHER, 2009).

1.2.2. Avaliação do estigma internalizado do peso

Em vista da busca por abordagens terapêuticas efetivas para o estigma, existem vários constructos de uso dos profissionais da área da saúde destinados à investigação da temática, com pesquisas crescentes para o desenvolvimento e validação de instrumentos de medida (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008). A avaliação de um constructo se dá por estudos experimentais, entrevistas qualitativas, utilização de instrumentos de medida com intervenção experimental, e não necessariamente de forma independente (RUGGS et al., 2010). Os instrumentos de mensuração são importantes para compreender os estereótipos e os preconceitos ou atitudes relacionados aos indivíduos com obesidade e outras doenças crônicas (HILBERT et al., 2014).

Existem dois instrumentos desenvolvidos para mensurar o estigma internalizado do peso: o *Weight Self-Stigma Questionnaire* (WSSQ) (LILLIS et al., 2010) e a *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) (DURSO; LATNER, 2008). Originalmente o WSSQ foi validado em indivíduos com excesso de peso, considerando o estigma internalizado do peso como um constructo com duas dimensões distintas: a autodesvalorização e o medo do estigma experenciado, avaliados por meio de seis itens em cada domínio (LILLIS et al., 2010). Em contraste, a WBIS possui 11 itens que avaliam o estigma internalizado do peso de forma unidimensional, sendo internacionalmente utilizada e reconhecida por sua validade consistente (HILBERT et al., 2014). É considerada superior segundo os aspectos psicométricos (HÜBNER et al. 2016), com avaliação dessas propriedades em adultos entre diversas culturas e em países como a Itália, Alemanha, Espanha e Estados Unidos (ROBERTO et al., 2012; HILBERT et al., 2014; SARRIAS-GÓMEZ; BAILE; 2015; INNAMORATI et al., 2017), e entre adolescentes (CIUPITU-PLATH; WIEGAND; BABITSCH, 2017).

1.2.3. *Weight Bias Internalization Scale*

A WBIS é uma escala de 11 itens, avaliados por uma escala de resposta tipo Likert de sete pontos. Ela é capaz de mensurar a internalização do estigma do peso entre indivíduos com sobrepeso e obesidade, ou seja, mensura a internalização de características negativas que o indivíduo com excesso de peso direciona a si. Os itens foram projetados para atender diversos campos envolvendo a aceitação ou rejeição do *status* de peso, desejo de mudança, o efeito da percepção do peso sobre o humor, a percepção de valor pessoal, interação social e o reconhecimento da existência da injustiça social relacionada ao peso. A escala de respostas

avalia a concordância, com as opções “discordo totalmente”, “discordo moderadamente”, “discordo levemente”, “não concordo nem discordo”, “concordo levemente”, “concordo moderadamente” e “concordo totalmente”. A pontuação na escala varia de 11 a 77 pontos, sendo os itens 1 e 9 avaliados com pontuação reversa. A WBIS é autoaplicável e não possui ponto de corte, no entanto, maiores pontuações indicam maior internalização do estigma do peso (DURSO; LATNER, 2008).

No estudo original (DURSO; LATNER, 2008), a versão da WBIS administrada aos participantes era composta por 19 itens. Um total de 198 participantes, sendo 164 mulheres e 34 homens com idade entre 18 e 67 anos responderam, de forma *online*, a um questionário sociodemográfico com idade, sexo, etnia, altura, peso e autoidentificação do *status* ponderal. Aqueles com IMC igual ou maior a 25 kg/m^2 e autoidentificados como “levemente acima do peso”, “acima do peso”, ou “excessivamente acima do peso”, integraram amostra que respondeu ao WBIS.

Conjuntamente, utilizaram uma escala que mensura o preconceito com relação à gordura, o *Antifat Attitudes Questionnaire* (AAQ) (CRANDALL, 1994), que avalia “atitudes anti-gordura” (valores, crenças e rejeição do estigmatizado), composta por 13 itens com pontuação em escala tipo Likert que varia de 1 a 9; a *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE) (ROSENBERG, 1979), uma escala de 10 itens que avalia a autoestima e a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21) (Lovibond, Lovibond, 1995), que avalia ansiedade e depressão e, além disso, os participantes também preencheram a versão reduzida do *Body Shape Questionnaire* (BSQ), que mensura a preocupação com o corpo e autodepreciação devido à aparência física (DOWSON; HENDERSON, 2001).

As autoras analisaram a relação entre estigma internalizado do peso e o preconceito em relação à gordura, autoestima e alteração emocional. A *Eating Disorder Diagnostic Scale* (EDDS) (STICE; TELCH; RIZVI, 1987) e o *Drive for Thinness subscale of the Eating Disorders Inventory* (DFT) (GARNER, 1983) foram respondidos para o diagnóstico de transtorno do comportamento alimentar. A frequência da compulsão alimentar foi avaliada com duas questões do EDDS, sendo considerado o número de episódios semanais nos últimos três meses e nos últimos 6 meses.

Como resultado, o α de Cronbach para os 19 itens foi de 0,85. A correlação item-total foi calculada, sendo excluídos seis itens (1, 6, 8, 14, 16 e 18) por possuírem correlação total ≤ 0,40, segundo o recomendado por Smith e McCarthy (1995). Os 13 itens remanescentes configuraram consistência interna de 0,90. Foi aplicado o método de rotação VARIMAX na escala de 13 itens utilizando o SPSS *Statistical Software* (SPSS, Chicago, IL). Os itens foram

agrupados em dois componentes, componente 1 e 2. Devido à baixa variância do componente 2, os autores se basearam na hipótese de que os componentes funcionam de maneira unidimensional.

Assim, procedeu-se à análise fatorial confirmatória para verificar se os componentes poderiam ser mesclados em um só fator. Logo, dois itens (13 e 19) foram excluídos da escala devido a baixo ou moderado fator (< 0,50), resultando em uma escala final de 11 itens representados por um único componente, com consistência interna de 0,90. De acordo com o coeficiente de correlação de Pearson, em que foram consideradas correlações maiores que 0,30 com significância estatística de 0,01, a WIBS foi significativamente correlacionada com a *Dislike subscale* do AAQ, com a DFT, com o BSQ, RSE e DASS. Os resultados revelaram que indivíduos com maior nível de estigma internalizado obtiveram maior frequência de consumo alimentar compulsivo, depressão, ansiedade, estresse, baixa autoestima e maior preocupação com a imagem corporal.

2. JUSTIFICATIVA

Diante dos achados, nota-se que a fundamentação de intervenções para problemas de caráter psicossocial de pessoas com obesidade é de extrema importância na prática profissional e pode ser otimizada com a avaliação do estigma internalizado do peso por meio da WBIS. Esse campo carece de atenção e acolhimento profissional de modo geral, e a avaliação desse constructo em indivíduos com excesso de peso também configura-se como uma iniciativa relevante para o planejamento de ações terapêuticas mais eficazes para a perda de peso. O conhecimento científico referente a esse aspecto apresenta lacunas, e não há um instrumento de rastreio validado entre brasileiros, destacando a importância da realização da adaptação cultural e validação da WBIS para uso no Brasil.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Realizar a adaptação cultural e verificar as propriedades psicométricas da *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) para uso no Brasil.

3.2. Objetivos Específicos

- Adaptar culturalmente a WBIS para uso no Brasil;
- Avaliar a validade de face e conteúdo da versão adaptada da WBIS;
- Avaliar a fidedignidade segundo a consistência interna dos itens;
- Avaliar a presença dos efeitos *floor* e *ceiling* na distribuição das respostas à escala;
- Avaliar a validade de constructo convergente da WBIS;

4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1. Conceitos relacionados à adaptação cultural de instrumentos de mensuração de constructos subjetivos

Nos últimos anos, os estudos de desenvolvimento, adaptação cultural e validação de instrumentos, frequentes na área das ciências sociais, tem adquirido amplo destaque em pesquisas de outros campos, especialmente na área das ciências da saúde, diante da atenção aos diversos aspectos individuais de natureza psicossocial que acompanham uma abordagem global (SPERBER, 2004). O conhecimento sobre a magnitude que acompanha a problemática é fundamental para pesquisas na área e a prática clínica dos profissionais de saúde, o que tem levado pesquisadores da área em todo o mundo a empregar esforços para aprimorar o conhecimento a cerca dos fenômenos psicológicos e comportamentais com o uso de instrumentos de medida (MOTA; PIMENTA, 2007). Os instrumentos podem contribuir amplamente para a melhoria do cuidado, para a constatação das necessidades de saúde e a interação entre pesquisadores e profissionais de diferentes culturas (PASQUALI, 2003).

Esse avanço foi reflexo da evolução da Psicometria, complexa área da psicologia que determina os processos metodológicos para obtenção de instrumentos com qualidades psicométricas válidas para a análise dos fenômenos (PASQUALI, 2003; POLIT; BECK, 2011). Possibilita a análise do comportamento humano por meio da pontuação gerada pela resposta às variáveis psicossociais (itens), garantindo uma abordagem objetiva dos fenômenos subjetivos avaliados (PASQUALI, 2009).

Os construtos não são mensurados de forma direta, porém são avaliados pelas características derivadas da definição dos mesmos. Os fenômenos observaveis podem originar os itens do instrumento constituídos por frases ou afirmações que representam algum aspecto sobre o constructo (BRAGA; CRUZ, 2006). As variáveis avaliam o chamado constructo subjetivo, traço ou variável latente, que representam aspectos abstratos, podendo se tratar de conteúdo psicológico, processos comportamentais ou psíquicos captados por meio das respectivas respostas à escalas ou questionários (PASQUALI, 2003; FAYERS; MACHIN, 2007).

As escalas se referem a um conjunto de itens o qual propõe medir dada característica ou atributo numa população de indivíduos a partir de um único valor como resultado a partir da mensuração; enquanto os questionários podem ser constituídos de itens apresentados em agrupamento podendo conter uma ou mais escalas, denominadas subescalas (FAYERS; MACHIN, 2007). Em ambos casos, os itens são organizados em fatores ou domínios que avaliam o constructo abordado, sendo os itens respondidos a manifestação do constructo,

traço ou variável latente (PASQUALI, 2003).

Os pesquisadores podem optar por elaborar instrumentos de medida para uma dada realidade cultural ou podem proceder a adaptação de instrumentos de uma cultura em que já foi desenvolvido para outra, com referenciais metodológicos específicos. A elaboração de instrumentos é precedida pelo domínio do conhecimento de dado constructo e teoria de embasamento notoriamente definidos para sua construção e envolve a conceituação, seleção e redução dos itens. O processo é demorado e impede a comparação de resultados relacionados ao constructo em outras culturas (PASQUALI, 2009, 2010).

A adaptação cultural por sua vez, é amplamente utilizada para viabilizar um instrumento de medida capaz de avaliar um dado constructo, com o benefício da comparação dos resultados nas diferentes culturas em que são correspondentes, de envolver menor requisição de tempo, recursos pessoais e financeiros. O constructo deve estar presente na cultura alvo e o instrumento a ser adaptado deve apresentar boas propriedades psicométricas (EPSTEIN; SANTO; GUILLERMIN, 2015). O procedimento demanda o uso de recursos metodológicos para a adaptação cultural que mantenham a validade e fidedignidade do instrumento original (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; FERRER et al., 1996; BEATON et al., 2000; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Independentemente da similaridade de idiomas entre as culturas em que o instrumento foi desenvolvido e a que pretende ser adaptado, é necessário realizar nova adaptação cultural quantas vezes se fizer necessário devido à variabilidade das características da população alvo, bem como as mudanças do constructo ao longo do tempo (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A adaptação cultural compreende um processo sistematizado de duas fases vinculadas, a tradução e a adaptação. Após a tradução literal, a adaptação é crucial etapa para adequação das palavras e expressões do idioma de origem para o idioma alvo do ponto de vista linguístico, conceitual e técnico, para que seja atingido o sentido esperado (COLUCI; ALEXANDRE, MILANI, 2015). A adaptação é constituída pela avaliação da validade de face e conteúdo, replicabilidade e adequação da versão produzida (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000; FAYERS; MACHIN, 2007). Na literatura científica específica dessa área exitem muitos guias e protocolos para tradução e adaptação cultural de instrumentos e não há consenso entre os pesquisadores sobre o melhor método para adaptação cultural, porém uma simples tradução para outro idioma é considerada insuficiente (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000; EPSTEIN; SANTO; GUILLERMIN, 2015).

Em vista da inexistência da padronização ser um problema para a qualidade dos instrumentos de medida adaptados, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) revisaram a literatura científica disponível e propuseram cinco etapas em suas diretrizes: a tradução, a retrotradução, Comitê de Especialistas, pré-teste e ponderação dos escores. Essas recomendações são amplamente utilizadas em estudos de adaptação cultural (EPSTEIN; SANTO, GUILLERMIN, 2015). Posteriormente estas etapas foram incrementadas por outros autores, com finalidade de aprimorar os processos para a obtenção das equivalência entre as culturas (FERRER et al., 1996; BEATON et al., 2000). Beaton et al. (2000) determinaram a realização da tradução; a inclusão da síntese das traduções, retrotradução, avaliação de um Comitê de Especialistas e pré-teste.

A proposta tem início com duas traduções independentes, produzida por tradutores com formações distintas a fim de compará-las para o apontamento de discrepâncias entre as versões. Um tradutor deve possuir conhecimento a cerca do constructo avaliado para produzir uma tradução baseada em uma visão clínica; enquanto o outro tradutor não deverá ser informado sobre o constructo, de modo que sua tradução reflita em uma linguagem comumente utilizada pela população alvo (BEATON et al., 2000). A seguir, os tradutores e o pesquisador se reúnem para elaborar uma síntese das traduções (BEATON et al., 2000). Essa etapa não é parte das diretrizes de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), que recomendam a retrotradução após a realização das traduções independentes.

A retrotradução é realizada por um mínimo de dois tradutores independentes, de preferência nativos do idioma de origem do instrumento e não informados em relação aos conceitos do estudo. As retrotraduções tem por objetivo analisar a coerência da síntese das traduções, permitindo a identificação de erros e inadequações ao serem comparadas (BEATON et al., 2000). Ferrer et al. (1996), por outro lado, sugerem que a procedência de apenas uma retrotradução elaborada por tradutor bilingue cuja língua maternal é a de origem do instrumento seja suficiente para o processo. Além disso, recomendam que a primeira versão seja submetida a avaliação do Comitê de Profissionais e comparada com a versão original antes da realização da retrotradução, possibilitando a identificação de erros ou problemas de compreensão antecipadamente.

Na etapa de avaliação do Comitê de Especialistas, um grupo integrado por profissionais de saúde, especialistas no constructo e tradutores revisam todas as versões elaboradas até o momento e avaliam a equivalência boaque indica equidade no significado das palavras a fim de manter o sentido original; a equivalência idiomática, em que expressões e coloquialismos dificilmente traduzíveis são traduzidos para termos equivalentes do idioma

alvo; a equivalência cultural, que trata-se da adequação de expressões utilizadas na versão original para a cultura alvo; e a equivalência conceitual, a qual avalia se determinado conceito tem a mesma importância na versão original e final. O objetivo é verificar a necessidade de alterar, incluir ou excluir itens irrelevantes ou inapropriados adequando-os para a população-alvo (BEATON et al., 2000).

Nas diretrizes propostas pelo grupo DISABKIDS, antes de testar as propriedades psicométricas, a avaliação da compreensibilidade dos itens recebe atenção em uma etapa destinada para tal finalidade, denominada validação semântica (DISABKIDS GROUP, 2002). Em vista da importância e da repercussão da adequada formulação de itens para a adaptação cultural e validação, o grupo desenvolveu formulários que avaliam de forma ampla e específica os itens e opções de resposta de um instrumento, o Formulário de Impressão Geral e o Formulário Específico. As recomendações para o uso desses indicam a divisão da amostra e os itens em subgrupos, para garantir a fidedignidade das respostas e obter uma avaliação detalhada dos itens (DISABKIDS GROUP, 2002).

O metodo envolve a aplicação dos formulários por entrevista de forma individual, em que os respondentes avaliam os itens ao descrever com as próprias palavras o significado das questões. Este recurso permite que o pesquisador verifique a presença da interpretação pretendida com a população alvo, sendo que os itens que carregam problemas na compreensão podem ser revisados e alterados tendo em consideração as sugestões dos respondentes (DISABKIDS GROUP, 2004). A ausência dessa etapa pode induzir ao uso de palavras ou frases pouco conhecidas ou acompanhadas de dúvidas entre os respondentes (PASQUALI, 2001).

Pasquali (2001) recomenda que as itens sejam inteligíveis para pessoas de menor e de maior nível de esclarecimento, com linguagem compreensível sem que se torne deselegante à população de maior escolaridade. Acompanhando este pensamento, Ferrer et al. (1996) propõe a análise semântica com o “Painel de Pacientes”, que busca verificar a dificuldade dos participantes na compreensão dos itens, de modo a resultar em itens que acompanham a linguagem habitual dos mesmos e não somente a recomendação dos especialistas. A concretização das etapas propostas na adaptação cultural de instrumentos com a participação dos especialistas e da população alvo endossam itens que representam adequadamente o constructo a ser avaliado (FAYERS; MACHIN, 2007).

No pré-teste, a versão obtida com o Comitê é aplicada em uma amostra de 30 a 40 pessoas que devem responder ao instrumento e também sobre a percepção sobre o significado dos itens e das opções de resposta, com objetivo de avaliar a compreensão e as propriedades

psicométricas dos mesmos (BEATON et al., 2000). De acordo com os autores, todas as etapas do processo devem ser registradas em um relatório, com detalhes para tomada de decisões sobre possíveis discrepâncias. O processo de validação do instrumento ocorre somente após o processo de adaptação cultural (BEATON et al., 2000). Beaton et al. (2000) apontam a necessidade de avaliação da confiabilidade e a validade, para manter a presença das características do instrumento original e para avaliar a precisão da medida após a adaptação cultural (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

4.2. Conceitos relacionados à validação de instrumentos de mensuração de constructos subjetivos

A precisão é atingida em instrumentos que são válidos e fidedignos, e a fidedignidade não implica em validade, mas se são designados instrumentos válidos, também serão fidedignos. Um instrumento válido é aquele que mede com precisão aquilo que se propõe medir (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2009). Não existe apenas uma estratégia para tal objetivo, e os recursos escolhidos dependerão da finalidade do instrumento (MOTA; PIMENTA, 2007), porém é preciso determinar os cálculos de diferentes coeficientes para sua determinação. A validade pode ser subdividida em três tipos: validade de face e conteúdo, validade de constructo e validade de critério (MOTA; PIMENTA, 2007; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

A validade de face ou aparente é usualmente considerada um aspecto inerente à validade de conteúdo, pois se refere a clareza e relevância dos itens do instrumento segundo o grau em que contemplam o constructo, bem como a aceitação dos itens pelos respondentes (PASQUALI, 2001; MOTA; PIMENTA, 2007).

A validade de conteúdo analisa em que medida os itens funcionam como indicadores mensuráveis que carregam as características observáveis do constructo (FAYERS; MACHIN, 2007; TERWEE et al., 2007). É determinada de forma empírica pela avaliação do Comitê de Especialistas para o julgamento dos itens e quando submetida à análise semântica por membros da população alvo, visto que não há meios totalmente objetivos para determinar se o instrumento abarca o constructo mensurado de forma adequada (WALTZ, STRICKLAND, LENS, 2005). O Comitê irá definir sobre a pertinência de cada item, bem como a representatividade do constructo ao conferir ao instrumento as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual (PASQUALI, 1998; POLIT; BECK, 2006).

A validade de constructo ou de conceito trata-se da propriedade mais complexa e de difícil determinação pela relação dos índices psicométricos com as premissas estabelecidas pelo pesquisador, ou seja, se o instrumento apresenta resultados esperados segundo os parâmetros avaliados (WALTZ; STRICKLAND; LENS, 2005). Esta validade visa checar se o constructo produzido parece ser um modelo adequado, examinando se a escala de medida parece corresponder ao constructo em questão (FAYERS; MACHIN, 2007). Para Pasquali (2009), representa uma forma direta de identificar a hipótese da manifestação comportamental do constructo.

Pode ser considerada como o aspecto mais importante de um instrumento de medida e é frequentemente abordada em dois aspetos: a validade convergente e validade discriminante ou divergente (FAYERS; MACHIN, 2007). A validade convergente se refere à correlação dos itens de um instrumento com outras variáveis que o constructo mensurado deveria estar relacionado, seguindo, portanto, a aplicação simultânea de um instrumento válido e confiável que meça o mesmo constructo ou constructos relacionados. Valores significativos indicam que os instrumentos estão mensurando o mesmo constructo ou constructos teoricamente relacionados (PASQUALI, 2007). A validade discriminante verifica a presença de baixas correlações entre as dimensões dos instrumentos comparados. Um instrumento com validade discriminante é aquele capaz de verificar a discriminação entre grupos em relação ao constructo (FAYERS; MACHIN, 2007). Um exemplo de recurso para testar essa validade é a comparação entre grupos conhecidos ou grupos distintos, que é possível quando grupos notavelmente distintos em relação ao constructo respondem ao instrumento e apresentam diferenças significativas na pontuação média (valores muito baixos ou muito altos). Diante dessa situação é possível inferir que o instrumento é sensível a diferenças individuais relacionadas ao constructo e apresenta validade de construto divergente (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MOTA; PIMENTA, 2007).

Para verificação da validade de constructo convergente e discriminante, a avaliação da associação também pode ser feita com a análise multitraço-multimétodo (MTMM), que explora a relação entre itens e as dimensões do instrumento. Os “traços” representam os itens e o “método” se refere à escala em questão, em que as correlações são comparadas (WARE, HAYASHI, HAYS, 1988).

A validade convergente testada pela análise MTMM verifica as correlações lineares entre os itens e as dimensões que pertencem. Em geral, para as análises iniciais, como a simulação do estudo de campo, a validade convergente é atingida quando as correlações de itens com suas respectivas dimensões forem igual ou maior que 0,3. Para estudos finais, como

o estudo de campo, o coeficiente de correlação deve ser igual ou maior que 0,4 (FAYERS; MACHIN, 2007). No presente estudo, a partir do pressuposto da unidimensionalidade da WBIS, ou seja, que todos itens medem um único constructo conforme estudo original, a validade convergente foi analisada entre os itens que compõem o domínio.

A validade discriminante utilizando a análise MTMM observa a porcentagem em que a correlação de um item com sua respectiva dimensão é maior do que a correlação com a dimensão que não pertence, confirmando validade discriminante se obtidos valores próximos a 100% (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de constructo também pode ser avaliada no que respeito à dimensionalidade do teste, com a Análise Fatorial (AF), que é o primordial recurso utilizado na identificação do número de fatores representados pelo conjunto de itens, bem como a associação entre as dimensões. Com essa ferramenta é possível avaliar se os achados são coerentes com as bases teóricas propostas para o constructo (HAIR et al., 2005).

Para tanto, são reconhecidos dois tipos de análise: a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e a Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A primeira é recomendada diante de pouca ou nenhuma informação sobre a estrutura dimensional do instrumento, ou mesmo quando a compreensão sobre o constructo é incipiente. Por outro lado, a AFC é indicada quando a dimensionalidade do instrumento é clara, sendo confirmada a partir do modelo produzido com base nos dados analisados (FAYERS; MACHIN, 2007). Para a realização da AF é preciso utilizar amostras amplas, de 200 pessoas ou mais, pois amostras inferiores são insuficentes para concluir algo sobre os fatores (COMREY; LEE, 1992).

A validade de critério consiste na proporção em que as pontuações de um instrumento relaciona-se com um padrão-ouro (TERWEE et al., 2007). Quando a pontuação obtida com um instrumento é similar a obtida em outro ao serem aplicados nos mesmos sujeitos em dado momento, é denominada validade concorrente. Essa validade refere-se à propriedade de predizer o comportamento atual. Do contrário, quando as medidas são aplicadas separadamente, em momentos distintos, é denominada preditiva, a qual revela a propriedade de predizer comportamentos futuros com base na comparação dos resultados (COZBY, 2003; CHWALOW, 1995). A grande dificuldade é encontrar um instrumento válido e confiável ou padrão ouro para ser utilizado como critério (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Pasquali (2003) recomenda que diante ausência desse seja evitada essa técnica.

A fidedignidade ou confiabilidade consiste em uma importante propriedade que necessita ser avaliada. Trata-se da característica que garante a mensuração do constructo dos mesmos indivíduos em períodos distintos sem erro, predizendo sobre sua consistência,

estabilidade e precisão (MCDOWELL, 2006; PASQUALI, 2009). Um instrumento considerado estável obtém os mesmos resultados quando respondido por uma mesma amostra diversas vezes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Os procedimentos utilizados para a verificação da confiabilidade também são diversos, dentre eles, a consistência interna, que avalia a homogeneidade dos itens e a estabilidade, avaliada por meio do teste-reteste ou confiabilidade intraobservador e a confiabilidade ou concordância interobservador (HEALE; TWYCROSS, 2015).

A avaliação da consistência interna por meio do cálculo do alfa de Cronbach é baseada no número de itens e nas correlações entre os itens do teste, cujas escalas de resposta possuem mais de duas categorias (MOTA; PIMENTA, 2007). O cálculo examina a correlação média entre os itens do teste de uma dimensão, com intuito de obter altas correlações. Portanto, para instrumentos multidimensionais, o alfa de Cronbach deve ser calculado para cada dimensão (FAYERS; MACHIN, 2007). Valores elevados indicam que os itens de um domínio medem o mesmo atributo, revelando adequada consistência interna, ou seja, quanto maior a correlação entre os itens do instrumento, maior o valor do alfa de Cronbach (TAVAKOL; DENNICK, 2011). Este valor pode variar de acordo com o contexto que envolve a aplicação do teste, a depender da redação e número itens, do tamanho da amostra, das características dos respondentes e das condições administração do teste (RODRIGUEZ; MAEDA, 2006). Terwee et al. (2007) referem que valores superiores entre 0,70 e 0,95 são considerados adequados.

O teste-reteste ou confiabilidade intraobservador trata-se de um recurso para avaliação da fidedignidade por meio da aplicação do teste em um mesmo grupo de pessoas e pelo mesmo observador em momentos distintos; enquanto o grau de concordância nos escores obtidos por observadores diferentes relativos a uma mesma amostra e período é denotada confiabilidade interobservador ou concordância interobservador (FONSECA; SILVA; SILVA, 2007). Em ambos casos espera-se os valores obtidos com as medidas sejam semelhantes (FAYERS; MACHIN, 2007). Para o cálculo da confiabilidade intraobservador ou concordância interobservador os métodos mais usados são Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) para variáveis contínuas, índice Kappa para variáveis binárias e índice Kappa ponderado para variáveis categóricas ordinais (FONSECA; SILVA; SILVA, 2007).

Em relação ao teste-reteste, a possibilidade de modificação do constructo no intervalo entre o período de aplicação e reaplicação pode ser apontada como uma desvantagem do método. Além disso, há contraindicação sobre a utilização da técnica a depender da natureza da variável investigada, sendo recomendado para características mais “estáveis” como a

personalidade, capacidade funcional, entre outros, dado que a ocorrência de situações que envolvem estados psicológicos ou comportamentais pode resultar em baixa estabilidade (POLIT, 2014).

Outra propriedade importante para instrumentos de mensuração é a responsividade, que diz respeito a capacidade do instrumento de captar mudanças diante de avaliações ao longo do tempo. Para tanto, são avaliados os efeitos *floor* e *ceilling*, que ocorrem quando mais de 15% das respostas estão concentradas ou no menor ou no maior escore da escala, indicando baixa responsividade. Para esta análise recomenda-se um mínimo 50 respondentes (TERWEE et al., 2007).

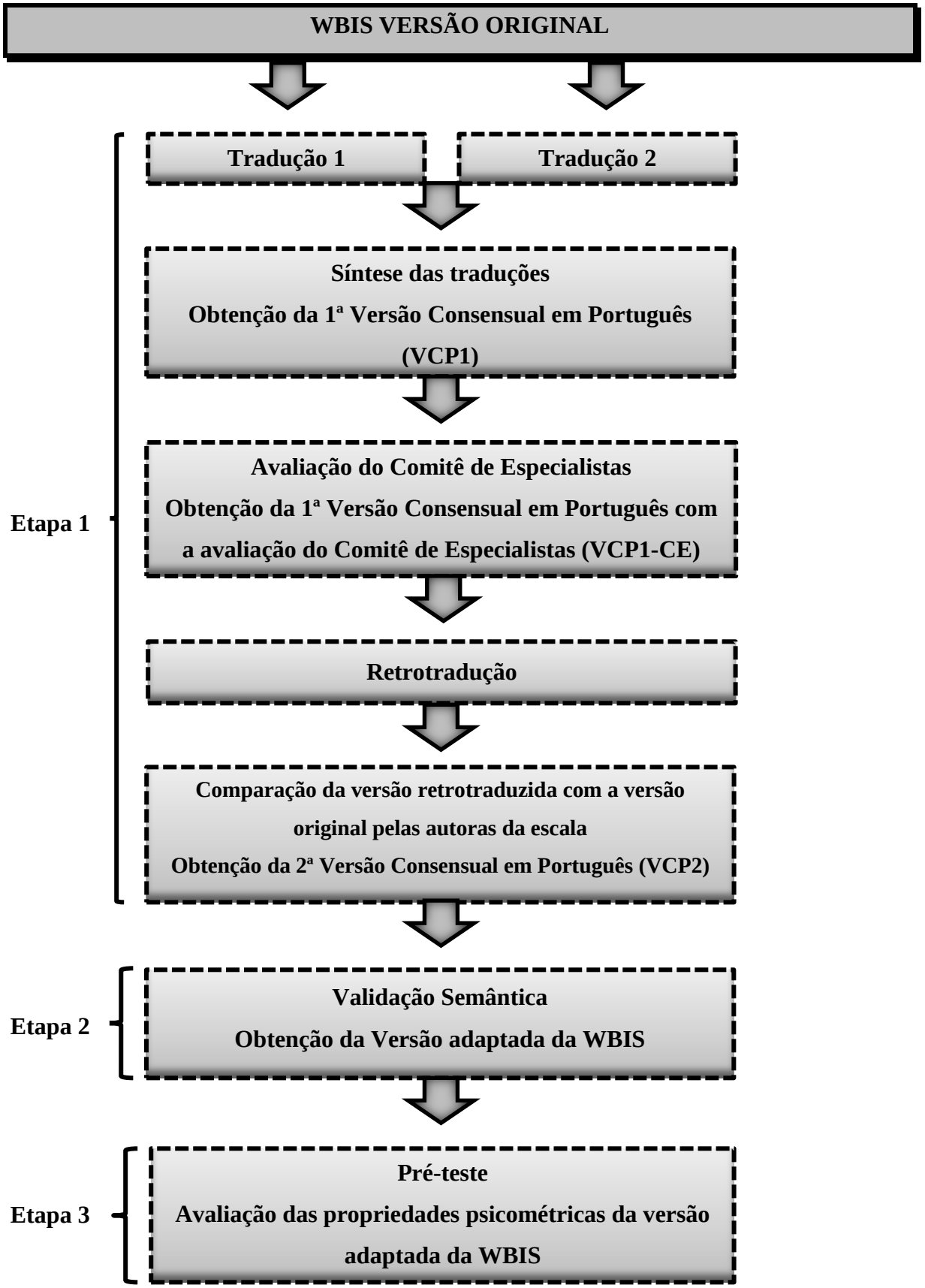
5. MÉTODO

5.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico quantitativo com a finalidade de realizar a adaptação cultural e verificar as propriedades psicométricas da WBIS para uso no Brasil. Uma pesquisa metodológica é caracterizada pela coleta, processamento e a análise dos dados para verificar a validade das premissas estabelecidas a partir do rigor de processos sistemáticos que auxiliam na decisão do pesquisador (LAKATOS, MARCONI, 2003).

Para subsidiar a adaptação cultural e a validação da WBIS (Fase I), este estudo permeou o referencial metodológico proposto por Beaton et al. (2000) e Ferrer et al. (1996). Seguiu, portanto, a tradução (1 e 2), síntese das traduções, avaliação do Comitê de Especialistas, retrotradução, comparação da versão original com a retrotraduzida (Etapa 1), validação semântica (Etapa 2) e pré-teste (Etapa 3), conforme a Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma das etapas de adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da WBIS.



5.2. Local do estudo

Na etapa 1, com exceção da retrotradução, a qual foi realizada por profissional de uma empresa especializada, as demais etapas se deram nas dependências da Universidade de São Paulo (USP) *Campus* Ribeirão Preto. A síntese das traduções foi obtida especificamente em um laboratório de pesquisa de uma das docentes envolvidas, localizado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) e a etapa de avaliação do Comitê de Especialistas se deu por meio uma reunião com os membros, em uma sala pertencente a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP). Nas etapas 2 e 3, a coleta de dados com os participantes ocorreu nas dependências do Centro Multiprofissional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças da Prefeitura do *Campus* e na Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (EEFERP).

5.3. Recrutamento dos participantes

Os profissionais da etapa 1 foram recrutados a partir do conhecimento e domínio sobre o constructo, idioma alvo e conceitos de adaptação cultural e validação de instrumentos de medida. Os docentes que participaram das traduções independentes e do Comitê de Especialistas eram pertencentes à área da saúde e ciências humanas da FMRP, da EERP e da FFCLRP. Os profissionais tradutores da etapa de avaliação do Comitê de Especialistas e retrotradução foram contratados de uma empresa especializada.

Para as etapas 2 e 3 foram selecionados participantes e ex-participantes do Programa de Educação Alimentar da USP-Ribeirão Preto (PRAUSP), desenvolvido no Centro Multiprofissional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças da Prefeitura do *Campus* no momento da coleta de dados deste estudo, e do Programa de Exercício Físico para Idosos, oferecido pela EEFERP.

O PRAUSP é um programa de intervenção multiprofissional e interdisciplinar destinado a pessoas com sobrepeso e obesidade com objetivo de oferecer encontros que incentivem a adesão de hábitos de vida saudáveis, com mudanças comportamentais para a perda de peso. Durante 12 encontros semanais em grupo, com duração de 2,5 horas cada, são desenvolvidas atividades de orientação alimentar, apoio psicológico e orientação à prática de exercícios físicos por estudantes de graduação e pós-graduação das áreas de nutrição, enfermagem, psicologia e educação física. A coordenação, no momento desse estudo, era da Prof. Dra. Rosane Pilot Pessa (EERP), em parceria com os Professores Drs. Carmem Beatriz

Neufeld (FFCLRP) e Carlos Roberto Bueno Júnior (EEFERP). O PRAUSP funciona no Centro Multiprofissional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças desde 2005 e já atendeu mais de 380 pessoas desde então, sendo elas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com escolaridade mínima de ensino fundamental completo e Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 e 39,9 kg/m^2 (sobrepeso e obesidade grau II).

O Programa de Exercício Físico para Idosos oferecido pela EEFERP é coordenado pelo Prof. Dr. Carlos Roberto Bueno Júnior, proporciona atividade física de três horas semanais (duas vezes/semana) para pessoas com sobrepeso ou obesidade durante 12 meses, auxiliados por estudantes de pós-graduação, nível mestrado. O programa tem como principais objetivos a redução do risco para doenças cardiovasculares e aumento da força muscular e da capacidade aeróbia e funcional a serem oferecidos em um ambiente que proporciona interações sociais entre essa população. Atende livre demanda, sendo incluídos indivíduos maiores que 50 anos, com IMC acima de 25 kg/m^2 (sobrepeso ou obesidade).

5.3.1. Participantes

Na etapa 1, participaram do estudo:

- ✓ Dois docentes da área da saúde, sendo um da área médica (Nutrologia) e outro da área de Nutrição, ambas com domínio na língua inglesa, que atuaram como tradutores independentes da escala (Tradução 1 e 2);
- ✓ Três profissionais da área da saúde e ciências humanas da EERP e da FFCLRP; uma tradutora contratada de uma empresa especializada e um membro da população alvo que foi participante do PRAUSP, compuseram o Comitê de Especialistas;
- ✓ Um profissional tradutor, que realizou a retrotradução da escala;
- ✓ As duas autoras da escala original, Dra. Laura Durso e Dra. Janet Latner, que compararam a versão original com a retrotraduzida.

Na etapa 2 e 3, foram incluídos:

- ✓ Homens e mulheres participantes e ex-participantes do PRAUSP e participantes do Programa de Exercício Físico para Idosos da EEFERP, com idade entre 18 e 59 anos e IMC igual ou maior a 25 kg/m^2, obtido após mensuração antropométrica. Ao cumprirem estes requisitos, deveriam considerar-se “levemente acima do peso”, “acima

do peso" ou "excessivamente acima do peso" na autoidentificação do peso verificada pelo questionário de caracterização sociodemográfica (APÊNDICE A).

- ✓ Aqueles que consideraram-se com "peso normal", "levemente abaixo do peso", "abaixo do peso" ou "excessivamente abaixo do peso" foram excluídos do estudo.
- ✓ Aqueles que participaram da fase 2, a etapa de validação semântica da WBIS, não participaram da fase 3, o processo de avaliação das propriedades psicométricas da escala.

5.4. Autorização para adaptação cultural e validação da WBIS

Previamente ao início desta pesquisa foi solicitada a autorização para adaptação cultural e validação da WBIS para uso no Brasil pelas autoras da escala original via correio eletrônico. Após a concessão da autorização (ANEXO A), foi mantido o contato com as autoras no decorrer de todo o estudo, de modo a clarificar a tomada de decisões.

5.5. Procedimentos para a coleta de dados

Na etapa 1, as traduções e retrotradução tiveram prazo determinado para envio para a pesquisadora; já para a síntese das traduções e a avaliação do Comitê de especialistas, foi agendado uma data específica para reunião com os envolvidos.

Nas etapas 2 e 3, para seleção dos participantes do PRAUSP foi utilizado um banco de dados que possui todos os dados dos participantes do projeto. Foi realizado um levantamento de dados dos participantes mais recentes (últimos 2 anos) e aqueles possíveis candidatos foram convidados por meio de ligação telefônica e informados sobre o estudo. As pessoas que concordaram em participar foram avaliadas e entrevistadas em uma sala no Centro Multiprofissional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, sendo agendados horários indivíduais de acordo com a preferência e disponibilidade das mesmas.

Os participantes do Programa de Exercício Físico para Idosos da EEFERP foram convidados pessoalmente pela pesquisadora, de forma consecutiva e não probabilística, e entrevistados em horário de acordo com a preferência ou após realizarem os projetos de extensão oferecidos pelo local. Ambos locais possuíam sala com balança eletrônica digital com plataforma e estadiomêtro fixos; e capacidade máxima de 150kg e 300kg utilizadas

para os participantes do PRAUSP e do Programa de Exercício Físico para Idosos, respectivamente.

Além do questionário de caracterização sociodemográfica, todos os participantes das etapas 2 e 3 responderam ao Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2016) (ANEXO B).

5.5.1. Procedimentos metodológicos para adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas

5.5.1.1. Tradução e síntese das traduções

As traduções da WBIS, do inglês para o português, foram realizadas por dois tradutores independentes, naturalizados brasileiros e profissionais docentes que dominam o idioma, sendo um da área médica, não informado sobre os conceitos abordados e outro da área de Nutrição, o qual era familiarizado sobre o constructo examinado neste estudo. A pesquisadora e os tradutores confrontaram as duas versões traduzidas para obter uma única versão, a 1ª Versão Consensual em Português (VCP1).

No entanto, quando a VCP1 foi apresentada para o Exame de Qualificação, a comissão examinadora observou que os itens encontravam-se muito discrepantes em relação às duas traduções independentes. Diante disso, a mesma sugeriu desconsiderar a VCP1 produzida e obter uma nova VCP1 com auxílio de um Comitê de Especialistas, o que foi totalmente acatado, conforme descrito a seguir.

5.5.1.2. Avaliação do Comitê de Especialistas

Via correio eletrônico, cinco membros do Comitê de Especialistas foram convidados a contribuir com o estudo durante uma reunião para obtenção de uma nova versão consensual da VCP1 a partir das duas traduções independentes e a versão original. Para tanto, receberam previamente a versão original da escala, as duas traduções independentes e a carta de orientação ao Comitê de Especialistas (APÊNDICE B) para leitura e análise. Após aceite do convite, um encontro foi agendado e realizado em sala da EERP, juntamente com as

pesquisadoras deste estudo. Um membro da equipe o qual encontrava-se no exterior participou da reunião via vídeo-transmissão.

Dos cinco membros, três eram profissionais com amplo conhecimento na língua inglesa e na área de adaptação cultural e validação de instrumentos de medida (uma psicóloga, uma nutricionista e uma enfermeira), sendo as duas últimas docentes; uma outra profissional era tradutora de uma empresa especializada, a qual possui vasto conhecimento no idioma alvo e, consequentemente, das equivalências pretendidas; e um membro da população alvo, ex-participante do PRAUSP. Este foi incluído com o objetivo de contribuir com a compreensibilidade dos itens da escala, conforme estabelecido em outros estudos (VICTAL; LOPES; D'ANCONA, 2013; CAMPANA, 2013, FERREIRA et al., 2014). O mesmo possui ensino médio de escolaridade, de modo a deter a opinião final diante da obtenção mínima de 80% de concordância em cada item entre os membros do Comitê. Esta fase resultou na 1ª Versão Consensual em Português obtida com a avaliação do Comitê de Especialistas (VCP1-CE).

5.5.1.3. Retrotradução

Após a obtenção da VCP1-CE, a mesma foi retrotraduzida por outro profissional tradutor de outra empresa especializada não informado sobre a temática, a fim de evitar vieses ou significados inesperados (BEATON et al. 2000). A intenção da submissão ao Comitê de Especialistas antes da retrotradução foi considerada útil para que o Comitê pudesse observar possíveis inadequações da tradução que poderiam não ser identificadas após a retrotradução (FERRER et al., 1996).

A versão retrotraduzida foi submetida às autoras da escala para comparação com a versão original. As autoras realizaram observações as quais foram enviadas para os membros Comitê de Especialistas, e após modificação, reenvio e resposta favorável, foi obtida a 2ª Versão Consensual em Português (VCP2).

5.5.1.4. Validação semântica

A validação semântica da escala foi realizada de acordo com a proposta descrita pelo grupo DISABKIDS® (DISABKIDS 2002, 2004), a qual consiste na avaliação da

aceitação, pertinência e entendimento dos itens de forma a realizar adequações que garantam maior clareza (DISABKIDS, 2004).

Para tanto, foram selecionados 18 participantes do PRAUSP e do Programa de Exercício Físico para Idosos da EEFERP, homens e mulheres de diferentes níveis de escolaridade a fim de garantir a linguagem compreensível sem torná-la deselegante à população de maior esclarecimento (PASQUALI, 1999).

O número total de participantes advém do preconizado pelo grupo DISABKIDS® (DISABKIDS, 2002), com a distribuição de pessoas por subconjuntos na escala e um mínimo de três respondentes por subconjunto. Com autorização da representante do Grupo DISABKIDS® no Brasil (ANEXO C), foi utilizado o Formulário de Impressão Geral e o Formulário Específico (DISABKIDS GROUP, 2002) (ANEXOS D, E). Os 18 envolvidos responderam à VCP2; ao questionário de caracterização sociodemográfica, ao Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2016) e ao Formulário de Impressão Geral.

Em seguida, os itens 1 ao 5 do Formulário Específico foram respondidos por nove indivíduos, e os itens 6 a 11 por outros nove participantes, com igual distribuição em relação ao nível de escolaridade (ensino fundamental, médio e superior) (DISABKIDS, 2004). Todos os documentos utilizados foram aplicados por meio de entrevista face a face, exceto a VCP2, que é autoaplicável. A avaliação antropométrica e a entrevista tiveram duração de aproximadamente 40 minutos, com maior tempo decorrente de relatos dos participantes sobre situações cotidianas relacionadas com o constructo abordado.

5.5.1.5. Pré-teste

A versão adaptada originada das alterações realizadas com a etapa de validação semântica foi aplicada em 54 indivíduos para avaliação das propriedades psicométricas. Esse tamanho amostral foi definido de acordo com o recomendado por Terwee et al. (2007), a qual preconiza um mínimo de 50 pessoas para avaliar as propriedades mensuráveis durante a simulação do estudo de campo. Nesta fase, foram avaliadas a fidedignidade, a responsividade e a validade de constructo convergente da escala.

A responsividade dos itens foi avaliada por meio da distribuição das respostas apresentadas pelos indivíduos (efeito *floor and ceiling*). Esse efeito ocorre quando mais de 15% das respostas está concentrada no menor (0%) ou maior (100%) escore da medida. Quando ocorre, este efeito é indicativo de baixa responsividade (MCHORNEY; TARLOV,

1995).

A avaliação da fidedignidade foi verificada pelo valor do α de Cronbach, o qual é amplamente utilizado para verificar a consistência interna dos itens, ou seja, a inter-correlação entre os itens. Varia de zero a um, partindo da proposição que as correlações são positivas, sendo recomendada a obtenção de valor entre 0,70 e 0,95 para adequada consistência interna (TERWEE et al., 2007). Para verificar a correlação entre cada item e o total da escala procedeu-se a avaliação da correlação item-total.

Por fim, a validade convergente foi avaliada por meio da análise Multitraço-multimétodo (MTMM) disponível no Multitrait Analisys Program (MAP) para avaliação da significância estatística para os valores de correlação.

Para avaliação das correlações, foi adotado critérios propostos por Ajzen, Fishbeim (1980), em que valores de correlação abaixo de 0,30 foram consideradas correlações fracas, de pouco valor para a prática, mesmo que estatisticamente significantes; os valores entre 0,30 e 0,50 uma correlação de moderada magnitude; e valores acima de 0,50, correlações de forte magnitude.

A coleta de dados envolveu a aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica, ao Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2016) e a versão adaptada da WBIS. A avaliação antropométrica e a aplicação dos instrumentos de coleta foram realizadas por entrevista face a face e tiveram duração de aproximadamente 15 minutos, sendo a versão adaptada para o português autoaplicável.

5.6. Análise dos dados

Os dados coletados (sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, peso e altura, autoidentificação do peso e classificação econômica) foram analisados a partir da construção de um banco de dados no Excel (Microsoft Office 2010) para a codificação das variáveis. A técnica de dupla digitação foi empregada de modo a minimizar erros oriundos do processamento dos dados.

Com os dados de peso e altura foi calculado o IMC divindo-se o peso (em quilos) pelo quadrado da altura (em metros), cuja classificação seguiu os critérios da OMS, sendo sobrepeso de 25 a 29,9 kg/m^2, obesidade grau I de 30 a 34,9 kg/m^2; obesidade grau II de 35 a 39,9 kg/m^2; e obesidade grau III igual ou maior que 40 kg/m^2 (OMS, 1995, 1997).

Os dados foram transportados para o software estatístico *Statistical Package for the*

Social Sciences (SPSS), versão 21.0, para a realização das análises estatísticas de frequência simples para variáveis qualitativas nominais e ordinais; e de medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis quantitativas contínuas para descrição dos dados da amostra de participantes. Neste estudo foi adotado nível de significância de 0,05 para as análises estatísticas.

5.7. Questões éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (ANEXO F), de modo a garantir o sigilo da identificação de sujeitos incluídos sob voluntariado, com direito a realizar questionamentos e liberdade para evasão ao estudo sem prejuízo ou punição se estivessem de acordo com as premissas descritas. Todos os participantes envolvidos voluntariamente neste estudo (tradutores, integrantes do Comitê de Especialistas, participantes da etapa de validação semântica e pré-teste) consentiram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C, D, E e F, respectivamente).

6. RESULTADOS

Os resultados obtidos serão apresentados de acordo com as etapas, a seguir:

6.1. Tradução e síntese das traduções

A WBIS foi traduzida por dois profissionais independentes (ANEXO G, H), sendo obtida a síntese das traduções (VCP1), como procedimento posterior. No entanto, a Comissão Examinadora do Exame de Qualificação sugeriu que a mesma fosse desconsiderada por não estar suficientemente coerente e fidedigna às traduções, e propôs a obtenção de uma nova versão consensual por um Comitê de Especialistas.

6.2. Avaliação do Comitê de Especialistas

A reunião do Comitê de Especialistas se deu por rodadas de apuração das opiniões de cada membro para cada item e posteriormente, para as categorias de resposta, com obtenção de, ao menos, 80% de concordância em cada item, sendo que a decisão final sobre o item foi aprovada pelo membro do Comitê representante da população alvo. A reunião foi presidida pela pesquisadora principal, que coordenou as rodadas e realizou os registros em um documento no programa Microsoft Word 2010, cuja leitura foi realizada e acompanhada por todos.

Os cinco especialistas avaliaram as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; BEATON et al., 2000) a partir da versão original e das duas traduções independentes da WBIS, sendo o membro da população alvo aquele que confirmou todas as proposições discutidas. Os resultados observados a partir da análise e discussão da versão original, das traduções independentes e obtenção da 1ª Versão Consensual em Português com a avaliação do Comitê de Especialistas (VCP1-CE) estão contidas no Quadro 1.

Quadro 1– Processo de obtenção da 1ª Versão Consensual em Português com a etapa de avaliação do Comitê de Especialistas (VCP1-CE), segundo o item original, tradução 1 e 2, motivo de alteração. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2018.

Versão original	Please rate your agreement with each item.
Tradução 1	Por favor, avalie seu grau de concordância para cada item.
Tradução 2	Por favor, classifique a sua concordância com cada um dos itens.
VCP1-CE	**Por favor, indique o quanto você concorda com cada item.**
Motivo	Foi indicada pela maioria (80%), a utilização do verbo "indicar". A palavra "concordância" foi considerada uma palavra difícil para ser compreendida pela população alvo, optando-se por substituí-la.
1 - Item original	As an overweight person, I feel that I am just as competent as anyone.
Tradução 1	Tenho excesso de peso e me sinto competente como qualquer pessoa.
Tradução 2	Como uma pessoa com sobrepeso, sinto que sou tão competente como qualquer outra.
VCP1-CE	**Como uma pessoa que está acima do peso, sinto que sou tão competente quanto qualquer outra pessoa.**
Motivo	A equivalência idiomática de "overweight" observada se refere a "excesso de peso" abrangendo as classificações sobrepeso e obesidade. Portanto, foi utilizada a expressão "acima do peso" por ser considerada mais usual entre a população alvo, sendo padronizada para todos os itens compostos da palavra "*overweight*". Todos os membros apontaram a formulação de item proposta na tradução 2, com a adição da palavra "pessoa" ao fim da frase.
2- Item original	I am less attractive than most other people because of my weight.
Tradução 1	Sou menos atraente do que a maioria das pessoas por causa do meu peso.
Tradução 2	Eu sou menos atraente do que a maioria das outras pessoas por causa do meu peso.
VCP1-CE	**Eu sou menos atraente do que a maioria das pessoas por causa do meu peso.**
Motivo	Houve consenso que a tradução 2 foi a melhor opção, porém um membro recomendou a omissão da palavra "outras" na frase para torná-la mais objetiva e todos concordaram com a mudança.
3- Item original	I feel anxious about being overweight because of what people might think of me.
Tradução 1	Sinto-me ansioso (a) sobre o que as pessoas podem pensar de mim por eu estar acima do peso.
Tradução 2	Sinto-me ansioso (a) pelo fato de ter excesso de peso devido ao que as pessoas podem pensar de mim.
VCP1-CE	**Sinto-me ansioso (a) por estar acima do peso, devido ao que as pessoas podem pensar de mim.**
Motivo	Um membro apontou a tradução 1 como melhor opção enquanto os demais (80%) preferiram a opção oferecida na tradução 2, com a exclusão da expressão "pelo fato de", por não existir essa expressão na versão original. A expressão "ter excesso de peso" foi substituida por "estar acima do peso", pois trata-se de uma condição reversível, ou seja, o indivíduo pode perder peso e deixar a condição de excesso de peso.
4- Item original	I wish I could drastically change my weight.
Tradução 1	Eu gostaria de mudar drasticamente meu peso.
Tradução 2	Eu gostaria de mudar drasticamente meu peso.
VCP1-CE	**Eu gostaria de poder mudar drasticamente meu peso.**
Motivo	Dois membros referiram que o acréscimo da palavra "poder" poderia surtir melhor entendimento da frase e os demais consideraram que seria mais apropriado desta forma.
5- Item original	Whenever I think a lot about being overweight, I feel depressed.

(Continua)

(Continuação)

Tradução 1	Sinto-me deprimido (a) sempre que penso que tenho excesso de peso.
Tradução 2	Todas as vezes que penso muito sobre o excesso de peso, sinto-me deprimido (a).
VCP1-CE	**Quando penso muito sobre estar acima do peso, eu me sinto deprimido (a).**
Motivo	Houve questionamento sobre a tradução obtida para *"whenever"* nas duas traduções. Assim, optou-se por substituir "sempre" ou "todas as vezes" conforme as traduções 1 e 2, respectivamente; por "quando".
6- Item original	I hate myself for being overweight.
Tradução 1	Eu me odeio por estar com excesso de peso.
Tradução 2	Eu me odeio pelo fato de ter sobrepeso.
VCP1-CE	**Eu me odeio por estar acima do peso.**
Motivo	A indicação foi apenas substituir a palavra "excesso de peso" por "acima do peso", conforme padronização estabelecida.
7- Item original	My weight is a major way that I judge my value as a person.
Tradução 1	Meu peso é um importante parâmetro para julgar meu valor como pessoa.
Tradução 2	Eu utilizo meu peso como a principal forma de me julgar como pessoa.
VCP1-CE	**1ª opção: Eu julgo meu valor como pessoa principalmente pelo meu peso.** **2ª opção: Meu peso é a principal maneira que eu julgo o meu valor como pessoa.**
Motivo	O item 7 repercutiu em dificuldades para encontrar um consenso, principalmente para a equivalência semântica da expressão "*a major way*" e, embora a palavra "parâmetro" tenha sido considerada pertinente para o sentido da frase, foi considerada uma palavra de difícil entendimento para a população alvo. As propostas para este item foram: "Meu peso é a principal forma/ a principal maneira / o principal fator/ o principal critério que eu julgo meu valor como pessoa". O membro da população alvo afirmou que "maneira" seria a palavra mais facilmente compreendida pela população, sendo considerada dentre as opções apresentadas a melhor opção. No entanto, devido à dificuldade de encontrar um consenso semanticamente adequado e compreensível para esta frase, um dos membros ofereceu a sugestão de reformular o item, mantendo o valor semântico: "Eu julgo meu valor como pessoa principalmente pelo meu peso". Todos consideraram uma opção clara e de fácil entendimento.
8- Item original	I don't feel that I deserve to have a really fulfilling social life, as long as I'm overweight.
Tradução 1	Não mereço ter uma vida social satisfatória, devido ao meu excesso de peso.
Tradução 2	Eu sinto que eu não mereço ter uma vida social satisfatória enquanto eu estiver com excesso de peso.
VCP1-CE	**Eu não sinto que mereço ter uma vida realmente satisfatória enquanto eu estiver acima do peso.**
Motivo	Obter maior fidelidade à construção da frase original.
9- Item original	I am OK being the weight that I am.
Tradução 1	Estou bem com o meu peso.
Tradução 2	Eu me sinto bem com o meu peso corporal.
VCP1-CE	**Eu estou bem com o meu peso atual.**
Motivo	Um integrante sugeriu a expressão "peso atual", em substituição da palavra "peso" e a expressão "peso corporal", que foi considerada adequada pelos membros.
10- Item original	Because I'm overweight, I don't feel like my true self.
Tradução 1	Não me sinto eu mesmo (a) por estar com excesso de peso.
Tradução 2	Devido ao meu excesso de peso eu não me sinto como meu verdadeiro eu.
VCP1-CE	**1ª opção: Por estar acima do peso, eu não me sinto como eu mesmo (a).** **2ª opção: Por estar acima do peso, eu não me sinto verdadeiramente eu.**

(Continuação)

(Conclusão)

Motivo	As possibilidades discutidas tiveram enfoque nas expressões "eu mesmo (a)/ verdadeiramente eu" . No entanto, em consideração à possibilidade de abstração oferecida pela expressão "verdadeiramente eu" para o contexto brasileiro, a expressão "eu mesmo" foi considerada pertinente por amparar a ideia pretendida e por ser amplamente utilizada pela população em geral.
11- Item original	Because of my weight, I don't understand how anyone attractive would want to date me.
Tradução 1	Por causa do meu peso, não entendo como alguém atraente namoraria comigo.
Tradução 2	Devido ao meu peso eu não entendo como alguém atraente gostaria de namorar comigo.
VCP1-CE	**Por causa do meu peso, eu não entendo como alguém atraente gostaria de namorar comigo.**
Motivo	A tradução 1 foi considerada a mais oportuna, com acréscimo do pronome "eu".
Escala de respostas	
Original	Strongly disagree
Tradução 1	Discordo fortemente
Tradução 2	Discordo fortemente
VCP1-CE	**Discordo totalmente**
Original	Moderately disagree
Tradução 1	Discordo moderadamente
Tradução 2	Discordo moderadamente
VCP1-CE	**Discordo moderadamente**
Original	Slightly disagree
Tradução 1	Discordo ligeiramente
Tradução 2	Discordo pouco
VCP1-CE	**Discordo levemente**
Original	Neither agree or disagree
Tradução 1	Não concordo nem discordo
Tradução 2	Nem concordo ou discordo
VCP1-CE	**Não concordo nem discordo**
Original	Slightly agree
Tradução 1	Concordo ligeiramente
Tradução 2	Concordo pouco
VCP1-CE	**Concordo levemente**
Original	Moderately agree
Tradução 1	Concordo moderadamente
Tradução 2	Concordo moderadamente
VCP1-CE	**Concordo moderadamente**
Original	Strongly disagree
Tradução 1	Concordo fortemente
Tradução 2	Concordo fortemente
VCP1-CE	**Concordo totalmente**
Escala de respostas	Houve substituição da palavra "fortemente" por "totalmente" nas categorias de respostas, por ser comumente utilizada em opções de concordância.

Elaborado pela autora

Conforme observado, a reunião de avaliação do Comitê de Especialistas apresentou como resultado, uma versão consensual para cada item, exceto nos itens 7 e 10, que

receberam duas opções por haver menos de 80% de concordância entre os membros. Logo, as duas sugestões foram consideradas para que posteriormente, as pesquisadoras definissem a melhor opção de versão consensual para estes itens.

Ao avaliar as possibilidades, a decisão foi manter a 1ª opção para o item 7: **"Eu julgo meu valor como pessoa principalmente pelo meu peso"** e para o item 10 **"Por estar acima do peso, eu não me sinto como eu mesmo (a)"** na VCP1-CE (ANEXO I).

6.3. Retrotradução e avaliação da versão retrotraduzida

A VCP1-CE foi retrotraduzida e enviada por correio eletrônico para as autoras da escala para ser avaliada de acordo com a versão original (Quadro 2). Como resposta, as autoras consideraram a retrotradução adequada, porém com considerações para o item 7.

A Dra. Janet Latner referiu que a palavra *"major"* e *"maily"* possuem significados ligeiramente distintos, em que *"major"* indica <u>um dos aspectos mais importantes, sendo que existem outros aspectos relevantes,</u> enquanto *"mainly"* sugere que <u>é o aspecto mais importante em relação aos demais</u>. A Dra. Laura Durso concordou com essa premissa.

Assim sendo, todos os membros do Comitê de Especialistas foram contactados via endereço eletrônico e informados sobre as considerações das autoras. Cada membro ofereceu uma opinião sobre uma possível versão consensual para o referido item.

As pesquisadoras avaliaram as opções fornecidas, chegando ao seguinte consenso: "<u>O meu peso é uma das formas mais importantes para julgar meu valor como pessoa".</u> O item foi novamente retrotraduzido pelo mesmo profissional que retrotraduziu a escala e foi enviado às autoras, as quais aprovaram a versão definida para o item e consideraram adequada a versão retrotraduzida. A VCP2, resultante desta etapa (ANEXO J), foi utilizada na próxima etapa, a validação semântica.

Quadro 2– Resultados da versão retrotraduzida da WBIS. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

	Versão original	**Versão retrotraduzida**
Instruções	Please rate your agreement with each item.	Please, mark how much you agree with every item.
Item 1	As an overweight person, I feel that I am just as competent as anyone.	As an overweight person, I feel I am as competent as anyone else.
Item 2	I am less attractive than most other people because of my weight.	I am less attractive than most people because of my size.
Item 3	I feel anxious about being overweight because of what people might think of me.	I feel anxious for being overweight, because of what people may think of me.
Item 4	I wish I could drastically change my weight.	I wish I could drastically change my weight.
Item 5	Whenever I think a lot about being overweight, I feel depressed.	When I think too much about being overweight, I get depressed.
Item 6	I hate myself for being overweight.	I hate myself for being overweight.
Item 7	My weight is a major way that I judge my value as a person.	I judge my value as a person mainly by my body weight.
Item 8	I don't feel that I deserve to have a really fulfilling social life, as long as I'm overweight.	I do not feel I deserve a really fulfilling life while I am overweight.
Item 9	I am OK being the weight that I am.	I feel fine with my current body weight.
Item 10	Because I'm overweight, I don't feel like my true self.	For being overweight, I do not feel as myself.
Item 11	Because of my weight, I don't understand how anyone attractive would want to date me.	Because of my weight, I do not understand how someone attractive would want to date me.
Escala de respostas	**Versão original**	**Versão retrotraduzida**
	Strongly disagree	I strongly disagree
	Moderately disagree	I partially disagree
	Slightly disagree	I slightly disagree
	Neither agree or disagree	I do not agree or disagree
	Slightly agree	I slightly agree
	Moderately agree	tially agree
	Strongly disagree	I strongly agree

Elaborado pela autora

6.4. Validação semântica

6.4.1. Caracterização dos participantes

Participaram dessa fase, 18 pessoas de ambos os sexos, com idade entre 24 e 59 anos e distribuição equitativa entre os níveis de escolaridade. Foi observada a presença de indivíduos com sobrepeso a obesidade grau III, sendo que 44,4% consideravam-se acima do peso. A classificação econômica indica presença de indivíduos de classe A a C2. Os dados derivados da caracterização sociodemográfica e econômica estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e econômica dos 18 participantes da etapa de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Características	Frequência	%
Sexo		
Feminino	15	83,3
Masculino	3	16,7
Estado civil		
Com companheiro (a)	11	61,1
Sem companheiro (a)	7	38,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental	6	33,3
Ensino Médio	6	33,3
Ensino Superior	6	33,3
Autoavaliação do peso		
Levemente acima do peso	4	22,2
Acima do peso	8	44,4
Excessivamente acima do peso	6	33,3
Classificação econômica		
Classe A	3	16,7
Classe B1	4	22,2
Classe B2	7	38,9
Classe C1	2	11,1
Classe C2	2	11,1
	$\overline{X}$ **(DP)**	**Md (Min-Max)**
IMC	32,84 (4,02)	32,88 (25,59-40,59)
Idade	44,4 (11,84)	45,5 (24-59)
Pontuação WBIS	35,4 (13,33)	33,0 (12-70)

$\overline{X}$: Média; DP: Desvio padrão; Md: Mediana; Min-Max: valor mínimo-valor máximo
Elaborado pela autora

6.4.2. Validação semântica com o Formulário de Impressão Geral

Os participantes consideraram a VCP2 da WBIS boa (66,7%) e de fácil compreensão (61,2%), cujas categorias de resposta foram designadas sem dificuldade de compreensão (61,2%), com itens considerados muito relevantes para a avaliação do estigma internalizado do peso (72,3%), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Avaliação da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS por 18 participantes, de acordo com o Formulário de Impressão Geral. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Questões do Formulário de Impressão Geral	Opções de Resposta	n	%
1. O que você achou da escala de modo geral?	Muito boa	5	27,8
	Boa	12	66,7
	Regular	1	5,6
2. As questões são compreensíveis?	Fáceis de entender	11	61,2
	Às vezes difíceis de entender	7	38,8
	Não compreensíveis	0	0
3. Sobre as categorias de resposta, você teve alguma dificuldade?	Sem dificuldades	11	61,2
	Algumas dificuldades	7	38,8
	Muitas dificuldades	0	0
4. As questões são relevantes para a condição de excesso de peso?	Muito relevantes	13	72,3
	Às vezes relevantes	5	27,7
	Nada relevantes	0	0

Elaborado pela autora

A maioria dos participantes não gostaria de mudar (77,7%) ou acrescentar algo na escala (83,3%). Nas respostas, foi observado amplo envolvimento dos indivíduos com o constructo avaliado, de modo a abordarem questões específicas da obesidade, com sugestões de acréscimo de perguntas que envolvessem os aspectos emocionais da alimentação ***"O que faz você comer tanto?"***; ***"O que faz você não ter motivação para perder peso?"***; fatores etiológicos do excesso de peso ***"Entender por que a gente é gordo"*** e "***Por que tem gente que não tem vontade de comer***", bem como o estigma explícito, ***"Pois em geral, a percepção é negativa e interfere nas relações interpessoais"***.

Embora os aspectos emocionais da alimentação encontram-se relacionados ao excesso de peso, a compulsão alimentar ou a inadequação de hábitos alimentares seriam comportamentos associados à estigmatização e de forma semelhante, a estigmatização pode ser fator etiológico da obesidade (PUHL; BROWNELL, 2006; PULH; HEUER, 2009, 2010; PAPADOPOULOS; BRENNAN, 2015). No entanto, são consideradas questões complexas e não avaliadas pela escala.

Também foi proposta a diminuição de sete para cinco opções de categorias de resposta e a inclusão de uma pergunta aberta para que o respondente pudesse acrescentar alguma observação relacionada ao peso. As opções oferecidas não foram incluídas, pois os aspectos psicológicos estão organizados em certa proporção (FURR; BACHARACH, 2014).

Apenas um participante (5,5%) não respondeu ao item 10 por dificuldade de interpretação. O mesmo compreendia e conhecia cada palavra da frase, mas não compreendeu

seu significado total. Ao finalizar a entrevista, a pesquisadora retomou este item e explicou seu significado. Após a compreensão, o participante respondeu o item e propôs outra forma de escrita ao responder ao Formulário Específico.

6.4.3. Validação semântica com o Formulário Específico

Os resultados indicaram que a VCP2 da escala foi considerada relevante para a situação de excesso de peso, de fácil compreensão e provida de opções de resposta claras, com consideração de relevância por todos participantes nos itens 1, 3, 5 e 9. O maior percentual de consideração de irrelevância foi no item 7, por apenas 4 pessoas (22,2% dos participantes), dos quais três (16,6%) deles possuem ensino fundamental e um (5,5%), o ensino superior. Em relação ao entendimento, a maioria dos itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 e 11) foi designada compreensível por todos os pesquisados. As opções de resposta foram julgadas claras, com obtenção de 100% de consideração de clareza nos itens 2, 4 e 9. A análise dos dados sobre a relevância, entendimento e clareza da amostra total encontram-se dispostas no Quadro 3.

Quadro 3- Respostas dos 18 participantes ao Formulário Específico de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS, segundo a relevância, entendimento e clareza. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Itens	**Relevância para a condição de excesso de peso**			**Dificuldade para entender essa questão**		**Opções de resposta claras de acordo com a questão**	
	Sim	*Às vezes*	*Não*	*Sim*	*Não*	*Sim*	*Não*
1	18				18	17	1
2	15	2	1		18	18	
3	18				18	17	1
4	17		1		18	18	
5	18				18	17	1
6	14	1	3		18	17	1
7	14		4	2	16	17	1
8	16		2	2	16	17	1
9	18				18	18	
10	16	2		2	16	16	2
11	16	1	1		18	17	1

Elaborado pela autora

Quanto à relevância, verificou-se que os participantes com ensino superior consideraram, em maior proporção, os itens da escala como pertinentes, exceto os itens 6 e 7.

Surpreendentemente, constatou-se maior dificuldade de compreensão entre as pessoas com ensino médio, em que duas (11,1%) alegaram dificuldades no item 8 e duas (11,1%), no item 10. Quanto às opções de resposta, um participante (5,5%) (com ensino médio) demonstrou dificuldade no uso das opções de resposta nos itens 3, 5, 6, 7, 8, 10 e 11. Todos aqueles com ensino superior afirmaram que as opções de resposta estão claras de acordo com a questão, enquanto apenas um (5,5%) (com ensino fundamental) considerou que as opções de resposta não são claras para o item 1 (Quadro 4).

Quadro 4 - Respostas dos 18 participantes ao Formulário Específico de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS, segundo relevância, entendimento e clareza por níveis de escolaridade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Itens	**Ensino Superior (n=6)**			**Ensino Médio (n=6)**			**Ensino Fundamental (n=6)**		
	Relevância para a condição de excesso de peso			**Relevância para a condição de excesso de peso**			**Relevância para a condição de excesso de peso**		
	Sim	*Às vezes*	*Não*	*Sim*	*Às vezes*	*Não*	*Sim*	*Às vezes*	*Não*
1	6			6			6		
2	6			5		1	4	2	
3	6			6			6		
4	6			6			5		1
5	6			6			6		
6	4	1	1	6			4		2
7	5		1	6			3		3
8	6			5		1	5		1
9	6			6			6		
10	6			5	1		5	1	
11	6			4	1	1	6		
Itens	**Dificuldade para entender essa questão**			**Dificuldade para entender essa questão**			**Dificuldade para entender essa questão**		
	Sim		*Não*	*Sim*		*Não*	*Sim*		*Não*
1			6			6			6
2			6			6			6
3			6			6			6
4			6			6			6
5			6			6			6
6			6			6			6
7			6	1		5	1		5
8			6	2		4			6
9			6			6			6
10			6	2		4			6
11			6			6			6

(Continua)

(Conclusão)

Itens	Opções de resposta claras de acordo com a questão		Opções de resposta claras de acordo com a questão		Opções de resposta claras de acordo com a questão	
	Sim	*Não*	*Sim*	*Não*	*Sim*	*Não*
1	6		6		5	1
2	6		6		6	
3	6		5	1	6	
4	6		6		6	
5	6		5	1	6	
6	6		5	1	6	
7	6		5	1	6	
8	6		5	1	6	
9	6		6		6	
10	6		4	2	6	
11	6		5	1	6	

Elaborado pela autora

Os dados analisados apontam discrepâncias na interpretação do significado dos itens 4 e 7. No item 4 **"Eu gostaria de poder mudar drasticamente meu peso",** houve divergência nas respostas sobre o seu significado, pois a construção da frase possibilita mais de um sentido, conforme o obtido: *"**Perder rápido rapidamente"; "Perder muito peso"; "Mudar totalmente o estilo de vida e perder peso"; "Mudar o peso drasticamente para impactar alguém"; "Perder muito peso para chegar a um objetivo", "Ter outro peso para ficar mais bonita".***

Tendo em vista o desconhecimento sobre o sentido esperado para o item 4 pela própria pesquisadora, foi realizado contato via correio eletrônico com a autora principal Dra. Laura Durso, para esclarecimento. A mesma elucidou que o significado esperado para o item pode envolver todas as interpretações fornecidas, pois "mudar drasticamente" poderia envolver ***"perder muito peso, perder peso rapidamente, bem como utilizar diversos métodos para obter isso"***. Também mencionou que as palavras ***"radicalmente", "totalmente"*** e ***"completamente"*** poderiam ser sinônimos que garantem o sentido esperado. Assim sendo, a palavra "drasticamente" foi substituída pela palavra "radicalmente" por ser considerada mais conhecida entre os diferentes níveis de escolaridade, resultando na substituição da expressão ***"drasticamente meu peso"*** por ***"radicalmente o meu peso"***:

VCP2: "Eu gostaria de poder mudar drasticamente meu peso".

Versão adaptada: "Eu gostaria de poder ***mudar radicalmente o meu peso***".

Em relação ao item 7 **"O meu peso é uma das formas mais importantes para julgar meu valor como pessoa",** houve percentual expressivo de interpretações incorretas (33,3% das respostas), divididas igualmente entre pessoas dos três níveis de escolaridade, conforme

mostrado abaixo:

- Participante nº 02 (ensino fundamental) – ***"Que a pessoa não deveria ser julgada pelo peso"***
- Participante nº 06 (ensino fundamental) – ***"Que tem gente que vê o peso e não o coração e o caráter da pessoa. E o que tem por dentro tem mais valor"***
- Participante nº 07 (ensino médio) – ***"Que nos lugares onde vou, o meu peso já é uma forma de julgamento"***
- Participante nº 08 (ensino médio) – ***"Se as pessoas podem me julgar como pessoa de acordo com o peso e minha capacidade"***
- Participante nº 13 (ensino superior) – ***"Ocorre julgamento da sociedade pela aparência física. O físico é constructo de valores sociais e isso julga o valor das pessoas"***
- Participante nº 15 (ensino superior) – ***"Perante a sociedade, o excesso de peso desvaloriza a pessoa"***

De acordo com o observado, os participantes relataram o significado voltado para a visão ***"do outro"*** e não a visão ***"de si"***, conforme o significado adequado para o item. Estes dados foram considerados insatisfatórios, tornando necessária a sua modificação.

Com base nessa análise, verificou-se que omissão do ***"eu"*** na frase, que é comumente realizado na língua portuguesa ofereceu o sentido obtido nas respostas. Assim, as pesquisadoras concluíram que o acréscimo da palavra à sentença poderia garantir a interpretação correta do seu significado, sendo realizada a alteração:

VCP2: "O meu peso é uma das formas mais importantes para julgar meu valor como pessoa".

Versão adaptada: "O meu peso é uma das formas mais importantes para ***eu*** julgar meu valor como pessoa".

Nos demais itens, optou-se por não aderir as propostas de expressão fornecidas pelos participantes, pois as sugestões foram semelhantes à frase original, ora modificando palavras, ora reestruturando as frases. No Quadro 5 estão contidos os dados de interpretação e sugestão de modificação dos itens da amostra total (n=18).

Quadro 5 - Respostas dos 18 participantes ao Formulário Específico de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS, segundo a interpretação e sugestão de modificação. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Itens	**Interpretou corretamente o significado da questão?**		**Expressaria a questão de outra forma?**	
	Sim	*Não*	*Sim*	*Não*
1	18		4	14
2	18		2	16
3	17	1	4	14
4	18		1	17
5	17	1	1	17
6	18			18
7	12	6	2	16
8	16	2	4	14
9	17	1	1	17
10	16	2	3	15
11	18		3	15

Adaptado de Andrade (2016)

A análise de interpretação e sugestão de expressão por níveis de escolaridade (Quadro 6), mostra que o maior percentual de participantes com interpretação incorreta do significado do item com ensino superior, foi no item 7 com dois participantes (11,1% das respostas). Nas pessoas com ensino médio, o maior percentual foi nos itens 7 e 8, com duas pessoas (11,1% das respostas) em cada item; e nos indivíduos com ensino fundamental no item 7, com duas pessoas (11,1% de respostas). O participante nº10 indicou uma opção de reformulação do item 10 ***"Por estar acima do peso, eu sinto que não posso fazer coisas que gostaria de fazer ou que fazia antes"***. No entanto, a expressão ***"me sinto como eu mesmo(a)"*** contida na versão avaliada é a mais apropriada por captar a análise e avaliação subjetiva de si.

Em relação à descrição da escala de respostas, todos os participantes apresentaram a descrição correta do significado de cada opção de resposta, com proposta de uma escala de resposta que avalia frequência (nunca a sempre) ou que avalia concordância (de zero a dez) (participante nº7). As sugestões não foram acatadas, pois todos os participantes apresentaram a interpretação correta do significado das opções de resposta.

Quadro 6 – Respostas dos 18 participantes ao Formulário Específico de validação semântica da 2ª Versão Consensual em Português (VCP2) da WBIS, segundo a interpretação e sugestão de modificação por níveis de escolaridade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

	Ensino Superior (n=6)				**Ensino Médio (n=6)**				**Ensino Fundamental (n=6)**			
Itens	**Interpretou corretamente o significado do item?**		**Expressaria o item de outra forma?**		**Interpretou corretamente o significado do item?**		**Expressaria o item de outra forma?**		**Interpretou corretamente o significado do item?**		**Expressaria o item de outra forma?**	
	Sim	*Não*	*Sim*	*Não*	*Sim*	*Não*	*Sim*	*Não*	*Sim*	*Não*	*Sim*	*Não*
1	6		3	3	6		1	5	6			6
2	6			6	6		2	4	6			6
3	6		1	5	6		2	4	5	1	1	5
4	6		1	5	6			6	6			6
5	6			6	6		1	5	5	1		6
6	6			6	6			6	6			6
7	4	2		6	4	2	2	4	4	2		6
8	6		1	5	4	2	2	4	6		1	5
9	6		1	5	5	1		6	6			6
10	5	1	1	5	5	1	2	4	6			6
11	6			6	6		2	4	6		1	5

Elaborado pela autora

A compilação dos dados dos Formulários Geral e Específico indica que além das alterações realizadas nos itens 4 e 7, não houve necessidade de modificação nos demais itens ou categorias de resposta. Por conseguinte, foi obtida a versão adaptada da WBIS para a língua portuguesa (ANEXO K).

6.5. Pré-teste

6.5.1. Caracterização dos participantes

Foram incluídos nesta etapa 54 indivíduos de ambos sexos, com idade entre 22 e 59 anos e predominância de ensino médio de escolaridade (46,3%). A maioria considerava-se acima do peso (51,9%), variando de sobrepeso a obesidade grau III na classificação do IMC. A classificação econômica mostra presença de indivíduos de classe A a C2 (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e econômica dos 54 participantes da etapa de pré-teste da WBIS. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Características	Frequência	%
Sexo		
Feminino	47	87
Masculino	7	13
Estado civil		
Com companheiro (a)	41	75,9
Sem companheiro (a)	13	24,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental	13	24,1
Ensino Médio	25	46,3
Ensino Superior	16	29,6
Autoavaliação do peso		
Levemente acima do peso	8	14,8
Acima do peso	28	51,9
Excessivamente acima do peso	18	33,3
Classificação econômica		
Classe A	14	25,9
Classe B1	8	14,8
Classe B2	20	37,0
Classe C1	8	14,8
Classe C2	4	7,4
	$\overline{X}$ **(DP)**	**Md (Min-Max)**
IMC	32,6 (4,96)	31,74 (25,76-43,54)
Idade	44,83 (10,01)	45 (22-59)
Pontuação WBIS	33,85 (13,361)	32,50 (11-68)

$\overline{X}$: Média
DP: Desvio padrão
Md: Mediana
Min-Max: valor mínimo-valor máximo
Elaborado pela autora

6.5.2. Análise das propriedades psicométricas da WBIS

6.5.2.1. Fidedignidade

O valor observado com a estatística alfa de Cronbach foi de 0,833, comparável ao obtido na versão original, cujo valor foi igual a 0,90 e verificado com uma amostra maior (n= 198). O valor obtido designa consistência interna e fidedignidade considerados satisfatórios, confirmando a homogeneidade entre os itens segundo o critério estabelecido (TERWEE et al. 2007).

Para verificar a correlação entre cada item e o total da escala procedeu-se a avaliação da correlação item-total, em que foram observadas apenas uma correlação fraca (0,092), correlações moderadas (de 0,487 a 0,490) e correlações fortes (de 0,523 a 0,665), sendo a maioria, correlações de forte magnitude (AJZEN; FISHBEIM, 1980).

A análise do alfa de Cronbach com o item excluído foi utilizada para avaliar a pertinência de cada item na manutenção da consistência interna do instrumento, obtendo aumento no valor apenas no item 1 ($\alpha_{Cronbach}$ = 0,854). Os resultados apresentados estão dispostos na tabela abaixo, bem como valores de média e desvio padrão para cada um dos itens.

Tabela 4 - Valores de média, desvio padrão, correlação item-total e alfa de Cronbach com o item excluído da versão adaptada da WBIS (n=54). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação item-total	Alfa de Cronbach com o item excluído
1	2,759	2,136	0,092	0,854
2	3,204	2,350	0,570	0,814
3	3,111	2,455	0,523	0,818
4	5,556	1,920	0,487	0,822
5	4,130	2,215	0,616	0,810
6	1,852	1,847	0,665	0,806
7	1,796	1,752	0,490	0,821
8	1,778	1,777	0,589	0,813
9	4,907	1,955	0,444	0,825
10	2,870	2,299	0,528	0,818
11	2,296	2,151	0,605	0,811

6.5.2.2. Responsividade

A avaliação dos efeitos *floor* e *ceiling*, ou seja, a verificação da capacidade de responsividade do instrumento, mostrou que a maioria dos itens (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10 e 11) tiveram efeitos *floor*, com variação de 22,22% a 77,78% das respostas, enquanto os itens 3, 4, 5 e 9 apresentaram efeitos *ceiling*, com variação de 16,67% a 46,3% das respostas. A Tabela 5 mostra a distribuição de respostas nos escores da escala e os efeitos *floor* e *ceiling*.

Tabela 5 - Distribuição das frequências dos escores e efeitos *floor* e *ceiling* em cada item da versão adaptada da WBIS (n=54). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

	Escores dos itens						
Itens	**1 (%)**	**2 (%)**	**3 (%)**	**4 (%)**	**5 (%)**	**6 (%)**	**7 (%)**
1	**24 (44,44)**	9 (16,67)	6 (11,11)	1 (1,85)	3 (5,56)	7 (12,96)	4 (7,41)
2	**23 (42,59)**	5 (9,26)	4 (7,41)	3 (5,56)	5 (9,26)	7 (12,96)	7 (12,96)
3	**26 (48,15)**	5 (9,26)	1 (1,85)	4 (7,41)	5 (9,26)	3 (5,56)	**10 (18,52)**
4	5 (9,26)	1 (1,85)	2 (3,7)	4 (7,41)	6 (11,11)	11 (20,37)	**25 (46,3)**
5	**12 (22,22)**	4 (7,41)	6 (11,11)	3 (5,56)	10 (18,52)	10 (18,52)	**9 (16,67)**
6	**42 (77,78)**	2 (3,7)	2 (3,7)	1 (1,85)	2 (3,7)	1 (1,85)	4 (7,41)
7	**41 (75,93)**	4 (7,41)	2 (3,7)	1 (1,85)	2 (3,7)	0 (0)	4 (7,41)
8	**42 (77,78)**	4 (7,41)	1 (1,85)	0 (0)	3 (5,56)	0 (0)	4 (7,41)
9	4 (7,41)	4 (7,41)	7 (12,96)	3 (5,56)	12 (22,22)	8 (14,81)	**16 (29,63)**
10	**27 (50)**	5 (9,26)	3 (5,56)	3 (5,56)	7 (12,96)	1 (1,85)	8 (14,81)
11	**36 (66,67)**	3 (5,56)	2 (3,7)	3 (5,56)	2 (3,7)	2 (3,7)	6 (11,11)

Os achados indicam que as mudanças no próprio respondente, referentes ao constructo, podem não ser captadas ao longo do tempo (TERWEE et al., 2003).

6.5.2.3. Validade de constructo convergente

A validade de constructo convergente da WBIS foi avaliada pela análise dos valores do Coeficiente de Correlação de Pearson entre os itens, sendo utilizada a análise MTMM para avaliação da significância estatística para os valores de correlação. Os valores referentes à validade convergente são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Pearson, seguido do p-valor da versão adaptada da WBIS (n=54). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

	Item1	**Item2**	**Item3**	**Item4**	**Item5**	**Item6**	**Item7**	**Item8**	**Item9**	**Item10**	**Item11**
Item1	1, 000	-0,076 0,583	-0,042 0,765	0,052 0,711	-0,153 0,270	0,048 0,729	0,062 0,655	**0,334** **0,014**	0,076 0,586	0,186 0,179	0,118 0,394
Item2		1,000	**0,444** **0,001**	**0,359** **0,008**	**0,531** **<,0001**	**0,572** **<,0001**	0,120 0,387	0,223 0,104	**0,403** **0,003**	**0,361** **0,007**	**0,548** **<,0001**
Item3			1,000	**0,363** **0,007**	**0,369** **0,006**	**0,320** **0,018**	**0,356** **0,008**	0,231 0,093	**0,372** **0,006**	0,287 0,036	**0,522** **<,0001**
Item4				1,000	**0,622** **<,0001**	0,263 0,055	0,253 0,065	0,153 0,269	**0,401** **0,003**	0,256 0,062	0,293 0,032
Item5					1,000	**0,461** **0,000**	**0,401** **0,003**	**0,362** **0,007**	**0,434** **0,001**	**0,348** **0,010**	**0,368** **0,006**
Item6						1,000	**0,498** **0,000**	**0,662** **<,0001**	0,284 0,038	**0,489** **0,000**	**0,415** **0,002**

(Continua)

(Conclusão)

Item7	1,000	**0,609** **<,0001**	0,138 0,321	0,223 0,105	**0,372** **0,006**
Item8		1,000	0,266 0,052	**0,496** **0,000**	0,254 0,063
Item9			1,000	0,106 0,444	0,289 0,034
Item10				1,000	**0,500** **0,000**

Significância estatística $p < 0,05$.

Ao observar as correlações significativas e com valor para a prática de cada um dos itens com os demais, constatou-se a presença de correlações de forte ($r > 0,50$) a moderada ($0,30 \leq r \leq 0,50$) magnitudes, indicando resultados relevantes para a validade convergente.

7. DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi realizar a adaptação cultural da WBIS e verificar as suas propriedades psicométricas com a finalidade de disponibilizar um instrumento que possibilite a mensuração do estigma internalizado do peso entre os brasileiros. Para a adaptação cultural foram utilizadas as etapas metodológicas recomendadas por Beaton et al. (2000) e Ferrer et al. (1996), que contaram com oito profissionais nas etapas de tradução, Comitê de Especialistas e retrotradução; as duas autoras da escala; 18 pessoas que participaram da validação semântica, e 54 participantes que responderam à versão adaptada da WBIS para avaliação das propriedades psicométricas.

O processo teve início com as traduções independentes, por tradutores rigorosamente selecionados a partir da recomendação metodológica proposta, a fim de evitar vieses linguísticos, culturais e de natureza teórica ou prática que pudessem comprometer a equivalência entre a versão original e as traduções (BEATON et al., 2000; CASSEP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

Segundo Beaton et al. (2000), perfis diferentes de tradutores são importantes, pois o tradutor com conhecimento sobre os conceitos investigados pelo instrumento produz uma tradução com maior equivalência do ponto de vista clínico; enquanto o tradutor desinformado produz uma tradução com vocabulário usualmente utilizado pela população. É consenso que devem ser fluentes nos idiomas de origem e de destino, e familiarizados com as culturas (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015). Para tanto, a escolha do perfil dos tradutores no presente estudo consistiu em um dos pontos de maior relevância para obtenção de traduções de qualidade para a realização da síntese das traduções.

Embora seja uma parte importante do processo, a síntese das traduções é pouco relatada em processos metodológicos de adaptação cultural no cenário internacional (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015). Entretanto, muitos estudos brasileiros de adaptação cultural e validação de instrumentos fazem uso desta etapa, previamente ao Comitê de Especialistas (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012, ANDRADE, 2016) ou à retrotradução (XAVIER et al., 2011; PELEGRINO et al., 2012; PRUDÊNCIO et al., 2013; JANSEN et al., 2016).

Conforme mencionado anteriormente, no atual estudo foi observado que a síntese das traduções resultante da conciliação entre os dois tradutores (VCP1) foi incongruente com as traduções independentes e a versão original, sendo desconsiderada para a obtenção de uma nova versão por meio da avaliação do Comitê de Especialistas. Tal recurso pode ser útil para a garantia da validade de conteúdo oferecida pelas equivalências entre a tradução conciliada e a versão original (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

O Comitê de Especialistas pode ser composto por pesquisadores, tradutores, profissionais de saúde, metodologistas e membros da população alvo (BEATON et al., 2000; EPSTEIN, SANTO, GUILLERMIN, 2015). A clareza e a pertinência dos itens que compõem um instrumento são características relevantes a serem consideradas por um Comitê de Especialistas (RUBIO et al., 2003). Em relação à clareza, a redação dos itens deve ser compreensível e deve expressar adequadamente o que espera ser avaliado. No que diz respeito à pertinência, os itens precisam estar relacionados ao conceito envolvido, de acordo com os objetivos propostos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Entre os estudos de adaptação cultural da WBIS, alguns não utilizaram a etapa de avaliação de Comitê de Especialistas (HILBERT et al. 2014; CIUPITU-PLATH; WIEGAND; BABITSCH, 2017; INNAMORATI et al., 2017). No presente estudo, o papel do Comitê de Especialistas foi imperativo para a análise das traduções e tomada de decisões a fim de obter um consenso a cerca das discrepâncias e consolidação da VCP1-CE. A participação de um indivíduo da população alvo como membro do Comitê foi de grande valia para a decisão final para cada item, o que constituiu exímio subsídio para finalização desta etapa. A versão obtida com o Comitê de Especialistas (VCP1-CE) propiciou o alcance de uma versão fidedigna e congruente às traduções e versão original da WBIS, especialmente quanto às equivalências semântica, idiomática, conceitual, e cultural, com linguagem adaptada aos diferentes níveis de escolaridade.

A retrotradução da WBIS se deu posteriormente ao Comitê de Especialistas, conforme recomendação de Ferrer (1996), para detectar possíveis erros ou problemas de compreensão dos itens previamente à retrotradução, bem como avaliar a aceitação, a relevância e a compreensão do instrumento por especialistas da área. As pesquisas indicam que não há conformidade nos estudos em relação ao número e características dos retrotradutores, bem como o momento do estudo em que é empregada, porém é um procedimento que pode fundamentar e reforçar a comunicação dos pesquisadores com o autor do instrumento original, otimizando os esforços no processo metodológico (EPSTEIN, SANTO, GUILLEMIN, 2015). A retrotradução da WBIS foi aprovada pelas autoras da escala original, após realização de ajustes a partir de considerações destinadas apenas ao item 7, que foram acatadas pelas pesquisadoras com respaldo do Comitê de Especialistas.

Em seguida, a validação semântica foi subsidiada pelos instrumentos elaborados pelo Projeto DISABKIDS, que propiciam a avaliação dos itens em relação às perspectivas dos participantes entrevistados de acordo com a compreensibilidade, clareza e relevância, de forma a captar a compreensão de cada item do instrumento de medida e a existência de

indicações para modificação (DISABKIDS, 2004). No presente estudo, a etapa de validação semântica por meio da entrevista cognitiva confirmou a obtenção de maior parte de interpretações corretas, com questões e categorias de respostas consideradas facilmente compreensíveis e relevantes para a condição de internalização do estigma do peso pela avaliação geral. As únicas questões que tiveram modificações após a etapa de validação semântica foram os itens 4 e 7, com alterações mínimas para que resultassem em frases compreensíveis segundo o sentido esperado.

Observou-se que, dos 18 participantes, dois possuíam certa dificuldade ao responder à entrevista cognitiva. A participante nº 12 teve dificuldade no uso das categorias de respostas em sete itens (3, 5, 6, 7, 8, 10 e 11). Entretanto, a participante relatou posteriormente, quando questionada pela pesquisadora principal, que a dificuldade não foi decorrente da compreensão do item, e sim na escolha da opção de resposta mais adequada em relação ao item perguntado. Por conseguinte, respondeu "não" à clareza das opções de resposta para as questões citadas. O participante nº 10 não compreendeu o sentido do item 10, que foi compreendido por ele após explicação da pesquisadora. Os maiores percentuais de dificuldades foram relatados nos itens 7, 8 e 10 (11,1% das respostas em cada item). Todavia, o maior percentual de interpretações incorretas foi no item 7 (33,3%), sendo assim modificado para garantir maior inteligibilidade.

Ao realizar a adaptação cultural da WBIS para o alemão, para uso entre adolescentes Ciupitu-Plath, Wiegand, Babitsch (2017) avaliaram a compreensibilidade dos itens com dez membros da população alvo por meio de entrevistas semi-estruturadas e distinção de três subtemas específicos: acessibilidade, aceitabilidade e avaliação global da escala. A maioria (70%) considerou a escala acessível com descrição de dificuldade apenas nas frases de dupla negação (itens 8 e 11). Foi considerada aceitável por 60% das pessoas, que consideraram que respondê-la não provocou impacto emocional negativo, embora o item 6 tivesse sido associado a conotação emocional negativa por dois adolescentes. De modo geral, foi considerada boa e relevante pelos respondentes.

De forma semelhante, no presente estudo duas pessoas afirmaram em relato informal à pesquisadora principal, que o conteúdo avaliado pela WBIS poderia oferecer desconforto em pessoas preocupadas com questões relacionadas ao excesso de peso. Há de se considerar que a necessidade de realizar, ou não, a avaliação psicológica em determinados momentos é concebível, pois as intervenções devem ser precedidas de avaliações para a garantia da tomada de decisões adequadas (NORONHA, 2002).

De qualquer forma, a execução criteriosa de todas as etapas apresentadas no atual estudo permitiu a adequação de palavras e expressões dos itens de forma condizente com as

dificuldades e/ou maior utilização, com modificações adaptadas à população a que se destina, sem o acréscimo ou exclusão de itens, alteração das opções de resposta ou da soma do escore final da escala. Desse modo, os resultados foram considerados satisfatórios indicando que a conjunção das etapas de avaliação do Comitê de Especialistas e entrevista cognitiva contemplaram adequada validade de face e conteúdo do instrumento em questão. A validade de conteúdo pode diminuir vieses inesperados, ao discutir pontos de divergência em cada item entre o Comitê de Especialistas e a confirmação das premissas com a população alvo reforçando a adequada operacionalização do constructo (POLIT; BECK, 2011).

Na etapa seguinte, a verificação das propriedades psicométricas originadas a partir do pré-teste possibilitou a avaliação sobre a fidedignidade, responsividade e validade de constructo convergente da versão adaptada da escala para uso no Brasil. É relevante enfatizar que as propriedades psicométricas podem variar conforme a população de estudo, tamanho do instrumento e da amostra, e forma de aplicação (entrevista face a face, entrevista por telefone, ambiente virtual, autoaplicação, entre outros) (TAVAKOL; DENNICK, 2011).

Em relação à fidedignidade da escala, os achados demonstraram que a WBIS adaptada apresentou valor satisfatório para o alfa de Cronbach, denotando boa consistência interna (TERWEE et al., 2007). Segundo esses autores, uma avaliação positiva para a consistência interna ocorre quando os valores do alfa de Cronbach variam entre 0,70 e 0,95, geralmente com valores muito elevados em instrumentos com grande quantidade de itens. No entanto, um valor muito alto (maior ou igual 0,90) sugere a presença de itens que estão avaliando o mesmo conteúdo (perguntado de formas diferentes) indicando, portanto, redundância e não homogeneidade dos itens (STREINER, 2003). No estudo que resultou a escala original (DURSO; LATNER, 2008), o alfa de Cronbach obtido foi de 0,90, comparável ao verificado no atual estudo.

Roberto et al. (2012) e Hilbert et al. (2014) observaram alfa de Cronbach de 0,92 e 0,87, respectivamente, para 10 itens, sendo excluído o item 1 pela obtenção de baixa correlação item-total (< 0,40). Estes achados corroboram o obtido do presente estudo, em que foi verificada correlação item-total de 0,092 para o item 1. Todavia, apesar da baixa correlação, novas análises são necessárias, com tamanho amostral maior para conclusões sobre o item.

Ressalta-se que a estabilidade da escala não foi avaliada por meio do reteste devido à natureza inconstante do constructo em questão (CRANDALL, 1996). A estigmatização representa um processo dinâmico e contextual influenciado não somente por um contexto

histórico-cultural, mas também por efeitos imediatos e representativos da situação de estigmatizador, estigmatizado e da relação entre ambos e o meio social (DOVIDIO et al., 2005; HEBL, DOVIDIO, 2005). Diante dessa dinamicidade, o constructo poderia se comportar de forma inconstante do primeiro momento da primeira aplicação até o reteste. Embora a estabilidade seja uma importante propriedade do teste, a avaliação da consistência interna é o método mais amplamente utilizado para avaliação da confiabilidade (TAVAKOL; DENNICK, 2011).

No que se refere à presença dos efeitos *floor* e *ceiling*, verificou-se a presença de ambos, com maior frequência de efeitos *floor*. Conforme mencionado, sabe-se que a presença desses efeitos representa baixa responsividade do instrumento. Apesar de não se saber exatamente quais tipos de mudança devem ser detectados por um instrumento responsivo, sabe-se que deve captar mudanças ao longo do tempo, podendo envolver de mudanças clínicas relevantes, mudanças decorrentes do efeito terapêutico ou mesmo mudanças do construto avaliado. Desse modo, a distribuição do escore pode influenciar na avaliação de sua responsividade, colaborando para diminuição na habilidade de observar mudanças (TERWEE et al., 2007).

A validade de constructo convergente neste estudo foi verificada por meio da avaliação do coeficiente de correlação de Pearson, em que foi observada a presença de correlações de forte e moderada magnitudes conforme o critério adotado, mostrando resultados relevantes.

Quanto às limitações deste estudo, é substancial destacar que a adaptação de instrumentos não se destina somente às diferenças entre países e/ou idiomas, pois as variações culturais locais e regionais também requerem ajustes. O Brasil possui cultura bastante heterogênea e o emprego de termos coloquiais frequentemente utilizados e aceitos em uma região ou estado pode não ser adequado em outros. Todavia, a adaptação cultural em países com condições socioeconômicas regionalmente distintas pode ser difícil de ser alcançada (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Ressalta-se ainda, que a adaptação cultural de um instrumento existente no idioma alvo não se restringe ao espaço, uma vez que mudanças linguísticas podem ocorrer ao longo do tempo em uma mesma população (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2000). Além disso, houve maior número de participantes de classes sociais mais elevadas e de mulheres em sua maioria, o que pode ter impactado nos resultados obtidos.

Para que a escala WBIS seja considerada válida para uso no Brasil, torna-se necessária a realização futura da Análise Fatorial Confirmatória dos itens para confirmar se todos os

itens estão medindo, de fato, o mesmo constructo; bem como a realização da análise do alfa de Cronbach, para a observação da inter-relação entre os itens com uma amostra maior; para avaliar e confirmar efetivamente a relevância estatística de cada item.

8. CONCLUSÃO

Esta pesquisa perfez as etapas de tradução, síntese das traduções, avaliação do Comitê de Especialistas, retrotradução, validação semântica e pré-teste, inseridas no processo de adaptação cultural e avaliação da fidedignidade, responsividade e validade de constructo convergente da WBIS para uso no Brasil, conforme objetivos propostos.

A WBIS foi traduzida e adaptada adequadamente ao apresentar boas propriedades psicométricas a partir de itens considerados fáceis e compreensíveis, com boa consistência interna e validade convergente satisfatória. Entretanto, a presença dos efeitos *floor* e *ceiling*, em que foi observada concentração de mais de 15% das respostas nos extremos da escala, confirma a baixa responsividade do instrumento, que deverá ser avaliada em estudos posteriores.

Por fim, é necessário que a versão adaptada seja testada em uma amostra representativa da população, por meio do estudo de campo, para conclusão das análises psicométricas que delimitam o processo de validação. As propriedades psicométricas avaliadas não deverão ser submetidas a um único processo de avaliação de fidedignidade e validade no contexto brasileiro se aplicada em diferentes populações, considerando a heterogeneidade cultural das diferentes regiões do Brasil.

Após esse procedimento, a WBIS poderá ser útil a nível epidemiológico, com importância da comparação da proporção do constructo entre as diferentes culturas; e poderá ser útil na intervenção ou pesquisa clínica, especialmente entre profissionais de saúde por se tratar de um constructo subjetivo, ou seja, conceitos que não podem ser diretamente observados, mas que podem ser mensurados. A mensuração do constructo permitirá o rastreio da proporção da mudança individual, garantindo visibilidade e análise da manifestação dos aspectos psicossociais da obesidade nos indivíduos acometidos.

9. REFERÊNCIAS

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behaviour**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1980.

ALBERGA, A. S. et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. **Clinical Obesity**, v. 6, n. 3, p. 175-188, 2016.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011.

ANDRADE, R. C. **Adaptação cultural e avaliação da fidedignidade do *Needs of Parents Questionnaire* (NPQ) para o Brasil**. 2016. 167 p. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

ANJOS, L. A. Obesidade e Saúde Pública. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**; 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ABEP; 2016.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade**, ABESO, 4. ed., São Paulo, SP, 2016.

AZEVEDO, E. Alimentação, sociedade e cultura: temas contemporâneos. **Sociologias**, v. 19, n. 44, 2017.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, New Hampshire, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BECKER, H. Outsiders: studies in sociology of deviance. New York: **Free Press**, 1963.

BELL, J. A.; KIVIMAKI, M.; HAMER, M. Metabolically healthy obesity and risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective cohort studies. **Obesity reviews**, v. 15, n. 6, p. 504-515, 2014.

BERRINGTON G., A. et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 23, p. 2211-2219, 2010.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, n. 53, p.

423-432, 2012.

BOSWELL, R.G.; WHITE, M.A. Gender differences in weight bias internalisation and eating pathology in overweight individuals. **Advances in Eating Disorders**, v. 3, n. 3, p. 259-268, 2015.

BRAGA, C. G; CRUZ, D. A. L. M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011- 2022.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n o 424/GM/MS, de 19 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, 28 jun, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ***Guia alimentar para a população brasileira***. 2ª ed. Brasília: MS; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2017. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. **Brasília**, 2018.

BRAY, G. A. et al. Management of obesity. **The Lancet**, v. 387, n. 10031, p. 1947-1956, 2016.

BREWIS, A. A. et al. Body norms and fat stigma in global perspective. **Current Anthropology**, v. 52, n. 2, p. 269-276, 2011.

BREWIS, A. A. Stigma and the perpetuation of obesity. **Social Science & Medicine**, v. 118, p. 152-158, 2014.

BURMEISTER, J. M. et al. Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. **Appetite**, v. 60, p. 103-110, 2013.

BUSH, T. et al. The effect of tobacco cessation on weight gain, obesity, and diabetes risk. **Obesity**, v. 24, n. 9, p. 1834-1841, 2016.

CAMPANA, M. B. **Tradução, adaptação cultural e validação da escala Moorong Self-Efficacy Scale (MSES) para o português no Brasil**. 2013. 164 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física, Campinas, SP., 2013.

CARVALHO, M. C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 1003-1012, 2004.

CASSEP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: Pasquali, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e Práticas**, p. 506-520, Porto Alegre: Artmed., 2010.

CASSIDY, S. et al. Low physical activity, high television viewing and poor sleep duration cluster in overweight and obese adults; a cross-sectional study of 398,984 participants from the UK Biobank. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, n. 1, p. 57, 2017.

CHANG, Y. et al. Metabolically Healthy Obesity and Development of Chronic Kidney Disease. **Annals of Internal Medicine**, v. 164, n. 5, p. 305-312, 2016.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. Patient Education and Counseling, **Princeton**, v. 26, n. 1-3, p. 313-318, 1995.

CIUPITU-PLATH, C.; WIEGAND, S.; BABITSCH, B. The weight bias internalization scale for youth: validation of a specific tool for assessing internalized weight bias among treatment-seeking German adolescents with overweight. **Journal of pediatric psychology**, v. 43, n. 1, p. 40-51, 2017.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construction of measurement

instruments in the area of health. **Ciencia & saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

COMREY, A.L.; LEE, H. B. A First Course in Factor Analysis, 2nd Edn. **Hillsdale**, NJ: L. 1992.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual review of Sociology**, v. 18, n. 1, p. 209-232, 1992.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. **Clinical Psychology: Science and Practice,** v. 9, n. 1, p. 35-53, 2002.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C.; BARR, L. The self–stigma of mental illness: Implications for self–esteem and self–efficacy. **Journal of social and clinical psychology**, v. 25, n. 8, p. 875-884, 2006.

COSTA-FONT, J.; MAS, N. 'Globesity'? The effects of globalization on obesity and caloric intake. **Food Policy**, v. 64, p. 121-132, 2016.

COZBY, P. C. Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento. São Paulo: **Atlas**, 2003.

CRANDALL, C. S. Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. **Journal of personality and social psychology**, v. 66, n. 5, p. 882, 1994.

CRANDALL, C. S.; MARTINEZ, R. Culture, ideology, and antifat attitudes. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 22, n. 11, p. 1165-1176, 1996.

CROCKER, J.; MAJOR, B.; STEELE, C. Social stigma. In: GILBERT; D.T.; FISKE, S.T.; LINDZEY, G. **The handbook of social psychology**. 4 Ed., v. 2, pp. 504–553. New York: McGraw Hill, 1998.

DANTAS, J, B. Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 11, n. 3, 2011.

DISABKIDS GROUP. Pilot test manual. Leiden: **The DISABKIDS Group**, 2002.

DISABKIDS GROUP. Translation and validation procedure: guidelines and documentation form. Leiden: **The DISABKIDS Group**, 2004.

DOVIDIO, J. F. et al. Social identities and social context: social attitudes and personal well-

being. In: **Social Identification in Groups**. Emerald Group Publishing Limited, 2005. p. 231-260.

DOVIDIO, J. F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: introduction and overview. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, editors. **The social psychology of stigma**. New York: Guilford Press; 2000.

DOWSON, J.; HENDERSON, L. The validity of a short version of the Body Shape Questionnaire. **Psychiatry Research**, v. 102, n. 3, p. 263-271, 2001.

DUNCAN, G. E. The" fit but fat" concept revisited: population-based estimates using NHANES. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 7, n. 1, p. 47, 2010.

DURSO, L. E. et al. Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: associations with eating disturbances and psychological functioning. I**nternational Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 3, p. 423-427, 2012.

DURSO, L. E.; LATNER, J. D. Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. **Obesity**, v. 16, n. S2, p. S80-S86, 2008.

DURSO, L. E.; LATNER, J. D.; HAYASHI, K. Perceived discrimination is associated with binge eating in a community sample of non-overweight, overweight, and obese adults. **Obesity Facts**, v. 5, n. 6, p. 869-880, 2012.

EDWARD, P. et al. What Is Beautiful Is Good Because What Is Beautiful Is Desired: Physical Attractiveness Stereotyping as Projection of Interpersonal Goals. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 36, n. 3, p. 339-353, 2010.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of clinical epidemiology**, v. 68, n. 4, p. 435-441, 2015.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of Life:** The Assessment, Analysis And Interpretation of Patient-reported Outcomes. Chichester, England: John Wiley e Sons, 2007.

FERREIRA, L. et al. Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Avaliaçao Psicologica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v.

13, n. 3, p. 457-461, 2014.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire alter adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **The European Respiratory Journal.**, Copenhagen, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, 1996.

FIGUEIREDO, S. P. **Medicalização da obesidade: a epidemia em notícia.** 2009. 229 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociencias, Campinas, SP, 2009.

FLEGAL, K. M. et al. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. **Jama**, v. 309, n. 1, p. 71-82, 2013.

FLEGAL, K. M.; PANAGIOTOU, O. A.; GRAUBARD, B. I. Estimating population attributable fractions to quantify the health burden of obesity. **Annals of epidemiology**, v. 25, n. 3, p. 201-207, 2015.

FONSECA, R. J. R. M.; Silva P.; Silva, R. Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. **Laboratório de Psicologia**, p. 81-90, 2007.

FORHAN, M.; RISDON, C.; SOLOMON, P. Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. **Primary health care research & development**, v. 14, n. 4, p. 367-372, 2013.

FROOD, S. et al. Obesity, complexity, and the role of the health system. **Current obesity reports**, v. 2, n. 4, p. 320-326, 2013.

FRUH, S. M. et al. Obesity stigma and bias. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 12, n. 7, p. 425-432, 2016.

FRÜHBECK, G. et al. Obesity: the gateway to ill health-an EASO position statement on a rising public health, clinical and scientific challenge in Europe. **Obesity facts**, v. 6, n. 2, p. 117-120, 2013.

FURR, R. M.; BACHARACH, V. R. Test dimensionality and factor analysis. In: **Psychometrics: an introduction**, 2nd ed. Los Angeles: SAGE, p. 61-77, 2014.

GARNER, D.M. et al. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. **Int J Eat Disord**; v. 2, p. 15–34, 1983.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GRACIA-ARNAIZ, M. Fat bodies and thin bodies. Cultural, biomedical and market discourses on obesity. **Appetite**, v. 55, p. 219-225, 2010.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of heatth status measures. **Scandinavian journal of rheumatology**, v. 24, n. 2, p. 61-63, 1995.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Bookman Editora, 2005.

HALL, K. D. et al. Energy balance and its components: implications for body weight regulation. **The American journal of clinical nutrition**, v. 95, n. 4, p. 989-994, 2012.

HALL, M. E. et al. Obesity, hypertension, and chronic kidney disease. **International journal of nephrology and renovascular disease**, v. 7, p. 75, 2014.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. **Manual de obesidade para o clínico**. Editora Roca, 2002.

HEALE, R.; TWYCROSS, A. Validity and reliability in quantitative studies. **Evidence-based nursing**, v. 18, n. 3, p. 66-67, 2015.

HEBL, M. R.; DOVIDIO, J. F. Promoting the "social" in the examination of social stigmas. **Personality and Social Psychology Review**, v. 9, n. 2, p. 156-182, 2005.

HILBERT, A. et al. Weight bias internalization, core self-evaluation, and health in overweight and obese persons. **Obesity**, v. 22, n. 1, p. 79-85, 2014.

HOMAN, K. et al. The effect of viewing ultra-fit images on college women's body dissatisfaction. **Body Image**, v. 9, p. 50–56, 2012.

HRUBY, A.; HU, F. B. The epidemiology of obesity: a big picture. **Pharmacoeconomics**, v.

33, n. 7, p. 673-689, 2015.

HÜBNER, C. et al. Comparing self-report measures of internalized weight stigma: the Weight Self-Stigma Questionnaire versus the Weight Bias Internalization Scale. **PloS one**, v. 11, n. 10, p. 1-14, 2016.

HUNGER, J. M. et al. Weighed down by stigma: How weight-based social identity threat contributes to weight gain and poor health. **Social and Personality Psychology Compass**, v. 9, n. 6, p. 255-268, 2015.

HUNGER, J. M.; TOMIYAMA, A. J. Weight labeling and obesity: A longitudinal study of girls aged 10 to 19 years. **JAMA pediatrics**, v. 168, n. 6, p. 579-580, 2014.

INNAMORATI, M. et al. Weight bias internalization scale discriminates obese and overweight patients with different severity levels of depression: The Italian version of the WBIS. **Current Psychology**, v. 36, n. 2, p. 242-251, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil.** Rio de Janeiro, IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IWANIEC, U. T.; TURNER, R. T. Influence of body weight on bone mass, architecture and turnover. **Journal of Endocrinology**, v. 230, n. 3, p. R115-R130, 2016.

JACKSON, S. E.; BEEKEN, R. J.; WARDLE, Jane. Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. **Obesity**, v. 23, n. 5, p. 1105-1111, 2015.

JAMES, P.T. Obesity: the worldwide epidemic. **Clinics in dermatology**, v. 22, n. 4, p. 276-280, 2004.

JANSEN, A. C. et al. Validation of the Comply with Post-Exposure Management Among Health Care Workers Instrument for Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6, p. 973-981, 2016.

JUNG, F. U. C. E. et al. Stigma and knowledge as determinants of recommendation and referral behavior of general practitioners and internists. **Obesity surgery**, v. 26, n. 10, p. 2393-2401, 2016.

KAHN, S.E;, HULL, R.L.; UTZSCHNEIDER, K.M. Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes. **Nature**, v. 444, n. 7121, p. 840, 2006.

KARPE, F.; PINNICK, K. E. Biology of upper-body and lower-body adipose tissue—link to whole-body phenotypes. **Nature Reviews Endocrinology**, v. 11, n. 2, p. 90, 2015.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research, London**, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, Almut G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American journal of health-system pharmacy**, v. 65, n. 23, p. 2276-2284, 2008.

KLOK, M. D.; JAKOBSDOTTIR, S.; DRENT, M. L. The role of leptin and ghrelin in the regulation of food intake and body weight in humans: a review. **Obesity reviews**, v. 8, n. 1, p. 21-34, 2007.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LATNER, J. D. et al. Weight and health-related quality of life: The moderating role of weight discrimination and internalized weight bias. **Eating Behaviors**, v. 15, n. 4, p. 586-590, 2014.

LATNER, J. D.; DURSO, L. E.; MOND, J. M. Health and health-related quality of life among treatment-seeking overweight and obese adults: associations with internalized weight bias. **Journal of Eating Disorders**, v. 1, n. 1, p. 3, 2013.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade.** Campinas, SP: Papirus, 2003.

LEWIS, S. et al. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. **Social science & medicine**, v. 73, n. 9, p. 1349-1356, 2011.

LILLIS, J. et al. Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. **Obesity**,

v. 18, n. 5, p. 971-976, 2010.

LINK, B. G., PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annual Review of Sociology**, v. 27, p. 363-385, 2001.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e validade. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 186-99.

LOVIBOND, P. F.; LOVIBOND, S. H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behaviour research and therapy**, v. 33, n. 3, p. 335-343, 1995.

LUCAN, S.C.; DINICOLANTONIO, J. J. How calorie-focused thinking about obesity and related diseases may mislead and harm public health. An alternative. **Public health nutrition**, v. 18, n. 4, p. 571-581, 2015.

LYCETT, D. et al. Associations between weight change over 8 years and baseline body mass index in a cohort of continuing and quitting smokers. **Addiction**, v. 106, n. 1, p. 188-196, 2011.

MACLELLAN, G. A. et al. Musculoskeletal pain profile of obese individuals attending a multidisciplinary weight management service. **Pain**, v. 158, n. 7, p. 1342-1353, 2017.

MAJOR, B. et al. The ironic effects of weight stigma. **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 51, p. 74-80, 2014.

MAJOR, B.; O'BRIEN, L. T. The social psychology of stigma. **Annu. Rev. Psychol.**, v. 56, p. 393-421, 2005.

MALIK, V. S. et al. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. **The American journal of clinical nutrition**, v. 98, n. 4, p. 1084-1102, 2013.

MATHES, W. F.et al. Architecture of energy balance traits in emerging lines of the Collaborative Cross. **American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism**, v. 300, n. 6, p. E1124-E1134, 2011.

MCDOWELL, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. Oxford University Press, USA, 2006.

MCHORNEY; C. A.; TARLOV; A. R. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate?. **Quality of life research**, v. 4, n. 4, p. 293-307, 1995.

MENSINGER, J. L.; CALOGERO, R. M.; TYLKA, T. L. Internalized weight stigma moderates eating behavior outcomes in women with high BMI participating in a healthy living program. **Appetite**, v. 102, p. 32-43, 2016.

MITCHELL, N. S. et al. Obesity: overview of an epidemic. **Psychiatric Clinics**, v. 34, n. 4, p. 717-732, 2011.

MONTEIRO, C. A. Epidemiologia da obesidade. In: HALPERN, A. et al. **Obesidade.** São Paulo: Editorial Lemos, p. 15- 28, 1998.

MONTEIRO, C. A. et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de saude publica**, v. 26, p. 2039-2049, 2010.

MOTA, D. D.C. F.; PIMENTA, C. A.M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Rev. gaúch. enferm,** v. 28, n. 3, p. 309-314, 2007.

NEVES, A. S.; MENDONÇA, A. L. O. Alterações na identidade social do obeso: do estigma ao fat pride. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 3, p. 619-631, 2014.

NG, M. et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The lancet**, v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

NORONHA, A. P. P. Os problemas mais graves e mais freqüentes no uso dos testes psicológicos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 1, p. 135-142, 2002.

O'BRIEN, K. S. et al. The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress. **Appetite**, v. 102, p. 70-76, 2016.

ORTEGA, F. B.; LAVIE, C. J.; BLAIR, S. N. Obesity and cardiovascular disease. **Circulation research**, v. 118, n. 11, p. 1752-1770, 2016.

DOPOULOS, S.; BRENNAN, L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: a systematic literature review. **Obesity**, v. 23, n. 9, p. 1743-1760, 2015.

PASQUALI, L. et al. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. 2010. v. 8, p. 165-198, 2010.

PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração.** Brasília: LabPAM, 2001.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista Escola Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 43, 992-999, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 23, n. especial, 2007.

PASQUALI, Luiz. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**, p. 37-71, 1999.

PEARL, R. L. et al. Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. **Obesity**, v. 25, n. 2, p. 317-322, 2017.

PEARL, R. L.; PUHL, R. M. The distinct effects of internalizing weight bias: An experimental study. **Body Image**, v. 17, p. 38-42, 2016.

PEARL, R. L.; PUHL, R. M. Weight bias internalization and health: a systematic review. **Obesity reviews**, v. 19, n. 8, p. 1141-1163, 2018.

PEARL, R. L.; PUHL, R. M.; DOVIDIO, J. F. Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. **Journal of health psychology**, v. 20, n. 12, p. 1626-1632, 2015.

PEARL, R.L.; LEBOWITZ, M. S. Beyond personal responsibility: effects of causal attributions for overweight and obesity on weight-related beliefs, stigma, and policy support. **Psychology & health**, v. 29, n. 10, p. 1176-1191, 2014.

PELEGRINO, F. M. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian–Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale. **Journal of clinical nursing**, v. 21, n. 17-18, p. 2509-2517, 2012.

PHELAN, S. M. et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. **Obesity Reviews**, v. 16, n. 4, p. 319-326, 2015.

POLIT, D. F. Getting serious about test–retest reliability: a critique of retest research and some recommendations. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 6, p. 1713-1720, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Artmed Editora, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in nursing & health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPKIN, B. M. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. **The American journal of clinical nutrition**, v. 84, n. 2, p. 289-298, 2006.

POPKIN, B. M.; GORDON-LARSEN, P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. **International journal of obesity**, v. 28, n. S3, p. S2, 2004.

PRUDÊNCIO, P. S. et al. Adaptation and validation of the Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care instrument among Brazilian pregnant women. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 704-710, 2013.

PUHL, R. M. et al. The role of stigma in weight loss maintenance among US adults. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 51, n. 5, p. 754-763, 2017.

PUHL, R. M. et al. Weight bias among professionals treating eating disorders: attitudes about treatment and perceived patient outcomes. **International Journal of Eating Disorders**, v. 47, n. 1, p. 65-75, 2014.

PUHL, R. M.; ANDREYEVA, T.; BROWNELL, K. D. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. **International journal of obesity**, v. 32, n. 6, p. 992, 2008.

PUHL, R. M.; BROWNELL, K. D. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. **Obesity**, v. 14, n. 10, p. 1802-1815, 2006.

PUHL, R. M.; BROWNELL, K. D. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. **Obesity reviews**, v. 4, n. 4, p. 213-227, 2003.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American journal of public health**, v. 100, n. 6, p. 1019-1028, 2010.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The Stigma of Obesity: A Review and Update. **Obesity**, p. 941-964, 2009.

PUHL, R. M.; HIMMELSTEIN, M. S.; QUINN, D. M. Internalizing weight stigma: prevalence and sociodemographic considerations in US adults. **Obesity**, v. 26, n. 1, p. 167-175, 2018.

PUHL, R.; SUH, Y. Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. **Current obesity reports**, v. 4, n. 2, p. 182-190, 2015.

PUHL, R.M., BROWNELL, K.D. Bias, discrimination, and obesity. **Obes Re**, v. 9, p. 788–905, 2003.

PUHL, R.M., SCHWARTZ, M., BROWNELL, K.D. Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: A new approach for reducing bias. **Health Psychology**, v. 24, p. 517−525, 2005.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 665-673, 2007.

REIDPATH, D. D. et al. An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity. **Health & place**, v. 8, n. 2, p. 141-145, 2002.

RENEHAN, A. G. et al. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. **The Lancet**, v. 371, n. 9612, p. 569-578, 2008.

RENSEN, C. et al. Measuring leprosy-related stigma–a pilot study to validate a toolkit of instruments. **Disability and Rehabilitation**, v. 33, n. 9, p. 711-719, 2011.

RINELLA, M. E. Nonalcoholic fatty liver disease: a systematic review. **Jama**, v. 313, n. 22, p. 2263-2273, 2015.

ROBERTO, C. A. et al. Clinical correlates of the weight bias internalization scale in a sample of obese adolescents seeking bariatric surgery. **Obesity**, v. 20, n. 3, p. 533-539, 2012.

RODRIGUEZ, M. C.; MAEDA, Y. Meta-analysis of coefficient alpha. **Psychological methods**, v. 11, n. 3, p. 306, 2006.

ROSENBERG, M. Conceiving the Self. **Basic Books**: New York, v. 24, 1979.

RUBIO, D. et al. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social work research**, v. 27, n. 2, p. 94-104, 2003.

RUGGS, E. N. et al. Assessment of weight stigma. **Obesity facts**, v. 3, n. 1, p. 60-69, 2010.

SAGUY, A.; WARD, A. Coming out as fat: rethinking stigma. **Social Psychology Quarterly.** v. 20, p. 1-23, 2011.

SARRÍAS-GÓMEZ, S.; BAILE, J. I. Psychometric properties of a Spanish adaptation of the Weight Bias Internalization Scale (WBIS). **Nutricion hospitalaria**, v. 32, n. 4, p. 1510-1515, 2015.

SARTI, F. M.; CLARO, R. M.; BANDONI, D. H. Contributions by food demand studies to the development of public policies in nutrition. **Cadernos de saude publica**, v. 27, n. 4, p. 639-647, 2011.

SCHERR, A. et al. Predictors of marked weight gain in a population of health care and industrial workers following smoking cessation. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 520,

2015.

SCHVEY, N.A.; PUHL, R. M.; BROWNELL, K. D. The stress of stigma: exploring the effect of weight stigma on cortisol reactivity. **Psychosomatic medicine**, v. 76, n. 2, p. 156-162, 2014.

SHAPIRO, J. R.; NEUBERG, S. L. From stereotype threat to stereotype threats: Implications of a multi-threat framework for causes, moderators, mediators, consequences, and interventions. **Personality and Social Psychology Review**, v. 11, n. 2, p. 107-130, 2007.

SIKORSKI, C et al. Weight Stigma "Gets Under the Skin"- Evidence for an Adapted Psychological Mediation Framework -A Systematic Review. **Obesity**, v. 23, 266–276, 2015.

SMITH, G.T.; MCCARTHY, D.M. Methodological considerations in the refinement of clinical assessment instruments. **Psychol Assess**; v. 7, p. 300–308. 1995.

SPERBER, A.D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, v. 126, p. 124-S128, 2004.

SPERRY, S. D. et al. Sleep duration and waist circumference in adults: a meta-analysis. **Sleep**, v. 38, n. 8, p. 1269-1276, 2015..

STEELE, Claude M.; SPENCER, Steven J.; ARONSON, Joshua. Contending with group image: The psychology of stereotype and social identity threat. In: **Advances in experimental social psychology**. Academic Press, 2002. p. 379-440.

STENZEL, L. M. **Obesidade: o peso da exclusão**. Edipucrs, 2002.

STICE E.; TELCH, C.F.; RIZVI, S.L. Development and validation of the eating disorder diagnostic scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. **Psychol Assess,** v. 12, p. 123–131. 2000.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of personality assessment**, v. 80, n. 3, p. 217-222, 2003.

SUTIN, A. R.; STEPHAN, Y.; TERRACCIANO, A. Weight discrimination and risk of mortality. **Psychological Science**, v. 26, n. 11, p. 1803-1811, 2015.

SUTIN, A. R.; TERRACCIANO, A. Perceived weight discrimination and obesity. **PloS one**,

v. 8, n. 7, p. e70048, 2013.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **International journal of medical education,** v. 2, p. 53, 2011.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. Journal of Clinical Epidemiology, **Oxford**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TOMIYAMA, A. J. et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic'and harms health. **BMC medicine**, v. 16, n. 1, p. 123, 2018.

TOMIYAMA, A. J. et al. Low calorie dieting increases cortisol. **Psychosomatic medicine**, v. 72, n. 4, p. 357, 2010.

TOMIYAMA, A. J. et al. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. **Obesity**, v. 23, n. 1, p. 46-53, 2015.

TOMIYAMA, A. J. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. **Appetite**, v. 82, p. 8-15, 2014.

VAN BRAKEL, W. H. Measuring health-related stigma—a literature review. **Psychology, health & medicine**, v. 11, n. 3, p. 307-334, 2006.

VARTANIAN, L. R.; NOVAK, S. A. Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. **Obesity**, v. 19, n. 4, p. 757-762, 2011.

VARTANIAN, L. R.; PINKUS, R. T.; SMYTH, J.M. Experiences of weight stigma in everyday life: Implications for health motivation. ***Stigma and Health**, v. 3*, n. 2, p. 85-92, 2016.

VARTANIAN, L. R.; PORTER, A. M. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. **Appetite**, v. 102, p. 3-14, 2016.

VICTAL, M. L.; LOPES, M. H. B. M; D'ANCONA, C. A. L. Adaptation of the O'Leary-Sant and the PUF for the diagnosis of interstitial cystitis for the Brazilian culture. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 312-319, 2013.

VUCENIK, I.; STAINS, J. P. Obesity and cancer risk: evidence, mechanisms, and recommendations. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1271, n. 1, p. 37-43,

2012.

WAALEN, J. The genetics of human obesity. **Translational Research**, v. 164, n. 4, p. 293-301, 2014.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, O. L.; LENZ, E. R. **Measurement in Nursing Research**. 2. ed. Philadelphia: Davis Company, 2005. p.161-194.

WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 185-194, 2010.

WARE, J. E.; HAYASHI, T.; HAYS, R. D. **User's guide for the Multitrait Analysis Program**. Rand Corporation, 1988.

WHITLOCK, G. et al. PROSPECTIVE STUDIES COLLABORATION. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. **The Lancet**, v. 373, n. 9669, p. 1083-1096, 2009.

WILLIAMS, E. P. et al. Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. **Current obesity reports**, v. 4, n. 3, p. 363-370, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases**, 2013-2020, WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**, WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Deseases-11**. Disponível em:< http://id.who.int/icd/entity/14940304> 2018. Acesso em: 08/05/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Acesso em: 01/04/2019, WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**. Preventing and managing the global epidemic: Report of WHO consultation group on obesity. Geneva: WHO; 1997

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic report of a WHO consultation on obesity**. Geneva: WHO; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: The use of and interpretation of anthropometry**, Report of a WHO Expert Committee. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report, 2002: reducing risks, promoting healthy life.** NLM Classification. WA 540.1. Geneva: WHO; 2002.

XAVIER, A. T. F. et al. Cultural adaptation and validation of the Neuropathy-and Foot Ulcer-Specific Quality of Life instrument (NeuroQol) for Brazilian Portuguese-Phase. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 19, n. 6, p. 1352-1361, 2011.

10. ANEXOS

ANEXO A - Autorização para adaptação cultural e validação da WBIS

E-mail de Universidade de São Paulo - WBIS

Maraisa Tarozo <maraisatarozo@usp.br>

WBIS

Laura Durso <ldurso@americanprogress.org> 5 de maio de 2017 16:29
Para: "maraisatarozo@usp.br" <maraisatarozo@usp.br>

Dear Maraisa,

Thank you for your email and interest in the WBIS!

No permission needed for you to use it in your research and I am glad it can contribute in this way. Please find attached a document of administration and scoring information.

I wish you all the best in your work!

Sincerely,

Laura

*****

Laura E. Durso, Ph.D.

Vice President, LGBT Research and Communications Project

Center for American Progress

Pronouns: she, her, hers

ldurso@americanprogress.org

(w) 202-599-9464

(c) 808-292-8662

E-mail de Universidade de São Paulo - WBIS

Maraisa Tarozo <maraisatarozo@usp.br>

WBIS

Janet Latner <jlatner@hawaii.edu> 2 de maio de 2017 04:01
Para: Maraisa Tarozo <maraisatarozo@usp.br>

Aloha Maraisa,
I apologize about the delay in responding, but I'm glad you reached out. Your project sounds terrific, and of course you are welcome to study the scale and its translation or anything else.
I wish you all the best with your interesting research, and I'm delighted to hear of your interest in weight bias internalization.
All good wishes,
Janet

--

Janet D. Latner, Ph.D.
Professor of Psychology
University of Hawaii at Manoa
2530 Dole Street, Sakamaki C400
Honolulu, HI 96822
https://www.researchgate.net/profile/Janet_Latner
http://www2.hawaii.edu/~jlatner

ANEXO B – Critério de Classificação Econômica Brasil (2016)

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

ABEP associação brasileira de empresas de pesquisa

Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entrou em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing
Bianca Ambrósio -TNS
Bruna Suzzara – IBOPE Inteligência
Marcelo Alves - Nielsen
Margareth Reis – GFK
Paula Yamakawa – IBOPE Inteligência
Renata Nunes - Data Folha
Sandra Mazzo - Ipsos
Tatiana Wakaguri – Kantar IBOPE Media

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Distribuição das classes para 2016

As estimativas do tamanho dos estratos atualizados referem-se ao total Brasil e resultados das Macro Regiões, além do total das 9 Regiões Metropolitanas e resultados para cada uma das RM's (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza).

As estimativas são baseadas em estudos probabilísticos do Datafolha, IBOPE Inteligência, GFK, IPSOS e Kantar IBOPE Media (LSE). O perfil da classe é domiciliar.

Classe	Brasil	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro Oeste	Norte
A	2,9%	3,6%	3,4%	1,4%	4,2%	1,8%
B1	5,0%	6,2%	6,2%	2,7%	5,3%	3,4%
B2	17,3%	21,0%	20,6%	10,5%	18,7%	11,7%
C1	22,2%	25,3%	28,0%	15,1%	23,0%	17,9%
C2	25,6%	25,4%	24,8%	25,6%	27,5%	26,3%
D-E	27,0%	18,5%	17,0%	44,7%	21,3%	38,9%
TOTAL	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Classe	9RM's	POA	CWB	SP	RJ	BH	BSB	SSA	REC	FOR
A	4,3%	3,7%	5,4%	4,8%	3,5%	3,5%	9,9%	4,1%	2,0%	3,4%
B1	6,6%	6,5%	8,2%	7,5%	5,9%	5,7%	9,6%	5,2%	4,4%	4,3%
B2	19,5%	20,7%	24,3%	23,1%	17,5%	18,4%	22,0%	13,8%	13,2%	12,8%
C1	24,3%	27,0%	27,6%	28,4%	23,2%	24,0%	22,0%	18,1%	16,7%	15,0%
C2	25,9%	27,0%	22,8%	25,0%	26,6%	27,5%	21,7%	28,5%	28,5%	26,1%
D-E	19,4%	15,1%	11,7%	11,2%	23,3%	20,9%	14,8%	30,3%	35,2%	38,4%
TOTAL	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil

Abaixo são apresentadas as estimativas de renda domiciliar mensal para os estratos socioeconômicos. Os valores se baseiam na PNAD 2014 e representam aproximações dos valores que podem ser obtidos em amostras de pesquisas de mercado, mídia e opinião. A experiência mostra que a variância observada para as respostas à pergunta de renda é elevada, com sobreposições importantes nas rendas entre as classes. Isso significa que pergunta de renda não é um estimador eficiente de nível socioeconômico e não substitui ou complementa o questionário sugerido abaixo. O objetivo da divulgação dessas informações é oferecer uma ideia de característica dos estratos socioeconômicos resultantes da aplicação do Critério Brasil.

Estrato Sócio Economico	Renda média Domiciliar
A	20.888
B1	9.254
B2	4.852
C1	2.705
C2	1.625
D-E	768
TOTAL	3.130

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2016 – www.abep.org – abep@abep.org

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral:

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Empregados Domésticos

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou continua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras, agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

Lava-Louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira;
Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

DVD

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores.
Não considere DVD de automóvel.

Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

Secadora de roupas

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

Modelo de Questionário sugerido para aplicação

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicilio para efeito de classificaç econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluin os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pe entrevistado.
Vamos começar? No domicílio tem_____ (LEIA CADA ITEM)

		QUANTIDADE QUE POSSUI			
ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de *freezers* independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

Nenhum critério estatístico, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo *"... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..."* não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem, porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da adequação do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

ANEXO C - Autorização da representante do Grupo DISABKIDS® no Brasil

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ribeirão Preto, 23 de abril de 2018.

Prezada Profa.,

Solicitamos a V.Sa. autorização para a utilização do instrumento de avaliação semântica (Formulário de Impressão Geral e Formulário Específico), desenvolvido pelo Projeto DISABKIDS®.

Este pedido se justifica pela finalidade de utilizá-lo na etapa de validação semântica do projeto de pesquisa, nível mestrado, junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública desta Escola, intitulado **"Adaptação cultural e validação da *Weight Bias Internalization Scale (WBIS)* para uso no Brasil – Fase I"**.

Agradecemos antecipadamente a colaboração.

Atenciosamente,

Maraisa Tarozo
Aluna de pós-graduação

Prof. Dra. Rosane Pilot Pessa
Orientadora

Para
Profa. Dra. Cláudia Benedita dos Santos
EERP-USP

Autorizo a utilização
Atenciosamente
Claudia B. Santos
24-04-2018

ANEXO D - Formulário de Impressão Geral (DISABKIDS GROUP, 2002)

	Por favor, marque uma opção:
1. O que você achou do questionário de um modo geral?	☐ muito bom ☐ bom ☐ regular/ mais ou menos
2. O que você achou das questões?	☐ todas foram fáceis de entender ☐ algumas foram difíceis de entender ☐ todas foram difíceis de entender
3. Sobre as categorias de resposta, você teve alguma dificuldade em usá-las? Por favor, explique:	☐ sem dificuldades ☐ algumas dificuldades ☐ muitas dificuldades
4. As questões são importantes para a condição de saúde/doença?	☐ muito importantes ☐ às vezes importantes ☐ nada importantes
5. Você gostaria de mudar algo no questionário?	
6. Você gostaria de acrescentar algo no questionário?	
7. Houve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por que?	

ANEXO E - Formulário Específico (DISABKIDS GROUP, 2002)

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Item	**Isso é importante para a sua situação?**			**Você tem dificuldade para entender essa questão?**		**As opções de respostas estão claras e de acordo com a questão?**		**Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?**	**Você falaria/expressaria essa questão de outra forma?**
	sim	***às vezes***	***não***	***não***	***sim***	***sim***	***não***	**Descrição**	**Descrição**

ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 183/2017, de 10.08.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 231ª Reunião Ordinária, realizada em 09 de agosto de 2017.

Protocolo CAAE: 69372017.1.0000.5393

Projeto: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA WEIGHT BIAS INTERNALIZATION SCALE (WBIS) PARA USO NO BRASIL

Pesquisadores: Rosane Pilot Pessa

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Rosane Pilot Pessa
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO G – *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) - Tradução 1 para o Português

Por favor, avalie seu grau de concordância para cada ítem.	Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Concordo fortemente
1) Tenho excesso de peso e me sinto competente como qualquer pessoa.	○	○	○	○	○	○	○
2) Sou menos atraente do que a maioria das pessoas por causa do meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
3) Sinto-me ansioso (a) sobre o que as pessoas podem pensar de mim.por eu estar acima do peso.	○	○	○	○	○	○	○
4) Eu gostaria de mudar drasticamente meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
5) Sinto-me deprimido (a) sempre que penso que tenho excesso de peso.	○	○	○	○	○	○	○
6) Eu me odeio por estar com excesso de peso.	○	○	○	○	○	○	○
7) Meu peso é um importante parâmetro para julgar meu valor como pessoa.	○	○	○	○	○	○	○
8) Não mereço ter uma vida social satisfatória, devido ao meu excesso de peso.	○	○	○	○	○	○	○
9) Estou bem com o meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
10) Não me sinto eu mesmo (a) por estar com excesso de peso.	○	○	○	○	○	○	○
11) Por causa do meu peso, não entendo como alguém atraente namoraria comigo.	○	○	○	○	○	○	○

ANEXO H – *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) - Tradução 2 para o Português

Por favor, classifique a sua concordância com cada um dos itens.	Discordo fortemente	Discordo moderadamente	Discordo pouco	Nem concordo ou discordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo fortemente
1) Como uma pessoa com sobrepeso, sinto que sou tão competente como qualquer outra.	○	○	○	○	○	○	○
2) Eu sou menos atraente do que a maioria das outras pessoas por causa do meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
3) Sinto-me ansioso(a) pelo fato de ter excesso de peso devido ao que as pessoas podem pensar de mim.	○	○	○	○	○	○	○
4) Eu gostaria de mudar drasticamente meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
5) Todas as vezes que penso muito sobre o excesso de peso, sinto-me deprimido(a).	○	○	○	○	○	○	○
6) Eu me odeio pelo fato de ter sobrepeso.	○	○	○	○	○	○	○
7) Eu utilizo meu peso como a principal forma de me julgar como pessoa.	○	○	○	○	○	○	○
8) Eu sinto que eu não mereço ter uma vida social satisfatória enquanto eu estiver com excesso de peso.	○	○	○	○	○	○	○
9) Eu me sinto bem com o meu peso corporal.	○	○	○	○	○	○	○
10) Devido ao meu excesso de peso eu não me sinto como meu verdadeiro eu.	○	○	○	○	○	○	○
11) Devido ao meu peso eu não entendo como alguém atraente gostaria de namorar comigo.	○	○	○	○	○	○	○

ANEXO I – 1ª Versão Consensual em Português obtida com a avaliação do Comitê de Especialistas (VCP1-CE)

Por favor, indique o quanto você concorda com cada item.	Discordo totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Levemente	Não concordo nem discordo	Concordo levemente	Concordo moderadamente	Concordo totalmente
1) Como uma pessoa que está acima do peso, sinto que sou tão competente quanto qualquer outra pessoa.	○	○	○	○	○	○	○
2) Eu sou menos atraente do que a maioria das pessoas por causa do meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
3) Sinto-me ansioso (a) por estar acima do peso, devido ao que as pessoas podem pensar de mim.	○	○	○	○	○	○	○
4) Eu gostaria de poder mudar drasticamente meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
5) Quando penso muito sobre estar acima do peso, eu me sinto deprimido (a).	○	○	○	○	○	○	○
6) Eu me odeio por estar acima do peso.	○	○	○	○	○	○	○
7) Eu julgo meu valor como pessoa principalmente pelo meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
8) Eu não sinto que mereço ter uma vida realmente satisfatória enquanto eu estiver acima do peso.	○	○	○	○	○	○	○
9) Eu estou bem com o meu peso atual.	○	○	○	○	○	○	○
10) Por estar acima do peso, eu não me sinto como eu mesmo (a).	○	○	○	○	○	○	○
11) Por causa do meu peso, eu não entendo como alguém atraente gostaria de namorar comigo.	○	○	○	○	○	○	○

ANEXO J – 2ª Versão Consensual em Português (VCP2)

Por favor, indique o quanto você concorda com cada item.	Discordo totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Levemente	Não concordo nem discordo	Concordo levemente	Concordo moderadamente	Concordo totalmente
1) Como uma pessoa que está acima do peso, sinto que sou tão competente quanto qualquer outra pessoa.	○	○	○	○	○	○	○
2) Eu sou menos atraente do que a maioria das pessoas por causa do meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
3) Sinto-me ansioso (a) por estar acima do peso, devido ao que as pessoas podem pensar de mim.	○	○	○	○	○	○	○
4) Eu gostaria de poder mudar drasticamente meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
5) Quando penso muito sobre estar acima do peso, eu me sinto deprimido (a).	○	○	○	○	○	○	○
6) Eu me odeio por estar acima do peso.	○	○	○	○	○	○	○
7) O meu peso é uma das formas mais importantes para julgar meu valor como pessoa.	○	○	○	○	○	○	○
8) Eu não sinto que mereço ter uma vida realmente satisfatória enquanto eu estiver acima do peso.	○	○	○	○	○	○	○
9) Eu estou bem com o meu peso atual.	○	○	○	○	○	○	○
10) Por estar acima do peso, eu não me sinto como eu mesmo (a).	○	○	○	○	○	○	○
11) Por causa do meu peso, eu não entendo como alguém atraente gostaria de namorar comigo.	○	○	○	○	○	○	○

ANEXO K – Versão adaptada da *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) para uso no Brasil

Por favor, indique o quanto você concorda com cada item.	Discordo totalmente	Discordo Moderadamente	Discordo Levemente	Não concordo nem discordo	Concordo levemente	Concordo moderadamente	Concordo totalmente
1) Como uma pessoa que está acima do peso, sinto que sou tão competente quanto qualquer outra pessoa.	○	○	○	○	○	○	○
2) Eu sou menos atraente do que a maioria das pessoas por causa do meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
3) Sinto-me ansioso (a) por estar acima do peso, devido ao que as pessoas podem pensar de mim.	○	○	○	○	○	○	○
4) Eu gostaria de poder mudar radicalmente o meu peso.	○	○	○	○	○	○	○
5) Quando penso muito sobre estar acima do peso, eu me sinto deprimido (a).	○	○	○	○	○	○	○
6) Eu me odeio por estar acima do peso.	○	○	○	○	○	○	○
7) O meu peso é uma das formas mais importantes para eu julgar meu valor como pessoa.	○	○	○	○	○	○	○
8) Eu não sinto que mereço ter uma vida realmente satisfatória enquanto eu estiver acima do peso.	○	○	○	○	○	○	○
9) Eu estou bem com o meu peso atual.	○	○	○	○	○	○	○
10) Por estar acima do peso, eu não me sinto como eu mesmo (a).	○	○	○	○	○	○	○
11) Por causa do meu peso, eu não entendo como alguém atraente gostaria de namorar comigo.	○	○	○	○	○	○	○

11. APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário de caracterização sociodemográfica

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS

Idade: _____anos

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Data de nascimento: _____

Estado Civil:

( ) Com companheiro

( ) Sem companheiro

Grau de escolaridade:

( ) Ensino fundamental completo

( ) Ensino médio completo

( ) Ensino superior completo

Peso (kg): _____

Altura (m): _____

IMC (kg/m^2): _____

2. AVALIAÇÃO DA AUTOIDENTIFICAÇÃO DO PESO

Como você se classifica com relação ao seu peso:

( ) “Excessivamente abaixo do peso”

( ) “Abaixo do peso”

( ) “Levemente abaixo do peso”

( ) “Peso normal”

( ) “Levemente acima do peso”

( ) “Acima do peso”

( ) “Excessivamente acima do peso

APÊNDICE B - Carta de orientação ao Comitê de Especialistas

ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA *WEIGHT BIAS INTERNALIZATION SCALE* (WBIS) PARA USO NO BRASIL – FASE I

ETAPA DE AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Caro (a) Prof. Dr. (a)

O Sr.(a), está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **"Adaptação cultural e validação da *Weight Bias Internalization Scale (WBIS)* para uso no Brasil – Fase I".**

Trata-se de um estudo metodológico a ser realizado em três etapas: a tradução (1 e 2), síntese das traduções, avaliação do Comitê de Especialistas, retrotradução, comparação da versão original com a retrotraduzida (Etapa 1), validação semântica (Etapa 2) e pré-teste (Etapa 3); por meio do referencial metodológico proposto por Beaton et al. (2000) e Ferrer (1996).

Em estudos que objetivam conceder instrumentos a serem utilizados em diferentes contextos, o termo "adaptação cultural" se refere à tradução direcionada a dois idiomas, bem como à adaptação entre as duas culturas (BEATON et al., 2000). Sendo assim, o Comitê de Especialistas terá que avaliar as traduções independentes de forma a produzir a 1ª Versão Consensual em Português obtida com a avaliação do Comitê de Especialistas, propiciando à essa versão:

A equivalência semântica – manutenção do significado das palavras a fim de manter o sentido original, visto que a depender da cultura em que a palavra é utilizada pode assumir diferentes significados).

A equivalência idiomática – substituição de expressões e coloquialismos dificilmente traduzíveis e tradução para termos equivalentes no idioma alvo.

A equivalência cultural - adequação de expressões utilizadas na versão original devem ser adaptadas, pois não condizem com as experiências culturais do contexto alvo.

A equivalência conceitual - refere-se à validade do conceito, ou seja, avaliar se determinado conceito tem a mesma importância e equivalência na versão original e adaptada.

Será solicitada a leitura de forma simultânea de cada item da versão original e traduzida, e em conjunto, o Comitê realizará as análises de equivalência. Deverá haver, entre

os membros, no mínimo 80% de concordância em cada item.

A 1ª Versão Consensual em Português obtida com a avaliação do Comitê de Especialistas seguirá para a retrotradução e será submetida aos autores da escala original para aprovação. Se houver inadequações, o Comitê poderá se reunir novamente para discussão e/ou aceite de modificações.

Obrigada por sua colaboração!

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Tradutores)

Meu nome é Maraisa Tarozo, sou mestranda do Curso de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa denominado ***"Adaptação cultural e validação da Weight Bias Internalization Scale (WBIS) para uso no Brasil – Fase I"***, sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. Sendo assim, gostaria de convidá-lo(a) a participar, voluntariamente, como tradutor na etapa de tradução e síntese das traduções do referido estudo.

A *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) consiste em uma escala capaz de medir o estigma internalizado do peso, ou seja, pode verificar a interiorização de características negativas com relação ao peso. Foi originalmente desenvolvida na língua inglesa, e o objetivo desta pesquisa consiste em realizar a adaptação cultural e avaliar as propriedades psicométricas da escala para uso no Brasil. A importância deste estudo advém da identificação das consequências nocivas que o estigma internalizado do peso pode acarretar, como ansiedade, depressão, distúrbios do comportamento alimentar e baixa autoestima, prejudicando a qualidade de vida dos indivíduos com excesso de peso. Acreditamos que a escala será de grande utilidade no Brasil e poderá garantir avanços no campo de conhecimento e estudos na área, bem como oferecer melhor atenção às questões biopsicossociais em nível de prevenção, promoção e reabilitação.

Caso aceite este convite, você será responsável por avaliar as variações culturais e idiomáticas, acompanhando as nuances da língua, com intuito de garantir a reprodução do sentido, clareza e compreensão de todos os itens, de forma equivalente à escala original, obtendo a Tradução 1 para o português. Outro tradutor fará Tradução 2 para o português, e os dois tradutores juntamente com a pesquisadora, deverão confrontar as duas versões e realizar a síntese das traduções (obtenção da 1ª Versão Consensual em Português).

Realizaremos a reunião no Centro Multiprofissional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, localizado à Rua Paineiras, 22, Campus USP de Ribeirão Preto ou em outro local, de acordo com a sua preferência e em horário comum a todos. Esclarecemos que é garantido total sigilo sobre sua identidade, mesmo diante da publicação dos resultados desta pesquisa, e que você poderá solicitar esclarecimentos sobre o estudo a qualquer momento. Você não terá nenhum gasto financeiro ou recompensa provenientes da participação e terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições

envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Garantimos que a pesquisa será conduzida de forma evitar qualquer desconforto físico ou emocional, mas se isso ocorrer, estarei disponível para ouvi-lo (a), a fim de encontrarmos a melhor forma de resolver a situação. Além disso, você terá o direito, a qualquer momento, de deixar de participar da pesquisa, sem penalização ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso concorde em participar, por favor, assine duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma será sua e a outra, do pesquisador responsável. Em caso de dúvidas estaremos à disposição para esclarecimentos (maraisatarozo@usp.com; telefone (16) 99159-3283; rosane@eerp.usp.br; telefone (16) 3315-3403). Você poderá também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, o qual possui a finalidade de proteger eticamente as pessoas que participam de pesquisas. O endereço é Avenida Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197 e o horário de funcionamento é das 8h às 17 h, em dias úteis.

Eu, _____,
concordo em participar voluntariamente da pesquisa, declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores e alego ter total conhecimento dos direitos e condições que me foram apresentados.

_____

Assinatura
Data: ____/____/____

_____	_____
Maraisa Tarozo	Profa. Rosane Pilot Pessa
Pesquisadora	Orientadora

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Comitê de Especialistas)

Prezado(a) Sr.(a),

Meu nome é Maraisa Tarozo, sou mestranda do Curso de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa denominado ***"Adaptação cultural e validação da Weight Bias Internalization Scale (WBIS) para uso no Brasil – Fase I"***, sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. Sendo assim, gostaria de convidá-lo(a) a participar, voluntariamente como membro do Comitê de Especialistas do referido estudo.

A *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) consiste em uma escala capaz de medir o estigma internalizado do peso, ou seja, pode verificar a interiorização de características negativas com relação ao peso. Foi originalmente desenvolvida na língua inglesa, e o objetivo desta pesquisa consiste em realizar a adaptação cultural e avaliar as propriedades psicométricas da escala para uso no Brasil. A importância deste estudo advém da identificação das consequências nocivas que o estigma internalizado do peso pode acarretar, como ansiedade, depressão, distúrbios do comportamento alimentar e baixa autoestima, prejudicando a qualidade de vida dos indivíduos com excesso de peso. Acreditamos que a escala será de grande utilidade no Brasil e poderá garantir avanços no campo de conhecimento e estudos na área, bem como oferecer melhor atenção às questões biopsicossociais em nível de prevenção, promoção e reabilitação.

Deste modo, a participação do Comitê consistirá em produzir a 1ª Versão Consensual em Português obtida com a avaliação do Comitê de Especialistas, a partir da análise da escala original em inglês e das duas traduções realizadas para o português. A análise feita pelos Especialistas visa garantir a clareza e a compreensibilidade dos itens. Deverão avaliar as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural e, se houver inadequações obtidas em etapas futuras deste estudo, o comitê poderá ser solicitado para discussão e/ou aceite de modificações.

Caso aceite este convite, você receberá uma carta com informações gerais sobre a avaliação do Comitê de Especialistas. Realizaremos a reunião em uma sala da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, de acordo com a preferência e em horário comum a todos.

Esclarecemos que é garantido total sigilo sobre sua identidade, mesmo diante da publicação dos resultados desta pesquisa, e que você poderá solicitar esclarecimentos sobre o

estudo a qualquer momento. Você não terá nenhum gasto financeiro ou recompensa provenientes da participação e terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Garantimos que a pesquisa será conduzida de forma evitar qualquer desconforto físico ou emocional, mas se isso ocorrer, estarei disponível para ouvi-lo (a), a fim de encontrarmos a melhor forma de resolver a situação. Além disso, você terá o direito, a qualquer momento, de deixar de participar da pesquisa, sem penalização ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso concorde em participar, por favor, assine duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma será sua e a outra, do pesquisador responsável. Em caso de dúvidas estaremos à disposição para esclarecimentos (maraisatarozo@usp.com; telefone (16) 99159-3283; rosane@eerp.usp.br; telefone (16) 3315-3403). Você poderá também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, o qual possui a finalidade de proteger eticamente as pessoas que participam de pesquisas. O endereço é Avenida Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197 e o horário de funcionamento é das 8h às 17 h, em dias úteis.

Eu, _____,
concordo em participar voluntariamente da pesquisa, declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores e alego ter total conhecimento dos direitos e condições que me foram apresentados.

_____

Assinatura

Data: ____/____/____

_____	_____
Maraisa Tarozo	Profa. Rosane Pilot Pessa
Pesquisadora	Orientadora

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Participante da Pesquisa (Validação Semântica)

Meu nome é Maraisa Tarozo, sou mestranda do Curso de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa denominado "***Adaptação cultural e validação da Weight Bias Internalization Scale (WBIS) para uso no Brasil – Fase I***", sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. Sendo assim, gostaria de convidá-lo(a) a participar, voluntariamente como participante da pesquisa do referido estudo.

A *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) consiste em uma escala capaz de medir o estigma internalizado do peso, ou seja, pode verificar a interiorização de características negativas com relação ao peso. Foi originalmente desenvolvida na língua inglesa, e o objetivo desta pesquisa consiste em realizar a adaptação cultural e avaliar as propriedades psicométricas da escala para uso no Brasil. A importância deste estudo advém da identificação das consequências nocivas que o estigma internalizado do peso pode acarretar, como ansiedade, depressão, distúrbios do comportamento alimentar e baixa autoestima, prejudicando a qualidade de vida dos indivíduos com excesso de peso. Acreditamos que a escala será de grande utilidade no Brasil e poderá garantir avanços no campo de conhecimento e estudos na área, bem como oferecer melhor atenção às questões biopsicossociais em nível de prevenção, promoção e reabilitação.

Caso aceite este convite, você receberá um questionário socioeconômico; um questionário sociodemográfico (dados referentes à idade, sexo, escolaridade, medidas de peso, altura e autoidentificação do peso); a *Weight Bias Internalization* Scale (WBIS) em português; além de um Formulário de Impressão Geral e um Formulário Específico, que serão respondidos por você, por meio de entrevista realizada pela pesquisadora. Realizaremos a coleta de dados no Centro Multiprofissional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, localizado à Rua Paineiras, 22 ou na Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, localizados no *Campus* USP de Ribeirão Preto, em um dia e horário de sua preferência.

Acreditamos que o tempo necessário para isso seja de aproximadamente 30 a 40 minutos. O objetivo desta etapa é que você possa verificar se os itens da escala estão bem formulados e se são de fácil compreensão. Para isso, você poderá ajudar respondendo à um Formulário de Impressão Geral e um Formulário Específico com as sugestões de mudança que julgar necessárias para melhorar o entendimento e clareza dos itens.

Esclarecemos que é garantido total sigilo sobre sua identidade, mesmo diante da

publicação dos resultados desta pesquisa, e que você poderá solicitar esclarecimentos sobre o estudo a qualquer momento. Você não terá nenhum gasto financeiro ou recompensa provenientes da participação e terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Garantimos que a pesquisa será conduzida de forma evitar qualquer desconforto físico ou emocional, mas se isso ocorrer, estarei disponível para ouvi-lo (a), a fim de encontrarmos a melhor forma de resolver a situação. Além disso, você terá o direito, a qualquer momento, de deixar de participar da pesquisa, sem penalização ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso concorde em participar, por favor, assine duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma será sua e a outra, do pesquisador responsável. Em caso de dúvidas estaremos à disposição para esclarecimentos (maraisatarozo@usp.com; telefone (16) 99159-3283; rosane@eerp.usp.br; telefone (16) 3315-3403). Você poderá também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, o qual possui a finalidade de proteger eticamente as pessoas que participam de pesquisas. O endereço é Avenida Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197 e o horário de funcionamento é das 8h às 17 h, em dias úteis.

Eu,_____,
concordo em participar voluntariamente da pesquisa, declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores e alego ter total conhecimento dos direitos e condições que me foram apresentados.

_____

Assinatura

Data ____/____/___

_____	_____
Maraisa Tarozo	Profa. Rosane Pilot Pessa
Pesquisadora	Orientadora

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Participante da Pesquisa (Pré-teste)

Meu nome é Maraisa Tarozo, sou mestranda do Curso de Pós Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa denominado "***Adaptação cultural e validação da Weight Bias Internalization Scale (WBIS) para uso no Brasil – Fase I***", sob orientação da Profa. Rosane Pilot Pessa. Sendo assim, gostaria de convidá-lo(a) a participar, voluntariamente como participante da pesquisa do referido estudo.

A *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) consiste em uma escala capaz de medir o estigma internalizado do peso, ou seja, pode verificar a interiorização de características negativas com relação ao peso. Foi originalmente desenvolvida na língua inglesa, e o objetivo desta pesquisa consiste em realizar a adaptação cultural e avaliar as propriedades psicométricas da escala para uso no Brasil. A importância deste estudo advém da identificação das consequências nocivas que o estigma internalizado do peso pode acarretar, como ansiedade, depressão, distúrbios do comportamento alimentar e baixa autoestima, prejudicando a qualidade de vida dos indivíduos com excesso de peso. Acreditamos que a escala será de grande utilidade no Brasil e poderá garantir avanços no campo de conhecimento e estudos na área, bem como oferecer melhor atenção às questões biopsicossociais em nível de prevenção, promoção e reabilitação.

Caso aceite este convite, você receberá um questionário socioeconômico; um questionário sociodemográfico (dados referentes à idade, sexo, escolaridade, além de medidas de peso e altura e autoidentificação do peso) e a *Weight Bias Internalization Scale* (WBIS) adaptada para o Brasil, que serão respondidos por você no Centro Multiprofissional de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, localizado à Rua Paineiras, 22 ou na Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, localizados no *Campus* USP de Ribeirão Preto, em um dia e horário de sua preferência.

Acreditamos que o tempo necessário para isso seja de aproximadamente 15 minutos. O objetivo nesta etapa é que você responda à Weight Bias Internalization Scale (WBIS) e os questionários acima descritos para avaliarmos a validade da escala em medir o estigma internalizado do peso.

Esclarecemos que é garantido total sigilo sobre sua identidade, mesmo diante da publicação dos resultados desta pesquisa, e que você poderá solicitar esclarecimentos sobre o estudo a qualquer momento. Você não terá nenhum gasto financeiro ou recompensa

provenientes da participação e terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Garantimos que a pesquisa será conduzida de forma evitar qualquer desconforto físico ou emocional, mas se isso ocorrer, estarei disponível para ouvi-lo (a), a fim de encontrarmos a melhor forma de resolver a situação. Além disso, você terá o direito, a qualquer momento, de deixar de participar da pesquisa, sem penalização ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso concorde em participar, por favor, assine duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma será sua e a outra, do pesquisador responsável. Em caso de dúvidas estaremos à disposição para esclarecimentos (maraisatarozo@usp.com; telefone (16) 99159-3283; rosane@eerp.usp.br; telefone (16) 3315-3403). Você poderá também, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, o qual possui a finalidade de proteger eticamente as pessoas que participam de pesquisas. O endereço é Avenida Bandeirantes nº 3900, Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O telefone é (16) 3315-9197 e o horário de funcionamento é das 8h às 17 h, em dias úteis.

Eu, _____,
concordo em participar voluntariamente da pesquisa, declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores e alego ter total conhecimento dos direitos e condições que me foram apresentados.

_____

Assinatura

Data: ____/____/____

_____	_____
Maraisa Tarozo	Profa. Rosane Pilot Pessa
Pesquisadora	Orientadora