UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

CAMILA LEMOS BATISTA

Adaptação transcultural da *Dieting Beliefs Scale*: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos

Ribeirão Preto
2017

CAMILA LEMOS BATISTA

Adaptação transcultural da *Dieting Beliefs Scale*: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos

Versão Original

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em ciências.

Área de concentração: Psicobiologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Telma Maria Braga Costa.

Ribeirão Preto
2017

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

Batista, Camila Lemos

Adaptação transcultural da *Dieting Beliefs Scale*: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos. Ribeirão Preto, 2017.
109 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Psicobiologia.

Orientador: Braga Costa, Telma Maria.

1. Psicometria. 2. Obesidade. 3. Terapia Cognitivo Comportamental. 4. *Lócus* de Controle. 5. Dieta.

Nome: Batista, Camila Lemos

Título: Adaptação transcultural da *Dieting Beliefs Scale*: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Psicobiologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra _____

Instituição _____

Julgamento _____

Profa. Dra _____

Instituição _____

Julgamento _____

Profa. Dra _____

Instituição _____

Julgamento _____

Dedico este estudo à Deus e à todos
amigos e familiares,
presentes e *in memoriam*
que estiveram comigo nesta etapa da vida.

Agradecimentos

Agradeço à **Universidade de São Paulo, à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto e ao Departamento de Psicologia e Educação** por oferecer programas e linhas de pesquisa que levam ao enriquecimento da pesquisa e do saber;

À todos os **alunos, professores e funcionários do Programa de pós-graduação em Psicobiologia** por ampliarem o conhecimento em relação aos aspectos psicobiológicos do ser humano.

Ao Laboratório de Nutrição e Comportamento, em especial ao **prof. Dr. Sebastião de Souza Almeida e à prof. Dra. Telma Maria Braga Costa**, por fazer parte de sua equipe de pesquisadores. Vocês abriram portas e caminhos de minha vida profissional por meio da ética, respeito, competência, disponibilidade e pelo aprendizado através dos questionamentos intermináveis sobre o estudo.

Aos autores da Dieting Beliefs Scale, **Dr. Stephen Stotland e Dr. David Zuroff**, por terem autorizado a realização do processo de adaptação desta escala para o português do Brasil.

À **UNAERP - Ribeirão Preto**, por ter permitido a coleta dos dados, juntamente com os **alunos, funcionários e pacientes** que gentilmente participaram como sujeitos deste trabalho.

À todos os **amigos, colegas e funcionários do laboratório de Nutrição e Comportamento** pela amizade, atenção, carinho, ensinamento, aprendizado e incentivo.

À toda **minha família** pelo apoio, incentivo e amor incondicional.

À **Deus**, por ter colocado pessoas inesquecíveis na minha vida e por proteger e guiar minha trajetória como mestrande.

Fonte:(<http://divicenzi.blogspot.com.br/2012/06/as-12-etapas-da-decisao-do-voto.html>)

Um instrumento de medida, baseado em uma determinada teoria, realiza a passagem do abstrato para o concreto. (PASQUALI, 2010).

RESUMO

Batista, C.L (2017). *Adaptação transcultural da Dieting Beliefs Scale: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.

O número de indivíduos obesos quase dobrou desde 1980, tornando uma ameaça para o equilíbrio físico, mental e social destes pacientes. Entre os tratamentos psicológicos, destaca-se a Terapia Cognitivo Comportamental, na qual explica que o sistema de crenças de um indivíduo interfere no desenvolvimento de seus sentimentos e comportamentos e, quando distorcido, pode causar tendências disfuncionais de raciocínio. Adaptar instrumentos a fim de aprofundar os estudos em relação ao comportamento alimentar de indivíduos obesos, pode levar a promover ações para sua promoção de saúde. A *Dieting Beliefs Scale*, composta por 16 afirmações, divididas entre *locus* de controle interno (fator 1), *locus* que estão além do controle, (fator 2) e *locus* externo (fator 3), avalia a relação entre peso e comportamento na dieta. O objetivo deste estudo é adaptar esta escala em adultos para a amostra não clínica (alunos e funcionários da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP) de ambos os sexos e aplicar a versão adaptada para amostra clínica (pacientes da clínica de Nutrição da UNAERP). A análise dos dados da adaptação foi realizada com 197 sujeitos da amostra não clínica e foram realizadas a tradução, análise das evidências de validade (Análise Fatorial Exploratória - AFE - e Análise Fatorial Confirmatória - AFC) e precisão ou fidedignidade (*alpha* de *Cronbach* e teste-reteste). A aplicação da escala adaptada foi realizada na amostra não clínica (n=114). Na fase da tradução, a amostra não clínica não apresentou dúvidas em relação à versão traduzida. Esta foi aplicada em 197 sujeitos desta amostra. Após seis semanas, a escala foi aplicada novamente para 96 sujeitos, a fim de analisar a confiabilidade teste-reteste. As evidências de validade foram realizadas por meio da AFE constatando que os itens 2, 9, 10, 11 e 15 apresentaram uma carga fatorial alta para o fator 1; os itens 5, 6 e 7 apresentaram alta carga fatorial para o fator 2 e os itens 8, 12 e 13, para o fator 3. Foram excluídos os itens 1, 3, 4 e 16 por terem apresentado carga fatorial abaixo de 0,40. Na AFC, o modelo re-especificado da escala original apresentou ajuste razoável. A Precisão ou fidedignidade foi realizada por meio do *Alpha* de *Cronbach* (0,404), classificado como moderado e do Teste-reteste, onde se observou que o fator 1 possui maior índice de correlação (0,620), comparados com os fatores 2 (0,499) e 3 (0,381). Os resultados da aplicação da escala na amostra clínica mostram que há evidências da não relação estatisticamente significativa entre o IMC e os fatores da Escala de Crenças sobre Dieta. Esta amostra pode ter compreensão da importância dos fatores internos em um processo de perda de peso. No entanto, devido à complexidade da obesidade, os pacientes necessitam de apoio profissional a fim de alterar o comportamento alimentar. Assim, as análises estatísticas demonstraram qualidades psicométricas razoáveis. Recomenda-se a utilização deste instrumento para pesquisas a fim de compreender as crenças dos indivíduos em processo de perda de peso e o fator que pode estar interferindo em seu comportamento.

Palavras-chave: Obesidade, *Locus* de controle, Psicometria.

ABSTRACT

Batista, C.L.(2017).*Cross-cultural adaptation of Dieting Beliefs Scale: a scale used to assess the diet belief in adults of both gender*. Dissertation (master). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo.

The number of obese individuals has almost doubled since 1980, posing a threat to the physical, mental and social balance of these patients. Among the psychological treatments, Cognitive Behavioral Therapy stands out, in which it explains that the belief system of an individual interferes in the development of their feelings and behaviors and, when distorted, can cause dysfunctional tendencies of reasoning. Adapting instruments to deepen the studies regarding the eating behavior of obese individuals may lead to actions to promote their health. The Dieting Beliefs Scale, composed of 16 statements, divided between internal control locus (factor 1), locus that are beyond control, (factor 2) and external locus (factor 3), evaluates the relationship between weight and behavior in the diet. The purpose of this study is to adapt this scale in adults to the non-clinical sample (students and employees of the University of Ribeirão Preto - UNAERP) of both sexes and apply the version adapted for clinical sample (patients of the Nutrition clinic of UNAERP). The analysis of the adaptation data was performed with 197 subjects from the non-clinical sample and the translation, analysis of the validity evidence (Exploratory Factor Analysis - AFE - and Confirmatory Factor Analysis - AFC) and accuracy or reliability (Cronbach's alpha and test She retorted). The application of the adapted scale was performed in the non-clinical sample (n = 114). In the translation phase, the non-clinical sample showed no doubts about the translated version. This was applied in 197 subjects of this sample. After six weeks, the scale was again applied to 96 subjects in order to analyze the test-retest reliability. Evidences of validity were made through the AFE, noting that items 2, 9, 10, 11 and 15 presented a high factor load factor 1; Items 5, 6 and 7 presented a high factor load for factor 2 and items 8, 12 and 13 for factor 3. Items 1, 3, 4 and 16 were excluded because they presented a factorial load below 0.40. In the AFC, the re-specified model of the original scale presented a reasonable fit. Precision or reliability was performed using the Cronbach's Alpha (0,404), classified as moderate and the Test-retest, where it was observed that factor 1 had a higher correlation index (0.620), compared with factors 2 (0.499) and 3 (0.381). The results of scale application in the clinical sample show that there is evidence of a non-statistically significant relationship between BMI and Dietary Belief Scale factors. This sample may have an understanding of the importance of internal factors in a weight loss process. However, due to the complexity of obesity, patients need professional support in order to alter eating behavior. Thus, the statistical analyzes demonstrated reasonable psychometric qualities. It is recommended to use this tool for research in order to understand the beliefs of individuals in the process of weight loss and the factor that may be interfering in their behavior.

Keywords: Obesity, Locus of control, Psychometrics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Classificação do Estado Nutricional segundo Organização Mundial de Saúde – OMS (2000). IMC: índice de massa corporal.....	21
Tabela 2 -	Cargas Fatoriais (rotação <i>Varimax</i>) da <i>Dieting Beliefs Scale</i>	45
Tabela 3 -	Limites dos coeficientes de fidedignidade (<i>alpha</i> de <i>Cronbach</i>) e suas respectivas categorias.....	47
Tabela 4 -	Itens de conforto e a pontuação da respectiva quantidade destes de acordo com os Critérios de Classificação Econômica Brasil.....	48
Tabela 5 -	Grau de instrução do chefe de família, acesso a serviços públicos e a respectiva pontuação de cada um conforme Critério de Classificação Econômica Brasil.....	48
Tabela 6 -	Classificação da Classe Econômica da família por meio da soma das pontuações das tabelas 4 e 5, conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil.....	49
Tabela 7 -	Média (Desvio Padrão) de idade, peso, altura e IMC do sexo masculino e feminino da amostra clínica e não clínica.....	50
Tabela 8 -	Porcentagem entre as classificações do IMC dos sexos masculino (n=113) e feminino (n=197) da amostra clínica (n=14) e não clínica (n=197).....	51
Tabela 9 -	Análise Fatorial Exploratória da <i>Dieting Beliefs Scale</i> com 97 sujeitos da amostra não clínica total (n=197)	55
Tabela 10 -	Tabela 10- Comparação do fator 1 (<i>lôcus</i> de controle interno), fator 2 (além do controle) e fator 3 (<i>lôcus</i> de controle externo) entre os estudos do artigo original da escala (Stotland & Zuroff, 1990), do artigo de Paxton e Sculthorp (1999) e a AFE desta dissertação.....	56
Tabela 11-	Medidas de qualidade da Análise Fatorial Confirmatória do modelo original e re-especificado da <i>Dieting Beliefs Scale</i>	58
Tabela 12 -	Estimativas padronizadas entre os fatores e os itens da figura 3	60
Tabela 13 -	Estimativas padronizadas entre os fatores e os itens da figura 4.....	61
Tabela 14 -	Variáveis (itens) da <i>Dieting Beliefs Scale</i> e o coeficiente <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> (n=197)	63
Tabela 15 -	Coeficiente <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> com os itens 1, 3, 4 e 16 deletados (n=197)	63

Tabela 16 - Coeficiente <i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> por fator (n=197)	64
Tabela 17 - Fatores e itens da Escala de Crenças sobre Dieta	65
Tabela 18 - Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI) de cada fator da fase teste- reteste realizada amostra não clínica (n=96).....	66
Tabela 19 - Comparação entre a classificação reduzida do IMC com o fator 1 (<i>locus</i> de controle interno), fator 2 (além do controle) e o fator 3 (<i>locus</i> de controle externo) da Escala de Crenças sobre Dieta (n=114).....	69

Lista de Figuras

Figura 1	Diagrama das conexões dos três níveis diferentes de pensamento.....	25
Figura 2 -	Procedimento para adaptação transcultural de instrumentos psicológicos.....	34
Figura 3 -	Versão final da etapa de tradução da <i>Dieting Beliefs Scale</i> : Escala de Crenças Sobre Dieta.....	53
Figura 4 -	Saturação e correlação dos fatores do modelo original da <i>Dieting Beliefs Scale</i>	60
Figura 5 -	Saturação dos itens e correlação entre os fatores no modelo reespecificado com covariância entre os erros da <i>Dieting Beliefs Scale</i>	61
Figura 6 -	Correlação no fator 1 (<i>locus</i> de controle interno) entre as fases teste e reteste	67
Figura 7 -	Correlação no fator 1 (<i>locus</i> de controle interno) entre as fases teste e reteste	68
Figura 8 -	Correlação no fator 3 (<i>locus</i> de controle externo) entre as fases teste e reteste	69

Lista de Siglas

AEE	Análise DE Equações Estruturais.
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CFP	Conselho Federal de Psicologia
GFI	<i>Goodness-of-fit Index</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
ITC	Comissão Internacional de Testes
MEE	Modelo de Equações Estruturais
ML	Método de Máxima Verossimilhança
NFI	<i>Normed Fit Index</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCLE	Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
TRI	Teoria de Resposta ao Item
χ^2	Teste do <i>Qui</i> -Quadrado de Ajustamento
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	Introdução	16
2	Revisão da literatura	18
2.1	Obesidade	18
2.1.1	Conceito e Epidemiologia	18
2.1.2	Causas da Obesidade	19
2.1.3	Classificação e Comorbidades	20
2.1.4	Tratamento	21
2.2	Terapia Cognitivo Comportamental	23
2.2.1	Teoria <i>Lócus</i> de Controle	24
2.2.2	<i>Dieting Beliefs Scale</i>	26
2.3	Processo de Adaptação de Instrumentos	30
2.3.1	Psicometria	31
2.3.2	Tradução	33
2.3.3	Evidências de Validade	34
2.3.4	Precisão ou Fidedignidade	36
3	Objetivos	38
3.1	Objetivo Geral	38
3.2	Objetivos Específicos	38
4	Método	39
4.1	Participantes	39
4.1.2	Participantes da Tradução da <i>Dieting Beliefs Scale</i>	39
4.1.3	Participantes do Estudo de Campo	40
4.2	Critérios de Inclusão	40
4.3	Critérios de Exclusão	40
4.4	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	41
4.5	Material	41
4.6	Procedimentos	42
4.7	Análise dos Dados	44
4.7.1	Descrição da amostra	44
4.7.2	Tradução	44

4.7.3	Evidências de Validade	44
4.7.4	Precisão ou Fidedignidade	46
4.7.5	Análise da Aplicação da Escala de Crenças sobre Dieta na Amostra Clínica	47
4.7.6	Análise dos Instrumentos	47
5	Resultados	50
5.1	Descrição da Amostra	50
5.2	Tradução	51
5.3	Evidências de Validade	54
5.3.1	Análise Fatorial Exploratória	54
5.3.2	Análise Fatorial Confirmatória	56
5.4	Precisão ou Fidedignidade	62
5.4.1	<i>Alpha</i> de Cronbach	62
5.4.2	Teste-reteste	65
5.5	Aplicação da Escala de Crenças sobre Dieta na amostra clínica	69
6	Discussão	71
7	Conclusão	80
	Referências	81
	ANEXO A - Autorização dos autores da escala	90
	ANEXO B - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa	91
	ANEXO C - Critério de Classificação Brasil (CCEB, 2015)	92
	ANEXO D - Esquema de avaliação da tradução pela amostra (CONTI <i>et al</i> , 2010)	93
	ANEXO E - <i>Dieting Beliefs Scale</i> (STOTLAND e ZUROFF, 1990)	95
	ANEXO F - Resposta do autor da escala sobre dúvidas	96
	ANEXO G - Traduções do instrumento de origem para o público-alvo	97
	ANEXO H - Síntese das versões traduzidas	99
	ANEXO I - Avaliação das sínteses por juízes <i>experts</i>	100
	ANEXO J - Tradução e reversa	101
	APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para amostra clínica	103
	APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para amostra não clínica	105
	APÊNDICE C- Escala de Crenças sobre Dieta adaptada para o português do Brasil	107

1 INTRODUÇÃO

O número de indivíduos obesos quase dobrou desde 1980 em todo mundo. Em 2008 mais de 1,4 bilhões de adultos com 20 anos de idade ou mais estavam acima do peso. A prevalência do excesso de peso nos países de alta renda foi mais que o dobro dos países de renda média e baixa, nos quais a obesidade entre as mulheres foi aproximadamente o dobro que entre os homens. Em 2014, mais de 39% dos adultos com idade acima de 18 anos estavam com sobrepeso e 13% obesos. A maioria da população vive em países em que o sobrepeso e a obesidade matam mais que a desnutrição (*World Health Organization -WHO*, 2015)

Por ser caracterizada como uma síndrome multifatorial, a obesidade causa doenças coronarianas, doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, entre outras (Donato, 2004; Pinel, 2005). O aumento do índice de obesidade torna uma ameaça para o equilíbrio físico, mental e social do indivíduo. Aprofundar nas pesquisas em relação aos fatores psicológicos da obesidade é preocupar-se com a saúde mental destes indivíduos e promover ações para promoção de saúde dos mesmos (Cardoso, 2006). Este pode ser um dos diversos contextos da subjetividade humana que demandam adaptação e construção de instrumentos para sua compreensão (Conselho Federal de Psicologia- CFP, 2010).

Com o intuito de conhecer possíveis causas que levam as pessoas a comportamentos alimentares que podem causar obesidade, Stotland e Zuroff (1990) construíram a *Dieting Beliefs Scale*. Esta escala é composta por 16 afirmações que avaliam a relação entre peso e comportamento na dieta. Segundo os autores, as crenças podem interferir no comportamento alimentar e ganho de peso. O comportamento alimentar, de acordo com Aguiar, Aguiar e Guedes. (2013), pode estar relacionado com as crenças que a pessoa desenvolve sobre si mesma e o mundo, interferindo na maneira de pensar, sentir e se comportar.

Por mais que existam instrumentos avaliando comportamentos por meio de escalas *locus* de controle para área do trabalho, saúde mental e física, interação social, estratégias parentais, sucesso acadêmico e econômico, criatividade, entre outras (Halpert & Hill, 2011) esta escala, relacionada ao comportamento alimentar em dieta e perda de peso, ainda não foi adaptada para o português do Brasil. A escolha dela deve-se à importância em estar aprofundando sobre a teoria *locus* de controle e dieta, buscando centrar o estudo no funcionamento psicológico do indivíduo obeso. Além disso, partiu-se do pressuposto de que a *Dieting Beliefs Scale* pode ser uma escala de fácil compreensão e aplicação devido ao número

reduzido de itens podendo ser utilizada em pesquisas sobre a obesidade e seus aspectos comportamentais.

Esta pesquisa tem como objetivo adaptar a *Dieting Beliefs Scale* para a população adulta de ambos os sexos, devido à importância em relacionar o sistema de crenças de um indivíduo e o comportamento em relação à dieta alimentar. O instrumento poderá ser utilizado em pesquisas de investigação em nutrição e comportamento.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Obesidade

2.1.1 Conceito e Epidemiologia

Sobrepeso e obesidade são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura que podem prejudicar a saúde (WHO, 2014). Donato (2004) conceitua a obesidade não como uma doença, mas como uma síndrome pois pode ser caracterizada como um estado mórbido que apresenta várias causas. De maneira genérica, a obesidade resulta do desbalanceamento entre a energia gasta e a energia consumida, ocorrendo o armazenamento excessivo de energia sob a forma de triglicérides no tecido adiposo.

Nunes, Appolinario e Galvão (2006) argumentam que, na teoria, este desbalanceamento poderia ocorrer tanto em função do desequilíbrio entre o aumento do aporte energético e a diminuição de seu gasto, quanto da combinação dos dois fatores. Apesar dos mecanismos de ação não serem esclarecidos, alguns fatores dentre eles genéticos, ambientais e psicológicos tornam a obesidade uma doença multifatorial.

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou transformações sociais significativas que resultaram em alterações no padrão do consumo alimentar por meio da diminuição da pobreza, exclusão social e desnutrição, fazendo com que a transição nutricional ocorresse de maneira rápida (Brasil, 2013). O aumento vertiginoso da obesidade e doenças crônicas em todas as classes sociais ocorre devido ao declínio do nível das atividades físicas, ingestão de alimentos com alta densidade energética, teor de sódio, gorduras e açúcar e ultra-processados. Em 1970, o país apresentava altos índices de desnutrição e a obesidade era de 2,8% em homens e 7,8% nas mulheres. Em 2008, 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres foram considerados obesos (Brasil, 2013).

Dados da pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por meio de Inquérito Telefônico – VIGITEL (Brasil, 2014) – mostram que 52,5% dos brasileiros estão com sobrepeso (este índice era de 43% em 2006) e 17,9% da população está obesa. As causas de morte por doenças crônicas decorrentes da obesidade correspondem a 72% dos óbitos no país. Os homens apresentam maior índice de excesso de peso (56,5%). Nos últimos três anos não houve crescimento nestes índices devido ao aumento de 18% na frequência de adultos que praticam atividade física.

2.1.2 Causas da Obesidade

Por ser multifatorial, a obesidade, incluindo fatores genéticos, apresenta um sistema fisiológico complexo em relação à regulação do balanço energético. Brandão e Morato (2001) explicam que a obtenção dos alimentos em qualquer espécie, na quantidade suficiente para o gasto de energia, tem a sobrevivência como requisito básico. Neurofisiologicamente, o comportamento alimentar pode relacionar-se as regiões hipotalâmicas nas quais são responsáveis pela regulação do apetite, lembrando que existem regiões periféricas que também desempenham papel importante nessa regulação. Indivíduos obesos apresentam baixos índices de atenção em relação aos sinalizadores fisiológicos internos (por exemplo, níveis endógenos de glicose), os quais indicam a necessidade ou não pela procura do alimento. Eles são atraídos pelos sinalizadores externos como os sentidos (Brandão & Morato, 2001).

Em relação aos fatores genéticos, Nunes et al. (2006) analisam que várias mutações monogênicas já foram associadas com a obesidade grave e à hiperfagia e, a cada ano, pesquisas encontram novas correlações genótipo-fenótipo que ainda permanecem mal compreendidas. No entanto, a obesidade poligênica é a mais comumente manifestada (Nunes et al., 2006). Zucoloto (2013) relata que há determinação genética em relação ao número de adipócitos. Mas, se durante a fase de crescimento a pessoa ingere mais alimentos do que o necessário, o número de adipócitos pode aumentar na proporção da ingestão. Se uma pessoa atinge a idade adulta com sobrepeso, ou seja, excesso de adipócitos adquiridos na fase de crescimento, apresentará mais dificuldade em chegar ao seu peso ideal.

Fatores metabólicos também estão entre as causas da obesidade e da maior parte dos problemas de saúde ligados com o ato de ingestão de alimentos, relacionado ao seu excesso. O principal objetivo da alimentação é prover o corpo com a energia de que ele precisa para sobreviver e funcionar (Pinel, 2005). A síndrome metabólica (SM), inicialmente denominada síndrome X, síndrome de resistência a insulina ou síndrome plurimetabólica, é diagnosticada por meio da avaliação da resistência à insulina e algumas condições clínicas como síndrome dos ovários policísticos, esteatose hepática não alcoólica, hipertensão arterial, entre outros. Deve-se lembrar, no entanto, que pacientes com peso normal também podem ser insulinoresistentes (Nunes et al., 2006).

Em relação aos fatores ambientais, há uma tendência de piora progressiva e, como consequência, o prognóstico mais aceito é do agravamento das taxas de obesidade mundial. A oferta ilimitada de alimentos baratos, palatáveis, com alta densidade energética e

alto teor de lipídeos e carboidratos, aliado ao sedentarismo crescente causa uma tendência à deterioração dos hábitos alimentares (Nunes et al., 2006). Nas últimas décadas a estrutura familiar mudou, reduzindo o número de seus membros. Com todas estas mudanças altera-se também o padrão alimentar, observado pela busca por comodidade e a praticidade na aquisição e preparo de refeições rápidas. Estas mudanças serviram como argumentos utilizados pelas indústrias alimentícias para alterar hábitos de consumo alimentar (Quaioti & Almeida, 2006; Schlindwein & Kassouf, 2007).

Aguiar et al. (2013) salientam que a saúde está relacionada com a nutrição, os processos comportamentais e fisiológicos. Assim, o desequilíbrio desta tríade afeta a imunidade, levando à morbidade e mortalidade do indivíduo. Um comportamento alimentar adequado, incluindo uma alimentação saudável, supre os organismos com os nutrientes responsáveis pelo equilíbrio dos processos fisiológicos. Quando não se faz uma dieta equilibrada, o homem adocece.

2.1.3 Classificação e Comorbidades

A obesidade pode ser classificada quanto à origem do aumento do tecido adiposo. A obesidade andróide ou central apresenta, na maioria dos pacientes, a distribuição do tecido adiposo na região abdominal e no tronco, podendo acarretar resistência à insulina e hiperinsulinemia, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e hipertensão. A obesidade ginóide apresenta uma distribuição de gordura preferencialmente na região glúteo-femoral e extremidades, acometendo mais mulheres (Teixeira, 2008).

A obesidade endógena caracteriza-se por componentes genéticos, neuropsicológicos, endócrinos e metabólicos, já a obesidade exógena relaciona-se a comportamentos e hábitos alimentares, dieta e/ou ambiente (Dâmaso, 2003; Teixeira, 2008). Há, ainda, a obesidade mista, em que o indivíduo apresenta aumento difuso do tecido adiposo sem uma localização particular (Teixeira, 2008).

A Tabela 1 relaciona a classificação do estado nutricional de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). Esta é uma medida simples, usada para classificar o sobrepeso e a obesidade em adultos. Esta medida é realizada pelo peso da pessoa em quilogramas dividido pela altura ao quadrado ($IMC = Kg/m^2$). Uma pessoa com IMC igual ou superior a 30 é geralmente considerada obesa. Já o IMC igual ou superior a 25 indica que a pessoa apresenta sobrepeso (WHO, 2014).

Tabela 1 – Classificação do Estado Nutricional segundo Organização Mundial de Saúde – OMS (2000). IMC: índice de massa corporal.

IMC	Classificação
< 18 Kg/ m ²	Baixo peso
18,5-24,9	Eutrofia
25-29,9	Sobrepeso
30- 34,9	Obeso I
35-39,9	Obeso II
≥ 40	Obeso III

Fonte: OMS (2000)

2.1.4 Tratamento

O tratamento da obesidade deve envolver atividades físicas, atendimento psicológico, farmacológico, nutricional e, em alguns casos, procedimentos cirúrgicos. A prática de atividades físicas aliada ao controle dietético adequado são alguns dos mecanismos importantes para o controle do peso corporal, proporcionando o equilíbrio energético. Durante o exercício físico ocorrem alterações metabólicas, como modificações de padrão de secreção hormonal e atividades neurológicas, ajustes hemodinâmicos, objetivando a manutenção dos níveis de oxigênio e substratos energéticos para os músculos. A intensidade, a duração e o tipo de atividade influenciam a utilização do substrato pelo músculo, pois em razão da mudança no sistema nervoso simpático, há alteração dos níveis de hormônios, como a insulina (Zanuto, Zwarg & Teixeira, 2008).

Entre as atividades físicas indicadas para perda de peso estão a caminhada e a corrida. No exercício físico intenso, como a corrida, há mais desgaste ortopédico e aumento da fome (por haver depleção dos carboidratos). Na caminhada, ao contrário, há um gasto de 55% dos ácidos graxos e o restante de carboidratos, além de haver bem menos desgaste da parte óssea e muscular. Além disso, não há o risco de acontecer um quadro de Cetose, que é o aumento dos corpos cetônicos na corrente sanguínea, decorrente do metabolismo de gordura. Isto prejudica o funcionamento dos glóbulos vermelhos e, conseqüentemente, a respiração, podendo levar o indivíduo à morte (Zucoloto, 2013).

A quantidade de atividade física necessária é indicada aos indivíduos com obesidade e sobrepeso de acordo com o estado de saúde de cada um. Por haver prevalência de riscos cardiovasculares, a indicação destas atividades deve ser feita de forma progressiva, observando a intolerância e a presença de algum efeito indesejável. (Nunes et al., 2006).

Entre os tratamentos psicológicos, destaca-se a intervenção baseada em alterações no comportamento, objetivando a diminuição do consumo calórico e aumento do gasto energético. Tal intervenção inclui o automonitoramento, estabelecimento de metas, controle de estímulos, nutrição, exercício, solução de problemas, reestruturação cognitiva e prevenção de recaídas (Nunes et al., 2006).

A Terapia Cognitivo Comportamental para a obesidade, em programas de perda de peso em longo prazo, apresenta resultados negativos devido à ambiguidade quanto aos objetivos da terapia, ou seja, devido à falta de clareza entre emagrecer e não recuperar o peso perdido (manutenção do novo peso). Observa-se que há um decréscimo da confiança do paciente em relação ao controle de seu peso por um longo período e a percepção de que não conseguirá emagrecer, abandonando o tratamento. Isto ocorre, pois, o tratamento deve ser aliado a outras metas, como melhorar a aparência, a autoestima, a autoconfiança, a saúde e a vontade de ser mais ativo (Cooper, Fairburn & Hawker, 2009).

O tratamento por meio da Farmacologia para a obesidade consiste em recomendações específicas para pacientes com IMC acima de 30kg/m^2 ou IMC acima de 25kg/m^2 com comorbidade associada e que não conseguem perder peso por dieta e pelas atividades físicas. Os medicamentos apresentam efeitos colaterais e devem ser observados sob cuidados médicos. A sibutramina causa inibição seletiva da recaptação da noradrenalina e serotonina, levando ao aumento da saciedade, diminuindo a fome e a taxa metabólica. O orlistate apresenta como mecanismo de ação a inibição da lipase intestinal, ocasionando a diminuição da absorção de gordura pelo intestino (Nunes et al., 2006). No entanto, não existe estratégia farmacológica particular ou medicação recomendada para uso rotineiro pelo paciente obeso antes deste ser avaliado em relação aos hábitos alimentares, atividades físicas e estado emocional (Mancini & Halpern, 2003).

Nunes et al. (2006) afirma que o tratamento cirúrgico é indicado a pacientes que apresentam obesidade mórbida. Geralmente, a cirurgia é indicada a paciente com cinco anos de evolução da obesidade sem êxito, tratando com profissionais qualificados. Ela é contraindicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada no miocárdio e insuficiência hepática. As cirurgias são classificadas como restritivas (gastroplastia vertical, banda gástrica) e/ou disabsortivas (cirurgia de Capella).

Várias estratégias para o tratamento nutricional da perda de peso são estudadas e aplicadas há muitos anos. Dietas de baixas calorias não balanceadas, por exemplo, causam desequilíbrio acentuado entre micro e macronutrientes, que são necessários para o adequado estado de saúde do organismo, por enfatizarem grupos de alimentos como carboidratos,

proteínas ou gorduras, e proíbem outros. A dieta balanceada, seguida por meses sem suplementos, incluindo os elementos fundamentais, aceitável pelo paciente, parece ser a conduta mais sensata para o tratamento desta doença (Shils, Olson, Shike & Ross, 2003).

As metas da terapia nutricional não devem objetivar, inicialmente o alcance do peso ideal pelo paciente. Como a maior dificuldade dos nutricionistas é a adesão ao tratamento e sustentação dos resultados a longo prazo por parte dos pacientes, os desafios da terapia nutricional deve, focar em obter perda de peso sustentada, atenuando os riscos da morbimortalidade, buscando qualidade de vida e saúde por meio da individualização do tratamento (Carvalho, Dutra & Araújo, 2009).

Para a nutrição comportamental, baseada em evidências científicas por meio das técnicas e pressupostos da Terapia Cognitivo Comportamental, o “como” se come (crenças, pensamentos e sentimentos sobre comida) é tão ou mais importante do que simplesmente “o que” se come. A comunicação do nutricionista com seu paciente deve ter equilíbrio entre o que se deve comer e o que gera prazer, a fim de promover um comportamento alimentar saudável (Pisciolaro, Figueiredo, Paulino & Alvarenga, 2015)

2.2 Terapia Cognitivo Comportamental

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) surgiu no final da década de 50 nos Estados Unidos, tendo como precursores os trabalhos de George Kelly, Albert Ellis e Aaron Beck. É uma abordagem integradora, pois estabelece intercomunicação entre a Psiquiatria, as Neurociências, a Psicologia Cognitiva Experimental, alcançando resultados eficazes e duradouros no tratamento das psicopatologias (Picoloto, Wainer & Piccoloto, 2007; Neufeld, Moreira & Xavier, 2012).

Devido a transições históricas e mudanças ocorridas no campo das ciências humanas, houve alterações também na prática clínica, surgindo as práticas cognitivas de intervenção, expandindo as áreas de interesse e pesquisa, ampliando as terapias cognitivas. Tais terapias visam diferentes formas de ajuste cognitivo, correlacionando ou substituindo os padrões disfuncionais por padrões mais funcionais do pensamento (Abreu & Guilhardi, 2004).

A TCC baseia-se no conceito de que a maneira como as pessoas pensam afeta o que elas sentem e fazem, buscando auxiliar na identificação de pensamentos sabotadores e a

responder a eles, de maneira funcional, o que leva a pessoa se sentir melhor e a se comportar de modo mais adaptativo ao seu ambiente (Neufeld et al., 2012).

As técnicas da TCC levam o terapeuta a observar a maneira como a pessoa pensa, sente e age, auxiliando a mudança dos pensamentos disfuncionais por aqueles que são assertivos, partindo do princípio de que o sistema de crenças é de fundamental importância no desenvolvimento de seus sentimentos e comportamentos. Pacientes com Transtornos Alimentares apresentam crenças distorcidas e disfuncionais acerca de peso, formato corporal, alimentação e valor pessoal. A TCC, no caso de indivíduos com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, atua por meio de diversas técnicas, modificando as crenças disfuncionais sobre alimentação, dieta, peso e imagem corporal através da reestruturação cognitiva, substituindo-as por crenças funcionais (Duchesne & Almeida, 2002).

Entre as técnicas cognitivas, o modelo de Beck é descrito como uma abordagem terapêutica diretiva, estruturada, com metas claras e definidas, focadas no presente e usadas no tratamento dos mais diferentes distúrbios psicológicos. O objetivo consiste em alterar pensamentos e sistemas de significados (crenças) dos clientes, evocando uma transformação emocional e comportamental duradoura, cabendo ao terapeuta auxiliar o cliente a buscar padrões mais concordantes com os ambientes social e físico no qual está inserido (Abreu & Guilhardi, 2004).

2.2.1 Teoria *Lócus* de Controle

Desde a infância, as pessoas desenvolvem crenças sobre si mesmas, sobre outras pessoas e sobre o mundo através da interação com pessoas significativas que estão ao seu redor. As crenças centrais são ideias consideradas pela pessoa como verdades absolutas, sendo elas rígidas, globais e supergeneralizadas (Beck, 1997; Greemberger & Padesky, 2017). Delas, partem as crenças intermediárias que consistem em atitudes, regras e suposições. Tais crenças levam a pensamentos automáticos que surgem como palavras não faladas em sua mente e em forma de figuras ou imagens mentais. Estes pensamentos influenciam na maneira de pensar, sentir e se comportar, interferindo nas emoções e, geralmente conduzem a uma resposta fisiológica (Beck, 1997; Greemberger & Padesky, 2017).

Ao longo da vida, as pessoas podem desenvolver e manter crenças relativamente positivas sobre si mesmas e o mundo, mas durante momentos de aflição psicológica podem vir à tona crenças centrais negativas (Beck, 1997; Greemberger & Padesky,

2017). O sistema de crença dos pais é significativo na qualidade do relacionamento entre pais e filhos e no desenvolvimento das habilidades sociais e emocionais da criança (Sigel, McGillicuddy-Delisi & Goodnow, 1992).

O diagrama (figura 1) mostra as conexões entre os três níveis de pensamento: pensamentos automáticos, pressupostos adjacentes e crenças nucleares. Os pensamentos automáticos estão enraizados abaixo da superfície dos pressupostos subjacentes e são mais fáceis de identificar. Os pressupostos subjacentes podem ser identificados colocando para o paciente um comportamento ou situação que desencadeiam uma emoção forte dentro de uma frase que comece com “Se...” seguido de “então...” e permitindo que a mente a complete. Crenças nucleares são afirmações do tipo “tudo ou nada” sobre a própria pessoa, os outros ou o mundo. As setas apontam em duas direções indicando que cada um dos três níveis estão conectados aos outros dois (Greenberger & Padesky, 2017).

Figura 1: Diagrama das conexões dos três níveis diferentes de pensamento.

Fonte: Greenberger e Padesky (2017).

Rotter (1966) define *locus* de controle como uma crença de que uma resposta irá ou não, influenciar a realização de reforço, sendo visto como algo que influencia a expectativa do indivíduo em qualquer situação. A atitude generalizada, crença ou esperança sobre a natureza da relação causal entre o próprio comportamento e suas consequências podem afetar uma variedade de escolhas comportamentais em uma ampla faixa de situações. Quando um reforço é percebido pelo sujeito como algo dependente de sua própria ação, incluindo sua própria cultura, isso é geralmente percebido como o resultado de sorte, o acaso, o destino ou como imprevisível devido a grande complexidade das forças em torno dele. Esta crença é nomeada como controle externo. Se a pessoa percebe que o evento é contingente sobre seu próprio comportamento ou suas características chamamos esta uma crença de controle interno.

Atitudes disfuncionais sobre a aparência do corpo (isto é, a forma do corpo, peso, atração) são umas das características das crenças centrais dos transtornos alimentares

pois, neste caso, as crenças são superordenadas, absolutas, dicotômicas e negativas e dão origem a suposições subjacentes e incluem auto-crenças negativas. (Cooper, Cohen-Tovée, Todd, Wells & Tovée, 1997).

As crenças sobre alimentação são consideradas como uma consequência secundária de crenças sobre a aparência. O controle excessivo do peso, no caso dos transtornos alimentares, tem o efeito de estreitar a dieta de um indivíduo uma vez que é mantido na lista de preocupações irredutíveis pois a insatisfação com o *self*, por meio de esquemas cristalizados de afeto, foi deslocada para o peso e forma do corpo. Tal controle, por meio de hábitos alimentares desordenados, faz com que surjam crenças sobre alimentação, uma vez que restringe o consumo de comida a fim de manter o nível desejado de dieta (Vitousek & Hollon, 1990).

2.2.2 *Dieting Beliefs Scale*

Stotland e Zuroff (1990) descrevem, em um artigo, a construção e validação da *Dieting Beliefs Scale* (Anexo E). O *locus* de controle interno tem sido proposto, por vários pesquisadores como um preditor para sucesso em programas de perda de peso. Resultados inconsistentes nesta área mostram que trataram o *locus* de controle como uma construção unidimensional, definida como crenças externas *versus* crença interna sobre o controle do peso. Pesquisas descobriram estruturas multidimensionais, quando relacionam saúde e *locus* de controle, em se tratando de peso. Neste sentido, os autores citam as pesquisas de Ross (1983), Tobias e MacDonald (1977) e Saltzer (1982), sendo este o primeiro a validar uma escala, a WLOC, *locus* de controle generalizado e *locus* de controle e saúde. Esta constava somente de quatro itens e teve baixa consistência interna. Isto pode ser devido à sua extensão, mas ela levanta dúvidas a respeito do *locus* de controle de peso poder ser um construto multidimensional.

A *Dieting Beliefs Scale* avalia a relação entre peso e comportamento na dieta, buscando verificar os fatores internos (Fator 1: como força de vontade, esforço, responsabilidade), fatores que estão além do controle, (Fator 2: genes, sorte) e externos (Fator 3: ambiente, sorte, destino, apoio social) em relação à perda de peso. A escala é composta por 16 afirmações em que, utilizando um escore de 1 a 6 pontos, o sujeito pontua desde um, quando não se descreve as crenças, até a nota número seis, caso descreva totalmente sua

crença, sendo uma pontuação por afirmação (Stotland & Zuroff, 1990). O escore varia entre 16 e 96, sendo que, escores para os Fatores de 2 e 3 são marcados negativamente, de modo que $6 = 1$, $5 = 2$, etc. (Fornham & Atikns, 1997). Um alto escore significa que o sujeito está com sucesso na perda de peso e prevalência de *locus* de controle de peso interno e, na amostra da pesquisa realizada por Stotland e Zuroff (1990) variava entre 45 e 86; quando baixo, significa que o sujeito está com baixa autoestima e problemas com a perda de peso e compulsão alimentar.

Dados de uma pesquisa mostram que o fator interno está relacionado com a tendência à dieta, flutuações periódicas e sentimentos negativos sobre o peso, mas não para sucesso na dieta ou controle do peso. Indivíduos que obtêm pontuação alta neste fator tinham mais experiência do que a maioria em perda e ganho de peso, sendo mais propensos à compulsão alimentar. Os Fatores 2 ou 3 não foram relacionados a massa corporal ou tendência a dieta, mas ambos estavam relacionados com avaliações de sucesso na dietas anteriores. A autoestima foi associada apenas com o Fator 3 (Fornham & Atikns, 1997)

Uma pesquisa realizada com estudantes na Austrália, em que foram utilizadas diversas escalas, entre elas a *Dieting Beliefs Scale*, revela que para mulheres com o peso dentro da média, a autoestima e as crenças sobre o peso eram positivas, enquanto que mulheres acima do peso apresentavam aspectos negativos. Para os homens, estes aspectos estavam abaixo da média. Isto mostra que a crença sobre o peso afeta a autoestima da mulher mais do que no homem e tem um efeito nas atitudes das mulheres obesas (Tiggemann & Rothblum, 1997).

Rattan, Neelam, Shirin, Nisha e Komila (2006), em um estudo com adolescentes universitários de ambos os sexos, aplicaram *The Current Thought Scale* e *Dieting Beliefs Scale* e não houve diferenças significativas entre homens e mulheres em relação a autoestima. Entretanto, as mulheres tiveram um baixo escore em relação à aparência e autoestima, e alto escore em relação à crença alimentar, comparando com os homens. O resultado pode ser justificado pela expectativa estereotipada das mulheres em relação à atratividade física e motivação para querer ser magra, envolvendo questões como ganhar a atenção dos homens e aprovação das amigas.

Solomom, Garczynski e Mattingly (2013) realizaram um estudo sobre estigma e discriminação em relação à obesidade, em que foi utilizado como métodos o índice de massa corporal (IMC), aplicação da *Dieting Beliefs Scale*, entre outras escalas. Os resultados demonstraram que quando as pessoas estavam identificadas com o grupo, havia baixa relação entre crenças, peso e discriminação e, provavelmente, estas pessoas acreditavam que há pouco

a se fazer para perder peso. Em contrapartida, quando as crenças eram altas, é possível que as pessoas apresentaram crenças de que seu peso era controlável e mutável e não se identificavam com ele, sendo pessoas que tenderiam a evitar a discriminação ou estar sujeito a ela.

O'Brien, Puhl, Latner, Mir e Hunter (2010) realizaram um estudo sobre o preconceito em relação ao sobrepeso e obesidade em estudantes universitários de uma escola pública de promoção de saúde. Foram aplicados questionários pré e pós- intervenção, entre eles a *Dieting Beliefs Scale*. O estudo foi realizado com grupos de 12 estudantes, dividido em três subgrupos de quatro a cinco membros, em que foram trabalhados temas relacionados ao álcool na juventude (grupo controle, com um tema neutro), dieta e atividade física na obesidade, genes e ambiente em obesidade. No grupo com o tema genes e ambiente houve decréscimo no preconceito em relação à obesidade, enquanto que o grupo com o tema sobre a condição dieta e exercício demonstrou aumento no preconceito. Em relação às crenças sobre pessoas obesas ou sobre dieta, influência genética ou sorte, não houve alteração significativa. Os presentes resultados mostram que o preconceito contra a obesidade pode ser reduzido ou exacerbado, dependendo das informações fornecidas sobre esta.

Fornham e Atikns (1997) utilizaram a escala e outros instrumentos, em um estudo comparativo entre pacientes com transtorno alimentar e mulheres sem o diagnóstico de tais transtornos a fim de analisar o *locus* de controle de peso entre os grupos, relacionando os distúrbios alimentares, crença no *locus* de controle e autoestima. Este estudo revelou que o grupo clínico, em especial as anoréxicas, atribui sua crença de controle em dieta aos fatores internos, sendo que, entre pacientes com Bulimia e compulsão alimentar, e as mulheres sem tais diagnósticos não houve diferença significativa quanto aos fatores internos e externos (Fornham & Atikns, 1997). Foi demonstrado que as crenças no *locus* de controle interno podem estar relacionadas à busca por um estilo de vida saudável, enquanto que a crença de controle interno na perda de peso, em específico, representado pelo Fator 1, está positivamente relacionado com os transtornos alimentares, em especial, anorexia (Fornham & Atikns, 1997).

Keightley, Chur-Hansen, Princi e Wittert (2011) realizaram um estudo com homens e mulheres obesos em que avaliaram os efeitos do condicionamento social na autopercepção e crenças sobre as causas da obesidade para si e para os outros por meio da aplicação de instrumentos como *Dieting Beliefs Scale* e Virtual Body Shape. Resultados mostraram que os participantes atribuíram aos fatores internos, como má alimentação ou falta de exercício físico, a causa da obesidade nas outras pessoas e, fatores externos, como genética

ou problemas hormonais, a causa de seu próprio grau de obesidade (Keightley et al.,2011). A atribuição de fatores externos como a causa de problemas de peso tem sido associada a fracos resultados de tratamento, possivelmente porque os participantes são menos propensos a perceber que têm controle sobre sua própria perda de peso. *Lócus* de controle de peso não foi relacionado ao tamanho do corpo em participantes obesos, no entanto, estava relacionada com o bem-estar psicológico. Participantes obesos foram incapazes de identificar com precisão a sua própria forma e a forma do corpo desejado em comparação com os controles de peso saudável (Keightley et al.,2011).

Bryan e Tiggeman (2001) investigaram o efeito do desempenho cognitivo e bem-estar psicológico entre as mulheres com sobrepeso. Um total de 42 mulheres realizou uma dieta de redução de peso de 12 semanas, enquanto 21 mulheres mantiveram dieta e hábitos de exercício habituais por 12 semanas. Todas elas completaram testes neuropsicológicos, medidas de peso, *Dieting Beliefs Scale*, escala sobre autoestima e humor. Tais procedimentos foram realizados antes e depois do intervalo de 12 semanas. O resultado demonstrou que estar de dieta teve um impacto mínimo sobre o desempenho cognitivo e um efeito positivo sobre comportamento alimentar, sentimentos de depressão e atitudes disfuncionais (Bryan & Tiggeman, 2001). Um senso de equilíbrio sobre peso e comportamento alimentar aumentou entre as integrantes do grupo de redução de peso, melhorando alguns aspectos do bem-estar psicológico e o peso foi acompanhado por perda. O grupo de dieta em comparação com o grupo de controle aumentou a sensação de controle das mulheres sobre o seu peso e comportamento alimentar, medido pelo *Weigth Locus of Control Scale* (WLOC) e *Dieting Beliefs Scale*. Estes resultados sugerem que os participantes que se sentiam mais responsáveis pelo seu peso e comportamento alimentar perderam mais peso e conseguiram maior controle sobre este (Bryan & Tiggeman, 2001).

Um estudo aponta que a crença de que se deve controlar o peso foi significativamente relacionada com distúrbio alimentar, insatisfação corporal e baixa autoestima, enquanto que uma crença de que se deve controlar seu estilo de vida e aceitar o peso mostrou uma forte relação. Sugere-se que as abordagens de tratamento para ambos os transtornos alimentares e obesidade deve ser avaliada por seu impacto sobre essas crenças (Lalibert, Newton, McCabe e Jennifer, 2007). Outro estudo encontrou diferença entre os grupos em relação a distúrbios alimentares e crenças. Mulheres assintomáticas apresentaram escore baixo em relação ao *lócus* de controle interno (Tylka & Subich, 1999).

Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) realizou um estudo sobre as variáveis psicológicas (*lócus* de controle, autoconceito, ansiedade, maturação cognitiva e emocional e

problemas comportamentais) em grupos de crianças não obesas e obesas. O estudo concluiu que não houve diferenças significativas entre os grupos em relação às variáveis. Há sofrimento psicológico em ambos e este não pode ser relacionado à obesidade. No entanto, os autores colocam a necessidade de traduzir e adaptar a *Dieting Beliefs Scale* para a população brasileira, especificamente crianças e adolescentes, pois, seguindo o pensamento de Stotland e Zuroff (apud Caetano et al., 1990), as crenças podem interferir no comportamento alimentar e ganho de peso.

Carvalho (2001) observou que *lôcus* de controle e obesidade podem ser relacionados à crença de que as pessoas obesas têm pouco controle sobre suas próprias vidas. No entanto, a *Dieting Beliefs Scale* não discrimina obesos de não obesos e sua proposta é ser utilizada com adultos, analisando seu comportamento alimentar e engajamento em programas de reeducação com objetivo de perda de peso. A fim de estudar este comportamento em crianças e pré-adolescentes, torna-se necessária sua adaptação.

2.3. Processo de Adaptação de Instrumentos

2.3.1. Psicometria

A origem das avaliações psicológicas contemporâneas pode ser atribuída à França, no início do século XX, com Alfred Binet quando, em 1905, junto com um colega, publicaram o teste de Binet em que foi utilizado para colocar as crianças em salas apropriadas, de acordo com os resultados deste teste de inteligência (Da Silva, 2003; Cohen, Swerdlik & Sturman, 2014). Houve uma receptividade mundial a este instrumento, produzindo mais desenvolvedores, editores e aplicadores de testes, a fim de medir uma série de variáveis psicológicas, principalmente após segunda guerra mundial. Durante este período, os militares dependiam cada vez mais de testes a fim de avaliar aspectos emocionais dos recrutas (Cohen et al. 2014).

Atualmente, a avaliação física, psíquica (como testes projetivos, testes de personalidade, entre outros), do comportamento, de processos cognitivos e afetos, das percepções, crenças, atitudes e opiniões é alvo do interesse de pesquisadores há muito tempo e busca analisar o próprio indivíduo e sua inserção no contexto (CFP, 2010).

A Psicometria é fundamental para a teoria da medida em Psicologia, particularmente, o conhecimento da Teoria de Resposta ao Item (TRI) e enfoca como objeto as estruturas latentes, traços psíquicos ou processos mentais. O modelo de elaboração de instrumentos psicológicos se baseia em três grandes pólos: pólo teórico, que refere à teoria sobre o construto e sua operacionalização; pólo empírico ou experimental, que define as etapas de aplicação do projeto piloto e da coleta para proceder à avaliação da qualidade psicométrica; pólo analítico, que estabelece as análises estatísticas como validação, precisão (Pasquali, 1999).

A TRI são procedimentos conhecidos como modelos de traços latentes. O termo traço latente refere-se ao nível de várias habilidades, traços ou construtos psicológicos não observáveis, subjacentes ao comportamento observável dos indivíduos, demonstrado por suas respostas aos itens dos testes. Por meio de modelos matemáticos, aplicados pela TRI, os dados de itens de testes de amostras grandes e diversificadas colocam pessoas e os itens de um teste em uma escala comum (Urbina, 2007).

A psicometria faz uso de escalas, questionários e testes padronizados que são compostos por um conjunto de tarefas administradas sob condições controladas e usados para avaliar o conhecimento, as habilidades e outras características ou construtos psicológicos dos indivíduos (Silva & Ribeiro Filho, 2006). A solidez psicométrica ou qualidade técnica é uma característica que difere os testes quanto ao grau de consistência e precisão com que um teste psicológico mede o que pretende medir, sendo que a psicometria é a ciência de mensuração psicológica (Cohen et al., 2014).

Um construto é definido de acordo com a teoria na qual se insere, estabelecendo seus limites e dimensões no espaço semântico. Um instrumento de medida, baseado em uma determinada teoria, realiza a passagem do abstrato para o concreto e é por meio das definições operacionais que se fundamenta a validade do instrumento (Pasquali, 2010).

O construto escala é denominado como um conjunto de itens/questões por meio dos quais se pretende medir uma determinada característica ou atributo em um grupo de indivíduos. Por meio deste conjunto de itens obtém-se um único índice numérico, resultado da medição. A forma de combinação destes resultados depende do modelo adotado (Silva & Ribeiro Filho, 2006). Cohen et al. (2014) definem escala como um conjunto de números ou outros símbolos em que suas propriedades modelam as propriedades empíricas dos objetos aos quais os números são atribuídos.

Do ponto de vista da Psicologia, dentro de um enfoque epistemológico Behaviorista (materialista), em que o objeto da Psicologia é exclusivamente o comportamento (físico), a distinção entre escala psicométrica e escalas psicofísicas não aparece. Pode-se supor que a escala unidimensional mede, predominantemente um único traço latente enquanto que as escalas multidimensionais são complexas e utilizam conceitos ambíguos e dificilmente tratáveis em pesquisas que visam desenvolver a teoria psicológica (Pasquali, 1999). As escalas de Thurstone são utilizadas quando se trabalha com vários sujeitos e se toma como escore do estímulo, a média ou mediana das respostas. As escalas de Guttman são utilizadas para escalonar sujeitos e os itens, em que as respostas dependem tanto de um como de outro. As escalas *Likert* escalonam os sujeitos, obtendo um escore para cada, somando sobre os itens, tornando estes apenas replicações (Pasquali, 1999).

De acordo com Messick (1995) os escores gerados por um instrumento podem referir-se a características individuais ou grupais de pessoas, populações, situações, objetos, e uma amplitude de possibilidades que o pesquisador tenha interesse em inferir. A vantagem desta abordagem é a ampliação da gama de pesquisas que podem ser realizadas e ainda, o impacto dos resultados que estes testes possam levantar e futuras intervenções após estudo criterioso de cada caso (Messick, 1995).

Há contextos que envolvem a subjetividade humana na área da Psicologia que foram poucos explorados. Devido à demanda social por novos instrumentos, suas construções teóricas e metodológicas dependem de estratégias para derivar inferências acerca do funcionamento do psiquismo humano (CFP, 2010). Construir um instrumento novo para cada situação parece não ser o usual atualmente, nem mesmo econômico ou prático. Há muitas vantagens em utilizar um instrumento já existente em outra língua, após processo de adaptação, para a utilização na investigação objetivada pelo pesquisador e, também, para estudos de comparação entre culturas, países e idiomas (Hambleton, Merenda & Spielberger, 2005).

A COMISSÃO INTERNACIONAL DE TESTES (ITC – 2003) realizou um projeto em que estabelece a prática adequada de adaptação de testes, garantindo sua qualidade para aplicação em diversas culturas e linguagens. Além disso, estabelece diretrizes que assegurem padrões éticos e profissionais para o uso adequado dos instrumentos. Apesar da natureza dos conteúdos desses serem estabelecidas de acordo com cada país, a compreensão, habilidade e conhecimento devem ser competências de todos os usuários dos testes. Assim, deve-se ter tanto o conhecimento sobre as qualidades psicométricas básicas, como as exigências técnicas como adaptação, validade e precisão (ITC, 2003).

2.3.2 Tradução

A tradução é um dos primeiros procedimentos de adaptação do teste, caso este seja estrangeiro. Neste quesito, é avaliado se são detalhados os processos de tradução, se o processo inclui cuidados como a verificação da frequência usada pelas palavras na língua original e em português do Brasil, *back-translation*, entre outros. As informações sobre o processo de adaptação são muito importantes, uma vez que a simples tradução de itens de um teste não garante que os aspectos mais relevantes do construto foram avaliados (CFP, 2010).

Os itens das medidas a serem utilizadas em todas as culturas devem, não apenas serem traduzidos, mas também serem adaptados culturalmente, a fim de manter o conteúdo da validade do instrumento em diferentes culturas (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2002). Um processo de tradução envolve várias fases, entre elas, a primeira tradução, envolvendo dois tradutores, a avaliação por *experts*, a avaliação pelo público-alvo, avaliação da retrotradução e do instrumento original (Reichenheim & Oliveira, 2007; Gudmundsson, 2009; Hambleton et al., 2005).

Borsa, Damásio e Bandeira (2012) salientam que o processo de adaptação de instrumentos psicológicos para o Brasil exige rigor e planejamento. No processo de tradução deve-se levar em conta, primeiramente, aspectos culturais, idiomáticos e linguísticos, para que se tenha uma nova versão que seja adequada ao novo contexto e congruente em relação à versão original. O processo de tradução de um instrumento deve ter seis fases (figura 2).

Figura 2 - Procedimentos para adaptação transcultural de instrumentos psicológicos.

Fonte: Borsa et al. (2012).

2.3.3 Evidências de Validade

Validade refere-se à apropriação, significação e utilidade das inferências específicas realizadas a partir dos escores da escala e à propriedade de a escala medir ou não alguns construtos nos quais pretende medir (Da Silva & Ribeiro-Filho, 2006). A validade diz respeito ao construto que será mensurado, ou seja, o instrumento deve realmente medir o que se propõe a medir e a eficiência com que faz isso. São vários os tipos de validade que poderão ser averiguadas. A avaliação do instrumento em adaptação por especialistas da área é

uma forma de validade de conteúdo, baseada na representatividade e relevância do conteúdo do instrumento em questão (Urbina, 2007).

A validade dos escores de teste resulta das evidências acumuladas que corroboram sua interpretação e seu uso. A validade é uma questão de grau e a validação, um processo por meio do qual as evidências de validade são coletadas, testando hipóteses. A validação é de responsabilidade do usuário, que avalia as evidências do contexto em que o teste foi usado, e do pesquisador do teste, que fornece as evidências e a fundamentação teórica para seu uso (Pasquali, 1999).

A análise dos juízes, também chamada de análise de conteúdo ou análise de construto, procura verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s). Os juízes precisam ser peritos na área do construto, pois sua participação consiste em ajuizar se os itens referem-se ou não ao traço em questão. Caso haja, pelo menos 80% de concordância entre os juízes, este pode ser um critério de decisão sobre a pertinência do item sobre o traço a que se refere (Pasquali, 1999).

Todos os procedimentos para averiguação das evidências de validade servirão para um aspecto de validade que interferirá efetivamente na sociedade e no próprio indivíduo. A validade consequencial envolve quaisquer tipos de consequências que possam ocorrer da aplicação e geração de resultados do instrumento utilizado (Messick, 1995).

A fim de que a medida do instrumento possa, de fato, ser considerada válida para o contexto da amostra, seguindo o referencial teórico dos autores Borsa, Damásio e Bandeira (2012) e Pasquali (2010), devem ser realizadas as seguintes etapas: avaliação da estrutura fatorial (análises fatoriais confirmatórias e exploratórias) e análise de consistência interna entre os itens (validade de construto).

A Análise Fatorial é uma forma de lidar com as correlações obtidas dos escores, por meio de procedimentos estatísticos. A principal função é diminuir e reduzir o número de dimensões necessárias para descrever os dados de um grande número de medidas. A análise Fatorial Exploratória (AFE) objetiva descobrir quais fatores (variáveis latentes ou construto) compõem o instrumento. A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) busca testar hipóteses ou confirmar teorias a respeito dos fatores existentes (Urbina, 2007).

2.3.4 Precisão ou Fidedignidade

Apesar de fidedignidade e precisão serem os nomes mais utilizados, encontramos outras expressões como constância, consistência interna, confiabilidade, confiança, estabilidade e homogeneidade (Pasquali, 1999). Há várias formas de se computar a precisão, como teste-reteste, consistência interna (por meio do *alpha* de *Cronbach* ou precisão das duas metades) e formas paralelas. As medidas de consistência interna buscam avaliar a extensão da inconsistência entre os itens de um teste (Urbina, 2007).

O método das formas paralelas é realizado por meio de versões supostamente equivalentes da escala e são aplicadas aos mesmos indivíduos e os resultados correlacionados. A dificuldade está no fato de que não existem diferenças entre as duas formas paralelas e os itens são escolhidos por suposição. Mas, se tais formas são aplicadas em duas ocasiões distintas, para os mesmo sujeitos, este método produz medidas de fidedignidade no sentido de estabilidade temporal e de consistência de respostas a diferentes amostras de itens (Cunha, 2000). Este tipo de análise apresenta dificuldade pelo fato de que as formas são aplicadas ao mesmo tempo, influenciando as respostas, podendo aparecer efeito repetitivo, além de não ser uma tarefa fácil construir formas alternativas, pois a construção de um só já é uma tarefa dispendiosa (Pasquali, 1999).

O método das metades, *split-half*, utiliza como regra a divisão dos itens de um teste em pares e ímpares, compondo as duas metades, buscando estimar que ao aumentar um teste ou diminuí-lo a qualquer fração de seu tamanho original terá efeito no coeficiente obtido (Urbina, 2007). O coeficiente *alpha* (α) ou *alpha* de *Cronbach* busca correlacionar todos os itens de um teste. Sua magnitude depende do número de itens de um teste e da razão entre a variabilidade no desempenho dos testandos em todos os itens e a variância total nos escores do teste. Qualquer falta de uniformidade entre os itens de um teste, como a heterogeneidade de conteúdo, diminui este coeficiente (Urbina, 2007).

A fidedignidade ou precisão pode ser avaliada de algumas maneiras, como a busca das medidas de consistências internas, por meio de procedimentos estatísticos que buscam avaliar a inconsistência entre os itens de um instrumento como o método teste-reteste, que consiste na aplicação para o mesmo grupo em momentos diferentes (Urbina, 2007). Cunha (2000) explica que esta técnica é utilizada para avaliar se, em repetidas vezes em que o teste foi aplicado, nas mesmas pessoas, sob as mesmas condições constantes, obtêm-se o mesmo resultado. Salienta ainda que, quanto maior o tempo entre o teste e reteste, menor será o efeito da memória.

A estimativa da consistência interna mede a homogeneidade dos itens da escala e o quanto estes refletem o mesmo construto e produzem resultados similares. O coeficiente *alpha* de *Cronbach* é calculado para ajudar a responder questões de quão similar são os conjuntos de dados. A similaridade é aferida numa escala de zero (sem similaridade) a um (perfeitamente idêntica) (Da Silva & Ribeiro-Filho, 2006).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Adaptar a *Dieting Beliefs Scale* em adultos de ambos os sexos nas idades entre 20 e 59 anos.

3.2 Objetivos Específicos

Adaptar a *Dieting Beliefs Scale* com amostra não clínica de sujeitos com idade entre 20 e 59 anos (Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, 2004), composta por alunos e funcionários da UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto – SP.

Realizar tradução da escala para português do Brasil.

Realizar a evidência de validade, por meio da Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória.

Realizar a precisão por meio do teste-reteste e através da consistência interna (cálculo do *alpha* de *Cronbach*) desta referida escala.

Aplicar a escala adaptada para o Brasil na amostra clínica, composta por indivíduos adultos com idade entre 20 e 59 anos, pacientes da Clínica de Nutrição da UNAERP –Ribeirão Preto – SP.

4. MÉTODO

4.1 Participantes

Trata-se de um estudo transversal conduzido por meio de duas amostras de conveniência. A amostra não clínica foi composta por 30 sujeitos que participaram da fase da tradução do instrumento, e 197 sujeitos, que participaram do estudo de campo, totalizando 227 sujeitos, que eram alunos da graduação (exceto alunos da Nutrição e Psicologia) ou funcionários contratados pela UNAERP. A amostra clínica foi composta por 114 indivíduos que eram pacientes da clínica de Nutrição da referida instituição. Em ambas as amostras, os sujeitos eram de ambos os sexos e com idade entre 20 e 59 anos.

4.1.2 Participantes da Tradução da *Dieting Beliefs Scale*

A fim de realizar a tradução foi contratada uma equipe de tradutores (Anexo 6). Esta fase, utilizando referencial dos autores Borsa et al. (2012), deve ser a primeira em um processo de adaptação. É um processo complexo, pois há de se ter uma série de cuidados para a nova versão atender o idioma-alvo e ser congruente com a versão original. A tradução foi dividida nos seguintes estágios:

- 1-Tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo: nesta fase participaram dois tradutores bilíngues;
- 2-Síntese das versões traduzidas: participaram desta fase a orientanda, sua orientadora e o chefe do Laboratório de Nutrição e Comportamento (Psicobiologia- FFCLRP-USP);
- 3-Avaliação das sínteses por juízes *experts*: nesta fase foi contratada uma psicóloga com experiência na área de tradução de instrumentos;
- 4- Avaliação do instrumento pela amostra: foram entrevistados 30 sujeitos da amostra não clínica composta por alunos e funcionários da UNAERP.
- 5-Tradução e reversa: nesta fase, participaram dois tradutores bilíngues diferentes da fase 1 e foi feita a síntese das traduções pela mesma equipe da fase 2.
- 6- Aplicação na amostra: participaram 197 sujeitos da amostra não clínica.

4.1.3 Participantes do Estudo de Campo

De acordo com Pasquali (2010), no processo de demonstração de amostra, geralmente, são necessários entre cinco e dez sujeitos para cada item do instrumento, ressaltando que menos de 200 sujeitos, para análise fatorial e da TRI, pode ser inadequado.

Primeiramente, no processo de tradução, participaram 30 sujeitos da amostra não clínica que avaliaram a tradução do instrumento. Na fase do estudo de campo, devido a escala conter 16 itens, a amostra total final para realizar a adaptação da escala foi de 197 sujeitos voluntários. Após seis semanas, seguindo a metodologia dos autores da escala, Stotland e Zuroff (1990), a escala foi aplicada novamente para 96 dos 197 sujeitos da amostra não clínica, a fim de analisar a confiabilidade teste-reteste. Após a adaptação da escala, a nova versão foi aplicada em 114 sujeitos da amostra clínica. Portanto, a amostra foi no total de 341 sujeitos.

4.1.4 Critérios de Inclusão

Foram critérios de inclusão no presente estudo, em ambas as amostras, participantes com idades entre 20 e 59 anos completos, mediante assinatura do TCLE. Em relação à amostra clínica, os sujeitos deveriam estar em acompanhamento nutricional na Clínica de Nutrição da UNAERP, independente do estado nutricional. Já em relação à amostra não clínica, os sujeitos deveriam estar matriculados na UNAERP ou serem funcionários contratados por esta instituição.

4.1.5 Critérios de Exclusão

Foram critérios de exclusão adultos que apresentaram qualquer deficiência física ou síndrome, por necessidade de uso de outras formas e/ou tabelas de referências para avaliação do estado nutricional. Além disso, por ter conhecimentos específicos sobre o tema da escala e poder enviesar os resultados, foram excluídos estudantes e profissionais da área da

Psicologia e Nutrição. Outro critério de exclusão utilizado foi em relação às mulheres grávidas por apresentarem estado nutricional diferenciado dos demais participantes. Funcionários terceirizados, que trabalhavam nas dependências da UNAERP também não participaram do estudo.

4.1.6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

De acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo Seres Humanos se processa com o consentimento livre e esclarecido dos participantes, através da assinatura do TCLE. Este termo é o documento que presta os devidos esclarecimentos ao participante, permitindo que este tome uma decisão esclarecida sobre a sua participação em um projeto de pesquisa. Também se configura como proteção ética e legal para o pesquisador, uma vez que manifesta claramente a aceitação do participante em colaborar com o estudo.

O TCLE deve ter uma linguagem adequada ao entendimento dos participantes da pesquisa, com informações claras sobre os propósitos da investigação, procedimentos que serão utilizados, ponderação entre riscos e benefícios, previsão de desconfortos, formas de ressarcimento ou indenização, a garantia de total liberdade para decidir quanto a sua participação, podendo, ainda, retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo. Os participantes que participaram do estudo assinaram o TCLE. Uma via foi entregue ao participante e a outra, arquivada pela pesquisadora.

4.2 Material

A fim de aferir a estatura foi utilizado o estadiômetro da marca Sanny com capacidade máxima de 2kg . Para a medição do peso foi utilizada a balança digital da marca Filizola, com capacidade para 300kg e mínima de 2kg. Ambos, o estadiômetro e a balança, pertencem à clínica de Nutrição da UNAERP.

4.3 Procedimentos

A fim de realizar o projeto proposto, inicialmente, foi solicitada ao autor da escala a autorização para a realização do processo de adaptação. Este procedimento foi autorizado e uma cópia será enviada ao autor quando o projeto estiver concluído (Anexo A). Em seguida, a UNAERP, localizada na cidade de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, mediante autorização das direções competentes, autorizou a execução da coleta com a amostra clínica e não clínica. O projeto foi submetido na Plataforma Brasil e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo B).

A coleta foi realizada entre os meses de março a agosto de 2015. A fim de garantir a confidencialidade das medidas coletadas e reduzir o incômodo eventualmente provocado no participante em se pesar e medir frente a outras pessoas, a coleta foi individual em uma sala da Clínica de Nutrição da UNAERP.

Em relação à amostra clínica, os pacientes da clínica de Nutrição da UNAERP eram encaminhados para atendimento nesta instituição por meio do Sistema Único de Saúde (Unidade Básica de Saúde e Hospitais Públicos) do município de Ribeirão Preto, por apresentarem problemas de saúde relacionados ao estado nutricional. Eram oferecidas aos pacientes seis sessões pelos estagiários do curso de Nutrição, que eram supervisionados pelos professores nutricionistas do referido curso. Os atendimentos eram realizados de segunda à sexta-feira, sendo que, de segunda à terça eram atendidos adultos e idosos, na quarta, todas as idades, na quinta-feira, crianças e adolescentes e na sexta, o atendimento era priorizado para as gestantes. Eram realizados 20 atendimentos por dia, sendo quatro pacientes novos e 16 retornos de outros pacientes.

Já a amostra não clínica foi composta por alunos e funcionários contratados pela UNAERP, exceto aqueles que pertenciam aos cursos de Nutrição e Psicologia. Os sujeitos desta amostra foram convidados e selecionados no momento em que transitavam dentro das dependências da instituição.

A avaliação da versão traduzida do instrumento pela amostra não clínica, realizada durante a fase da tradução foi composta por 30 sujeitos. Nesta fase, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – para a amostra (Apêndice B), após sua leitura e explicação, preencheram o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB - (Anexo C) e o esquema de avaliação pela amostra (Anexo D). Durante esta fase, não foram aferidos o peso e a altura desta parte da amostra. Como não houve

dúvidas em relação à versão traduzida do instrumento, foi realizada a coleta com a amostra não clínica.

Em relação à amostra clínica, os pacientes da clínica de Nutrição foram convidados a participarem da pesquisa, assinando o TCLE (Apêndice A) após sua leitura e explicação, preenchendo o CCEB - (Anexo C), respondendo a escala adaptada (Apêndice C). Os dados sobre peso e altura foram coletados do prontuário do paciente a fim de calcular e classificar o IMC.

Já com a amostra não clínica, composta por alunos matriculados na instituição e funcionários contratados pela mesma, também foi solicitada assinatura do TCLE (Apêndice B), após sua leitura e explicação, além do preenchimento do CCEB (Anexo C) e aplicação da escala (Anexo E). A avaliação antropométrica era realizada pela pesquisadora, através da aferição do peso e altura, a fim de calcular o IMC.

Para execução do procedimento de medição da altura e peso da amostra não clínica, foi solicitado aos participantes que se posicionassem em pé, descalços e trajando roupas leves (retirando casacos, calçados e acessórios tais como relógio, colar etc). Para aferir a altura, os mesmos, ainda descalços, foram posicionados com os pés paralelos e tornozelos unidos; as nádegas, os ombros e a parte posterior da cabeça encostados em uma parede e os braços soltos e estendidos ao longo do corpo. Portanto, os participantes permaneceram em pé, eretos, sem encolherem ou esticarem, olhando para frente. A leitura foi efetuada o mais próximo de 0,5 cm. A mesma posição foi solicitada para a aferição do peso (Gordon, Chumlea & Roche, 1988).

Os integrantes da amostra não clínica foram convidados a participarem da fase teste-reteste. Foi solicitado aos sujeitos que se prontificaram a participar desta fase, o email ou contato telefônico para que a pesquisadora entrasse em contato a fim de que somente a escala fosse novamente aplicada (Anexo E). Após seis semanas da primeira aplicação, foi enviado um convite aos participantes para preencherem a escala. Assim, foram anotadas as datas da primeira aplicação e da replicação da escala.

Sendo assim, no projeto, totalizou 341 sujeitos, sendo 197 não clínicos e 114 clínicos. A escala foi aplicada novamente para 96 não clínicos. Vale ressaltar que a escala foi aplicada em ambas as amostras, independente se estão ou não em processo de perda de peso. Após as coletas, foram realizadas as análises psicométricas.

4.7 Análise dos Dados

4.7.1 Descrição da Amostra

As amostras foram descritas levando em consideração a classificação do estado nutricional (IMC) do indivíduo, além da classificação econômica, idade, nível de escolaridade e sexo. Foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2007 para o cálculo da média e desvio padrão.

4.7.2 Tradução

A tradução seguiu as fases propostas pelos autores Borsa et al. (2012), sendo que, na avaliação pelo público alvo foi utilizado um esquema (Anexo D), segundo a referência Conti, Scagliusi, Queiroz, Hearst e Cordás (2010).

4.7.3 Evidências de Validade

A fim de que a medida do instrumento possa, de fato, ser considerada válida para o contexto da amostra, seguindo o referencial teórico dos autores Borsa et al (2012) e Pasquali (2010), foi realizada a avaliação da estrutura fatorial por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Pasquali (1999) esclarece que, quando há dúvidas quanto aos fatores de um instrumento, uma amostra ideal para análise fatorial são 10 sujeitos para cada item. A coleta total do estudo de campo envolveu 197 sujeitos, sendo possível realizar esta análise.

A AFE foi realizada pelo fato de que no artigo da publicação da escala não ficou claro quais dos 16 itens faziam parte de cada fator, pois os itens 8 e 14 faziam parte de dois fatores e não ficou claro no artigo se os itens 1 e 2 foram excluídos (Tabela 2).

Tabela 2 - Cargas Fatoriais (rotação *Varimax*) da *Dieting Beliefs Scale*.

<i>Item</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>
1	.37	.19	-.12
2	.35	.15	.00
3	-.03	.74*	-.07
4	.17	.72*	.31
5	.10	.71*	.13
6	-.15	.27	.52*
7	-.08	.05	.78*
8	.41*	.48*	-.21
9	.58*	-.05	-.34
10	.82*	.07	.02
11	.74*	-.01	-.06
12	-.10	.23	.16
13	.59*	-.35	.29
14	.06	.63*	.41*
15	.73*	-.07	.05
16	.08	.08	.69*

Fonte: Stotland e Zuroff (1990). Os itens com cargas superiores a 0,40 em um fator são indicados por um asterisco.

Foi enviado email para um dos autores da escala e, em resposta (Anexo F), Stotland disse que não poderia ajudar e que buscássemos nas publicações as respostas às dúvidas. Em vários estudos há a descrição da escala como no artigo original (Laliberte et al., 2007; Tylka & Subich, 1999; Bodhani, 2006; Dalton, Schetzina, Holt, Fulton-Robinson, Ho, Tudiver, McBEE & WU, 2011; Fink, 2007; Gatz, 2006; Yoo, 2013; Keightley et al., 2011), mas estes não explicam quais itens pertencem a quais fatores.

No entanto, a fim de utilizar a *Dieting Beliefs Scale* em um estudo, Paxton e Sculthorp (1999) fizeram outra AFE desta escala por causa da diferença amostral, fixando os três fatores (*locus* de controle interno, *locus* de controle externo e ambiente). Enquanto o estudo destes autores foi com adultos da comunidade, no estudo de Stotland e Zuroff (1990) a coleta foi realizada com estudantes do curso de Psicologia. Na AFE de Paxton e Sculthorp (1999) os itens 8 e 13 não foram incluídos.

Dessa maneira, devido à amostra deste estudo também ser diferente do artigo original da escala, incluindo ambos os sexos e indivíduos e com idade entre 20 e 59 anos, optamos por fazer a AFE com 97 sujeitos do total da amostra não clínica que foi de 197 indivíduos. Seguindo o referencial dos autores da escala, Stotland e Zuroff (1990), as cargas fatoriais abaixo de 0,40 foram excluídas do instrumento. Foi utilizada uma extração pelo método de componentes principais e rotação do tipo Quartimax com normalização de Kaiser a fim de conseguir melhor interpretabilidade dos resultados, ou seja, encontrar uma estrutura

fatorial em que as variáveis possuam pesos elevados num fator (Marôco, 2014). Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SPSS versão 20.

A AFC permite a avaliação sobre a qualidade dos itens, quais destes compõem cada fator e do instrumento como um todo e foi realizada com 100 sujeitos da amostra total de 197 indivíduos não clínicos. A carga fatorial produzida indica a covariância entre o fator e o item e pode variar entre -1,0 e +1,0 (índices de correlação), sendo que zero significa que não há relação entre item e fator. O nível de magnitude de carga, para ser um bom representante do fator deve ser de 0,30, positivo ou negativo (Pasquali, 2010). Para testar se o modelo original proporcionou um bom ajuste aos dados, um Modelo de Equações Estruturais (MEE) foi utilizado. Outro modelo pode ser ajustado a partir do modelo original, o qual foi estimado via método de Máxima Verossimilhança (ML). Este método permite que o cálculo de índices, que servem para avaliar a qualidade do modelo fatorial. As informações sobre discrepâncias no modelo de ajuste, disponíveis a partir das covariâncias entre os erros, foram usadas para fazer as modificações *post hoc* e consequentemente melhorar o ajuste do modelo. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SPSS versão 20 e do software IBM SPSS AMOS 20.0.

4.7.4 Precisão ou Fidedignidade

Pasquali (2010) define, estatisticamente, fidedignidade ou precisão como uma correlação entre os escores produzidos pelo mesmo teste em duas situações. Existe a técnica do teste-reteste, formas paralelas e consistência interna. Neste processo de adaptação foi descartada a técnica de formas paralelas por poder causar efeitos de motivação negativa nos participantes e não ser fácil a elaboração de outra versão da escala (Pasquali, 2010).

No entanto, a precisão foi analisada por meio da técnica teste-reteste, em que, após seis semanas, seguindo o referencial dos autores da escala, esta foi aplicada novamente em 96 indivíduos do total de 197 da amostra não clínica. Pasquali (2010) orienta que, quanto mais tempo entre as aplicações do teste, mais chance de ocorrer fatores aleatórios, como algum fator não controlado no sujeito ou no ambiente de pesquisa.

A fim de analisar os dados da técnica teste-reteste nos 3 fatores da escala, para esta amostra não clínica foram calculados o Coeficiente de Correlação Intraclassa – CCI . O CCI permite medir o grau de concordância entre as medidas dentro de uma classe. De acordo com sua classificação, o coeficiente boa/excelente: >0,75; moderada/boa: 0,5 a 0,75;

fraca/moderada: 0,25 a 0,5; ausência de correlação: <0,25 (Boldieri, Diniz, Sanabe, Rodrigues & Cordeiro, 2016)

Outra técnica utilizada foi a análise da consistência interna com 197 sujeitos da amostra não clínica, buscando verificar a homogeneidade da amostra dos itens do teste por meio do cálculo do coeficiente *alpha* de *Cronbach* (Pasquali, 2010). Quanto maior a consistência interna, maior a homogeneidade do conteúdo expresso por meio dos itens (Cunha, 200).

A fim de categorizar a amplitude de variação do *alpha* de *Cronbach*, foi utilizada a Tabela 3, de acordo com Da Silva e Ribeiro-Filho (2006).

Tabela 3 - Limites dos coeficientes de fidedignidade (*alpha* de *Cronbach*) e suas respectivas categorias

Amplitude da variação	Categoria
0 a 0,20	Muito pequena
0,20 a 0,40	Baixa
0,40 a 0,70	Moderada
0,70 a 0,90	Alta
0,90 a 1,00	Muito intensa

Fonte: Da Silva & Ribeiro-Filho (2006).

4.7.5 Análise da Aplicação da Escala de Crenças sobre Dieta na Amostra Clínica

A análise da aplicação da Escala de Crenças sobre Dieta na amostra clínica (n=114) foi realizada por meio da comparação entre os três fatores da escala e a classificação do IMC, na qual foi reduzida entre indivíduos obesos (sobrepeso, obesidade I, II e III) e não obesos (eutróficos e baixo peso). Utilizou o teste de Mann-Whitney para esta análise, comparando a média, desvio padrão, mínimo, mediana, máximo e valor p. Foi adotado o nível de significância $p < 0,05$.

4.7.6 Análise dos Instrumentos

Os dados serão analisados de acordo com as instruções de análise de cada instrumento aplicado: o CCEB, *Dieting Beliefs Scale* e sua versão adaptada para o português do Brasil, Escala de Crenças sobre Dieta, na qual foi aplicada na amostra clínica.

CCEB consta de quatro tópicos, sendo que um possui 12 itens de conforto nos quais deverão ser quantificados de zero até quatro ou mais, como observado na tabela 4 (ABEPE – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2016).

Tabela 4 – Itens de conforto e a pontuação da respectiva quantidade destes de acordo com os Critérios de Classificação Econômica Brasil.

	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

Fonte: ABEPE (2016).

Há outro tópico sobre a escolaridade do chefe de família (pontuações variam de zero a sete), a origem da água utilizada no domicílio (pontuações variam entre zero e quatro) e outro sobre o trecho da rua (pontuações variam entre zero e dois), como verificado na Tabela 5 (ABEPE, 2016).

Tabela 5- Grau de instrução do chefe de família, acesso a serviços públicos e a respectiva pontuação de cada um conforme Critério de Classificação Econômica Brasil.

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

Fonte: ABEPE (2016).

A classificação econômica da família pode ser desde classe A, quando a pontuação variar entre 43 e 100 pontos, até classe E, quando a pontuação varia entre zero e dez pontos, como verificado na Tabela 6 (ABEPE, 2016).

Tabela 6 – Classificação da Classe Econômica da família por meio da soma das pontuações das tabelas 4 e 5, conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil.

Classe	Pontos
A	43-100
B1	37-42
B2	26-36
C1	19-25
C2	15-18
D	11-14
E	0-10

Fonte: ABEPE (2016).

A *Dieting Beliefs Scale*, composta por 16 afirmações nas quais, por meio do escore dos itens pontuados por uma escala *likert*, o sujeito pontua desde um, quando não se descreve as crenças, até seis, caso descreva totalmente sua crença, sendo uma pontuação por afirmação (Stotland & Zuroff, 1990). O escore varia entre 16 e 96 pontos, sendo que, escores para os fatores de dois e três são marcados negativamente, de modo que $6 = 1$, $5 = 2$ e $4 = 3$ (Fornham & Atikns, 1997). Esta escala, após o processo de tradução, foi aplicada na amostra não clínica composta por ambos os sexos e idade entre 20 e 59 anos.

A versão desta escala adaptada para o Brasil para sujeitos de ambos os sexos e com idade entre 20 e 59 anos, a Escala de Crenças sobre Dieta, sofreu algumas modificações como a exclusão dos itens 1, 3, 4 e 16 e, o item 13 também é marcado negativamente, conforme explicado no parágrafo anterior. Esta versão foi aplicada na amostra clínica composta por adultos de ambos os sexos e com idade entre 20 e 59 anos.

5. RESULTADOS

5.1. Descrição da Amostra

Foram coletados dados de 311 sujeitos, sendo 114 clínicos e 197 não clínicos. Destes, 63,66% eram do sexo feminino e 36,33%, do sexo masculino. No total, a média da idade foi 31,51 ($\pm$ 11,27), do peso 84,43 ($\pm$ 25,36), altura 1,68 ($\pm$ 0,10) e do IMC, 30,06 ($\pm$ 8,85).

Em relação à classificação do estado nutricional, 2,89% apresentaram baixo peso; 33,44%, eutrofia; 11,57%, obesidade I; 12,86%, obesidade II; 16,36%, obesidade III; 22,82%, sobrepeso.

Já a classificação econômica, 33,11% pertenciam à classe A; 17,36%, classe B1; 25,72%, classe B2; 17,72%, classe C1; 5,78%, classe C2 e 1,28%, classe D-E.

O nível de escolaridade fundamental I Completo foi relatado por 0,64% dos indivíduos; fundamental I incompleto, 2,57%; fundamental II Completo, 5,14%; fundamental II incompleto, 2,89%; médio completo, 18%; médio incompleto, 4,5%; superior completo, 12,86%; superior incompleto, 53,37%.

A Tabela 7 mostra que a média do IMC de ambos os sexos na amostra clínica apresenta grau de obesidade II (36,58 para o sexo feminino e 38,79 para o sexo masculino). Na amostra não clínica pode-se observar que, de acordo com a média do IMC, apresenta-se com índice de sobrepeso (26,27 para sexo masculino e 25,58, sexo feminino).

Tabela 7 – Média (Desvio Padrão) de idade, peso, altura e IMC do sexo masculino e feminino da amostra clínica e não clínica.

Amostra	Sexo masculino					Sexo feminino				
	N	Idade	Peso	Altura	IMC	N	Idade	Peso	Altura	IMC
Clínica	27	43,44 (10,93)	110,50 (33,31)	1,73 (0,09)	36,58 (9,43)	87	40,09 (10,39)	100,99 (22,62)	1,61 (0,07)	38,79 (7,69)
Não clínica	86	25,50 (6,54)	83,02 (17,01)	1,78 (0,06)	26,27 (4,83)	111	26,58 (8,14)	66,20 (14,35)	1,64 (0,06)	25,58 (4,80)

Fonte: próprio autor.

A Tabela 8 mostra que em relação ao sexo masculino, 3,48% dos indivíduos da amostra não clínica apresentam obesidade grau 3, enquanto que na mesma amostra do sexo feminino não há indivíduos com tal grau. Observa-se um alto índice de grau de obesidade III

na amostra clínica, tanto em indivíduos do sexo masculino (44,44%) quanto do sexo feminino (41,37%). Na amostra não clínica do sexo masculino observa-se maior porcentagem de sobrepeso e obesidade do que do sexo feminino.

Tabela 8- Porcentagem entre as classificações do IMC (índice de massa corporal) dos sexos masculino (n=113) e feminino (n=197) da amostra clínica (n=14) e não clínica (n=197).

Classificação do IMC	Sexo masculino (n=113)		Sexo feminino (n=198)	
	Amostra Clínica (n=27)	Amostra Não clínica (n=86)	Amostra Clínica (n=87)	Amostra Não clínica (n=111)
Baixo peso	11,11%	2,32%	1,14%	2,70%
Eutrofia	3,70%	38,37%	1,14%	62,16%
Sobrepeso	3,70%	43,02%	9,19%	22,52%
Obeso I	18,51%	9,30%	18,39%	6,30%
Obeso II	18,51%	3,48%	28,73%	6,30%
Obeso III	44,44%	3,48%	41,37%	0,00%

Fonte: próprio autor

5.2 Tradução

O processo de tradução seguiu criteriosamente os autores Borsa et al. (2012). Os resultados dos estágios da tradução foram:

1-Tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo: esta etapa foi realizada pelos dois tradutores bilíngües contratados, a fim de minimizar vieses em relação à língua, cultura e compreensão teórica e prática. Um deles era falante nativo sem contato prévio com o instrumento, sendo o outro com experiência em traduções de escalas e questionários da área (Anexo 7).

2-Síntese das versões traduzidas: nesta fase, durante reunião entre a orientadora, o chefe do laboratório de Nutrição e Comportamento (Psicobiologia- FFCLRP-USP) e a orientanda, compararam-se as duas traduções, analisando as discrepâncias semânticas, conceituais, linguísticas e contextuais. Entre as traduções, a *Forward Translation* 2 apresentou os itens de maneira mais coerente com o sentido dos itens da escala original. Na

frase número seis, a expressão “comida engordativa” foi trocada por “alimentos gordurosos”. Já na frase sete, o verbo “pode” foi trocado por “consegue”. Dessa maneira, chegou-se a síntese das versões traduzidas (Anexo H).

3-Avaliação das sínteses por juízes *experts*: nesta fase, foi contratada uma profissional da área da Psicologia que avaliou o *layout*, as instruções, as expressões contidas em cada item da síntese da tradução da escala (Anexo I). Na primeira fase da tradução, a empresa alterou o *layout* da escala, sendo que a Psicóloga retornou ao original, como no artigo. No item nove, a palavra “tem” foi alterada por “estão”; item 11, a expressão “se aplicar” foi substituída por “se esforçar para conseguir”; e, no item 14 os termos “nível de peso” trocou-se por “peso natural para elas”.

4-Avaliação do instrumento pela amostra não clínica (Anexo D): nesta fase verificou se a escala como um todo é compreensível pela amostra, assim como adequação dos itens e estrutura do instrumento (Borsa et al., 2012). Participaram desta fase 30 sujeitos adultos, de ambos os sexos e com idade entre 20 e 59 anos, da amostra não clínica. Por meio de escala *likert*, de um a cinco, em que mediante a pergunta “Você entendeu o que está sendo perguntado?”, a resposta variava desde “não entendi nada”, pontuação zero, até entendi perfeitamente e não tenho dúvida, pontuação cinco. As pontuações zero, um, dois e três são consideradas como indicadores de uma compreensão insuficiente, e, quando ocorrem, são solicitadas sugestões para alterações e os motivos (Conti et al., 2010). Nesta etapa não houve respostas que indicaram a incompreensão da tradução. Somente dois participantes indicaram a alteração do verbo “restringir” (item um), por “diminuir”; e em relação à amostra não clínica uma participante sugeriu que, no item oito, fosse retirada a palavra “muito”. No entanto, a solicitação de alteração não influenciou na compreensão integral da escala. Entre 30 sujeitos, somente três deram as sugestões e a escala permaneceu com os mesmos termos da fase anterior.

5-Tradução e reversa: a versão sintetizada e revisada do instrumento foi traduzida para o idioma de origem a fim de avaliar em que medida a versão traduzida está refletindo o conteúdo do item. Esta fase foi realizada por tradutores diferentes da primeira fase (Anexo J), a fim de considerar diversos aspectos idiomáticos, linguísticos, culturais e contextuais. Este estágio pode ser utilizado como uma ferramenta prática para que o pesquisador comunique-se com o autor do instrumento, buscando afirmar se os itens tem a mesma ideia conceitual do instrumento original (Borsa et al., 2012). Com esse objetivo, foi enviado email aos autores da escala com a *back-translation* e, nenhuma alteração foi proposta pelos mesmos (Anexo F).

6- Estudo piloto: não foi preciso realizar o estudo piloto, pois na avaliação pela amostra não houve dúvidas em relação à instrução e aos itens. A Figura 3 mostra a versão final da tradução da escala que foi aplicada na amostra deste estudo.

Figura 3 - Versão final da etapa de tradução da *Dieting Beliefs Scale*: Escala de Crenças Sobre Dieta

Escala de Crenças sobre Dieta					
Por favor, responda às seguintes afirmações indicando quão bem cada afirmação descreve suas crenças. Coloque o número de 1 (nada descritivo das minhas crenças) a 6 (muito descritivo das minhas crenças) no espaço disponibilizado antes de cada afirmação.					
1	2	3	4	5	6
Nada descritivo das minhas crenças					Muito descritivo das minhas crenças

1. Ao restringir o que se come, pode-se perder peso.					

2. Quando as pessoas ganham peso, isso se deve a algo que elas fizeram ou não fizeram.					

3.* Um corpo magro é em grande parte resultado de genética.					

4. *Não importa quanto esforço se faça numa dieta, o peso tende a permanecer basicamente o mesmo.					

5.* O peso é, em grande parte, controlado pelo destino.					

6.* Há tantos alimentos gordurosos por aí que perder peso é quase impossível.					

7.* A maioria das pessoas só consegue ter sucesso em dietas quando outras pessoas as pressionam a fazer isso.					

8. Ter um corpo magro e em forma tem muito pouco a ver com sorte.					

9. As pessoas que estão com sobrepeso não têm força de vontade necessária para controlar seu peso.					

10. Cada um de nós é diretamente responsável por nosso peso.					

11. Perder peso é simplesmente uma questão de querer fazer isso e de se esforçar para conseguir.					

12.* As pessoas que estão poucos quilos acima do peso precisam de ajuda profissional para perderem peso.					

13. Ao aumentar a quantidade de exercício, pode-se perder peso.					

14.* A maioria das pessoas está no seu peso atual porque esse é o peso natural para elas.					

15. Fracasso na dieta se deve à falta de esforço.					

16.* Para perder peso, as pessoas devem receber muito encorajamento dos outros.					

Fonte: próprio autor. Os itens com asterisco são invertidos quando são pontuados.

5.3 Evidências de Validade

Neste item apresentamos a AFE realizada com 97 sujeitos da amostra e a AFC, com 100 sujeitos, totalizando 197 indivíduos. Vale ressaltar que os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente para as análises.

5.3.1 Análise Fatorial Exploratória

Seguindo as análises dos dados descritos anteriormente, a AFE foi realizada com 97 sujeitos da amostra de 197 sujeitos, fixando os três fatores da escala original, como no estudo de Paxton e Sculthorp (1999), a fim de estabelecer para a amostra deste estudo, os itens que pertencem a cada fator. O nível de magnitude de carga, para ser um bom representante do fator, seguindo o referencial dos autores da escala, Stotland e Zuroff (1990), foi de 0,40.

A AFE permite representar um número de variáveis originais através de um número reduzido de variáveis não observáveis, por meio da estrutura de dependência existente entre as variáveis. Foi utilizada uma extração pelo método de componentes principais e rotação do tipo Quartimax com normalização de Kaiser (Marôco, 2014). Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SPSS versão 20.

Na Tabela 9 observa-se que os itens 1, 2, 9, 10, 11 e 15 apresentaram uma carga fatorial alta para o Fator 1 (*locus* de controle interno). Já os itens 3, 4, 5, 6, 7 e 16 apresentaram alta carga fatorial para o Fator 2 (fatores que estão além do controle) e os itens 8, 12, 13 e 14, para o Fator 3 (*locus* de controle externo). No entanto, observa-se que os itens 1, 3, 4 e 16 apresentaram carga fatorial abaixo de 0,40, valor considerado como corte no artigo original da escala (Stotland & Zuroff, 1990). Neste sentido, mantemos no fator somente os itens com carga fatorial acima de 0,40.

Tabela 9 – Análise Fatorial Exploratória da *Dieting Beliefs Scale* com 97 sujeitos da amostra não clínica total (n=197).

Variáveis	Carga fatorial – Componentes rotacionados		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3
item 1	0,128	0,049	-0,095
item 2	0,620	0,111	0,177
item 3r	-0,188	0,376	0,005
item 4r	0,120	0,389	0,288
item 5r	0,194	0,554	-0,095
item 6r	0,041	0,597	0,071
item 7r	-0,095	0,616	-0,083
item 8	-0,010	-0,033	0,426
item 9	0,551	-0,221	-0,129
item 10	0,757	0,066	-0,202
item 11	0,722	0,183	-0,132
item 12r	-0,152	0,023	0,657
item 13	0,071	0,114	-0,580
item 14r	0,011	0,310	0,555
item 15	0,631	-0,327	0,122
item 16r	-0,198	0,179	-0,020

Fonte: próprio autor. A letra “r” refere-se à palavra reverso, isto é, são itens em que a resposta anotada pelo sujeito é invertida. Valores de carga fatorial em negrito referem-se aos itens mais relevantes para cada fator.

Comparando este resultado com as análises realizadas por Paxton e Sculthorp (1999) e com o artigo original observa-se que os itens que compõe cada fator são semelhantes (Tabela 10). Isto mostra que a amostra não clínica não influenciou totalmente a alteração entre itens e fatores. No entanto, observa-se que no Fator 3 (*locus* de controle externo), apenas o item 14 está presente na AFE com a amostra não clínica e no artigo original; e o item 12, está presente no artigo de Paxton e Sculthorp (1999) e na AFE com a amostra clínica.

Tabela 10- Comparação do fator 1 (*locus* de controle interno), fator 2 (além do controle) e fator 3 (*locus* de controle externo) entre os estudos do artigo original da escala (Stotland & Zuroff, 1990), do artigo de Paxton e Sculthorp (1999) e a AFE desta dissertação.

Estudos	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Artigo original (Stotland; Zuroff, 1990)	8, 9, 10, 11, 13, 15	3, 4, 5, 8, 14	6, 7, 14, 16
Artigo PAXTON; SCULTHROP (1999)	1, 2, 9, 10, 11, 15	3, 4, 5, 14	6, 7, 12, 16
AFE com a amostra não clínica	1, 2, 9, 10, 11, 15	3, 4, 5, 6, 7, 16	8, 12, 13, 14

Fonte: próprio autor.

No entanto, a AFE realizada com a amostra não clínica não demonstrou bons resultados, pois a carga fatorial dos itens não estão próximos de um. A fim continuar com as demais análises psicométricas (precisão ou fidedignidade por meio do teste-reteste e *Alpha* de *Cronbach*), foi considerado que os itens 2, 4, 9, 10, 11 e 15 apresentam carga fatorial para o Fator 1 (*locus* de controle interno); os itens 5, 6 e 7 apresentam carga fatorial para o Fator 2 (fatores que estão além do controle); e os itens 8, 12, 13 e 14 apresentam carga fatorial para o Fator 3 (*locus* de controle externo).

5.3.2 Análise Fatorial Confirmatória

A AFC foi realizada a fim de confirmar o formato original do instrumento, utilizando outra amostra de dados, pois a AFE apresentou resultados razoáveis pela baixa carga fatorial dos itens. Para isso, esta análise foi realizada com os três fatores, sendo que para o Fator 1 (*locus* de controle interno) foram considerados os itens 8, 9, 10, 11, 13, 15; para o Fator 2 (fatores que estão além do controle), os itens 3, 4, 5, 8, 14; e para o Fator 3 (*locus* de controle externo), os itens 6, 7, 14, 16, seguindo o artigo original (Stotland & Zuroff, 1990).

A AFC foi realizada com 100 sujeitos da amostra não clínica (n=197), que não foram inseridos na AFE. A carga fatorial produzida indica o quanto o item contribui na formação de um fator e pode variar entre -1,0 e +1,0 (índices de correlação), sendo que zero significa que não há relação entre item e fator. Para determinar o quão bem os modelos originais se ajustam aos dados, foram utilizados seis índices de ajuste, χ^2 (Teste do Qui-

Quadrado de Ajustamento) , GFI (*Goodness-of-fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*), CFI (*Comparative Fit Index*), TLI (*Tucker-Lewis Index*) e RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) que são medidas que buscam analisar a qualidade da escala.

Para testar se o modelo original proporcionou um bom ajuste aos dados, um Modelo de Equações Estruturais (MEE) foi utilizado. A partir do modelo original, estimado via método de Máxima Verossimilhança (ML), outro modelo pode ser ajustado. As informações sobre discrepâncias no modelo de ajuste, disponíveis a partir das covariâncias entre os erros, foram usadas para fazer as modificações *post hoc* e, conseqüentemente, melhorar o ajuste do modelo.

Observa-se na Tabela 11 que o modelo original não apresentou bom ajuste, podendo não ser apropriado para explicar a estrutura correlacional das variáveis observadas na amostra específica. Foi possível re-especificar o modelo original do instrumento para que o ajustamento melhorasse significativamente, com o acréscimo de estruturas de covariância entre os erros dos itens e fatores. Sendo assim, houve aumento dos índices que medem o modelo re-especificado.

O χ^2 avalia o ajuste do modelo, comparando a matriz de correlação amostral com a matriz de correlação estimada sobre o modelo. Menores valores, nesse caso, indicam um bom ajuste, refletindo a pequena discrepância entre a estrutura dos dados observados e o modelo hipotético (Marôco, 2014). Na Tabela 11, observa-se que o χ^2 apresenta valor razoável (84,14) em comparação ao modelo original (89,63).

O índice GFI explica que a proporção de covariância observada entre as variáveis manifestas. Seus valores vão de zero a um, sendo bem ajustado o modelo com valor próximo a um (Marôco, 2014). Na Tabela 11, este índice apresentou valor bem ajustado no modelo re-especificado (0,940) em comparação ao modelo original (0,934).

Os índices NFI, CFI e TLI comparam o modelo hipotético a um modelo "nulo" (tipicamente um modelo independente, em que as covariâncias entre todas as variáveis são iguais a zero) ou a um de pior ajuste, considerando-se a complexidade do modelo. Estes índices variam de zero a um, sendo que valores próximos a um indicam um modelo bem ajustado. Neste caso, segundo Bentler (1990), valores de NFI, CFI e TLI acima de 0,90 já indicam um bom ajuste do modelo. Na Tabela 11, observa-se que estes índices aumentam, quando aplicado o modelo re-especificado.

O índice RMSEA estima quão bem os parâmetros do modelo reproduzem a covariância populacional. Se um modelo estimado reproduz exatamente as covariâncias populacionais então o RMSEA será igual a zero. Segundo Brown (2006), valores até 0,06

indicam um ajuste razoável do modelo, porém há casos em que um RMSEA de até 0,08 o modelo ainda é considerado válido. Observa-se na Tabela 11 que estes índices variam entre o modelo original (0,046) e o modelo re-especificado (0,043), apresentando ajuste razoável. Assim, continuaremos as análises de precisão ou fidedignidade (teste-reteste, *alpha* de Cronbach) com os três fatores originais, retirando os itens 1, 3, 4 e 16, como explicado na AFE.

Tabela 11- Medidas de qualidade da Análise Fatorial Confirmatória do modelo original e re-especificado da *Dieting Beliefs Scale*

Índice	Modelo Original	Modelo re-especificado (covariância entre erros)
χ^2	89,63 (GL 63)	84,14 (GL 62)
GFI	0,934	0,940
NFI	0,631	0,653
CFI	0,838	0,866
TLI	0,800	0,831
RMSEA	0,046	0,043

Fonte: próprio autor. As siglas na tabela representam os índices de ajuste: χ^2 (Teste do Qui-quadrado de Ajustamento), GFI (*Goodness-of-fit Index*), NFI (Normed Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), TLI (*Tucker-Lewis Index*) e RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), GL (grau de liberdade).

Os erros ou resíduos representam as fontes e variabilidade desconhecidas não consideradas no modelo, ou seja, exteriores ao modelo. Essas novas variáveis latentes explicam o comportamento das variáveis no modelo (Marôco, 2014). Por exemplo, na Figura 1, o comportamento da variável ou item manifesto Q3 é explicado pelo fator latente (Fator 1- *lôcus* de controle interno) e pelo erro (e8).

Para Pilati e Laros (2007) as variáveis latentes são representadas pelos Fatores 1 (*lôcus* de controle interno). Fator 2 (fatores que estão além do controle) e Fator 3 (fatores externos); a letra *Q*, representa as variáveis manifestas que se refere aos 16 itens da escala; os erros, pela letra *e*, sendo que os círculos ou elipses indicam variáveis latentes. As relações fatoriais são representadas pelas setas.

Correlações entre resíduos e fatores latentes indicam que uma fração considerável do comportamento do item, não explicada pelo fator onde o item satura, está correlacionada com o outro fator onde se observa a correlação com o erro do item. Este fato se deve ao rever o referencial teórico, que determina em que fatores devem saturar quais itens (Marôco, 2014). Observa-se, na Figura 3, que cada fator gerou uma carga fatorial e este foi relacionado com os itens ou variáveis, confirmando a relação com cada fator.

A Figura 4 mostra o modelo original com covariância entre os erros de cada fator e sua relação com os itens. Marôco (2014) estabelece que, entre algumas estratégias para lidar com a indeterminação do modelo, deve ter pelo menos três ou quatro variáveis manifestas por variável latente, sendo que menos de três podem provocar problemas na confiabilidade psicométrica. Na Figura 4 observa-se que os fatores são variáveis latentes e os itens representados pela letra Q, são variáveis manifestas. Sendo assim, o Fator 1 (*locus* de controle interno) possui seis itens (variáveis latentes), o Fator 2 (fatores além do controle) possui três e o Fator 3 (fatores externos) possui quatro itens. Nesta análise foram incluídos os itens 1 e 2 pelo fato de não ter ficado claro no artigo original (Stotland & Zuroff, 1990) se estes itens foram excluídos ou a qual fator eles pertenceriam.

No Fator 1 (*locus* de controle interno), por exemplo, a questão dez (“Cada um de nós é diretamente responsável por nosso peso”), exerce maior controle por apresentar correlação $r = 0,71$. Observa-se que no Fator 2 (fatores além do controle) a questão quatro (“Não importa quanto esforço se faça em uma dieta, o peso tende a permanecer basicamente o mesmo”) pode exercer maior controle ($r = 0,67$). Já no Fator 3 (*locus* de controle externo), o item sete (“A maioria das pessoas só consegue ter sucesso em dietas quando outras pessoas a pressionam a fazer isso”), exerce maior influência neste fator ($r = 1,16$). Os números indicam a carga fatorial de cada item com o fator correspondente (Figura 4 e Tabela 12).

De acordo com Marôco (2014) as setas $\rightarrow$ indicam a relação causal (de causa para efeito) e as setas $\leftrightarrow$ significam a relação correlacional. A ausência de setas indica que as variáveis não estão, de forma alguma, relacionadas. Analisando as correlações entre os fatores na Figura 4, nota-se que não há relação entre os fatores. No entanto, há correlação entre o Fator 2 e o item 8 ($r = 0,48$) e 14 ($r = 2,12$).

Figura 4 - Saturação e correlação dos fatores do modelo original da *Dieting Beliefs Scale*

Fonte: próprio autor.

Tabela 12 - Estimativas padronizadas entre os fatores e os itens da Figura 3

Relação	Estimativas padronizadas
Q15 ← F1	0,47
Q13 ← F1	0,16
Q11 ← F1	0,70
Q10 ← F1	0,71
Q9 ← F1	0,45
Q8 ← F1	-0,09
Q3 ← F2	0,14
Q4 ← F2	0,67
Q5 ← F2	0,21
Q8 ← F2	0,04
Q14 ← F2	0,30
Q6 ← F2	0,17
Q7 ← F3	1,16
Q16 ← F3	0,18
Q14 ← F3	0,07

Fonte: próprio autor

As estimativas estandardizadas mostram valores que revelam a trajetória da correlação entre as variáveis no modelo (MARÔCO, 2014). No modelo re-especificado (Figura 5) observa-se, por exemplo, que a correlação entre $Q10 \leftarrow F1$ é $r = 0,73$; a correlação

entre $Q4 \leftarrow F2$ é $r = 0,67$; e a correlação entre $Q7 \leftarrow F3$ é $r = 1,16$ (Figura 5 e Tabela 13).

Figura 5 - Saturação dos itens e correlação entre os fatores no modelo re-especificado da *Dieting Beliefs Scale*

Fonte: próprio autor.

Tabela 13 - Estimativas padronizadas entre os fatores e os itens da Figura 4

Relação	Estimativas padronizadas
$Q15 \leftarrow F1$	0,43
$Q13 \leftarrow F1$	0,17
$Q11 \leftarrow F1$	0,70
$Q10 \leftarrow F1$	0,73
$Q9 \leftarrow F1$	0,41
$Q8 \leftarrow F1$	-0,10
$Q3 \leftarrow F2$	0,14
$Q4 \leftarrow F2$	0,67
$Q5 \leftarrow F2$	0,21
$Q8 \leftarrow F2$	0,04
$Q14 \leftarrow F2$	0,30
$Q6 \leftarrow F2$	0,17
$Q7 \leftarrow F3$	1,16
$Q16 \leftarrow F3$	0,18
$Q14 \leftarrow F3$	0,07

Fonte: próprio autor.

Comparando as Figuras 4 e 5 e as correlações entre itens e fatores, evidenciou que, para a amostra não clínica, a AFC apresentou ajuste razoável de acordo com os índices de MEE. No entanto, por a amostra deste estudo ser diferente da amostra do estudo original da escala, optamos por seguir a análise da precisão ou fidedignidade pelos resultados da AFE, com três fatores, excluindo os itens 1, 3, 4 e 16.

5.4 Precisão ou Fidedignidade

Nesta análise será realizado o cálculo do *alpha* de *Cronbach* (n=197) e a análise teste-reteste (n=96) com as respostas dos sujeitos da amostra não clínica.

5.4.1 *Alpha* de *Cronbach*

Foi proposto o coeficiente *alpha* de *Cronbach* para avaliar a consistência interna do instrumento. Valores próximos de um indicam melhor consistência interna (Johnson & Wichern, 2002).

Na AFE optou-se por excluir os itens 1, 3, 4 e 16 por apresentarem na AFE, cargas fatoriais menores que 0,40, como determinado pelos autores da escala, Stotland e Zuroff (1990). Na análise do *alpha* de *Cronbach* realizamos análises com e sem estes itens e análises dos três fatores deste instrumento. Com estes itens, observou que a amplitude de variação do *alpha* foi de 0,377 (Tabela 14). De acordo com Da Silva e Ribeiro (2006), a amplitude de variação do *alpha* de *Cronbach*, com os limites entre 0,20 e 0,40, são categorizados como baixos.

Tabela 14 - Variáveis (itens) da *Dieting Beliefs Scale* e o coeficiente *Alpha* de *Cronbach* (n=197)

Variáveis	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> dos 16 itens	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> Total
item 1	0,370	0,377
item 2	0,332	
item 3r	0,401	
item 4r	0,354	
item 5r	0,356	
item 6r	0,356	
item 7r	0,364	
item 8	0,393	
item 9	0,349	
item 10	0,328	
item 11	0,297	
item 12r	0,392	
item 13	0,380	
item 14r	0,367	
item 15	0,347	
item 16r	0,391	

Fonte: próprio autor. A letra “r” representa os itens cuja pontuação é invertida.

No entanto, quando os itens 1, 3, 4 e 16 foram deletados, a variação do *alpha* de *Cronbach* permanece quase a mesma, alterando a amplitude de variação de 0,377 (Tabela 14) para 0,404 (Tabela 15), podendo ser classificada como moderada de acordo com a classificação de Da Silva e Ribeiro (2006).

Tabela 15 - Coeficiente *Alpha* de *Cronbach* com os itens 1, 3, 4 e 16 deletados (n=197)

Variáveis	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> com itens deletados	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> Total
item 2	0,338	0,404
item 5r	0,384	
item 6r	0,394	
item 7r	0,411	
item 8	0,425	
item 9	0,365	
item 10	0,327	
item 11	0,303	
item 12r	0,441	
item 13	0,421	
item 14r	0,412	
Item 15	0,355	

Fonte: próprio autor. A letra “r” representa os itens cuja pontuação é invertida.

No entanto, na AFE, no Fator 3, o item 13 apresentou valor negativo (Tabela 9), ou seja, ele se correlaciona inversamente com o Fator 3 (*locus* de controle externo) enquanto os outros itens correlacionam de forma positiva. Neste sentido, invertemos este item a fim de obter uma melhor consistência interna. Sem revertê-lo, a amplitude do *alpha* de *Cronbach* foi de 0,194, categorizado como muito pequena e, quando reverte, o valor do *alpha* aumenta para 0,346, mas ainda categorizado como baixo, segundo as categorias apresentadas na Tabela 3 (Tabela 16).

Outra análise realizada foi o cálculo da amplitude do coeficiente *alpha* de *Cronbach* por Fator 1 (*locus* de controle interno), Fator 2 (fatores além do controle) e Fator 3 (*locus* de controle externo). Observa-se que a amplitude de variação do Fator 1 (0,687), apesar de ser mais alta, comparado ao valor total do *alpha* (0,432), permanecem moderados. A amplitude do coeficiente do Fator 2 (0,387) foi categorizada como baixa (Tabela 16).

Tabela 16 – Agrupamento dos itens da escala (variáveis) com seu respectivo fator e coeficiente *Alpha* de *Cronbach* por fator e seus itens (n=197)

Variáveis	Fator	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> com item excluído	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> total para cada fator
Item 2	F1	0,667	0,687
Item 9		0,667	
Item 10		0,596	
Item 11		0,610	
Item 15		0,641	
Item 5r	F2	0,334	0,387
Item 6r		0,223	
Item 7r		0,308	
Item 8	F3	-0,072*	0,194
Item 12r		0,052	
Item 13		0,354	
Item 14r		0,131	
Item 8	F3 (com item 13 reverso)	0,359	0,346
Item 12r		0,127	
Item 13r		0,354	
Item 14r		0,278	

Fonte: próprio autor. A letra “r” representa os itens cuja pontuação é invertida. *O valor negativo é devido a uma covariância negativa entre os itens. Isso viola suposições do modelo de confiabilidade.

Sendo assim, para as próximas análises, de acordo com a amostra não clínica, foi considerado para o Fator 1 (*locus* de controle interno) os itens 2, 9, 10, 11 e 15. Para o Fator 2 (fatores além do controle), foram incluídos os itens 5r, 6r, 7r e já para o Fator 3 (*locus* de controle externo), os itens 8, 12r, 13r e 14r. A letra “r” significa que, se o sujeito, em uma escala *likert* de um a seis, marcar o valor um (nada descritivo de minhas crenças) para o item 5, por exemplo, este valor deverá ser revertido para seis; se marcar dois, reverte-se para cinco; se marcar três, deve ser revertido para quatro. Os itens reversos da escala são marcados por um asterisco (Tabela 17).

Tabela 17- Fatores e itens da Escala de Crenças sobre Dieta

Fator	Item
F1	2. Quando as pessoas ganham peso, isso se deve a algo que elas fizeram ou não fizeram.
F2	5.* O peso é, em grande parte, controlado pelo destino.
F2	6.* Há tantos alimentos gordurosos por aí que perder peso é quase impossível.
F2	7.* A maioria das pessoas só consegue ter sucesso em dietas quando outras pessoas as pressionam a fazer isso.
F3	8. Ter um corpo magro e em forma tem muito pouco a ver com sorte.
F1	9. As pessoas que estão com sobrepeso não têm força de vontade necessária para controlar seu peso.
F1	10. Cada um de nós é diretamente responsável por nosso peso.
F1	11. Perder peso é simplesmente uma questão de querer fazer isso e de se esforçar para conseguir.
F3	12.* As pessoas que estão poucos quilos acima do peso precisam de ajuda profissional para perderem peso.
F3	13*. Ao aumentar a quantidade de exercício, pode-se perder peso.
F3	14.* A maioria das pessoas está no seu peso atual porque esse é o peso natural para elas.
F1	15. Fracasso na dieta se deve à falta de esforço.

Fonte: próprio autor.

5.4.2 Teste-reteste

Esta fase foi realizada com as amostras seis semanas após a primeira aplicação da escala da escala, seguindo o referencial do artigo original da escala (Stotland & Zuroff, 1990). A fim de analisar as concordâncias entre teste-reteste dos domínios do instrumento para a amostra não clínica, foram calculados o Coeficiente de Correlação Intraclassa – CCI.

Este permite medir o grau de concordância entre as medidas dentro de uma classe. Quanto mais próximo o coeficiente estiver de um, mais concordância haverá entre as medidas dentro de uma mesma classe.

Observa-se que o fator 1 (*locus* de controle interno) possui valor de coeficiente 0,620 (moderado/boa), o fator 2 (fatores além do controle) possui 0,499 (fraco/moderado) e 3 (*locus* de controle externo), no qual apresenta o menor índice 0,381 classificado como fraco/moderado (tabela 18).

Tabela 18 - Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) de cada fator da fase teste-reteste realizada amostra não clínica (n=96)

Fatores	Geral (n=96)	
	CCI	CCI (95%)
Fator 1 (<i>locus</i> de controle interno)	0,620	0,480; 0,729
Fator 2 (fatores além do controle)	0,499	0,317; 0,643
Fator 3 (<i>locus</i> de controle externo)	0,381	0,197; 0,539

Fonte: próprio autor.

No entanto, observa-se que ao comparar os três fatores, há um intervalo de confiança maior entre os Fatores 2 e 3, o que pode ser observado no gráfico de dispersão. Observa-se que a correlação teste-reteste no Fator 1 (*locus* de controle interno) é positiva pois as variáveis variam no mesmo sentido. Nota-se que na Figura 6, o CCI é apropriado para descrever a correlação entre as variáveis por apresentar linearidade, sendo que o CCI (0,665) foi maior em comparação aos Fatores 2 e 3.

Figura 6 - Correlação no Fator 1 (*lôcus* de controle interno) entre as fases teste e reteste

Fonte: próprio autor

Já em relação ao Fator 2 (fatores que estão além do controle), nota-se que não há uma linearidade na correlação entre as variáveis teste e reteste, havendo um *outlier* podendo não ser adequado para descrever a correlação entre as variáveis, sendo que o ICC foi de 0,499 (Figura 7).

Figura 7 - Correlação no Fator 2 (fatores além do controle) entre as fases teste e reteste

Fonte: próprio autor

Na Figura 8, o Fator 3 (*lôcus* de controle externo) também não segue uma linearidade entre as variáveis, o que faz com que as observações saiam fora da tendência das outras observações. O ICC foi considerado baixo (0,381).

Figura 8 - Correlação no Fator 3 (*lôcus* de controle externo) entre as fases teste e reteste

Fonte: próprio autor

5.5 Aplicação da Escala de Crenças sobre Dieta na Amostra Clínica

A Escala de Crenças sobre Dieta foi aplicada na amostra clínica (Apêndice C) composta por indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 20 e 59 anos. A análise da aplicação da Escala de Crenças sobre Dieta na amostra clínica foi realizada por meio da comparação entre os três fatores da escala e a classificação reduzida do IMC (obesos e não obesos).

Comparando os indivíduos não obesos e obesos em relação aos fatores, observa-se que a média do Fator 1 (*lôcus* de controle interno) foi maior em comparação aos Fatores 2 (fatores além do controle) e 3 (*lôcus* de controle externo), em que obteve a menor média (Tabela 19). Não há evidências estatísticas ($p > 0,05$) entre os obesos e não obesos em relação às respostas aos fatores 1, 2 ou 3 da Escala de Crenças sobre Dieta (Tabela 19).

Tabela 19 - Comparação entre a classificação reduzida do IMC com o fator 1 (*locus* de controle interno), fator 2 (além do controle) e o fator 3 (*locus* de controle externo) da Escala de Crenças sobre Dieta (n=114).

Classificação reduzida do IMC	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana	<i>p</i>
<i>Fator 1</i>							
Não Obeso	15	22,27	5,80	9	30	25	0,68
Obeso	99	23,06	5,33	7	30	24	
<i>Fator 2</i>							
Não Obeso	15	13,87	2,85	10	18	13	0,37
Obeso	99	12,27	4,55	3	18	13	
<i>Fator 3</i>							
Não Obeso	15	12,33	3,58	8	18	12	0,45
Obeso	99	11,31	3,39	4	20	11	

Fonte: próprio autor.

6. Discussão

As amostras deste estudo seguem padrões nacionais (IBEGE, 2014; Brasil, 2013; Brasil, 2014) e mundiais (WHO, 2014; WHO, 2015) de aumento da obesidade entre homens e mulheres (IBGE, 2016). A média do IMC de ambos os sexos na amostra clínica apresenta grau de obesidade II. Na amostra não clínica do sexo masculino observa-se maior porcentagem de sobrepeso e obesidade do que do sexo feminino. Em relação aos homens 3,48% dos indivíduos da amostra não clínica apresentam obesidade grau III, enquanto que na mesma amostra do sexo feminino não há indivíduos com tal grau.

O presente estudo seguiu criteriosamente os passos de tradução de um instrumento proposto por Borsa et al.(2012) a fim de evitar erros de tradução, mantendo o sentido dos itens do instrumento original. A empresa foi contratada a fim de evitar vieses de tradução, pois o conhecimento e experiência de tradutores são talvez os aspectos mais importantes de todo o processo de adaptação de teste, uma vez que eles podem afetar significativamente a confiabilidade e a validade do mesmo (Hambleton et al. 2005). Neste sentido, a tradução final foi aceita e compreendida pelos sujeitos da amostra, não havendo dúvidas em relação à compreensão das frases dos itens. Ohyet al. (2014) realizaram a adaptação da escala *Locus of Control of Behaviour* e verificaram que na etapa da tradução a escala analisada também não gerou problema de compreensão, aceitabilidade ou impacto emocional negativo.

A teoria *locus* de controle pode ser usada para prever comportamentos de saúde sobre o bem-estar psicológico. No entanto, a construção de escalas com esta teoria é complexa. Há diversas adaptações e construções de escalas *locus* de controle para área do trabalho, saúde mental e física, interação social, estratégias parentais, sucesso acadêmico e econômico, criatividade, entre outras (Halpert & Hill, 2011). A Escala de *Locus* de Controle da Dor, por exemplo, foi adaptada para o Brasil para a amostra de idosos. Porém, as consistências das subescalas do instrumento variaram entre moderada, regular e muito forte. Tais variações devem-se ao fato da subjetividade da dor, pois esta pode sofrer influência de novas experiências vivenciadas pelo indivíduo (Araújo, Lima, Sampaio & Pereira, 2010).

Pasquali, Alves e Pereira (1998) elaboraram a Escala de *Locus* de Controle Organizacional (ELCO) cujo alpha dos fatores internos e externos variaram entre bem estruturada (0,81) e deixando a desejar (0,66) no que se refere à consistência interna. Estes

resultados derivaram das alterações administrativas da empresa em que pertencia a amostra, das qualidades psicométricas da escala em questão e da própria teoria *Locus* de controle.

Esta complexidade foi verificada no artigo de Stotland e Zuroff (1990), que relata a construção da *Dieting Beliefs Scale*. Os autores partiram da premissa de que o *locus* de controle de peso pode afetar ou controlar, ao menos em parte, o próprio peso do indivíduo. No entanto, na análise fatorial exploratória não está claro quais os itens que fazem parte dos fatores, uma vez que não foi esclarecido se os itens 1, 2, e 12 foram excluídos e nem a qual fator o item 14 pertence.

Sendo assim, neste estudo, foram realizadas as evidências de validade, por meio da AFE e AFC. Os fatores que afetam a validade são a heterogeneidade da amostra, comprimento da escala e contaminação do critério, quando os sujeitos conhecem a variável e contaminam suas respostas àquela medida (Da Silva & Ribeiro-Filho, 2006). Evidencia-se que os resultados das evidências de validade e precisão podem ter sofrido tais interferências uma vez que a amostra foi ampla em relação à idade (indivíduos entre 20 e 59 anos) e apresentou diversidade em relação à escolaridade, sendo diferente da amostra proposta pelos autores da escala. Stotland e Zuroff (1990) realizaram o estudo com 100 estudantes universitárias do sexo feminino.

A análise fatorial produz resultados sobre os instrumentos como um todo, incluindo a qualidade dos itens e produzindo a carga fatorial (saturação) do item no fator e indica a covariância (parentesco) entre o fator e o item. A AFE permite analisar as relações entre as múltiplas medidas para tentar determinar os construtos subjacentes que explicam a variabilidade observada (Pasquali, 1999). A AFC é uma das evidências de validade de construto e avalia a qualidade de ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestadas, isto é, os itens (Marôco, 2010). A avaliação da qualidade do ajuste do modelo é uma das áreas menos consensuais da Análise de Equações Estruturais (AEE). Vários autores têm apresentado diversos estudos de simulação e observação empírica que justificam diferentes estratégias e recomendações para a análise da qualidade do ajustamento (Marôco, 2010).

Se o modelo imposto for plausível, isso significa que covariâncias provenientes de dados amostrais podem reproduzir os dados populacionais associados ao conjunto de parâmetros do modelo estrutural. Devido a isso é que o MEE é entendido como uma técnica confirmatória, pois a modelação teórica sobre o que está sob investigação deve ter ocorrido antes da análise dos dados, (Pilati & Laros, 2007) que, no caso deste estudo, foi realizada pela AFC que apresentou, para a amostra deste estudo, ajuste razoável de acordo com os MEE.

Marôco (2014) explica que quando o modelo é razoável ele possui uma representação simples, mas adequada do fenômeno estudado e se ajusta adequadamente aos dados escolhidos. Do ponto de vista estatístico, um modelo pode ser modificado até apresentar um ajuste perfeito, mas, ainda assim, ser teórica e conceitualmente absurdo.

A AFC foi realizada por meio da AEE que são utilizadas para testar a validade de modelos teóricos que definem relações causais e hipotéticas entre as variáveis. Os parâmetros indicam a magnitude do efeito que as variáveis independentes exercem sobre as dependentes, num conjunto composto por hipóteses que associam as variáveis no modelo. A teoria é o motor do processo e esta pode ser avaliada ao ajustamento de modelos que operacionalizam essas teorias e os dados (Marôco, 2010).

Na perspectiva de validade de construção é importante lembrar que *locus* de controle não funciona sozinho para determinar o potencial de comportamento. A experiência da doença em si desafia a crença no controle sobre a saúde (Wallston, 2005). Em se tratando da obesidade, o processo de perda de peso é incompreendido pela população (Oliveira & Ribeiro, 2013). Pesquisa conclui que as práticas rápidas de perda de peso como a desidratação, restrição alimentar, uso de laxantes e/ou diuréticos, realizadas por atletas causam alterações de humor como ansiedade, irritabilidade, cansaço e fraqueza. As fontes para a realização desta prática vêm, principalmente, de colegas de equipe dos treinos (Abreu, Nascimento, Santos, Sales & FERREIRA, 2015). A obesidade é uma problemática social uma vez que a beleza passou de um dever social para um dever moral. O fracasso na perda de peso passa a ser visto como uma incapacidade individual, relacionada à má vontade, e não como uma impossibilidade mais ampla (Oliveira & Silva, 2014). A prevenção e o tratamento de doenças complexas como a obesidade devem envolver fatores bio-psico-sociais (Oliveira & Ribeiro, 2013).

Um estudo revelou que indivíduos que possuem histórico de fazer dieta excessivamente restritiva, compulsão alimentar e comportamentos purgativos eram mais propensos a acreditar na eficácia do tabagismo como um meio de controle de peso. Esta crença pode ser semelhante às distorções cognitivas observadas nos distúrbios alimentares, em que os indivíduos mantêm superstições altamente irracionais sobre alimentos e calorias, bem como a confiança excessiva na eficácia de comportamentos purgativos para controle de peso (White, McKee & O'Malley, 2007). Pacientes que se submetem à cirurgia bariátrica, após cinco anos, podem apresentar reganho ponderal significativo devido ao tempo pós-operatório e a atividade laboral estimulando alimentação fora de casa (Bastos, Barbosa, Soriano, Santos & Vasconcelos, 2013).

Sobre as publicações não científicas, Amâncio e Chaud (2004) concluem que estas não devem ser autorizadas a anunciar dietas de perda de peso, pois podem influenciar a adoção de práticas alimentares de risco, resultando em efeitos nocivos para a saúde devido ao baixo consumo de nutrientes específicos e composição química inadequada. Floriano, Mazur, Schwarz, Benincá e Marques Machado (2016) também relatam que dietas preconizadas em revistas leigas ou, mesmo, em qualquer veículo de divulgação, sem uma orientação profissional possuem reduzido teor calórico e de nutrientes.

Para a TCC os sistemas de crenças de indivíduos obesos determinam sentimentos e comportamentos desencadeados por pensamentos disfuncionais e dicotômicos acerca do peso, da alimentação e do valor pessoal (Vasques, Martins & De Azevedo, 2004). Um estudo com intervenção com pacientes obesas mostra que estas estão inseridas em um contexto propício à acumulação de peso: padrão de comportamento alimentar incorreto e desorganizado, falha no autocontrole desse comportamento, influência do estresse e de sentimentos negativos e ausência de apoio social e familiar na perda de peso e, conseqüentemente, na manutenção. Os familiares das pacientes em tratamento, na prática, consideram a responsabilidade pela perda de peso num nível individual, atribuindo grande importância à força de vontade delas e consideram obesos fracos e desmotivados, visão esta reforçada pelas revistas e produtos de dieta que prometem o emagrecimento fácil (Souza, Castro, Maia, Ribeiro, Almondes & Silva, 2005).

Diante destas pesquisas sobre o processo de perda de peso, na amostra deste estudo observa-se que a média do IMC de ambos os sexos na amostra clínica apresenta grau de obesidade II, sendo que na amostra não clínica apresenta-se com índice de sobrepeso. Por meio destes dados há evidências de que o resultado das qualidades psicométricas pode ter sido influenciado pelo estado nutricional dos sujeitos devido à frequente exposição da mídia e ideias errôneas a respeito do processo de perda de peso.

A precisão ou fidedignidade cobre aspectos diferentes de um teste, mas todos eles se referem ao quanto os escores de um sujeito se mantêm idênticos em ocasiões diferentes (Pasquali, 1999). Devemos construir escalas que sejam as mais fidedignas possíveis e levar em consideração a interpretação dos resultados destas escalas, os erros de medida envolvidos no processo de mensuração e sua falta de fidedignidade perfeita. Os dados da fidedignidade de uma escala podem ser dependentes do contexto, ou seja, depender das condições e características específicas da amostra de aplicação (Da Silva & Ribeiro-Filho, 2006).

Nas ciências físicas, sociais e comportamentais, as mensurações são muito

mais propensas ao erro devido à natureza complexa dos instrumentos e ao fato de que dados comportamentais sofrem interferência de fatores imprevisíveis. A qualidade da fidedignidade é relativa, pois o escore que uma pessoa obtém em um teste não é fidedigno em absoluto, mas pode ser mais ou menos confiável devido a fatores pertinentes ao testando (como fadiga, falta de motivação, influência de drogas, etc) ou condições da situação de testagem (presença de ruídos durante a aplicação, rigidez de tempo, personalidade do aplicador) (Urbina, 2007). Tais condições também podem ter influenciado o resultado deste estudo devido à heterogeneidade da amostra clínica e da amostra não clínica.

As estimativas de fidedignidade podem variar de amostra para amostra dependendo da composição e das circunstâncias em que a testagem ocorre. Exemplificando, um teste com idade entre adultos de 18 a 90 anos. A fidedignidade estimada de seus escores será suscetível à influência de diferentes fatores, dependendo da estimativa basearem-se em dados obtidos das faixas etárias mais velhas, mais jovens ou de um grupo que seja representativo da faixa etária completa para a qual o teste se destina (Urbina, 2007). Este pode ser uns dos fatores que influenciaram nos resultados, uma vez que a amostra variou entre 20 e 59 anos de idade.

O índice do *alpha* de *Cronbach* é uma característica de um grupo particular de escores da escala, ou seja, de um instrumento e não propriamente da escala. Se um grupo for diferente daquele grupo sobre os quais os estudos de fidedignidade foram feitos, o coeficiente de fidedignidade pode não ser igual ou considerado inaceitável. Os fatores que afetam a fidedignidade podem ser a homogeneidade ou restrição da amplitude de variação da amostra, homogeneidade ou heterogeneidade dos itens, discriminação dos itens, objetividade da escala e uniformidade das condições de aplicação (Da Silva & Ribeiro-Filho, 2006).

No estudo de Paxton e Sculthorp (1999), o *alpha* de *Cronbach* para o Fator 1 (*locus* de controle interno) obteve amplitude de 0,74; para o Fator 2 (fatores além do controle) foi 0,62; e, para o Fator 3 (*locus* de controle externo) a amplitude foi de 0,57. No caso da escala em estudo, o valor do *alpha* com os itens 1, 3, 4 e 16 deletados foi 0,404 classificado como categoria moderada. Já o valor do *alpha* de *Cronbach* por fator obteve amplitude de 0,687 para o Fator 1; 0,387 para o Fator 2 e 0,346 para o Fator 3. O estudo de Paxton e Sculthorp (1999), também obteve baixa amplitude no Fator 3 (0,367).

A mesma medida, quando administrada a uma amostral de sujeitos mais homogênea ou heterogênea produzirá escores com diferentes fiabilidades. O uso repetido do instrumento com diferentes amostras nos indica algo sobre a validade do processo inferencial: um instrumento que repetidamente gera dados fiáveis pode dizer-se, com maior confiança,

fiável. (Marôco & Garcia-Marques, 2006). Neste estudo e nos estudos citados no parágrafo anterior observa-se que o *alpha* variou entre as amostras, podendo haver evidências de que este instrumento seja sensível à diferentes amostras.

Os fatores que afetam a fidedignidade podem ser a homogeneidade ou restrição da amplitude de variação da amostra, homogeneidade ou heterogeneidade dos itens, discriminação dos itens, objetividade da escala, uniformidade das condições de aplicação (Da Silva & Ribeiro-Filho, 2006). Na amostra dos autores da escala Stotland e Zuroff (1990) o *alpha* foi 0,68. Em teoria, valores negativos de *alpha* são impossíveis, sendo recomendado ser relatado como zero, mediante à estas raras circunstâncias. Há um mito sobre quanto maior o *alpha*, melhor. No entanto, um valor de *alpha* acima de 0,90 pode ser muito alto, mas indicar redundância nos itens. Quando o teste é heterogêneo nos itens há uma estimativa de baixa consistência interna (Cohen et al., 2014).

De um modo geral, um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o *alpha* é pelo menos 0.70. No entanto, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um *alpha* de 0.60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução e tenham em conta o contexto de computação do índice. Mas, apesar de um instrumento fiável poder gerar dados não-fiáveis em dadas circunstâncias, um *alpha* é apenas uma estimativa da fiabilidade dos dados obtidos com um dado instrumento em relação a uma determinada amostra (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

A Escala Multidimensional de *lôcus* de controle de Levenson foi adaptada com amostra universitária, estudantes de segunda e terceira série do ensino médio e sujeitos pertencentes à classe média da população. A consistência interna (0,50) foi classificada moderadamente alta devido ao fato de que os itens referem-se a uma variedade de situações (M. Dela Coleta, 1987).

Teste-reteste é considerado o método mais direto e envolve a aplicação duas vezes de um mesmo instrumento para um grupo de pacientes, com certo intervalo, que pode ser variável entre as aplicações. Presume-se que os escores observados dos testes ou escalas serão correlacionados ao longo do tempo, pois refletem o escore verdadeiro (Da Silva & Ribeiro-Filho, 2006).

Um coeficiente de correlação positivo e estatisticamente significativo é indicativo da estabilidade do instrumento ao longo do período estudado. Isto nem sempre pode ocorrer em contextos clínicos, pois podem ocorrer as intervenções clínicas e o paciente apresentar alguma alteração clínica entre as duas aplicações. Se a correlação for zero, o

instrumento não tem qualquer fidedignidade, indicando que os escores obtidos na primeira aplicação não tem qualquer relação com aqueles obtidos na segunda aplicação. Se os pacientes fossem testados novamente, eles produziram um conjunto de escore completamente diferente. Uma correlação negativa nunca ocorre, exceto por acidente, mas, quando ocorre, uma fidedignidade negativa é assumida (Da Silva & Ribeiro-Filho, 2006).

O problema do teste-reteste é a contaminação pré-teste, ou seja, os examinandos estão sujeitos aos efeitos da memória, onde podem repetir suas escolhas ou respostas na segunda aplicação. Outro problema é a mudança de atitude dos sujeitos devido ao ganho de informação adicional entre as duas aplicações. (Da Silva & Ribeiro-Filho, 2006). No estudo evidencia-se que houve alteração da estabilidade do instrumento entre o intervalo de tempo na amostra não clínica. Após seis semanas, a escala foi aplicada novamente e houve variação significativa entre os fatores.

Tais dados podem ser explicados pelo fato de que quanto mais longo o período de tempo entre a primeira e a segunda testagem, mais chance terá de fatores aleatórios ocorrerem, diminuindo o coeficiente de precisão (Pasquali, 1999). O desafio da confiabilidade teste-reteste é fazê-la de tal modo que não seja reduzida pelas mudanças do desenvolvimento do sujeito entre as testagens (Cohen et al., 2014).

Outro fato que pode ter interferido é a própria teoria da escala. Em relação ao *locus* de controle, há estudos que partem da premissa de que o construto *locus* de controle, ao contrário de sua definição como um traço de personalidade, seria mais bem compreendido como um estado disposicional do indivíduo que se modifica de acordo com a situação (Pasquali, Alves & Pereira, 1998). Cerqueira e Nascimento (2008) adaptaram a Escala de Avaliação do *Locus* de controle parental na saúde com uma amostra principal de 266 cuidadores divididos entre aqueles que cuidavam de crianças saudáveis e aqueles que cuidavam de crianças fenilcetonúricas. Durante o processo de adaptação, os pesquisadores criaram novos itens a fim de obter qualidades psicométricas adequadas para o instrumento, gerando uma nova escala.

Por meio das escalas *locus* de controle as pessoas tenderiam a perceber o controle sobre as ocorrências num extremo, dependentes de suas próprias capacidades ou esforços, e, no outro, dependentes de outras pessoas, de entidades, do acaso, todas fora de seu próprio controle, podendo variar desde a internalidade absoluta até a externalidade total. Os sujeitos podem ter uma tendência a responder interna ou externamente, de acordo com suas características pessoais. Mas nas situações onde se vê questionado pessoalmente, responde comportando-se como interno, o que parece ser mais compensador do ponto de vista social,

pois garante maior recompensa, atestando sua força, sua capacidade e domínio da situação. Esta é uma prova cabal de que a forma de redação dos itens é um dos fortes determinantes da escolha da resposta pelo sujeito e, conseqüentemente, da possível determinação de internalidade-externalidade *locus* de controle para os sujeitos (J. Dela Coleta, 1979).

Embora a afirmação de Rotter sobre a clareza do construto *locus* de controle seja contestada pela literatura, bem como a constatação da existência de falhas nas escalas utilizadas para sua medida, o poder heurístico deste construto é inegável. Apesar da extensão das pesquisas sobre o *locus* de controle, as escalas que medem este construto deixam ainda bastante a desejar, sendo que o que mais falha é a sua constância ou consistência. A hipótese talvez mais provável desta ocorrência seja a de que o construto *locus* de controle, particularmente o seu fator de internalidade, não está ainda muito claramente definido, o que torna difícil a tarefa de sua operacionalização em comportamentos específicos e precisos. Por outro lado, é possível que a quantidade de itens seja reduzida demais para cobrir construtos tão complexos como os fatores do *locus* de controle. Estas observações levam à conclusão de que 1) a teoria do *locus* de controle precisa ser melhor axiomatizada e 2) a escala deve ser mais bem estruturada, pertinente e precisa. Há uma definição pouco clara de internalidade, pois *locus* de controle interno confunde-se com autoconfiança ou auto-eficácia, tornando difícil a operacionalização em comportamentos específicos e precisos destes tipos de escalas (Pasquali et al., 1998).

Em relação aos resultados da aplicação da escala na amostra clínica, composta por adultos de ambos os sexos, com idade entre 20 e 59 anos, observou-se que pode haver evidências de que não há relação estatisticamente significativa entre o IMC e os fatores da Escala de Crenças sobre Dieta. A maior média está no fator 1 (*locus* de controle interno). No entanto, a amostra clínica diferencia-se da amostra não clínica por aquela poder possuir fatores fisiológicos e psicológicos intrínsecos que interferem na alteração do comportamento alimentar. Neufeld et al. (2012) explicam que emagrecimento pressupõe a necessidade de alterações cognitivas e mudança de hábitos comportamentais. Indivíduos obesos ou com sobrepeso possuem crenças disfuncionais acerca da alimentação e do peso. Este esquema cognitivo gera sentimentos negativos, resultando em problemas de relacionamento interpessoal, além de associar-se a outros transtornos psicológicos como Depressão e Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica.

Os métodos de diagnóstico da obesidade, cálculo do IMC e avaliação da distribuição e quantificação da gordura (circunferência de cintura, dobras cutâneas, bioimpedância, relação circunferência cintura-quadril), são passíveis de questionamento e

avaliação de risco individual. As estratégias dos tratamentos nutricionais usuais não têm obtido sucesso devido à complexidade da obesidade, na qual envolve aspectos clínicos, socioculturais, variações genéticas e, até mesmo, natureza das bactérias intestinais e uso de medicamentos (Vicente Junior, Timerman, Alvarenga, Pisciolaro, Polacow & Deram, 2015). A amostra clínica deste estudo pode ter compreensão da importância dos fatores internos em um processo de perda de peso. No entanto, devido à complexidade da obesidade, os pacientes necessitam de apoio profissional a fim de compreendê-la e alterar o comportamento alimentar.

Ao mesmo tempo, o resultado da análise dos dados da amostra clínica vai de encontro com o conceito de *Lócus* de controle. Este é um construto que explica a percepção das pessoas sobre quem ou o que detém o controle de sua vida. *Lócus* de controle refere-se também, de forma generalizada, à uma tendência em perceber eventos da vida como controlados pelo próprio sujeito (*lócus* de controle interno). Estudos mostram que indivíduos internos apresentam melhor desempenho e procuram mais informações sobre a doença (Rodríguez- Rossero, Ferriani & Dela Coleta, 2002).

7 Conclusão

O processo de adaptação de instrumentos envolve diversas etapas e cada uma possui sua complexidade. Quando adaptado, um instrumento passa a representar características daquela amostra, por meio do conceito e teoria que envolveram o estudo. No entanto, a decisão do pesquisador ou profissional em utilizar determinado instrumento em sua pesquisa ou diagnóstico deve ser pautada na compreensão do processo de adaptação e em questões éticas envolvidas na ação profissional com o sujeito.

Por meio deste estudo conclui-se que:

- As análises estatísticas conduzidas com a *Dieting Beliefs Scale* por este estudo demonstram qualidades psicométricas razoáveis. Tais resultados podem ter sido influenciados pela ampla variação da idade da amostra e escolaridade dos sujeitos, a complexidade da teoria *locus* de controle e o acesso fácil, rápido e errôneo das pessoas aos diversos tipos de informações sobre obesidade e o processo de perda de peso.
- Este instrumento pode ser utilizado para pesquisas a fim de buscar compreender as crenças dos indivíduos que estão em processo de perda de peso e qual fator que pode estar interferindo em seu comportamento: Fator 1 (*locus* de controle interno), que envolve questões relacionadas à força de vontade, esforço, responsabilidade; Fator 2 (fatores que estão além do controle), que envolve crenças sobre genética e sorte; e Fator 3 (*locus* de controle externo), em que as crenças estão focadas no ambiente, sorte, destino, apoio social. As qualidades psicométricas na amostra não clínica do Fator 1 foram mais satisfatórias quando comparadas aos Fatores 2 e 3.
- Em relação à aplicação desta escala na amostra clínica, pode haver evidências de que não há diferença estatística entre os fatores em relação ao estado nutricional (IMC). Tanto os obesos quanto os não obesos acreditam que o processo de dieta e perda de peso está relacionado ao Fator 1 (*locus* de controle interno).

REFERÊNCIAS¹

- Abreu, C. N., & Guilhardi, H. J. (2004). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental*. São Paulo, SP: Roca.
- Abreu, E.S., Nascimento, J.F., Santos, A.L.B., Sales, C.V., & Ferreira, S.F.(2015). Estratégias para perda de peso no período pré-competitivo e suas repercussões em atletas de luta olímpica, 9(50), p. 137-143. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo,SP
- Aguiar, C. R. R., Aguiar, M. J. L., & Guedes, R. C. A. G. (2013). Bases neurofisiológicas e neuroquímicas do comportamento alimentar. In: Almeida, S.S.; Braga Costa, T.M.; Laus, M.F., & Straatmann,G. *Psicobiologia do Comportamento Alimentar*. Rio de Janeiro, RJ: Rubio. p. 01-09.
- Amancio, O. M. S., & Chaud, D. M. A.(2004). Weight loss diets advertised in non-scientific publications, 20(5), p.1219-1222.*Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- Araujo, L.G., Lima, D.M.F., Sampaio,R.F., & Pereira,L.S.M. (2010). Escala de Locus de controle da dor: adaptação e confiabilidade para idosos, 14(5), p.438-445. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, SP. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552010000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E.M.W.G., Soriano,G.M.S., Santos, E.A., & Vasconcelos, S.M.L. (2013). Fatores determinantes do ganho ponderal no pós-operatório de cirurgia bariátrica, 26(1), p.26-32. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. São Paulo,SP.
- Beaton, D., Bombardier,C., Guillemin,F., & Ferraz,M.B.(2002). *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures*. American Academy of Orthopaedic Surgeons Institute for Work & Health.Revised March.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitivo Comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models, 107(2), p. 238 *Psychological Bulletin*. United States.

¹ De acordo com APA (American Psychological Association).

- Bodhani, A. R.(2006). *Parenting, Home Environment, and Child Obesity: A Survey of Parents and Children Attending a Pediatric Clinic*. **Electronic Theses and Dissertations**. East Tennessee State University. Johnson City, EUA. Recuperado de: <<http://dc.etsu.edu/etd/2162>>. Acesso em: 15 de maio de 2014.
- Boldieri, T., Diniz, M.B., Sanabe, M.E., Rodrigues, J.A., & Cordeiro, R.C.L. (2016). Desempenho de métodos baseados em indução de fluorescência na avaliação da remoção de dentina cariada, 45(1), p. 47-52. *Revista de Odontologia da UNESP*. Araraquara, SP. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.12615>
- Borsa, J. C.; Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos entre culturas: algumas considerações, 22(53), p.423-432. *Revista Paidéia*. Ribeirão Preto (SP). Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/14.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2014.
- Brandão, M. L., & Morato, S. (2001). Comportamento Alimentar. In: BRANDÃO, M.L. *Psicofisiologia – as bases fisiológicas do comportamento*. 2a ed. São Paulo, SP: Atheneu. p. 75-91.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013) Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2014). *Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e proteção para doenças crônicas por meio de inquérito telefônico*. Recuperado de: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/72/553a243c4b9f3.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2014.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, EUA: The Guilford Press.
- Bryan, J., & Tiggemann, M. (2001). The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women, 36(Issue 2), p.147-156. *Appetite*. EUA. doi:10.1006/appe.2000.0389
- Cardoso, L. K. O. (2006). *Avaliação psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multiprofissional à obesidade da Universidade de São Paulo- 2001 e 2002*. 2006. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica).103 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Carvalho, A. M. P. (2001). Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em Pré-adolescentes obesos, 11(20), p.39-47. *Paidéia*. Ribeirão Preto (SP).
- Cataneo, C., Carvalho, A.M., & Galindo, E.M.C. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Autoconceito, Locus de controle e Ansiedade, 18(1), p. 39-46. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre (RS). Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24815.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2014.
- Cerqueira, M. M. M., & Nascimento, E. (2008). Construção e validação da Escala de Locus de Controle Parental na Saúde, 13(2), p. 253-263. *PsicoUSF*, Itatiba. Recuperado

- de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2016.
- Cohen,R.J.; Swerdlik,M., &Sturman,E. (2014). *Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas*. 8a ed. Porto Alegre, RS: AMGH Editora Ltda.
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Avaliação Psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília, DF: CFP (Conselho Federal de Psicologia).
- Conti, M. A., Scagliusi, F., Queiroz, G.K.O., Hearst, N., & Cordás, T. A. (2010). Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal, 26(3), p. 503-513. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro,RJ.
- Cooper,M., Cohen-Tovée,E., Todd,G., Wells, A., & Tovée,M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development, 35(4), p. 381-388. *Behaviour Research and Therapy*. Califórnia (EUA).
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D.M. (2009). *Terapia Cognitivo Comportamental da obesidade: manual do terapeuta*. São Paulo, SP: Roca.
- Critério de Classificação Econômica Brasil. (2015). Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. *Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015*. Recuperado de: <[file:///C:/Users/Camila/Downloads/01_cceb_2015%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Camila/Downloads/01_cceb_2015%20(2).pdf)>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2014 .
- Cunha, J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. 5a ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dalton, W. T., Schetzina,K.E., Holt, N., Fulton-Robinson, H., HO, A.L., Tudiver,F,... WU, T. (2011). Parent-Led Activity and Nutrition (PLAN) for healthy living: Design and methods, 32,(issue 6), p. 882–892. *Contemporary Clinical Trials*. New York,EUA.
- Dela Coleta, J. A. (1979). A escala de locus de controle interno-externo de Rotter: um estudo exploratório, 31(4), p. 161-181. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro, RJ.
- Dela Coleta, M. F. (1987). Escala multidimensional de locus de controle de Levenson, 39, (2), p. 79-97. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. Rio de Janeiro,RJ.
- Donato, A. (2004). Obesidade. In: BUSSE, S. R (org). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. São Paulo, SP: Manole. 329-366 p.
- Duchesnea, M., & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitiva dos transtornos alimentares, 24(3), p. 49-53. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13972.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014.
- Fink, J. M. (2007). *The role of the social cognitive variables of self-efficacy, locus of control, weight loss, and quality of life in post-bariatric surgery patients*. 2007. 153 f. Tese (PhD em Philosophy). University of Akron, Ohio/EUA.

- Floriano, R. S., Mazur, C.E., Schwarz, K., Benincá, S.C., & Marques Machado, T.W. (2016). Dietas para emagrecimento publicadas em um magazine direcionado ao público feminino: análise do conteúdo nutricional, 26(2), p. 01-08. *Scientia Medica*. Porto Alegre, RS.
- Franks, C. M. (1996). Origem, história recente, questões atuais e estados futuros da Terapia Comportamental: uma revisão conceitual. In: CABALLO, V. E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo, SP: Editora Santos. 873p. 03-22.
- Furnham, A., & Atkins, L.(1997) Dieting Control Beliefs and Disordered Eating, 5(4), p. 278-296. *European Eating Disorders Review*. Barcelona, Espanha.
- Gatz, J. L. (2006). *Weight management in post menopausal women: a mixed methods approach*. (tese - Doutorado em Philosophy) – Department of Gerontology, University of Kentucky, Lexington/Kentucky (United States). Recuperado de: <http://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/373. 2006>. Acesso em: 10 de maio de 2016 .
- Gordon, C. C., Chumlea, W. C., & Roche, A. F. Stature. (1998). Recumbent length and weight. In: LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. (orgs). *Antropometric standardization reference manual*. Champaign: Human Kinetics, 1988. p. 327-399.
- Greenberger, D., & Padesky, C.A. Crenças Nucleares. (2017). In: *A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. 2a ed. Porto Alegre, RS: Artmed. 147-182p.
- Gudmundsson., E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments, 61(2), p. 29-45. *Nordic Psychology*. DOI: 10.1027/1901-2276.61.2.29
- Halpert, R., & Hill, R. (2011). *The Locus of Control Construct's Various Means of Measurement: A researcher's guide to some of the more commonly used Locus of Control scales*. Beach Haven: Will to Power Press.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (Eds.). (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. New Jersey: Psychology Press.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. *Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Recuperado de:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/defaulttabzip_prev.shtm>. Acesso em: 15 de maio de 2016
- IBM SPSS Statistics for Windows.Versão 20.0. Armonk: IBM Corp. (2011). Software estatístico.

- International Test Commission. (2014). *Diretrizes para o uso de testes: International Test Commission* (Tradução autorizada pela International Test Commission para o Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica –IBAP). Recuperado de: <<http://www.intestcom.org/Guidelines/%5BTranslations%5D.php>>. Acesso em: 11 set. 2014.
- Jensen, R., Cruz, D. A. L. M., & Tesoro, M. G. (2014). Tradução a adaptação cultural para o Brasil do modelo Developing Nurses Thinking, 22(2), p. 197-203. *Revista Latino-América de Enfermagem*. Ribeirão Preto (SP). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00197.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2016.
- Johnson, R., & Wichern, D. W. (2002). *Applied Multivariate Statistical Analysis*. 5th ed. New Jersey, EUA: Prentice-Hall.
- Keightley, J., Chur-Hansen, A., Princi, R., & Wittert, G.A. (2011). Perceptions of obesity in self and others, 5, p. 341-349. *Obesity Research and Clinical Practice*. Austrália. doi:10.1016/j.orcp.2011.03.013
- Laliberte, M., Newton, M., McCabe, R., & Jennifer S. Mills, J.S.(2007). Controlling your weight versus controlling your lifestyle: How beliefs about weight control affect risk for disordered eating, body dissatisfaction and self-esteem, 31(6), p. 853–869 *Cognitive Therapy and Research*. Boston (EUA).
- Mancini, M. C., & Halpern, A. (2003). Tratamento Farmacológico da Obesidade. In: DÂMASO, A. *Obesidade*. 2a ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Médica e Científica. 397-429 p.
- Marôco, J. (2010). *Análise de Equações Estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. Però Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 6a ed. Però Pinheiro, Portugal: Gráfica Manoel Barbosa e Filhos.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas, 4(1), p.65-90. *Laboratório de Psicologia*, Lisboa (Portugal).
- Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning, 50(9), p. 741. *American Psychologist*, EUA.
- Neufeld, C.B., Moreira, C.A.M., & Xavier, G.S. (2012). Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência, 43(1), p. 93-100. *Psico*. Porto Alegre, RS.
- Nunes, M. A., Appolinario, J.C., & Galvão, A.L.; COUTINHO, W. (2006). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. 2a ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

- O'Brien, K.S., Puhl, R.M., Latner, J.D., Mir, A.S., & Hunter, J.A. (2010). Reducing Anti-Fat Prejudice in Preservice Health Students: A Randomized Trial, *18*(11), p. 2138–2144. *Obesity*, Louisiana (EUA). DOI: 10.1038/oby.2010.79.
- Ohry, J. B., Maia, D.B., Coutinho, E.S.F., & Laks, J. (2014). Adaptação transcultural da escala Locus of Control of Behaviour para o português: versão para idosos, *63*(3), p.227-231. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852014000300227&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2016.
- Oliveira, A. P. S. V., & Ribeiro, M. A. (2013). Fatores conjugais e familiares que dificultam a perda de peso em mulheres obesas, *4*(3), p. 65-74. *Saúde e Transformação Social*. Florianópolis, SC.
- Oliveira, A. P. S. V., & Silva, M. M. S. (2014). Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II, *6*(1), p. 74-82. *Revista Psicologia e Saúde*. Campo Grande, MS.
- Pasquali, L., Alves, A. R., & Pereira, M. A. M.(1998). Escala de Locus de controle ELCO/TELEBRÁS, *11*(2), p. 363- 378. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, RS. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2016.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília, DF: LabPAM.
- Pasquali, L. (2010) Testes referentes a construção: Teoria e modelo de construção. In: Pasquali, L. *Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre, RS: Artmed. p. 165-197.
- Paxton, S. J., & Sculthorp, A. (1999). Weight and health locus of control belief in Australian community sample, *14*, p. 417-431. *Psychology and health*, England.
- Piccoloto, L., Wainer, R., & Piccoloto, R (orgs). (2007). *Tópicos especiais em Terapia Cognitivo-Comportamental*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Pilati, R., & Laros, J. A. (2007). Modelos de Equações Estruturais em Psicologia: Conceitos e Aplicações, *23*(2), p. 205-216. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, DF.
- Pinel, J. (2005). Fome, ingestão de alimentos e saúde: por que tantas pessoas comem demais? In: COSTA, R. C. (trad.). *Biopsicologia*. 5a ed. Porto Alegre, RS: Artmed. p. 314-341.
- Pisciolaro, F., Figueiredo, M., Paulino, E., & Alvarenga, M. (2015). Terapia Cognitivo-Comportamental na Nutrição. In: Alvarenga, M. (org). *Nutrição comportamental*. Barueri, SP: Manole. 303-335p.
- Quaioti, T., & Almeida, S. (2006). Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores que contribuem para a obesidade, *17*(4), p.193-211

- Psicologia USP*, São Paulo, SP. Recuperado de: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a11>>. Acesso em: 07 out. 2014.
- Rattan, N., Neelam, R., Shirin, K., Nisha, T., & Komila, P. (2006). State self-esteem in relation to weight locus of control amongst adolescents, 2(1), p. 31-34. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, India. Recuperado de: <<http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ840390.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2014.
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia, 41(4), p. 665-673. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, SP.
- Rodríguez- Rossero, J.E., Ferriani, M.G.C., & Dela Coleta, M.F. (2002). *Escala de locus de controle da saúde - MHLC: estudos de validação*, 10(2), p.179-84. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Rotter, J. B.(1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, 80(1), p. 1-18. *Psychological Monographs: General and Applied. American Psychological Association*. EUA. <http://dx.doi.org/10.1037/h0092976>
- Solomon, E. D., Garczynski, A.M., & Mattingly, M.J.B. (2013). The role of beliefs of controllability in fat stigma, 3(1), p.92-105. *Journal of Integrated Social Sciences*. California (EUA). Recuperado de: <[http://www.jiss.org/documents/volume_3/issue_1/JISS%202013%203\(1\)%2092-105%20Fat%20Stigma.pdf](http://www.jiss.org/documents/volume_3/issue_1/JISS%202013%203(1)%2092-105%20Fat%20Stigma.pdf)>. Acesso em: 08 out. 2014.
- Schlindwein, M. M., & Kassouf, A. N. (2007). *Mudanças no padrão de consumo de alimentos tempo-intensivos e de alimentos poupadores de tempo, por região do Brasil*. Recuperado de: <http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/20_Cap12.pdf>. Acesso em: 07 out. 2014.
- Shils, M. E, Olson, JA, Shike, M., & Ross, A.C. (2003). *Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença*. 9a ed. São Paulo, SP: Manole.
- Sigel, I. E., McGillicuddy-Delisi, A. V., & Goodnow, J. J.(1992). *Parental belief system: the psychological consequences for children*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. 478 p.
- Silva, J. D., & Ribeiro- Filho, N. P. (2006). *Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática*. Ribeirão Preto, SP: Fundec.
- Souza, J. M., Castro, M.M.C., Maia, E.M.C., Ribeiro, A.N., Almondes, K.M., & Silva, N.G. (2005). Obesidade e tratamento: desafio comportamental e social, 1(1), p. 59-67. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872005000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2016.

- Stotland, S., & Zuroff, D. C. (1990). A New Measure of Weight Locus of Control: The Dieting Beliefs Scale, *54*(1), p.191-203. *Journal of personality assessment*, Montreal, Canadá.
- Tiggmann, M., & Rothblum, E. D. (1997). Gender differences in internal beliefs about weight and negative attitudes towards self and others, *21*, p. 581-593. *Psychology of Women Quarterly*.USA. Recuperado de: <http://www-rohan.sdsu.edu/~rothblum/doc_pdf/weight/GenderDifferencesinInternal.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2014.
- Tylka, T. L., & Subich, M. L. (1999). Exploring the Construct Validity of the Eating Disorder Continuum, *46*(2), p. 268-276. *Journal of Counseling Psychology*.
- Urbina, S.(2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Vasques, F., Martins, F. C., & De Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade, *31*(4), p. 195-198. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo.
- Vicente Júnior, C., Timerman,F., Alvarenga,M., Psiciolaro,F., Polacow,V., & Deram,S. (2015). Nutrição comportamental no tratamento da obesidade. In: ALVARENGA, M. (org). *Nutrição comportamental*. Barueri, SP: Manole. 337-366p.
- Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN. (2004). *Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Vitousek, K. B., & Hollon, S. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders, *14*(issue 2), p. 191-214. *Cognitive Therapy and Research*. Boston (EUA). DOI: 10.1007/BF01176209
- Yoo, J. H. (2013). No Clear Winner: Effects of the biggest loser on the stigmatization of obese persons, *28*(issue 3), p. 294–303. *Health Communication*. EUA. <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2012.684143>
- Wallston, K. A. (2005). The validity of the multidimensional health locus of control scales, *10*(4), p. 632-631. *Journal of health Psychology*. London (England).
- White, M. A., McKee S. A., & O'Malley S. S. (2007). Smoke and mirrors: Magnified beliefs that cigarette smoking suppresses weight, *32* (issue10), p.2200-2210. *Addictive Behaviors*. South Carolina/EUA. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.02.011>
- World Health Organization (WHO).(2014). *Mean Body Mass Index*. Recuperado de: <http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en/>. Acesso em: 24 abr. 2014.
- World Health Organization (WHO) (2015). *Obesity and over weight*. Recuperado de: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>. Acesso em: 15 de maio de 2014.

- World Health Organization (WHO) (2000). *Obesity – Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO consultation on obesity*. Geneva: WHO, Technical Report Series. 253p.
- Zanuto, R., Zwarg, M. C. G., & Teixeira, L. (2008). Atividade Física no controle de Obesidade. *In: TEIXEIRA, L. Atividade Física adaptada e Saúde: da teoria à prática*. São Paulo, SP: Phorte. p. 235-269.
- Zucoloto, F. S. (2013). A evolução do comportamento alimentar na espécie humana. *In Almeida, S.S.; Braga Costa, T.M.; Laus, M.F.; Straatmann, G. Psicobiologia do Comportamento Alimentar*. Rio de Janeiro, RJ: Rubio. 11-31p.

ANEXO A - Autorização dos autores da escala

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CETP/FFCLRP-USP/025/-vjmc

Ribeirão Preto, 18 de março de 2015.

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA DIETING BELIEFS SCALE: UMA ESCALA UTILIZADA PARA AVALIAR A CRENÇA ALIMENTAR EM ADULTOS DE AMBOS OS SEXOS" foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 39790314.2.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a ANDRÉIA SCHMIDT
Coordenadora

À Senhora
Camila Lemos Batista
Programa de Pós-graduação em Psicobiologia da FFCLRP-USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffcrlp.usp.br> - e-mail: coetp@ffcrlp.usp.br

ANEXO C - Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB ABEP, 2015)

Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**Instruções:**

Por favor, preencha a opção abaixo de acordo com 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.

Grau de instrução do chefe de família		
<i>Nomenclatura atual</i>	<i>Nomenclatura anterior</i>	
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	()

Por favor, preencha as questões abaixo com um “X” sobre os itens do seu domicílio, para efeito de classificação econômica. Todos os itens eletrônicos citados devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Quantidade de Itens					
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 em seu domicílio é proveniente de?

() Rede geral de distribuição () Poço ou nascente () Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

() Asfaltada/ Pavimentada () Terra/ Cascalho

ANEXO D - Esquema de avaliação da tradução pela amostra (CONTI et al, 2010)

Escala de Crenças sobre Dieta

<p>Por favor, leia cada um dos itens abaixo cuidadosamente e indique o número que melhor reflete o quanto você entendeu a instrução e cada afirmação da escala.</p> <p>Não entendi nada = 0 Entendi só um pouco = 1 Entendi mais ou menos = 2 Entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas = 3 Entendi quase tudo = 4 Entendi perfeitamente e não tenho dúvidas = 5</p>							
Instrução da escala							
<p>Por favor, responda às seguintes afirmações indicando quão bem cada afirmação descreve suas crenças. Coloque o número de 1 (nada descritivo das minhas crenças) a 6 (muito descritivo das minhas crenças) no espaço disponibilizado antes de cada afirmação.</p>							
		1 Nada descritivo das minhas crenças	2	3	4	5	6 Muito descritivo das minhas crenças
Avaliação da instrução		0	1	2	3	4	5
Afirmação da escala		0	1	2	3	4	5
Itens para avaliação							
01	Ao restringir o que se come, pode-se perder peso.						
02	Quando as pessoas ganham peso, isso se deve a algo que elas fizeram ou não fizeram.						
03	Um corpo magro é em grande parte resultado de genética.						
04	Não importa quanto esforço se faça numa dieta, o peso tende a permanecer basicamente o mesmo.						
05	O peso é, em grande parte, controlado pelo destino.						
06	Há tantos alimentos gordurosos por aí que perder peso é quase impossível.						

ANEXO E - *Dieting Beliefs Scale* (STOTLAND;ZUROFF, 1990)

TABLE 1
Dieting Beliefs Scale

Please respond to the following statements by indicating how well each statement describes your beliefs. Place a number from 1 (*not at all descriptive of my beliefs*) to 6 (*very descriptive of my beliefs*) in the space provided before each statement.

	1	2	3	4	5	6
	Not at all descriptive of my beliefs					Very descriptive of my beliefs
_____	1.					By restricting what one eats, one can lose weight.
_____	2.					When people gain weight it is because of something they have done or not done.
* _____	3.					A thin body is largely a result of genetics.
* _____	4.					No matter how much effort one puts into dieting, one's weight tends to stay about the same.
* _____	5.					One's weight is, to a great extent, controlled by fate.
* _____	6.					There is so much fattening food around that losing weight is almost impossible.
* _____	7.					Most people can only diet successfully when other people push them to do it.
_____	8.					Having a slim and fit body has very little to do with luck.
_____	9.					People who are overweight lack the willpower necessary to control their weight.
_____	10.					Each of us is directly responsible for our weight.
_____	11.					Losing weight is simply a matter of wanting to do it and applying yourself.
* _____	12.					People who are more than a couple of pounds overweight need professional help to lose weight.
_____	13.					By increasing the amount one exercises, one can lose weight.
* _____	14.					Most people are at their present weight because that is the weight level that is natural for them.
_____	15.					Unsuccessful dieting is due to lack of effort.
* _____	16.					In order to lose weight people must get a lot of encouragement from others.

Note: Items labeled with an asterisk (*) are scored in the reverse direction.

ANEXO F – Resposta do autor da escala sobre dúvidas

Novo | Otter e-mail | Apagar | Responder | Responder a todos | Encaminhar | Spam | Visualizar | Problema

De	Assunto	Pasta	Tamanho	Receb
Proestat	RES: orçamento - Oi Camila! Estou bem e você? Segue anexo o orçamento com o adicional da análise fatorial exploratória! Acrescentamos R\$140,00 reais (preço já com ...	escala	240 KB	11/12/20
camileba	artigos sobre a escala - Oi! professores! Hoje encontrei alguns artigos sobre a escala. Os autores Bryan e Toggeman utilizaram a escala em seu estudo e no artigo está o email ...	escala	2 MB	17/11/20

De: "Dr. Stephen Stotland" <stephen.stotland@gmail.com>
Para: "Sebastião Sousa Almeida" <sebasalm@usp.br>
Enviadas: Segunda-feira, 9 de Novembro de 2015 17:20:38
Assunto: Re: Back-translation Dieting Beliefs Scale

Hello,
 I'm sorry but I can't really help you with that. We have not done any further scale development work with the Dieting Beliefs Scale, beyond what is reported in the original paper. If you read that paper carefully, you will see clearly how we defined the total score and the three subscales. I would suggest you do the same.
 However, I do know that the scale has been used by a number of other researchers, so I would recommend you consult their publications as well.
 Good luck with your research,
 Dr. Stotland

Stephen Stotland, Ph.D.
www.montrealcomprehensive.ca/stephenstotland.php

On Sun, Nov 8, 2015 at 8:59 AM, David Zuroff <zuroff@mx0.psych.mcgill.ca> wrote:
 I am forwarding your inquiry to Dr. Stotland, the first author of the scale.

Regards,
 David Zuroff

On 11/8/2015 8:01 AM, sebasalm@usp.br wrote:

Dear Dr. Zuroff

My name is Sebastião S. Almeida, professor at the University of São Paulo, Brazil. Last year my student Camila Lemos Batista had your agreement in order to make the adaptation process of the Dieting Beliefs Scale for Brazil. Now we are asking for your help to analyze the back-translation of the instrument. You'll find attached the back-translation of the Dieting Beliefs Scale. We would like that you check whether the items have the same content as the original scale.

In addition, we have some questions regarding the Dieting Beliefs Scale and would like to ask you:

- About the score of Dieting Beliefs Scale: how to score the starred items? In the article it's written that they are scored in the opposite direction. This direction refers to the mirroring score, for example: if in item 3, the participant marks option 1, when we count the points, would we put the number 6? Number 2, put the number 5? Number 3, put the number 4?
- About the total score: it is noticed that the minimum score is 16 and maximum 96. What limits could be established to examine whether people are successful in losing weight or not? What is the internal score that shows the need to lose weight? Is there a limit score that can highlight problems regarding nutrition and behavior?
- Finally, we would like to know which items belongs to factor 1 (internal factors), Factor 2 (beyond control) and factor 3 (environmental).

Thank you for your attention.
 S.S. Almeida

ANEXO G - Traduções do instrumento de origem para o idioma-alvo

Forward Translation 1

Escala de Crenças em Saúde sobre Dietas

Ao responder às declarações abaixo, indique o quanto cada uma delas reflete suas crenças. Coloque um número de 1 (definitivamente não reflete minhas crenças) a 6 (reflete totalmente minhas crenças) no espaço disponibilizado ao lado de cada declaração.

1 2 3 4 5 6

Definitivamente não reflete minhas crenças

Reflete totalmente minhas crenças

1. Perdemos peso sempre que colocamos limites ao que comemos.
2. Quando engordamos, é porque fizemos algo que não deveríamos ter feito ou porque deixamos de fazer algo que deveríamos ter feito.
3. Um corpo esbelto é, em grande parte, resultado de herança genética.
4. Independente do quanto as pessoas se esforcem para fazer dieta, seu peso sempre tenderá a ser o mesmo.
5. O peso das pessoas é, em grande medida, controlado pelo destino.
6. Há tantos alimentos gordurosos à nossa volta que perder peso é uma missão quase impossível.
7. A maioria das pessoas só consegue sucesso na dieta quando são forçadas por outras pessoas a fazê-lo.
8. Um corpo esbelto tem muito pouco a ver com sorte.
9. As pessoas são obesas porque não possuem a força de vontade necessária para controlar seu peso.
10. Cada um de nós é diretamente responsável por seu peso.
11. Perder peso é simplesmente uma questão pessoal de querer e fazer.
12. Pessoas muito acima do seu peso só conseguirão perder peso com ajuda profissional.
13. Se aumentarmos a quantidade de exercícios, conseguiremos emagrecer.
14. A maioria das pessoas têm o peso que têm porque este é o peso natural que devem ter.
15. Se uma dieta não deu certo, é porque faltou empenho por parte da pessoa.
16. É preciso contar com muito apoio das pessoas para se perder peso.

Observação: Os itens marcados com asterisco (*) estão classificados em ordem inversa.

Forward Translation 2

Escala de Crenças sobre Dieta

Por favor responda às seguintes afirmações indicando quão bem cada afirmação descreve suas crenças. Coloque um número de 1 (nada descritivo das minhas crenças) a 6 (muito descritivo das minhas crenças) no espaço disponibilizado antes de cada afirmação.

1 2 3 4 5 6

Nada descritivo das minhas crenças

Muito descritivo das minhas crenças

1. Ao restringir o que se come, pode-se perder peso.
2. Quando as pessoas ganham peso, isso se deve a algo que elas fizeram ou não fizeram.
3. Um corpo magro é em grande parte resultado de genética.
4. Não importa quanto esforço se faça numa dieta, o peso tende a continuar basicamente o mesmo.
5. O peso é, em grande parte, controlado pelo destino.
6. Há tanta comida engordativa por aí que perder peso é quase impossível.
7. A maioria das pessoas só pode ter sucesso em dietas quando outras pessoas as forçam a fazer isso.
8. Ter um corpo magro e em forma tem muito pouco a ver com sorte.
9. As pessoas que têm sobrepeso não têm a força de vontade necessária para controlar o seu peso.
10. Cada um de nós é diretamente responsável por nosso peso.
11. Perder peso é simplesmente questão de querer fazer isso e se aplicar.
12. As pessoas que estão poucos quilos acima do peso precisam de ajuda profissional para perderem peso.
13. Ao aumentar a quantidade de exercício, pode-se perder peso.
14. A maioria das pessoas está no seu peso atual porque esse é o nível de peso que é natural para elas.
15. Fracasso na dieta se deve à falta de esforço.
16. Para perder peso, as pessoas devem receber muito encorajamento dos outros.

Nota: Itens com um asterisco (*) estão pontuados na direção oposta.

ANEXO H - Síntese das versões traduzidas

Escala de crenças sobre dieta

Por favor responda às seguintes afirmações indicando quão bem cada afirmação descreve suas crenças. Coloque o número de 1 (nada descritivo das minhas crenças) a 6 (muito descritivo das minhas crenças) no espaço disponibilizado antes de cada afirmação.

1 2 3 4 5 6

Nada descritivo das minhas crenças

Muito descritivo das minhas crenças

1. Ao restringir o que se come, pode-se perder peso.
2. Quando as pessoas ganham peso, isso se deve a algo que elas fizeram ou não fizeram.
3. Um corpo magro é em grande parte resultado de genética.
4. Não importa quanto esforço se faça numa dieta, o peso tende a continuar basicamente o mesmo.
5. O peso é, em grande parte, controlado pelo destino.
6. Há tantos alimentos gordurosos por aí que perder peso é quase impossível.
7. A maioria das pessoas só conseguem ter sucesso em dietas quando outras pessoas as forçam a fazer isso.
8. Ter um corpo magro e em forma tem muito pouco a ver com sorte.
9. As pessoas que têm sobrepeso não tem força de vontade necessária para controlar seu peso.
10. Cada um de nós é diretamente responsável por nosso peso.
11. Perder peso é simplesmente questão de querer fazer isso e se aplicar.
12. As pessoas que estão poucos quilos acima do peso precisam de ajuda profissional para perderem peso.
13. Ao aumentar a quantidade de exercício, pode-se perder peso.
14. A maioria das pessoas está no seu peso atual porque esse é o nível de peso que é natural para elas.
15. Fracasso na dieta se deve à falta de esforço.
16. Para perder peso, as pessoas devem receber muito encorajamento dos outros.

ANEXO I - Avaliação das sínteses por juízes *experts*

Escala de crenças sobre dieta

Por favor, responda às seguintes afirmações indicando quão bem cada afirmação descreve suas crenças. Coloque o número de 1 (nada descritivo das minhas crenças) a 6 (muito descritivo das minhas crenças) no espaço disponibilizado antes de cada afirmação.

	1	2	3	4	5	6
	Nada
descritivo
das minhas
crenças					Muito
descritivo
das minhas
crenças
_____ 1. Ao restringir o que se come, pode-se perder peso.						
_____ 2. Quando as pessoas ganham peso, isso se deve a algo que elas fizeram ou não fizeram.						
_____ 3.* Um corpo magro é em grande parte resultado de genética.						
_____ 4.* Não importa quanto esforço se faça numa dieta, o peso tende a permanecer basicamente o mesmo.						
_____ 5.* O peso é, em grande parte, controlado pelo destino.						
_____ 6.* Há tantos alimentos gordurosos por aí que perder peso é quase impossível.						
_____ 7.* A maioria das pessoas só consegue ter sucesso em dietas quando outras pessoas as pressionam a fazer isso.						
_____ 8. Ter um corpo magro e em forma tem muito pouco a ver com sorte.						
_____ 9. As pessoas que estão com sobrepeso não têm força de vontade necessária para controlar seu peso.						
_____ 10. Cada um de nós é diretamente responsável por nosso peso.						
_____ 11. Perder peso é simplesmente uma questão de querer fazer isso e de se esforçar para conseguir.						
_____ 12.* As pessoas que estão poucos quilos acima do peso precisam de ajuda profissional para perderem peso.						
_____ 13. Ao aumentar a quantidade de exercício, pode-se perder peso.						
_____ 14.* A maioria das pessoas está no seu peso atual porque esse é o peso natural para elas.						
_____ 15. Fracasso na dieta se deve à falta de esforço.						
_____ 16.* Para perder peso, as pessoas devem receber muito encorajamento dos outros.						

ANEXO J - Tradução e Reversa

Back-translation 1

Scale of trust in diet

Please reply to the following statements by indicating how well they describe your trust. Write a number from 1 (does not describe my trust) to 6 (describes very well my trust) in the blanks available before each statement.

1	2	3	4	5	6
Does not describe my trust				Describes very well my trust	

1. When we restrict what we eat, we may lose weight.
2. When people gain weight, it is due to something they did or did not do.
3. A slim body is largely due to genetics.
4. It doesn't matter how much effort I put on a diet, my weight tends to remain the same.
5. Weight is largely controlled by destiny.
6. There are so many fat foods around that it is almost impossible to lose weight.
7. Most people can only have a successful diet when other people push them to do it.
8. Having a slim and fit body has little to do with luck.
9. Overweight people do not have enough willpower to control their weight.
10. Each one of us is directly responsible for our weights.
11. Losing weight is just a matter of will and making effort to succeed.
12. People who are a few kilos above their weight need professional help to lose weight.
13. When we increase the amount of physical exercise, we may lose weight.
14. Most people are in their current weight because it is their natural weight.
15. Failure in diet is due to the lack of effort.
16. In order to lose weight, people must be greatly encouraged by others.

Back-translation 2

Scale of beliefs about diet

Please respond to the following statements, indicating how well each one describes your beliefs. Write the number 1 (not descriptive of my beliefs) to 6 (very descriptive of my beliefs) in the space provided before each statement.

1 2 3 4 5 6

Not descriptive of my beliefs at all

Very descriptive of my beliefs

1. By limiting what you eat, you can lose weight.
2. When people gain weight, it's because of something they did or didn't do.
3. A lean body is largely the result of genetics.
4. No matter how much effort you make on a diet, your weight tends to remain basically the same.
5. Weight is largely controlled by fate.
6. There are so many fatty foods out there that losing weight is almost impossible.
7. Most people can only succeed on a diet when other people pressure them to do it.
8. Having a lean and fit body has very little to do with luck.
9. People who are overweight do not have the willpower required to control their weight.
10. Each of us is directly responsible for our weight.
11. Losing weight is simply a matter of wanting and making the effort to do so.
12. People who are a few pounds overweight need professional help to lose weight.
13. By increasing the amount you exercise, you can lose weight.
14. Most people are at their current weight because it is their natural weight.
15. A failed diet is due to lack of effort.
16. To lose weight, people should receive a lot of encouragement from others.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a amostra clínica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do projeto de pesquisa que tem como título: “Adaptação transcultural da *DietingBeliefsScale*: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos”. Os pesquisadores responsáveis são Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa, prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida, mestranda Camila Lemos Batista. O projeto está vinculado a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

O objetivo do projeto é adaptar a *DietingBeliefsScale* – Escala de Crenças sobre Dieta - em adultos de ambos os sexos nas idades entre 20 e 59 anos. Esta escala possui 16 itens sobre crenças em relação a perda de peso e comportamento alimentar.

Este estudo justifica-se pelo fato de que a adaptação deste instrumento viabilizará para o Brasil um instrumento importante para avaliar o comportamento alimentar de adultos brasileiros e suas crenças em relação a perda de peso, podendo ser utilizado em pesquisas de intervenção em relação à nutrição e comportamento. Além disso, poderá ser um dos instrumentos que auxiliam na suposta identificação de problemas alimentares, contribuindo para ações de tratamento e prevenção dos mesmos.

O procedimento do estudo inclui sua participação na pesquisa que consiste no preenchimento da *DietingBeliefsScale* – Escala de Crenças sobre Dieta- (poderá ser respondido em 10 minutos) e do questionário sobre os dados socioeconômicos da sua família (poderá ser respondido em 10 minutos). Após ler os itens do instrumento de avaliação e do questionário e você deve julgar ou classificar cada item. Para fazer seu julgamento, você deve se basear nas instruções que serão fornecidas a você. Este procedimento, que no total será feito em aproximadamente em 20 minutos, será realizado individualmente, em uma sala da Clínica de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

Não há previsão de riscos na participação do estudo quanto a sua integridade física. No entanto, pode ocorrer algum desconforto emocional por se tratar de uma temática delicada referente à perda de peso e ao comportamento nutricional. Em qualquer momento poderá interromper caso haja qualquer tipo de desconforto. A recusa ou interrupção da participação na pesquisa não acarretarão prejuízos ao atendimento clínico.

Em relação aos benefícios esperados sua participação pode oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir, diagnosticar e tratar as questões relacionadas à nutrição e comportamento.

Será garantido total sigilo das informações coletados sobre você. Seu nome não aparecerá em nenhuma publicação resultante desse estudo. As informações deste estudo, realizadas após a análise dos dados dos instrumentos coletados no procedimento, serão utilizados apenas em publicações em revistas especializadas e em congressos da área. Em caso de dúvida você pode consultar os pesquisadores responsáveis e o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. No final deste documento estão os contatos do comitê e dos pesquisadores.

Em caso de você recusar a participar deste estudo, não haverá nenhum prejuízo. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto e sempre que desejar, e é livre para recusar ou interromper sua participação a qualquer momento.

A sua participação no estudo não acarretará nenhum tipo premiação ou reembolso, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

Para participar, assine ao final deste documento. Uma via deste consentimento informado será arquivada com o pesquisador responsável e outra será fornecida a você.

Eu, _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expressei meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa intitulada: “Adaptação transcultural da *DietingBeliefsScale*: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos”.

Declaro que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, sendo-me garantido que posso retirar o consentimento de minha participação a qualquer momento, sem que isto acarrete nenhum prejuízo.

Assinatura do Participante

Camila Lemos Batista
Mestranda

Prof^a. Dr^a. Telma Maria Braga Costa
Orientadora

Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida
Co-orientador

Esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa:

Pesquisadora responsável: Camila Lemos Batista – RG:MG. 10.179.592

Telefone para contato: (16) 3315-4391 e-mail: camilaleba@usp.br

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telma Maria Braga Costa - RG.14.608.435-4

Telefone para Contato: (16) 36036916 - Curso de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto.

(16) 3315-4391 - Laboratório de Nutrição e Comportamento da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.

Esclarecimentos sobre aspectos éticos da pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes, 3900 – bloco 23 – casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Fone: (16) 3315-4811/Fax: (16)3633-2660

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a amostra não clínica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do projeto de pesquisa que tem como título: “Adaptação transcultural da DietingBeliefsScale: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos”. Os pesquisadores responsáveis são Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa, prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida, mestrandas Camila Lemos Batista. O projeto está vinculado a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

O objetivo do projeto é adaptar a DietingBeliefsScale – Escala de Crenças sobre Dieta -em adultos de ambos os sexos nas idades entre 20 e 59 anos. Esta escala possui 16 itens sobre crenças em relação a perda de peso e comportamento alimentar.

Este estudo justifica-se pelo fato de que a adaptação deste instrumento viabilizará para o Brasil um instrumento importante para avaliar o comportamento alimentar de adultos brasileiros e suas crenças em relação a perda de peso, podendo ser utilizado em pesquisas de intervenção em relação à nutrição e comportamento. Além disso, poderá ser um dos instrumentos que auxiliam na identificação de problemas alimentares, contribuindo para ações de tratamento e prevenção dos mesmos.

O procedimento do estudo inclui sua participação na pesquisa que consiste no preenchimento da DietingBeliefsScale –Escala de Crenças sobre Dieta - (poderá ser respondido em 10 minutos) e do questionário sobre os dados socioeconômicos da sua família (poderá ser respondido em 10 minutos), além da coleta do seu peso e altura (será coletado em 10 minutos aproximados). Após ler os itens do instrumento de avaliação e do questionário e você deve julgar ou classificar cada item. Para fazer seu julgamento, você deve se basear nas instruções que serão fornecidas a você. Este procedimento, que no total será feito em aproximadamente em 20 minutos, será realizado individualmente, em uma sala da Clínica de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

Não há previsão de riscos na participação do estudo quanto a sua integridade física. No entanto, pode ocorrer algum desconforto emocional por se tratar de uma temática delicada referente à perda de peso e ao comportamento nutricional. Em qualquer momento poderá interromper caso haja qualquer tipo de desconforto.

Em relação aos benefícios esperados sua participação pode oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir, diagnosticar e tratar as questões relacionadas à nutrição e comportamento.

Será garantido total sigilo das informações coletados sobre você. Seu nome não aparecerá em nenhuma publicação resultante desse estudo. As informações deste estudo, realizadas após a análise dos dados dos instrumentos coletados no procedimento, serão utilizados apenas em publicações em revistas especializadas e em congressos da área. Em caso de dúvida você pode consultar os pesquisadores responsáveis e o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. No final deste documento estão os contatos do comitê e dos pesquisadores.

Em caso de você recusar a participar deste estudo, não haverá nenhum prejuízo. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto e sempre que desejar, e é livre para recusar ou interromper sua participação a qualquer momento.

A sua participação no estudo não acarretará nenhum tipo premiação ou reembolso, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

Para participar, assine ao final deste documento. Uma via deste consentimento informado será arquivada com o pesquisador responsável e outra será fornecida a você.

Eu, _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expressei meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa intitulada: “Adaptação transcultural da DietingBeliefsScale: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos”.

Declaro que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, sendo-me garantido que posso retirar o consentimento de minha participação a qualquer momento, sem que isto acarrete nenhum prejuízo.

Assinatura do Participante

Camila Lemos Batista
Mestranda

Prof^a. Dr^a. Telma Maria Braga Costa
Orientadora

Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida
Co-orientador

Esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa:

Pesquisadora responsável: Camila Lemos Batista – RG:MG. 10.179.592

Telefone para contato: (16) 3315-4391 e-mail: camilaleba@usp.br

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telma Maria Braga Costa - RG.14.608.435-4

Telefone para Contato: (16) 36036916 - Curso de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto.

(16) 3315-4391 - Laboratório de Nutrição e Comportamento da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.

Esclarecimentos sobre aspectos éticos da pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes, 3900 – bloco 23 – casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Fone: (16) 3315-4811/Fax: (16)3633-2660E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Apêndice C – Escala de Crenças sobre Dieta adaptada para o português do Brasil.

Escala de Crenças sobre Dieta

Por favor, responda às seguintes afirmações indicando quão bem cada afirmação descreve suas crenças. Coloque o número de 1 (nada descritivo das minhas crenças) a 6 (muito descritivo das minhas crenças) no espaço disponibilizado antes de cada afirmação.

1	2	3	4	5	6
Nada descritivo das minhas crenças			Muito descritivo das minhas crenças		
<p>___ 1. Ao restringir o que se come, pode-se perder peso.</p> <p>___ 2. Quando as pessoas ganham peso, isso se deve a algo que elas fizeram ou não fizeram.</p> <p>___ 3.* Um corpo magro é em grande parte resultado de genética.</p> <p>___ 4. *Não importa quanto esforço se faça numa dieta, o peso tende a permanecer basicamente o mesmo.</p> <p>___ 5.* O peso é, em grande parte, controlado pelo destino.</p> <p>___ 6.* Há tantos alimentos gordurosos por aí que perder peso é quase impossível.</p> <p>___ 7.* A maioria das pessoas só consegue ter sucesso em dietas quando outras pessoas as pressionam a fazer isso.</p> <p>___ 8. Ter um corpo magro e em forma tem muito pouco a ver com sorte.</p> <p>___ 9. As pessoas que estão com sobrepeso não têm força de vontade necessária para controlar seu peso.</p> <p>___ 10. Cada um de nós é diretamente responsável por nosso peso.</p> <p>___ 11. Perder peso é simplesmente uma questão de querer fazer isso e de se esforçar para conseguir.</p> <p>___ 12.* As pessoas que estão poucos quilos acima do peso precisam de ajuda profissional para perderem peso.</p> <p>___ 13. Ao aumentar a quantidade de exercício, pode-se perder peso.</p> <p>___ 14.* A maioria das pessoas está no seu peso atual porque esse é o peso natural para elas.</p> <p>___ 15. Fracasso na dieta se deve à falta de esforço.</p> <p>___ 16.* Para perder peso, as pessoas devem receber muito encorajamento dos outros.</p>					