

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
DOUTORADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

MURIELE PEREIRA MENDES CORNÉLIO

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DA AUTOEFICÁCIA QUANTO AO PESO
E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (EPAPAS)

UBERABA
2023

MURIELE PEREIRA MENDES CORNÉLIO

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DA AUTOEFICÁCIA QUANTO AO PESO
E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (EPAPAS)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Aparecida Pedrosa Kauchakje.

Uberaba

2023

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

C834v	<p>Cornélio, Muriele Pereira Mendes Validação da Escala de Percepção da Autoeficácia quanto ao Peso e Alimentação Saudável (EPAPAS) / Muriele Pereira Mendes Cornélio. -- 2023. 100 p. : il., tab.</p> <p>Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2023 Orientadora: Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa</p> <p>1. Dieta saudável. 2. Peso corporal. 3. Autoeficácia. 4. Nutrição. I. Pedrosa, Leila Aparecida Kauchakje. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p> <p>CDU 613.2</p>
-------	--

MURIELE PEREIRA MENDES CORNÉLIO

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DA AUTOEFICÁCIA QUANTO AO PESO
E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (EPAPAS)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Aparecida Pedrosa Kauchakje.

16 outubro de 2023

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa — Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dr.^a Cíntia Tavares Carleto
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dr.^a Virgínia Souza Santos
Universidade Federal de Viçosa

Dr.^a Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr. Omar Pereira de Almeida Neto
Universidade Federal de Uberlândia

Dedico esta Tese à minha família, que me motiva a sempre persistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus pela vida e pela oportunidade de realizar o Doutorado, me permitindo concluir mais um sonho tão desejado, e que eu possa retribuir a comunidade todo o conhecimento adquirido.

Aos meus familiares, que sempre me deram amor e força, para alcançar os meus objetivos.

Ao meu esposo, Vitor, que me apoiou desde o primeiro anseio em tentar esse sonho, me auxiliando nas mudanças, dificuldades e sempre me incentivando em todo o processo. Obrigada pelo amor, dedicação, apoio e companheirismo.

Aos meus filhos, João Gabriel e Miguel, por me motivarem diariamente a sempre persistir. Faço tudo por vocês.

Aos meus pais, avós, irmão e familiares por sempre acreditarem e apoiarem os meus objetivos de vida. Eles foram minha base em todas as etapas da minha vida, ensinando-me com exemplos diários de persistência, honestidade e humildade. Serei eternamente agradecida por terem me proporcionado a vida, por todo esforço em me dar o estudo, além do incentivo diário. Obrigada por confiarem no meu potencial.

À Professora Doutora Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa por todo apoio, sabedoria e compreensão.

Ao Professor Doutor Vanderlei José Haas por todas as contribuições, ensinamentos e disponibilidade em sempre ajudar.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde que tornaram essas experiências mais agradáveis e alegres.

À minha professora e amiga Virgínia Souza Santos pela amizade, auxílios e incentivos, que foram essenciais.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde pelo conhecimento disponibilizado com tanta dedicação.

À Daniele Cristina Marques Machado e ao Fábio Renato Barboza pela prestatividade e atenção.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela autorização concedida para a realização de mais essa etapa almejada.

À Diretoria e aos professores da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pela colaboração durante a coleta de dados dessa pesquisa.

Aos acadêmicos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro que participaram desta pesquisa, meu sincero agradecimento pela contribuição com este estudo.

Muito obrigada a cada pessoa envolvida nesta Tese!

RESUMO

CORNÉLIO, Muriele Pereira Mendes. **Validação do instrumento *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale***: versão para o português brasileiro. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) — Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2023.

A autoeficácia é a crença dos indivíduos na sua capacidade de compreender seus comportamentos, e instrumentos que avaliem esses aspectos podem auxiliar na intervenção de tratamentos de saúde. O objetivo do presente estudo foi o de validar o instrumento “*The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale*”, adaptado para utilização no Brasil. Tratou-se de um estudo metodológico da avaliação das propriedades métricas, onde foi realizada por meio da validade e da confiabilidade. Foram avaliadas as validades de construto: dimensional, convergente e por grupos conhecidos. A confiabilidade foi analisada por meio do teste-reteste e da consistência interna. A avaliação das propriedades métricas da versão adaptada contou com a participação de 391 estudantes do sexo feminino, da graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, *campus* Uberaba, Minas Gerais. Em relação à dimensionalidade, o modelo apresentou um ajuste adequado quanto à estrutura dimensional (raiz quadrática média do erro de aproximação = 0,031). A validade de construto convergente foi evidenciada por meio das correlações entre os escores do *HEWSE* adaptado e as variáveis estado nutricional (índice de massa corporal), percepção da imagem. A validade de construto por grupos conhecidos foi confirmada pela comparação de médias das dimensões do *HEWSE* adaptado entre grupos definidos pelas práticas de atividades físicas, presença de alguma doença e restrição alimentar. A reprodutibilidade teste-reteste confirmou a estabilidade temporal do instrumento, e a consistência interna foi adequada ($\alpha = 0,85$), indicando a confiabilidade do *HEWSE* adaptado para o Brasil. Concluiu-se que o processo de verificação das propriedades métricas foi adequado e que pode ser utilizada como ferramenta para percepção da autoeficácia quanto à alimentação saudável e ao peso.

descritores: escala; autoeficácia; alimentação saudável; peso corporal.

ABSTRACT

CORNÉLIO, Muriele Pereira. **Cross-cultural validation of the instrument *The Healthy Eating And Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale***: Brazilian Portuguese Version. 2023. Thesis (Doctorate in Health Care) — Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, 2023.

Self-efficacy is individuals' belief in their ability to understand their behaviors, and the instruments that assess these aspects can help in the intervention of health treatments. The objective of the present study was to validate the instrument “*The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale*”, adapted for use in Brazil. It was a methodological study of evaluation of the metric properties, where it was carried out through validity and reliability. Construction validities were evaluated: dimensional, convergent and by known groups. Reliability was proven through test-retest and internal consistency. The evaluation of the properties of the adapted version with the participation of 391 female undergraduate students at the Federal University of Triângulo Mineiro, campus Uberaba, Minas Gerais. Regarding dimensionality, the model presented an adequate fit regarding the dimensional structure (root mean square of approximation error = 0.031). The convergent construct validity was evidenced through the correlations between the adapted HEWSE scores and the variables of nutritional status (body mass index), body image perception. The validity of constructing known groups was disclosed by comparing the means of the dimensions of the HEWSE adapted between groups defined by the practice of physical activities, presence of some disease and dietary restrictions. The test-retest reproducibility confirmed the temporal stability of the instrument, and the internal consistency was adequate ($\alpha = 0.85$), lowering the reliability of the HEWSE adapted for Brazil. It is concluded that the verification process of the properties was adequate and that it can be used as a tool for the perception of self-efficacy regarding healthy eating and weight. Keywords: instrument validation; self-efficacy; healthy eating; healthy weight.

RESUMEN

CORNELIO, Muriele Pereira. **Validación transcultural del instrumento *The Healthy Eating And Weight Self-Efficacy Scale (HEWSE) Scale***: Versión en portugués brasileño. 2023. Tesis (Doctorado en Salud) — Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba, 2023.

La autoeficacia es la creencia de los individuos en su capacidad para comprender sus comportamientos, y los instrumentos que evalúan estos aspectos pueden ayudar en la intervención de tratamientos de salud. El objetivo del presente estudio fue validar el instrumento “*The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale*”, adaptado para su uso en Brasil. Fue un estudio metodológico de evaluación de las propiedades métricas, donde se realizó mediante validez y confiabilidad. Se evaluaron validez de construcción: dimensional, convergente y por grupos conocidos. La confiabilidad se demostró mediante test-retest y consistencia interna. La evaluación de las propiedades de la versión adaptada con la participación de 391 estudiantes de pregrado de la Universidad Federal del Triângulo Mineiro, campus Uberaba, Minas Gerais. En cuanto a la dimensionalidad, el modelo presentó un ajuste adecuado en cuanto a la estructura dimensional (raíz cuadrática media del error de aproximación = 0,031). La validez de constructo convergente se evidenció a través de las correlaciones entre los puntajes HEWSE adaptados y las variables de estado nutricional (índice de masa corporal), percepción de la imagen corporal. La validez de la construcción de grupos conocidos fue revelada al comparar las medias de las dimensiones del HEWSE adaptadas entre grupos definidos por la práctica de actividades físicas, presencia de alguna enfermedad y restricciones dietéticas. La reproducibilidad test-retest confirmó la estabilidad temporal del instrumento y la consistencia interna fue adecuada ($\alpha = 0,85$), disminuyendo la confiabilidad del HEWSE adaptado para Brasil. Se concluye que el proceso de verificación de las propiedades fue adecuado y que puede ser utilizado como herramienta para la percepción de autoeficacia respecto a la alimentación saludable y el peso.

Palabras clave: validación de instrumentos; autoeficacia; alimentación saludable; peso saludable.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Esquema das etapas da adaptação transcultural da escala <i>HEWSE</i> propostas por Ferrer <i>et al.</i> (1996).....	48
Figura 2 — Representação diagramática da análise fatorial confirmatória (AFC) da escala <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)</i>	66
Quadro 1 — Versão Original do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale</i>	31
Quadro 2 — Versão Português Final do Instrumento <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale</i>	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Participantes do estudo por curso de graduação da UFTM, <i>campus</i> Uberaba/MG.....	58
Tabela 2 — Período de estatísticas descritivas para a variável período atual na graduação	60
Tabela 3 — Estatísticas descritivas para as variáveis: idade, número de dependentes da renda familiar, peso e altura	60
Tabela 4 — Estatísticas descritivas para a variável raça das participantes do estudo...	61
Tabela 5 — Naturalidade das participantes do estudo.....	61
Tabela 6 — Estado civil das participantes do estudo	62
Tabela 7 — Renda mensal das participantes do estudo	63
Tabela 8 — Análise descritiva quanto ao uso de medicamentos entre as participantes	63
Tabela 9 — Estatísticas descritivas para a variável prática de atividade física	64
Tabela 10 — Restrição alimentar entre as participantes.....	64
Tabela 11 — Estatísticas descritivas para a variável grupo de escolhas alimentares....	64
Tabela 12 — Análise fatorial confirmatória (AFC) do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale</i> , indicando coeficiente de regressão e cargas fatoriais (coeficiente de regressão não padronizado)	67
Tabela 13 — Estrutura fatorial indicando covariâncias e correlações do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale</i>	67
Tabela 14 — Coeficientes de correlação múltipla ao quadrado (coeficiente de determinação) da solução fatorial do instrumento <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale</i>	68
Tabela 15 — Comparação dos escores médios dos domínios do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale</i> das participantes, de acordo com a prática de atividades físicas, presença de alguma doença e restrição alimentar.....	70
Tabela 16 — Correlação entre as médias dos domínios do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)</i> com a percepção da imagem corporal (<i>EAT-26</i>), a manifestação de impulsividade (<i>BIS-11</i>) e o índice de massa corporal (IMC) das participantes do estudo	71

Tabela 17 — Distribuição de frequências absolutas e percentuais dos itens de acordo com as dimensões do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)</i> , relatadas pelas participantes do estudo.....	73
Tabela 18 — Medidas de tendência central e variabilidade dos itens do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)</i>	74
Tabela 19 — Medidas de tendência central e variabilidade e consistência interna para as dimensões do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)</i>	75
Tabela 20 — Análise de confiabilidade Teste-Reteste do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)</i> para cada um dos itens, nas escalas discordo totalmente e discordo.....	76
Tabela 21 — Análise de confiabilidade teste-reteste do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)</i> para cada um dos itens, nas escalas neutro e concordo	76
Tabela 22 — Análise de confiabilidade teste-reteste do <i>The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)</i> para cada um dos itens, na escala concordo totalmente	77
Tabela 23 — Análise de confiabilidade teste-reteste do <i>The Healthy and Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)</i> considerando os dois domínios analisados	77

LISTA DE SIGLAS

AFC — Análise Fatorial Confirmatória

BIS-11 — Barratt Impulsiveness Scale

CFI — *Comparative Fit Index*

DIET-SE — Scenario-Based Dieting Self-Efficacy Scale

EAGP — Escala de Autoeficácia Geral Percebida

EAT-26 — Eating Attitudes Test

EDDS — Eating Disorder Diagnostic Scale

EPAPAS — Escala de Percepção da Autoeficácia quanto ao Peso e Alimentação Saudável

ESES — Eating Self-Efficacy Scale

GFI — Goodness of Fit Index

HEWSE — The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy

IC — Intervalo de Confiança

ICC — Intraclass Correlation Coefficient

IMC — Índice de Massa Corporal

MG — Minas Gerais

PASS — Power Analysis and Sample Size

SPSS — Statistical Package for the Social Sciences

RMSEA — Root Mean Square Error of Approximation

RSES — Escala de Autoestima de Rosenberg

TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLI — Tucker-Lewis Index

UFTM — Universidade Federal do Triângulo Mineiro

VI1 — Versão Inglês 1

VI2 — Versão Inglês 2

VIF — Versão Inglês Final

VO — Versão Original

VPC1 — Versão Português Consenso 1

VPC2 — Versão Português Consenso 2

VPC3 — Versão Português Consenso 3

VPC4 — Versão Português Consenso 4

VPT1 — Versão Português Tradução 1

VPT2 — Versão Português Tradução 2

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1	AUTOEFICÁCIA ALIMENTAR.....	23
2.2	COMPORTAMENTO ALIMENTAR	25
2.3	PESO CORPORAL SAUDÁVEL	27
2.4	HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO E CONTROLE DE PESO ENTRE UNIVERSITÁRIOS	28
2.5	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	30
2.5.1	The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale	30
2.5.2	Adaptação transcultural da escala <i>HEWSE</i> para o Brasil	33
2.5.2.1	<i>Avaliação do Comitê de Juízes</i>	34
2.5.2.2	<i>Retrotradução, consenso da versão em inglês e obtenção da versão em português</i>	35
2.5.2.3	<i>Análise semântica</i>	35
2.5.2.4	<i>Pré-teste</i>	36
2.5.2.5	<i>Avaliação das propriedades métricas do instrumento</i>	38
3	JUSTIFICATIVA	41
4	OBJETIVO GERAL	43
4.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
5	MATERIAL E MÉTODOS	44
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	44
5.2	LOCAL DE PESQUISA	44
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	45
5.4	ESCOLHA DO INSTRUMENTO.....	46
5.5	PERMISSÃO DA AUTORA PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PARA USO NO BRASIL	47
5.6	TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA HEWSE PARA O IDIOMA PORTUGUÊS BRASILEIRO.....	47
5.7	AVALIAÇÃO MÉTRICA DA VERSÃO ADAPTADA HEWSE PARA O BRASIL	48

5.7.1	Validade de Face e Validade de Conteúdo	48
5.7.2	Validade de Construto	49
5.7.2.1	<i>Dimensionalidade</i>	49
5.7.2.2	<i>Grupos Conhecidos</i>	50
5.7.2.3	<i>Validade Convergente</i>	50
5.7.3	Análise de Confiabilidade	50
5.7.4	Estabilidade por meio de Teste-Retest	51
5.7.5	Consistência Interna	51
5.8	COLETA DE DADOS	52
5.8.1	Instrumentos de coleta de dados	52
5.8.1.1	<i>Questionário Socioeconômico e Demográfico</i>	52
5.8.1.2	<i>Avaliação do estado nutricional</i>	53
5.8.1.3	<i>Eating Attitudes Test (EAT-26)</i>	54
5.8.1.4	<i>Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11)</i>	54
5.9	ANÁLISE DOS DADOS	55
5.10	ASPECTOS ÉTICOS	56
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
6.1	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
6.2	PROPRIEDADES MÉTRICAS DO INSTRUMENTO <i>HEWSE</i> — VERSÃO ADAPTADA	65
6.2.1	Análise de validade	65
6.2.1.1	<i>Validade de Face e Validade de Conteúdo</i>	65
6.2.1.2	<i>Validade de Construto</i>	65
6.2.1.2.1	<u><i>Dimensionalidade</i></u>	65
6.2.1.2.2	<u><i>Validade por Grupos Conhecidos</i></u>	69
6.2.1.2.3	<u><i>Validade Convergente</i></u>	71
6.2.2	Análise de Confiabilidade	73
6.2.2.1	<i>Análise dos itens do HEWSE e consistência interna</i>	73
6.2.2.2	<i>Confiabilidade Teste-Retest</i>	75
7	CONCLUSÃO	79
	REFERÊNCIAS	81

ANEXO A — PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	93
ANEXO B — TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	98
ANEXO C — PERMISSÃO DOS AUTORES PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO <i>THE HEALTHY EATING AND WEIGHT SELF-EFFICACY (HEWSE) SCALE</i> PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO	100
ANEXO D — FORMULÁRIO ONLINE DE COLETA DE DADOS PARA A VALIDAÇÃO DAS PROPRIEDADES MÉTRICAS DO INSTRUMENTO <i>HEWSE</i> ADAPTADO PARA O BRASIL	101

1 INTRODUÇÃO

No cenário atual, cada vez mais digital, percebem-se mudanças no comportamento dos indivíduos, onde se nota uma perceptível redução dos níveis de atividade física e um expressivo aumento da ingestão calórica, que são fatores ambientais fundamentais para ocasionar o sobrepeso e a obesidade. Com a pandemia em 2019 do Covid-19, novas mudanças nos perfis comportamentais se estabeleceram em todo o mundo, entre elas, a forma de socialização (que reduziu as interações sociais), a forma de se alimentar (com um considerável aumento de consumo de comidas de delivery de alta calorias) e a saúde mental das pessoas foi afetada (medo, estresse, ansiedade, entre outros). Essas modificações no estilo de vida podem alterar a qualidade de vida, assim como a saúde da população, onde são necessárias pesquisas que identifiquem as crenças dos indivíduos quanto à capacidade de mudança de hábitos, e assim possibilitar aos profissionais de saúde intervenções efetivas (BRASIL, 2022; ONIS, 2015).

O excesso de peso cresce entre a população, e a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, que resulta da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. Os dados das pesquisas nos últimos anos apresentaram uma expressiva crescente quanto aos índices de excesso de peso entre a população. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso, e que mais de 700 milhões estejam obesos, o que se torna um grande problema de saúde pública (ABESO, c2023; VIGITEL, 2020).

No Brasil, os índices de obesidade tiveram um considerável acréscimo de acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, em 2019, cerca de 25,9% da população do país com 18 anos ou mais de idade (ou 41,2 milhões de pessoas) estavam obesos, sendo 30,2% das mulheres e 22,8% dos homens. Cerca de 60,3% da população nesse grupo etário (96 milhões de pessoas) estavam com sobrepeso. Essa proporção entre as mulheres (62,6%) superou a dos homens (57,5%). Entre as mulheres, a frequência de obesidade diminuiu consideravelmente com o aumento da escolaridade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

Em contrapartida, um novo movimento virtual e midiático estabeleceu um padrão estético, onde diante da incansável necessidade de se obter o “corpo perfeito”, no qual o ideal é ter um corpo longilíneo, magro e definido. Esse modelo comportamental tem gerado um sentimento de insatisfação com a forma física e com a percepção da própria imagem, levando muitas pessoas à frustração. Estas questões atingem mais as mulheres, o que pode desencadear a busca constante pela modificação do corpo. Para atingir esse padrão, muitas vezes são utilizadas estratégias que são prejudiciais à saúde, como o uso de anorexígenos, anabolizantes, tratamentos estéticos e práticas agressivas (por exemplo, indução de vômitos, jejuns prolongados, dietas de restrição), com o intuito de obtenção de resultados breves e “milagrosos” (LAWRENCE; KOPELMAN, 2004; SILVA; PIRES, 2019).

Tratamentos para emagrecimento e estética avançada estão cada vez mais sendo ofertados, porém relatos clínicos e estudos mostram que a maioria dos indivíduos que emagrecem não consegue manter o peso adequado e acaba se frustrando novamente. Para evitar o crescente aumento da obesidade, são necessárias mudanças no estilo de vida do indivíduo, as quais incluem novos hábitos alimentares e adesão a práticas de exercícios físicos, sendo possível com um tratamento adequado e individualizado, direcionado por uma equipe multidisciplinar especializada, que conduzirá o processo da perda de peso: médicos, nutricionistas, psicólogos e educadores físicos são profissionais da área da saúde que estão capacitados a auxiliar esses pacientes (LINARDON; MITCHELL, 2017; VARGAS, 2014).

O Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde, incentiva e apoia a implementação das linhas de cuidado para as pessoas com obesidade e sobrepeso. A Atenção Primária à Saúde oferece diferentes ações que podem ajudar as pessoas tanto na prevenção quanto no tratamento daquelas que já estão com excesso de peso ou com obesidade (BRASIL, 2022; SILVA *et al.*, 2020).

Para o controle do peso ideal e a adequação do hábito alimentar saudável, após uma intervenção, é fundamental a crença do indivíduo em permanecer com esse resultado; caso contrário, poderá voltar aos comportamentos anteriores. Nesse processo é indispensável a existência de crenças da autoeficácia, que atuará de forma a manter o novo hábito. Pessoas obesas que se sentem capazes de controlar a alimentação e o

peso, que têm clareza sobre as consequências de suas ações, têm mais chances de manter os resultados conquistados (LUGLI RIVERO, 2011).

A autoeficácia foi identificada como um importante preditor de perda de peso e maior sucesso em mantê-lo em longo prazo. Autoeficácia é a crença dos indivíduos na sua capacidade de compreender seus comportamentos, além de desempenhar um papel importante na percepção do indivíduo quanto a hábitos relacionados à alimentação e peso saudável (BANDURA, 1977; WOOD, 2010).

Essa definição foi introduzida por Bandura (1995), que de início a conceituou como a crença na capacidade do indivíduo para realização de comportamentos específicos. Posteriormente, a definição de autoeficácia se consolidou para a crença na capacidade de organizar e pôr em prática os planos de ação necessários para alcançar determinado resultado e ter a sensação de controle sobre os comportamentos. Diferentes níveis de autoeficácia podem aumentar ou diminuir a motivação para agir: indivíduos com elevada autoeficácia, normalmente, tendem a desempenhar tarefas mais desafiadoras e investem mais esforço e persistência do que aqueles com baixa autoeficácia (BANDURA, 1995).

Bandura (1995) e Strecher *et al.* (1986) relatam que a autoeficácia apresenta um papel importante em uma variedade de comportamentos de saúde, inclusive quanto à alimentação saudável. Dada a utilidade potencial da autoeficácia no controle efetivo do peso, várias escalas de autoeficácia relacionadas à alimentação foram desenvolvidas no mundo, incluindo a *Scenario-Based Dieting Self-Efficacy (DIET-SE) Scale* (STICH; KNÄUPER; TINT, 2009), *Eating Self-Efficacy Scale (ESES)* (GLYNN; RUDERMAN, 1986) e o “*Questionário de estilo de vida e eficácia de peso*” (CLARK *et al.*, 1991). Observou-se também uma associação entre a baixa autoeficácia alimentar relacionada com desordens alimentares, entre as quais a compulsão alimentar (LINARDON, 2018). Assim, nota-se a necessidade de se investir em estudos nessa linha, aqui no Brasil.

Ao realizar uma busca nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde, Science Direct, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, PubMed, Scielo, verificou-se que inexistem instrumentos validados no Brasil que avaliem a autoeficácia quanto ao peso e à alimentação saudável.

O procedimento de adaptação e validação de um instrumento existente para uma nova cultura apresenta muitas vantagens quando comparado à elaboração de novos.

Possui um processo mais simplificado e ágil, além de possibilitar comparações transculturais e generalização de dados, uma equidade maior na avaliação, verificação do construto na mesma perspectiva teórica e com a mesma medida (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; PACICO, 2015).

Portanto, após buscas avançadas, foi encontrado um instrumento breve e válido que avalia a autoeficácia quanto ao peso e à alimentação saudável, disponível para adaptação transcultural e validação no Brasil, a saber: *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale* (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014). No estudo de Cornélio (2018) houve a adaptação transcultural do instrumento para o idioma brasileiro, onde deu-se sequência para a etapa de validação.

Para tanto, devem ser utilizadas variáveis denominadas de propriedades psicométricas, a fim de garantir a qualidade de um instrumento. Entre essas propriedades, destacam-se a confiabilidade e a validade: a primeira é a capacidade de um instrumento medir fielmente um fenômeno, ao passo que a segunda é a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado (PILATTI; PEDROSO; GUTIERRES, 2010). Para validar um instrumento, existem etapas previamente elaboradas para que as propriedades psicométricas possam ser efetivadas, entre elas: dimensionalidade, validade por grupos conhecidos, validade convergente, teste-reteste e consistência interna (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nos tópicos a seguir, são abordados temas relacionados ao conteúdo do instrumento *HEWSE* adaptado, como a autoeficácia alimentar, o comportamento alimentar, o peso corporal saudável, além dos hábitos de alimentação e controle de peso entre universitários, público por meio do qual o instrumento foi validado.

2.1 AUTOEFICÁCIA ALIMENTAR

A autoeficácia vem da Teoria Sociocognitiva de Bandura, que explica o comportamento humano baseado na interação do indivíduo com o meio ambiente em que está inserido e os seus processos cognitivos e emocionais (BANDURA; FREEMAN; LIGHTSEY, 1999). Em Bandura (1982), o autor apresenta a autoeficácia percebida como a convicção do indivíduo de ser capaz de dominar atividades, situações ou aspectos específicos de seu próprio funcionamento psicológico e social. A partir dessa perspectiva, a autoeficácia é vista como sendo específica de um domínio, referindo-se ao fato de que se pode ter autocrenças mais ou menos firmes em diferentes domínios ou situações particulares.

As quatro etapas envolvidas na regulação da eficácia são: o cognitivo, a motivação, o afetivo e a seleção. E são quatro os fatores que formam a expectativa de autoeficácia: as realizações pessoais, baseadas em experiências de sucesso que se generalizem a outras situações; a observação de experiências bem-sucedidas que geram no observador a expectativa de possibilidade; a persuasão verbal, que estimula a enfrentar situações diversas; e as respostas emocionais advindas de situações geradoras de estresse e que podem interferir na percepção da competência pessoal (BANDURA; FREEMAN; LIGHTSEY, 1999).

Em alguns estudos, foram investigadas as relações de autoeficácia e questões relacionadas a saúde, como a pesquisa de Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), que mostrou que autoeficácia influencia o estágio de mudança, bem como aumenta as expectativas positivas para o envolvimento em comportamentos de saúde. O conceito de autoeficácia, ou a crença de um indivíduo em sua capacidade de desempenhar e ter

sucesso em situações desafiadoras, foi examinado no contexto da obesidade e controle de peso em outros estudos (BANDURA, 1977; CLARK *et al.*, 1991).

Os resultados desses estudos apontaram que a autoeficácia relacionada ao peso pode gerar uma melhora após a conclusão de um programa comportamental de perda de peso (CARGILL *et al.*, 1999). Uma autoeficácia inicial mais alta pode prever maior êxito na perda de peso em tais programas, embora nem sempre isso ocorra (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; STOTLAND; ZUROFF, 1991). Além disso, pesquisas anteriores sugeriram que a autoeficácia relacionada ao peso é menor em mulheres do que em homens, principalmente frente à disponibilidade dos alimentos e ao controle das emoções negativas (SILVA *et al.*, 2020).

Indivíduos com uma baixa autoeficácia podem evitar atividades e ambientes por se sentirem incapazes de lidar com dificuldades, uma vez que tendem a focar em suas deficiências (BANDURA, 1977). A autoeficácia alimentar (ou seja, a crença de que alguém é capaz de ter um controle do comportamento alimentar) foi relacionada à perda de peso, hábitos alimentares, comportamento alimentar e autocuidado alimentar (SENÉCAL; NOWEN; WHITE, 2000).

Aplicada ao contexto da alimentação, a autoeficácia alimentar pode ser desafiada por aspectos relacionados a estados internos, como estado emocional, ou externos, como atividades sociais ou situações com fácil acesso à comida (BANDURA; FREEMAN; LIGHTSEY, 1999; CLARK *et al.*, 1991; LOMBARDO *et al.*, 2021).

No Brasil, existe a *Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP)*, a qual foi validada em 2012 com adolescentes no estado Rio Grande do Sul; entretanto os autores do trabalho ressaltaram a importância de se validar o instrumento com outros públicos e locais do país (SBICIGO *et al.* 2012). Em 2017, a mesma escala foi validada com idosos em Brasília (Distrito Federal), com a finalidade de se avaliar questões gerais relativas à autoeficácia (PATRÃO; ALVES; NEIVA, 2017). A escala *HEWSE* adaptada poderá ser utilizada de maneira focada quanto a questões de alimentação e peso saudável.

2.2 COMPORTAMENTO ALIMENTAR

A compreensão a respeito do alimento não se restringe a aspectos nutricionais, uma vez que está profundamente relacionada a aspectos culturais. Para Maciel e Castro (2013), a alimentação envolve desde aspectos biológicos e fisiológicos até culturais. Lévi-Strauss (2004) mostrou o quanto o estudo do alimento pode contribuir para a compreensão das sociedades. De acordo com Mauss (1974), a alimentação configura o “fato social total”, uma vez que compreende vários níveis de realidade e múltiplas dimensões (econômica, política, social, demográfica, cultural).

Segundo o *Guia Alimentar para a população brasileira* (BRASIL, 2014), a alimentação diz respeito não só à ingestão de nutrientes, mas também aos alimentos que contêm e fornecem os nutrientes, à forma como alimentos são combinados entre si e preparados, às características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. Todos esses aspectos influenciam a saúde e o bem-estar.

A recomendação para uma alimentação de qualidade, que pode favorecer a saúde, consiste em melhorar as escolhas alimentares, o que envolve consumir alimentos *in natura* ou minimamente processados (incluindo muitas variedades de grãos, tubérculos e raízes, legumes e verduras, frutas, leite, ovos, peixes e carnes) e, também, ingerir bastante água. Outra prática recomendada é comer regularmente e com atenção, além de um ambiente apropriado, sem muito estímulo de consumo ilimitado de alimentos (BRASIL, 2014).

O Brasil, nos últimos tempos, tem apresentado uma transição demográfica, epidemiológica e nutricional, que pode ser justificada devido a mudanças no perfil de envelhecimento, adoecimento e mortalidade, além dos padrões alimentares da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020). As modificações ocorridas no modo de se alimentar e no estilo de vida da população são marcadas pelo aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e a diminuição de ingestão de alimentos *in natura* e minimamente processados, e ainda é marcada pela redução da prática de atividades físicas, ações que contribuem consideravelmente para o alto índice de sobrepeso e obesidade e, como consequência, ocorrem as doenças crônicas não transmissíveis (DUARTE; ALMEIDA; MARTINS, 2013).

A prevalência de excesso de peso e hábitos alimentares pouco saudáveis vêm despertando o interesse dos pesquisadores em investigar aspectos do comportamento alimentar, bem como as relações entre o comer e as variáveis de saúde dos indivíduos envolvidos. Os processos dos comportamentos alimentares e a redução e manutenção de peso são desafiadores e envolvem interações complexas entre fatores comportamentais, fisiológicos, ambientais e cognitivos/psicossociais (MACLEAN *et al.*, 2015).

Ao analisar os padrões sociais e culturais e o ambiente “obesogênico” e de culto ao corpo, nota-se um aumento de indivíduos, tanto com excesso de peso ou normoponderais, os quais buscam a prática de restrições alimentares ou energéticas, e isso afeta diretamente as suas escolhas alimentares e a forma como se relacionam com a comida (DULLOO *et al.*, 2015). Tais restrições e privações, além de evidenciarem ciclos repetidos de perda e recuperação de peso, têm apresentado consequências negativas sobre o comportamento alimentar, distúrbios alimentares, preocupação com o corpo, sofrimento ao realizar escolhas alimentares, além da redução da autoestima e aumento da ansiedade (LINARDON; MITCHELL, 2017).

Os quatro principais fatores considerados como barreiras a uma boa alimentação e manutenção do peso são: fome hedônica: o alimento como prazer; sofrimento psicológico: eventos estressantes, demandas excessivas, ansiedade; compulsão alimentar: perda de controle alimentar, associadas ao tédio e fissura alimentar; e desmoralização: sentimento de baixa autoeficácia, baixa motivação e falta de apoio social. A identificação destas vulnerabilidades durante os primeiros anos após a perda de peso permite e reforça a necessidade de reavaliar as diferentes abordagens que possam ser utilizadas no sentido de minimizar as dificuldades na manutenção da perda de peso (FISCHER; OBERÄNDER; WEIMANN, 2020).

Princípios baseados na redução da “alimentação emocional” e na promoção de uma alimentação flexível, com autorregulação alimentar e abordagem não dicotômica, apresentam-se mais eficazes na manutenção de peso. Alguns autores defendem que determinantes psicológicos, como a autoeficácia relacionada a aspectos alimentares, são relevantes para a mudança de comportamento (TEIXEIRA *et al.*, 2010; VARKEVISSER *et al.*, 2019).

2.3 PESO CORPORAL SAUDÁVEL

O peso é a soma de todos os componentes corpóreos, aferido em balanças ou estimado a partir de equações, segundo Chumlea e Baumgartner (1989). Os indicadores de composição corporal são relevantes para identificar os riscos à saúde associados à escassez de massa magra ou excesso de gordura corporal; para monitorar as mudanças associadas a algumas doenças, crescimento e idade; para formular recomendações dietéticas; e para verificar a eficiência de intervenções nutricionais e da atividade física na alteração da composição corporal (SAMPAIO *et al.*, 2012).

O estado nutricional tem repercussões importantes sobre a condição de saúde, especialmente no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com o Ministério da Saúde, entre 1990 e 2017, a prevalência de obesidade foi maior em mulheres, especialmente entre aquelas mais desfavorecidas economicamente, que apresentavam maior risco de obesidade (PEREIRA; YOKOO; ARAUJO, 2022).

O sobrepeso e a obesidade são definidos como um armazenamento exacerbado de gordura no corpo que pode afetar a saúde dos indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). O sobrepeso indica um aumento do peso corporal em relação à altura; a obesidade, por sua vez, é considerada uma doença endócrino-metabólica crônica e multifatorial (GAHTAN *et al.*, 1997).

Ambos são categorizados a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), medida que considera peso e altura, indicando o perfil antropométrico-nutricional. O ponto de corte para sobrepeso é de 25 kg/m²; e para obesidade, de 30 kg/m² (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). No contexto brasileiro, 18,9% dos indivíduos apresentam obesidade, sendo que, entre as mulheres, a prevalência é de 18,7% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020; SAMPAIO *et al.*, 2012).

Dentre os fatores associados à etiologia do excesso de peso e da obesidade, destacam-se os psicológicos, entre eles a depressão e baixa autoestima, os modos de enfrentamento desadaptativos, a qualidade das relações interpessoais e o padrão de comportamento alimentar alterado, geralmente relacionado à impulsividade; todos esses fatores costumam interferir na capacidade de julgamento, sobretudo no que diz respeito

à escolha de hábitos saudáveis e ao consumo excessivo de alimentos (FAGUNDES; CAREGNATO; SILVEIRA, 2016; LIMA; OLIVEIRA, 2016).

Bas e Donmez (2009) relataram que a autoeficácia é um determinante da perda de peso. Suas descobertas implicam que as avaliações de autoeficácia podem ser usadas para avaliar previamente quais participantes correm maior risco de perder relativamente pouco peso em resposta a uma intervenção dietética. A redução de peso menor foi relacionada à baixa autoeficácia e às crenças de que a obesidade tinha origem física e não estava sob controle comportamental.

A autoeficácia apresenta-se promissora quanto a diversos comportamentos de saúde (mais concretamente na alteração de comportamentos alimentares, incluindo a gestão do peso), visto que ela determina a iniciação, manutenção e abandono de estratégias e comportamentos (CARRAÇA *et al.*, 2018; JORGE *et al.*, 2019; O'LEARY, 1985). Investigações revelam que indivíduos que têm maior autoeficácia geral e alimentar apresentavam menor IMC, maior êxito na redução de peso e manutenção de peso (BAS; DONMEZ, 2009).

2.4 HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO E CONTROLE DE PESO ENTRE UNIVERSITÁRIOS

Geralmente, os universitários ingressam no ensino superior após o ensino médio, algo que acontece entre a transição da adolescência para a vida adulta. Portanto, o estudante precisa se adaptar a um novo modelo de vida acadêmica e social, e são necessárias mudanças para se adequar os novos hábitos e comportamentos a essa nova fase (TAVARES, 2012).

Ao se estudar o comportamento da população de modo geral, observou-se que os estudantes universitários constituem um grupo suscetível a determinados comportamentos de risco à saúde — por exemplo, hábito de fumar, uso de drogas ilícitas, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sedentarismo e adoção de práticas alimentares inadequadas (DUARTE; ALMEIDA; MARTINS, 2013; SOUSA; JOSÉ; BARBOSA, 2013).

Pesquisas que avaliaram hábitos alimentares de estudantes universitários reforçam os achados do consumo alimentar da população em geral, já que foi encontrada baixa prevalência de alimentação saudável, com maior ingestão de alimentos industrializados e menor ingestão de frutas e hortaliças. Portanto, são necessárias ações que possam promover a alimentação adequada no âmbito universitário (BERNARDO *et al.*, 2017; MENDES *et al.*, 2016).

No estudo de Barbosa *et al.* (2020), os estudantes universitários apresentaram elevado percentual de práticas alimentares de risco (52,0%) e inadequadas (75,7%). Observou-se que os estudantes do sexo masculino e as estudantes do sexo feminino mostraram hábitos alimentares diferentes. Os homens apresentaram maior frequência de práticas alimentares de risco, e, em contrapartida, as mulheres apresentaram maior frequência de práticas alimentares inadequadas.

Carleto *et al.* (2019) apresentaram em seu estudo que, em relação ao consumo de álcool, 89,7% dos universitários relataram que já experimentaram bebidas alcoólicas. Quanto aos hábitos alimentares no dia anterior ao estudo, 23,3% dos estudantes não tinham consumido frutas ou suco de frutas; 20,6% não consumiram verduras ou vegetais cozidos; 37,9% disseram ter consumido hambúrgueres ou salgados; e 50,2% consumiram biscoitos ou doces no mínimo uma vez no dia anterior.

Percebe-se que o uso do ato de comer em excesso está sendo utilizado como uma forma de enfrentamento a emoções negativas, o que está associado ao início da obesidade, isto é, há gatilhos internos e externos que podem se relacionar ao ato de comer compulsivo e à alimentação. Tal comportamento pode ser utilizado como forma de enfrentar dificuldades/estresse. Os indivíduos com sobrepeso/obesidade apresentam uma tendência a utilizar o alimento como uma estratégia para enfrentar a sua ansiedade e lidar com as dificuldades no trabalho, sentindo um alívio imediato (LIMA; OLIVEIRA, 2016).

Esses achados da literatura mostram a necessidade de trabalhar melhor temas relacionados a saúde desse público, para promover a saúde integral (mental, física e biológica).

2.5 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

O processo de adaptação cultural está sendo utilizado com maior frequência no meio científico, tendo em vista a necessidade de estudos com instrumentos validados e confiáveis para o desenvolvimento dos estudos e prática clínica (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Os pesquisadores devem fazer uma busca quanto aos instrumentos existentes em outras culturas, avaliando se estes atenderam o objetivo proposto, além da possibilidade de replicação em outras culturas e com o público desejado (COSTER; MANCINI, 2015).

Após a escolha do instrumento, é fundamental seguir um rigoroso processo metodológico, a fim de obter uma melhor avaliação das diferenças culturais das frases e expressões, crenças e comportamentos do construto estudado, além de ser crucial receber a autorização dos autores para a realização de um estudo que utilize o instrumento criado por eles (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Ferrer *et al.* (1996) afirmam que, para o processo de adaptação cultural, é necessário seguir as seguintes etapas de tradução e de adaptação cultural para a língua e a cultura desejadas: Tradução inicial; Síntese da tradução; Avaliação pelo Comitê de Juízes; Retrotradução ou Tradução para o idioma original; Obtenção do consenso da versão em inglês e comparação com a versão original; Avaliação Semântica e Pré-Teste.

2.5.1 The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale

A escala *HEWSE* foi originalmente desenvolvida na língua inglesa, na cidade do Texas, nos Estados Unidos, por Wilson-Barlow, Hollins e Clopton (2014). O objetivo do estudo foi o de desenvolver e validar uma escala que avaliasse a autoeficácia das mulheres quanto à alimentação saudável e manutenção do peso. A escala é composta por 11 itens, que são distribuídos em dois fatores, onde as participantes classificaram suas crenças sobre sua capacidade de se engajar em comportamentos saudáveis, conforme ilustrado no Quadro 1 (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

Quadro 1 — Versão Original do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale*

Factors and items of the HEWSE scale
<i>Factor 1 — Consumption of healthy foods</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>I am able to consume fruits and vegetables in most of my meals.</i> 2. <i>I am able to eat a variety of healthy foods to keep my diet balanced.</i> 3. <i>Based on my knowledge of nutrition, I am able to choose healthy foods at restaurants and from stores.</i> 4. <i>I am able to modify recipes to make them healthier.</i> 5. <i>I am able to choose recipes based on nutritional value.</i> 6. <i>If I choose to indulge in unhealthy food, I am able to appropriately compensate later.</i> 7. <i>When I feel hungry, I am able to easily choose healthy food over less healthy options.</i>
<i>Factor 2 — Healthy weight</i>
<ol style="list-style-type: none"> 8. <i>If I gain weight, I am able to lose that weight in a timely manner.</i> 9. <i>I am able to control my body weight.</i> 10. <i>I am able to keep my body weight changes within 10 pounds.</i> 11. <i>I have confidence that I can attain and maintain my ideal weight.</i>

Fonte: Wilson-Barlow, Hollins e Clopton (2014, p. 491).

A escala *HEWSE* de 11 itens, segundo Wilson-Barlow, Hollins e Clopton (2014), consiste em um instrumento breve, confiável e válido, para avaliar a crença dos indivíduos em sua capacidade de consumir alimentos saudáveis e manter um peso saudável. Os indivíduos que respondem aos itens da escala *HEWSE* são solicitados a avaliar suas crenças sobre a capacidade de se envolverem em comportamentos alimentares saudáveis, usando uma escala *Likert* que varia de 1 (*discordo totalmente*) a 5 (*concordo totalmente*). Quanto maior a pontuação, maior a autoeficácia.

A construção do instrumento *HEWSE* iniciou-se em um primeiro estudo, onde foram elaboradas 57 questões, com 14 fatores, usando uma escala de *Likert* de 5 pontos, a qual permite respostas que variam de *discordo totalmente* a até *concordo totalmente*.

Os itens foram apresentados em ordem aleatória usando um programa de pesquisa *online* (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

O instrumento foi aplicado a 149 mulheres que cursavam a graduação em universidade, com idade entre 17 e 24 anos. Realizando uma análise preliminar para explorar a estrutura dos fatores e a consistência da escala *HEWSE*, notou-se que dos 57 itens originais, vários fatores foram eliminados, por apresentarem itens não interpretáveis, ou correlacionados negativamente com os demais fatores remanescentes (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

Assim, a escala *HEWSE* foi revista para consistir em 16 itens, representando quatro fatores: Consumo de alimentos saudáveis (7 itens), Peso saudável (4 itens), Estabilidade dos padrões alimentares (3 itens) e Motivações / Crenças sobre o futuro (2 itens). Estes 16 itens apresentaram boa consistência interna ($\alpha = 0,84$) (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

Um estudo separado examinou a estrutura fatorial da escala *HEWSE*, utilizando a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), que se mostrou altamente significativa. Adicionalmente, a validade de construto da escala *HEWSE* foi examinada, correlacionando-a com outras medidas, e a confiabilidade do teste-reteste da escala também foi explorada. Participaram 173 mulheres de graduação entre as idades de 17 e 24 anos (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

As escalas, bem como os itens incluídos, foram apresentadas em ordem aleatória. Os participantes foram convidados a completar a escala *HEWSE* novamente cerca de 10 dias após a conclusão original da bateria de avaliações. As respostas de 10 participantes foram eliminadas da análise, devido a avaliações do programa de modelagem de equações estruturais (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

Para avaliar a confiabilidade e o teste-reteste, 85 mulheres completaram a escala *HEWSE* duas vezes, com o tempo de administração da escala entre o primeiro e o segundo preenchimento variando de 1 a 30 dias. O Teste-Retest e a confiabilidade para a escala *HEWSE* foram aceitáveis (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

A validade convergente foi avaliada pela correlação dos escores totais da escala *HEWSE* com três medidas relacionadas: a escala *ESES* (GLYNN; RUDERMAN, 1986), que avalia a autoeficácia relacionada à alimentação; *The Self-Efficacy Scale* (SHERER

et al., 1982), que investiga a autoeficácia geral e autoeficácia social; e o instrumento *Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)* (STICE; TELCH; RIZVI, 2000), que verifica os sintomas de transtornos alimentares.

Os pontos mais elevados na escala *ESES* representaram que, tendem a comer maiores quantidades, os indivíduos que passam por situações negativas ou quando sentem pressão social para consumir alimentos não saudáveis. Os resultados revelados apontam uma correlação negativa entre a escala *ESES* e a *HEWSE*, sugerindo que um indivíduo com baixa autoeficácia em termos de alimentação saudável será mais suscetível a situações reversas (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

Outras análises exploratórias foram realizadas correlacionando a escala *HEWSE* com a escala de Inteligência Emocional (SCHUTTE *et al.*, 1998), com a Escala de Impulsividade de Barratt (PATTON; STANFORD; BARRATT, 1995) e com a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (ROSENBERG, 1965). Os resultados revelaram correlações de moderadas a baixas entre a escala *HEWSE* e medidas de impulsividade ($r = -.21$, $pb .01$), inteligência emocional ($r = .34$, $pb .01$) e autoestima ($r = .24$, $pb .01$).

A pesquisa foi conduzida com mulheres em idade universitária, limitando assim potencialmente a generalização da escala *HEWSE*. Essa limitação é importante porque as mulheres, sejam elas mais jovens, sejam mais velhas, podem ter diferentes relações com a comida ou diferentes expectativas em relação ao peso. Além disso, os homens podem ter ideias ou expectativas diferentes em relação a alimentação saudável e peso do que as mulheres. Pode ser útil tanto em estudos de pesquisa quanto em estudos clínicos e trabalhos que envolvem alimentação e peso (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

Portanto, a escala apresenta confiabilidade, estabilidade teste-reteste, além de uma boa consistência interna. Existem evidências de validade, uma vez que a escala *HEWSE* está correlacionada com a medição e a autoeficácia quanto à alimentação.

2.5.2 Adaptação transcultural da escala *HEWSE* para o Brasil

As etapas de adaptação transcultural descritas a seguir foram realizadas no estudo de Cornélio (2018). O processo de tradução ocorreu através do envio da Versão Original

(VO) do instrumento *HEWSE* para dois tradutores brasileiros fluentes em inglês. Após essa tradução, cada tradutor elaborou uma versão da tradução, que foram intituladas Versão Português Tradução 1 (VPT1) e Versão Português Tradução 2 (VPT2).

Com as traduções concluídas, as duas versões foram avaliadas pelas pesquisadoras responsáveis, juntamente com os tradutores, onde foram selecionadas as melhores frases. Assim, a versão final em português foi referida como Versão Português Consenso 1 (VPC1).

2.5.2.1 Avaliação do Comitê de Juízes

Para a composição do Comitê de Juízes, foram convidados cinco docentes com conhecimento no processo de adaptação cultural de instrumentos de medida, doutores e com domínio do idioma da língua inglesa, com o objetivo de avaliar as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural.

O processo ocorreu virtualmente, onde inicialmente os integrantes foram esclarecidos quanto ao propósito do estudo; em seguida, foram convidados a compor o comitê e apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com o objetivo de esclarecer o comitê sobre os processos já realizados na pesquisa e sobre a origem do instrumento *HEWSE*, foram disponibilizadas as informações pertinentes.

Sequentemente foi aplicado o questionário socioeconômico para caracterização dos membros, as quais em seguida receberam um instrumento avaliativo, que inicialmente avaliou a validade de face e as equivalências da escala. Depois, foi comparada a VO do instrumento *HEWSE* com a VPC1, etapa durante a qual os juízes avaliaram minuciosamente os itens do instrumento *HEWSE*.

Concluída a análise dos membros do Comitê de Juízes, individualmente cada integrante definiu a melhor redação; logo após, encaminharam para as pesquisadoras. Todas as considerações foram consolidadas em planilha eletrônica e apresentadas ao Comitê de Juízes com o intuito da obtenção de um consenso. As pesquisadoras juntamente com o Comitê de Juízes, após análise do consolidado apresentado, obtiveram uma nova versão, levando em consideração as sugestões do comitê.

Com relação às divergências quanto às considerações dos juízes, foram acatadas as alterações quando 80% dos integrantes concordaram. O objetivo é que se atingisse o melhor entendimento quanto ao português do Brasil. Assim se concretizou a Versão Português Consenso 2 (VPC2).

2.5.2.2 Retrotradução, consenso da versão em inglês e obtenção da versão em português

Para a retrotradução, a VPC2 foi traduzida para a língua inglesa, por dois tradutores, que nasceram nos Estados Unidos e que são residentes no Brasil, atuantes em ensino da língua inglesa, que inicialmente desconheciam os objetivos do estudo e da VO do instrumento *HEWSE*.

Os tradutores produziram duas versões em inglês do instrumento, as quais foram nomeadas de Versão Inglês 1 (VI1) e Versão Inglês 2 (VI2). Após essa etapa, as pesquisadoras se reuniram com os tradutores para correlacionar as duas versões e definiram a Versão Inglês Final (VIF).

Posteriormente, a VIF foi encaminhada à autora principal do instrumento, virtualmente através de *e-mail*, para avaliar a versão VIF e autorizar as modificações realizadas. A autora não discordou das alterações, e, com obtenção de sua concordância, as pesquisadoras se reuniram com os tradutores, apresentaram os objetivos do projeto e a VO da *HEWSE*, onde obteve-se a VIF definitiva.

Após essa avaliação, ocorreu uma nova tradução para a língua brasileira, que foi chamada de Versão Português Consenso 3 (VPC3).

2.5.2.3 Análise semântica

A avaliação da equivalência semântica deve garantir a transferência dos sentidos das palavras entre os idiomas de interesse (inglês e português). Para essa avaliação, foi utilizada a Escala Verbal Numérica para avaliação semântica, adaptada de Conti, Slater e Latorre (2009).

A escala avalia o grau de compreensão de cada questão, verificando se o instrumento conseguiu manter seu objetivo. Os membros do Comitê de Juízes e os alunos selecionados para a avaliação semântica foram convidados a preencher essa escala com a VPC3, sendo orientados para responder a seguinte questão: “Você entendeu o que foi perguntado?” As respostas são do tipo escala Likert: 0 (*não entendi nada*); 1 (*entendi só um pouco*); 2 (*entendi mais ou menos*); 3 (*entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas*); 4 (*entendi quase tudo*); 5 (*entendi perfeitamente e não tenho dúvidas*).

Conforme Conti, Slater e Latorre (2009), foi estabelecido que as respostas 0, 1, 2 e 3 são consideradas como indicadores de uma compreensão insuficiente da pergunta. Caso o membro não compreendesse a questão ou entendesse que a linguagem não estivesse adequada, foram orientados a sugerir alterações, assim como as suas justificativas. Após a avaliação desses dados, foi construída uma nova versão do instrumento *HEWSE*, intitulada Versão Português Consenso 4 (VPC4).

Essa etapa foi avaliada individualmente por 27 graduandas selecionadas de forma aleatória, matriculadas nos cursos de graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), *campus* Uberaba, Minas Gerais (MG), Brasil.

2.5.2.4 Pré-teste

O Pré-Teste, ou estudo-piloto, consiste na etapa de aplicação do instrumento para uma pequena amostra 30-40 indivíduos com características da população-alvo (BEATON *et al.*, 2000).

No estudo de Cornélio (2018), foram convidadas para realizar essa etapa 52 alunas dos cursos de graduação em Enfermagem e em Nutrição da UFTM, que avaliaram a VPC4, juntamente com outros instrumentos de coleta de dados que foram utilizados posteriormente para a validação das propriedades métricas do instrumento, quais sejam: Questionário Socioeconômico e Demográfico, Avaliação do Estado Nutricional, *Eating Attitudes Test (EAT-26)* e *Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)*. Através do pré-teste, foi possível a verificação do tempo de aplicação, assim como o entendimento dos itens,

dificuldades encontradas e preenchimento adequado, concluindo o processo de adaptação transcultural.

Após a conclusão das etapas apresentadas, obteve-se a Versão Final Português do Brasil do instrumento *HEWSE*, conforme o Quadro 2, abaixo.

Quadro 2 — Versão Português Final do Instrumento *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale*

Escala de Percepção da Autoeficácia quanto ao Peso e Alimentação Saudável (EPAPAS)
<p>O propósito dessa escala é entender a crença das pessoas sobre alimentação e peso.</p> <p>A escala foi desenvolvida para avaliar a sua confiança em sua habilidade de comer alimentos saudáveis, manter o peso corporal e manter uma alimentação saudável.</p> <p>Instruções:</p> <p>Por favor leia cada item e indique se você CONCORDA ou DISCORDA dele usando a escala de 5 pontos (abaixo), que varia entre 1 (Discordo Totalmente) e 5 (Concordo Totalmente).</p> <p>A maioria dos itens questiona se você acredita que consegue se comprometer com um tipo específico de comportamento. Outros itens perguntam sobre crenças adicionais relacionadas à alimentação e peso corporal.</p> <p>Lembre-se que você deve marcar o número que melhor representa o seu nível atual de concordância com cada item.</p>
<p><i>Fator 1 — Ingestão de alimentos saudáveis:</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Eu sou capaz de consumir frutas e vegetais na maioria das minhas refeições. 2. Eu sou capaz de comer uma variedade de alimentos saudáveis para manter minha dieta balanceada. 3. Baseado no meu conhecimento sobre nutrição, eu sou capaz de escolher alimentos saudáveis em restaurantes e supermercados. 4. Eu sou capaz de modificar receitas para torná-las mais saudáveis. 5. Eu sou capaz de escolher receitas baseadas em seu valor nutricional. 6. Se eu escolher comer alimentos não saudáveis, eu sou capaz de compensar isto adequadamente depois.

7. Quando eu sinto fome, eu sou capaz de escolher mais facilmente os alimentos saudáveis do que os não saudáveis.
<i>Fator 2 — Peso saudável:</i>
8. Se eu ganho peso, sou capaz de perdê-lo em tempo não muito longo.
9. Eu sou capaz de controlar meu peso corporal.
10. Eu sou capaz de manter as mudanças do meu peso corporal dentro da faixa de 4,5Kg.
11. Eu tenho confiança de que eu posso atingir e manter meu peso ideal.

Fonte: Cornélio (2018, p. 46).

2.5.2.5 Avaliação das propriedades métricas do instrumento

A validação de um instrumento possibilita a verificação das medidas do que ele se propõe a medir, portanto mostra as evidências de validade da escala (PASQUALI, 2009). Essa verificação pode ser realizada através da validade de face (percepção sobre o que os indivíduos têm sobre o que está sendo medido), validade de conteúdo, validade de construto ou de conceito (que cuida da adequação da cobertura da área de conteúdo que está sendo medida) e validade de critério (concorrente e preditiva) (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para a verificação de medida do construto apropriado do instrumento é utilizada a validade de face ou aparente. Com essa etapa, é possível verificar se os itens são compreendidos e aceitos pelos investigadores, como também verificar a relevância dos itens do instrumento (FAYERS; MACHIN, 2007; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

O processo de avaliação da validade de conteúdo consiste na análise se o teste representa uma amostra de um universo finito (PASQUALI, 2009). Ela investiga se a extensão em que a especificação sobre a qual a escala foi construída reflete o propósito específico para o qual ela está sendo desenvolvida, ou seja, ela relaciona-se com a capacidade dos itens de representar todas as dimensões do conteúdo de forma adequada a ser apresentado na escala (FAYERS; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2004).

Outra avaliação realizada nesse processo é a validade de construto, ou validade de conceito, que avalia todos os construtos que estão envolvidos em um instrumento e suas relações. São utilizadas técnicas diversas para verificar se o construto teórico

parece ser adequado e se a escala de medida corresponde ao construto definido (FAYERS; MACHIN, 2007).

Portanto, a validade de construto é a forma direta de analisar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes, ou seja, avalia a habilidade do instrumento para confirmar as hipóteses esperadas (PASQUALI, 2004). Um método muito utilizado para verificação da validade de construto é a avaliação da dimensionalidade do instrumento, a qual é realizada por meio da análise fatorial, que tem como objetivo verificar o número de traços latentes (definidos teoricamente) que o teste avalia. A validação de um construto consiste na tentativa de conectar dois domínios (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validade de construto convergente concerne se a análise por meio da correlação com outras medidas que teoricamente relacionam-se entre si. Ela analisa se a relação é fraca ou forte, ou seja, uma alta correlação entre duas escalas propõe que ambas estão medindo um mesmo fator (PASQUALI, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na validade de construto discriminante, ela direciona se a escala é capaz de diferenciar as dimensões do instrumento que são previamente conhecidas e que não devem estar correlacionadas às outras dimensões (FAYERS; MACHIN, 2007).

Portanto, a análise fatorial exploratória mostra os fatores da dimensão do estudo, e a confirmatória verifica a dimensionalidade dos fatores na validade de construto (HOSS; CATEN, 2010; PAWLOWSKI; TRENTINI; BANDEIRA, 2007; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

A validade de construto pode ser testada através de grupos conhecidos. Nesse modelo, faz-se uma comparação dos resultados obtidos entre grupos extremos ou distintos, por antecipação, ou seja, grupos específicos podem ser diferentes de forma significativa, de outros e o instrumento deve ser sensível a essas diferenças (FAYERS; MACHIN, 2007; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

A validade de critério avalia a eficácia do teste em predizer um desempenho específico de um sujeito. Está relacionada à extensão em que um instrumento demonstra uma associação com um critério ou uma medida externa independente, sendo essa a medida de interesse, ou seja, ela compara se o instrumento possui associação empírica com critérios externos (como, por exemplo, com outra medida da variável em estudo), de

preferência com um instrumento considerado “padrão-ouro” cientificamente aceito, que, em geral, é difícil de ser encontrado (FAYERS; MACHIN, 2007; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). Entretanto, é importante que na ausência de instrumentos válidos e confiáveis não seja utilizada a validade de critério (PASQUALI, 2009).

Para a determinação da precisão dos testes, é utilizada a avaliação da confiabilidade ou fidedignidade que investiga se o instrumento tem a capacidade de medir os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes e apontar resultados semelhantes, ou seja, se o teste apresenta estabilidade temporal e é capaz de medir sem erros ou com a menor margem de erros possível.

Para tal, a correlação entre as duas medidas deverá ser de $r=1$; e quanto mais a correlação se afastar desse valor maior será o erro ocasionado na medida (PASQUALI, 2009). Quanto menor for a variação produzida por um instrumento em repetidas aplicações, maior será sua fidedignidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Usualmente, a confiabilidade é verificada por meio do teste-reteste e da avaliação da consistência interna que são fundamentais para avaliar a precisão de um teste. Para a estabilidade teste-reteste, utiliza-se a correlação, observando os escores dos mesmos indivíduos submetidos ao mesmo teste, em duas ocasiões diferentes de tempo. A medida será confiável se apresentar alta concordância entre os dois resultados, avaliados pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (*ICC — Intraclass Correlation Coefficient*) (FAYERS; MACHIN, 2007; TERWEE *et al.*, 2007).

E, na análise da consistência interna, que se propõe analisar a homogeneidade da amostra de itens do teste, é usualmente utilizado o coeficiente alfa de Cronbach (α) que verifica o grau de covariância entre os itens. Portanto, o coeficiente alfa de correlação determina que o instrumento, em sua totalidade, mede apenas um único fenômeno e que os itens que o instrumento apresenta estão positivamente relacionados entre si (PASQUALI, 2009).

3 JUSTIFICATIVA

A obesidade é uma doença que atinge a população mundial de modo gradativo, e no Brasil os índices apontam uma crescente evolução, onde a oferta de produtos industrializados e com altas calorias, juntamente com hábitos de vida sedentários, elevam os índices de excesso de peso e obesidade de forma considerável.

Em contrapartida, a preocupação com o corpo ideal imposto pela mídia atual é algo que afeta principalmente o público feminino e ocasiona distúrbios psicológicos e físicos, onde a “forma física ideal” deve ser alcançada a qualquer custo. Essas percepções interferem diretamente na saúde mental e física e causa prejuízos em todos os âmbitos da vida das mulheres, como a autoestima e até mesmo as relações interpessoais.

Essas “influências” em seus comportamentos as levam a buscarem soluções agressivas, que gerem resultados rápidos, culminando em transtornos alimentares e comportamentos inadequados, que afetam a qualidade de vida delas. Todavia, os resultados alcançados nas intervenções de perda de peso estão permanecendo por um curto período de tempo, sendo necessárias pesquisas que identifiquem os determinantes dos comportamentos que levam à obesidade, para que seja possível promover mudanças concretas nos hábitos de vida desses pacientes.

Frente aos elevados índices de excesso de peso e hábitos inadequados de alimentação entre a população feminina no Brasil, além da baixa percepção da autoeficácia quanto a hábitos saudáveis, fica evidente a necessidade da condução do estudo de validação da escala *HEWSE*. O instrumento poderá ser utilizado em benefício das mulheres brasileiras, contribuindo na atuação de profissionais de saúde, de forma a avaliar a autoeficácia relacionada à alimentação saudável e manutenção do peso, proporcionando medidas interventivas na mudança de hábitos, tendo como benefício melhorias na qualidade de vida dessa população, além de proporcionar a redução de custos de operação da rede de saúde pública.

Um instrumento adaptado para a sua cultura e com a validação das propriedades métricas proporciona maior credibilidade no meio científico, além de disponibilizar aos pesquisadores uma escala confiável que fornece embasamento, acessibilidade mais

eficiente e globalização na comparação de dados coletados. Este estudo também disponibilizará um instrumento que poderá oferecer apoio em pesquisas nacionais, elucidando perguntas norteadoras que atuem na saúde da população. Ressalta-se a inexistência de pesquisas no Brasil quanto ao tema proposto.

4 OBJETIVO GERAL

Validar a versão adaptada do instrumento *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale* para uso no Brasil.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A fim de atender o objetivo geral, foram estabelecidos quatro objetivos específicos, descritos em seguida:

- a) verificar a dimensionalidade de construto da versão para o português brasileiro da *HEWSE*;
- b) avaliar a validade de construto por grupos conhecidos da versão *HEWSE* para o português brasileiro;
- c) investigar a validade de construto convergente da versão para o português brasileiro da versão adaptada da *HEWSE*;
- d) analisar a confiabilidade teste-reteste e a consistência interna dos itens da versão adaptada da *HEWSE* para o português brasileiro.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Nesta seção, serão abordados os procedimentos metodológicos realizados no estudo, entre os quais: delineamento do estudo, local de pesquisa, informações quanto à população, forma como foi calculada a amostra e escolha do instrumento, e os métodos de validação do instrumento.

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de um estudo de caráter metodológico para a validação da versão adaptada da escala *HEWSE* para o Brasil.

Pesquisas metodológicas consistem em métodos de obtenção, organização e análise dos dados, tratando da elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de estudo (POLIT; BECK, 2011).

5.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada na UFTM, na cidade de Uberaba/MG. Essa instituição contempla 27 cursos de graduação, quais sejam: Agronomia, Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Engenharia Ambiental, Engenharia Civil, Engenharia de Alimentos, Engenharia de Produção, Engenharia Elétrica, Engenharia Mecânica, Engenharia Química, Física, Fisioterapia, Geografia, História, Letras (Português e Espanhol), Letras (Português e Inglês), Licenciatura em Educação no Campo, Matemática, Medicina, Nutrição, Educação Física, Psicologia, Química, Serviço Social, Pedagogia e Terapia Ocupacional (UFTM, [2023]).

Esse local foi selecionado para coleta de dados pois se considerou que a instituição apresentava um corpo discente heterogêneo, por receber estudantes de diversas localidades do país, até mesmo de outros países, com uma ampla diversidade de culturas, classes sociais, entre outros.

A UFTM foi fundada em 1953 como Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro e transformada em universidade em 2005. O *campus* universitário de Uberaba possui: 25

curso de graduação presencial; 1 curso de educação a distância; 17 programas de pós-graduação; cursos técnicos profissionalizantes; e programas de residência médica e multiprofissional em saúde. Possui, também, o *campus* universitário da cidade de Iturama, inaugurado em fevereiro de 2015 que, atualmente, possui três cursos de graduação. Na UFTM, referente ao ano letivo de 2021, estavam matriculados 7.973 alunos, sendo 6.193 nos cursos de graduação, 1.453 nos cursos de pós-graduação (*lato sensu* e *stricto sensu*) e 327 alunos da educação profissional (UFTM, 2022).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A), e a autorização quanto à realização da pesquisa foi requerida à Pró-Reitoria de Ensino (ANEXO B).

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi com mulheres matriculadas na UFTM. Os critérios de inclusão foram semelhantes aos utilizados do estudo de origem da *HEWSE* (sexo feminino, idade e ensino superior: mulheres maiores de 18 anos e universitárias).

Para a AFC de instrumentos, o recomendado é que o tamanho amostral seja acima de 200 participantes (MYERS; AHN; JIN, 2011) ou que tenha de 10 a 20 sujeitos para cada parâmetro estimado (KLINE, 2010). O tamanho amostral para a análise de validade dimensional foi calculado a partir do pré-teste, no qual foi determinado o número de parâmetros a serem estimados na AFC. Estimou-se que seriam recrutados entre 350 e 500 estudantes. Esse tamanho amostral seria suficiente para a determinação de validade de grupos conhecidos e validade convergente.

O cálculo do tamanho amostral, para a análise de confiabilidade Teste e Reteste, considera um *ICC* esperado de = 0,7 entre os escores de autoeficácia, admitindo que ele não seja inferior a *ICC* = 0,5 para um poder de 90% (considerando um nível de significância $\alpha=0,05$). Utilizando-se o aplicativo *Power Analysis and Sample Size (PASS)*, 2002 versão 13, com esses valores apriorísticos, obteve-se um tamanho amostral mínimo de 67 sujeitos, considerando uma perda de amostragem de 15%.

Desse modo, as mulheres que participaram da avaliação das propriedades métricas totalizaram $n=391$, sendo selecionadas por uma amostragem denominada “bola

de neve”, onde uma participante indica para outra. Inicialmente, as participantes selecionadas através grupos conhecidos das pesquisadoras foram convidadas a responder o formulário eletrônico, por meio de contato telefônico e via *Internet*, através de plataformas digitais (*e-mails* e WhatsApp). Para aquelas que aceitaram, foi encaminhado o *link* da pesquisa do *Google Forms*, para que preenchessem e enviassem virtualmente. Para maior recrutamento de participantes, foi solicitado o apoio delas, para convidar outras colegas a participarem do estudo.

A amostra das duas etapas (Teste e Reteste) foi composta por n=75 alunas graduandas da UFTM, com idade maior que 18 anos, do sexo feminino. Destaca-se que em todas as etapas descritas acima, as participantes foram informadas sobre a pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios e riscos previstos que constavam no TCLE. Só após isso, foi realizado o convite para participação voluntária.

5.4 ESCOLHA DO INSTRUMENTO

O instrumento *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale* foi selecionado, após buscas minuciosas nas bases de dados Science Direct, Biblioteca Virtual de Saúde e PubMed. Para delineamento da pesquisa, foi desenvolvida uma estratégia de busca com 10 cruzamentos de palavras-chave semelhantes à ideia central: instrumentos de validação / nutrição / estudantes universitários, com periódicos publicados nos últimos 5 anos. A data da busca foi abril de 2017.

Ao final da busca, totalizaram-se 32 artigos que construíram e validaram instrumentos relacionados à área da Nutrição. Então, realizou-se uma avaliação mais criteriosa, durante a qual foram verificadas as análises de confiabilidade, população e objetivo do estudo; e, assim, foram selecionados quatro instrumentos que mais se aproximavam dos objetivos das pesquisadoras. Após uma análise mais criteriosa dos instrumentos avaliados, houve um maior interesse pela escala *HEWSE*, por apresentar uma boa confiabilidade, seguir todas as etapas necessárias, além de ser de fácil aplicabilidade e ter um objetivo de grande necessidade na população brasileira.

5.5 PERMISSÃO DA AUTORA PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO PARA USO NO BRASIL

A permissão quanto ao estudo para tradução, adaptação cultural e validação do instrumento *HEWSE* foi solicitada aos autores, Lindsay Wilson-Barlow, Tishanna R. Hollins e James R. Clopton, através de correspondência eletrônica (*e-mail*). No dia 4 de maio de 2017, a primeira autora, Lindsay Wilson-Barlow, concedeu a autorização para a adaptação cultural e validação do instrumento para a língua portuguesa do Brasil (ANEXO C).

5.6 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA HEWSE PARA O IDIOMA PORTUGUÊS BRASILEIRO

Para que um instrumento seja utilizado em outro país é necessária a adaptação transcultural, no qual a escala *HEWSE* já passou por esse procedimento, que foi realizado no trabalho de Cornélio (2018). Na esquematização a seguir, estão detalhadas as etapas conforme apresentadas na Figura 1, com a metodologia proposta por Ferrer *et al.* (1996).

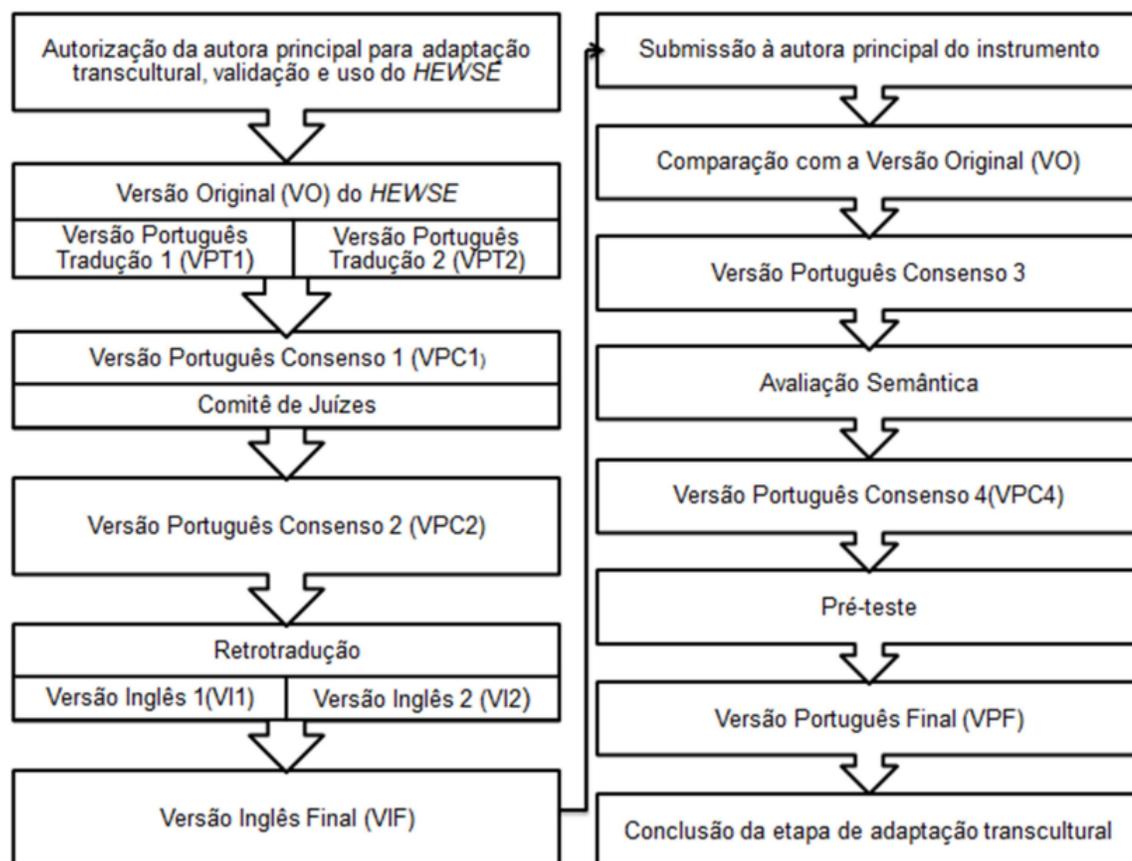
Após a aprovação da autora principal do instrumento *HEWSE*, iniciou-se as etapas de tradução e adaptação cultural segundo Ferrer *et al.* (1996), que foi realizada e concluída no estudo de Cornélio (2018). O objetivo foi adaptar transculturalmente o instrumento *HEWSE* para utilização no Brasil.

Tratou-se de um estudo metodológico de adaptação transcultural que envolveu as seguintes etapas: tradução da escala *HEWSE* para a língua portuguesa; obtenção do primeiro consenso da versão em português; avaliação pelo comitê de juízes; retrotradução; obtenção do consenso das versões em inglês, submissão à autora do instrumento original e comparação com a versão original; análise semântica; e pré-teste.

O processo de adaptação transcultural teve duração de cinco meses. Para a etapa da avaliação semântica participaram 27 graduandas. Na etapa do pré-teste, participaram 52 acadêmicas, todas do sexo feminino, distribuídas entre 17 cursos de graduação da universidade onde foi realizado o estudo. A *HEWSE* foi adaptada transculturalmente para

a língua portuguesa brasileira com êxito, conforme Cornélio (2018). Alcançou-se as equivalências semântica, idiomática, de face, conceitual e cultural do instrumento.

Figura 1 — Esquema das etapas da adaptação transcultural da escala *HEWSE* propostas por Ferrer *et al.* (1996)



Fonte: Cornélio (2018, p. 24).

5.7 AVALIAÇÃO MÉTRICA DA VERSÃO ADAPTADA HEWSE PARA O BRASIL

A próxima etapa do procedimento metodológico foi a validação das propriedades métricas, realizada neste estudo, conforme as descrições a seguir.

5.7.1 Validade de Face e Validade de Conteúdo

A validade de face ou aparente e a validade de conteúdo da versão adaptada para o português brasileiro foram verificadas pelo consenso obtido entre os profissionais do

Comitê de Juízes quanto à avaliação da capacidade de o instrumento medir o que se propõe mensurar (validade de face) e a relevância de cada item no construto estudado (validade de conteúdo).

5.7.2 Validade de Construto

Foram utilizados para a validade de construto os seguintes métodos: dimensionalidade, validade convergente e comparação entre grupos conhecidos.

Os processos apresentados irão verificar a correlação da medida obtida pela Escala *HEWSE* — versão adaptada, com medidas de instrumentos que avaliam construtos correlacionados com Alimentação Saudável e Peso Saudável.

5.7.2.1 Dimensionalidade

O teste da validade de construto dimensional foi realizado por meio da AFC, que avaliou a adequação quanto à estrutura dimensional (fatorial) de um modelo de relações entre variáveis (latentes), designadas como fatores, com um conjunto de itens medidos por meio do questionário *HEWSE*, designados como variáveis observadas.

A AFC foi utilizada para certificar o ajuste de um modelo proposto pelos autores do instrumento, que contém dois fatores: peso e alimentação saudável (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014). A adequação do modelo à estrutura proposta pelos autores foi medida empregando-se critérios de ajuste que buscam determinar a similaridade entre as matrizes de variância-covariância observada na amostra com aquela predita pelo modelo que está sendo testado. Esses critérios foram quantitativamente medidos por coeficientes de ajuste, sendo (KLINE, 2010):

- a) medidas de ajuste absolutas, as quais determinam o quanto o modelo testado se ajusta aos dados obtidos com a amostra: teste qui-quadrado; raiz quadrática média do erro de aproximação (*RMSEA — Root Mean Square Error of Approximation*); índice de ajuste (*GFI — Goodness of Fit Index*);
- b) medidas de ajuste incrementais, que comparam o modelo testado com algum modelo independente, no qual se supõe não haver correlações entre as variáveis

observadas, por meio dos seguintes índices: Índice de Tucker-Lewis (*TLI — Tucker-Lewis Index*) e Índice de Ajuste Comparativo (*CFI — Comparative Fit Index*).

5.7.2.2 Grupos Conhecidos

A validade de grupos conhecidos tem como princípio que grupos específicos podem, de forma antecipada, evidenciar diferenças de outros, uma vez que o instrumento é sensível para prever tais diferenças entre os grupos (FAYERS; MACHIN, 2007).

Foram utilizadas como grupos conhecidos as variáveis: prática de atividade física, possuir alguma doença e possuir alguma restrição alimentar.

5.7.2.3 Validade Convergente

A validade de construto convergente da versão adaptada foi testada pela associação da medida da escala *HEWSE* (versão adaptada) com as medidas de estado nutricional ($\text{IMC}=\text{kg}/\text{m}^2$), percepção da imagem corporal (*EAT-26*) e manifestação de impulsividade (*BIS-11*). Esses instrumentos foram escolhidos porque apresentam relação com comportamentos relativos a alimentação e peso corporal.

Formulou-se as hipóteses de que quanto maior o IMC (kg/m^2) e maiores os índices de manifestações de impulsividade, menores seriam os escores de alimentação saudável. E que quanto mais positiva for a percepção da imagem corporal, maiores os escores do fator peso saudável, assim como no estudo de Ferreira e colaboradores (2022).

5.7.3 Análise de Confiabilidade

A confiabilidade foi analisada através da avaliação da consistência interna, através da estabilidade por meio do Teste-Retest. Quanto mais próximo do valor um ($r=1$) for o resultado da correlação, menor será o erro da medida e maior será a capacidade do teste em medir o que se propõe (PASQUALI, 2009).

5.7.4 Estabilidade por meio de Teste-Reteste

A confiabilidade avalia a consistência com que o instrumento mensura o atributo, ou seja, a confiabilidade do instrumento, uma vez revelados resultados que são semelhantes em medidas repetidas (POLIT; BECK, 2011). O nível de concordância entre as diferentes ocasiões é a medida de confiabilidade do instrumento, desde que os indivíduos estejam em condições estáveis (FAYERS; MACHIN, 2007).

Pasquali (2004) relata que não existe consenso quanto ao intervalo de tempo das duas aplicações; mas recomenda-se que quem está respondendo não se recorde das respostas dadas no teste. Essa etapa contemplou (n=75) estudantes do sexo feminino, onde o prazo do tempo de aplicação da escala de validação teste-reteste foi entre 15 e 30 dias, de acordo com a metodologia utilizada pelos autores do instrumento *HEWSE* (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

A confiabilidade teste-reteste foi verificada por meio do coeficiente de correlação de Spearman para os itens e do *ICC* para os fatores. É recomendado que os valores do *ICC* estejam acima de 0,70, embora alguns autores sugiram que valores de 0,60 ou, até mesmo, 0,50 são aceitáveis (FAYERS; MACHIN, 2007). As correlações foram classificadas como fracas, moderadas ou fortes (COHEN, 1988):

- a) correlação fraca = $0 < r < 0,3$;
- b) correlação moderada = $0,3 \leq r < 0,5$;
- c) correlação forte = $r \geq 0,5$.

5.7.5 Consistência Interna

A consistência interna dos itens da escala foi calculada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, que é um indicador utilizado para medir o grau de covariância ou correlação entre os itens, onde os valores podem variar entre 0 e 1. Com esses dados, a verificação do grau de consistência interna das questões que compõem a escala será alcançada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Valores acima de 0,7 foram

considerados como adequados para indicar a confiabilidade do instrumento (FAYERS; MACHIN, 2007).

5.8 COLETA DE DADOS

No processo de validação do instrumento *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale* para utilização no Brasil, foram coletados os dados durante o período da pandemia, entre os meses de março e junho de 2021, onde foram alcançadas n=391 universitárias voluntárias, do sexo feminino, durante a qual foram coletados dados referentes a características socioeconômicas e demográficas, percepção da imagem corporal, autoeficácia quanto a alimentação e peso, e manifestações de comportamentos de impulsividade.

Para as discentes envolvidas no processo da Avaliação Métrica, através de questionário eletrônico do *Google Forms* (ANEXO D), previamente foi solicitada a autorização das mesmas, através do TCLE, para participarem do estudo; após o consentimento das participantes, foram solicitadas a preencherem os seguintes instrumentos: a Escala *HEWSE* (versão adaptada para o Brasil), o Questionário Socioeconômico e Demográfico, o teste *EAT-26* e a escala *BIS-11*.

Para a etapa de Reteste, n=75 estudantes foram convidadas a responderem a versão adaptada da escala *HEWSE* novamente, entre 15 e 30 dias, para a avaliação da confiabilidade intra-observador (Teste-Retest) desse instrumento.

5.8.1 Instrumentos de coleta de dados

A seguir serão detalhadas informações sobre os instrumentos utilizados na coleta de dados para o processo de validação da escala *HEWSE* adaptada (CORNÉLIO, 2018), que foram os seguintes: o Questionário Socioeconômico e Demográfico, o Teste de Imagem Corporal (*EAT-26*) e a Escala de Impulsividade de Barratt (*BIS-11*).

5.8.1.1 Questionário Socioeconômico e Demográfico

Para avaliação dos aspectos socioeconômicos e demográficos, foi utilizado um instrumento com 29 questões (ANEXO D). Os itens abordaram os seguintes quesitos: nome, sexo, idade, data de nascimento, cor, endereço, telefone, naturalidade, estado e país, estado civil, moradia própria ou não, quantidade de pessoas residentes na casa, renda média mensal, número de dependentes, se apresenta alguma doença, curso matriculado, período atual, data de matrícula de ingresso na UFTM, tempo destinado aos estudos em horas/dia.

A idade foi definida de acordo com a data de nascimento; e a cor do participante foi considerada a autodeclarada em branca, parda, negra, amarela e outra. Algumas perguntas também foram utilizadas no questionário, com o intuito de conhecer melhor o perfil das participantes, tais como: se tem filhos (em caso afirmativo: *quantos?*); se utiliza algum medicamento; se pratica atividades físicas (em caso afirmativo: *quais atividades físicas e com qual frequência?*); se havia alguma restrição alimentar (em caso afirmativo: *qual?*).

Também foram questionadas sobre qual o grupo de escolhas alimentares elas se classificavam (Onívoro: Come de todos os alimentos: carnes, ovos, leite, legumes, folhas, cereais, frutas); (Ovolactovegetariano: Não consome carnes, porém se alimenta de ovos e laticínios) e (Vegetariano restrito: Não consome alimentos que contenham qualquer tipo de carne, ovos e leite animal); (Vegano: Não consome alimentos que contenham qualquer tipo de carne, ovos e leite animal e nenhum produto, seja alimentício ou não, que envolva animais).

5.8.1.2 Avaliação do estado nutricional

Para a avaliação do estado nutricional das participantes, foram avaliadas suas informações autorreferidas, devido ao momento de a coleta ter sido em meio ao período de pandemia de Covid-19, que impossibilitou a aferição presencial de peso e altura das participantes.

Com as informações obtidas das medidas de peso (kg) e altura (m), os dados foram aplicados na fórmula do IMC: peso atual (kg) / estatura (m²). A avaliação utilizou os critérios descritos pela World Health Organization (1995):

- a) valores < 18,5 kg/m² — Baixo peso;
- b) 18,5-24,9 kg/m² — Eutrofia;
- c) 25-29,9 kg/m² — Sobrepeso;
- d) 30-34,9 — Obesidade I;
- e) 35-39,9 — Obesidade II;
- f) > 40 kg/m² — Obesidade III.

5.8.1.3 *Eating Attitudes Test (EAT-26)*

O *EAT-26* de Garner *et al.* (1982) é um questionário de autopreenchimento, composto por 26 questões na forma de escala Likert de pontos (sempre = 3; muitas vezes = 2; frequentemente = 1; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0). Foi adaptado e validado para a língua brasileira por Fortes e colaboradores (2016).

A questão 25 apresenta pontuação invertida, ou seja, as alternativas sempre, muitas vezes e frequentemente são avaliadas com peso 0, a resposta poucas vezes apresenta peso 1, quase nunca peso 2 e nunca valor 3. O escore é calculado a partir da soma das respostas de cada item, variando de 0 a 78 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior o risco de desenvolvimento de transtorno alimentar.

Considera-se que escores maiores que 21 são indicativos de comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares (GARNER *et al.*, 1982; RIVAS *et al.*, 2010). O questionário é composto por três subescalas, cada qual avaliando fatores distintos do comportamento alimentar: dieta (13 itens), bulimia e preocupação com alimentos (6 itens) e autocontrole oral (7 itens).

5.8.1.4 *Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11)*

A *BIS-11* é uma escala de autopreenchimento composta por 30 itens relacionados às manifestações da impulsividade, tendo como base o modelo teórico proposto por Ernst Barratt (1959) e Patton, Stanford e Barratt (1995). Foi adaptada para a cultura brasileira por MALLOY-DINIZ e colaboradores (2010).

Sua análise é realizada através da escala do tipo Likert de quatro pontos, a saber: 1 = raramente ou nunca; 2 = de vez em quando; 3 = com frequência; 4 = quase sempre/sempre. A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos, e altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos.

Além de um escore global, a *BIS-11* permite o cálculo de escores parciais referentes a três subdomínios da impulsividade, sendo eles: impulsividade motora (itens 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 e 30*), atencional (itens 6, 5, 9*, 11, 20*, 24, 26, 28) e por não planejamento (itens 1*, 7*, 8*, 10*, 12*, 13*, 14, 15*, 18, 27, 29*).

5.9 ANÁLISE DOS DADOS

Concluída a coleta de dados, houve a organização deles em planilha eletrônica no *Microsoft Office Excell for Windows®* 2013 (por dupla digitação e validação para conferir a consistência das planilhas eletrônicas) e a elaboração do dicionário do banco de dados. Os dados então foram importados para o *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0, para serem processados e analisados.

Foram realizadas análises exploratórias de frequência simples para as variáveis categóricas como as do questionário socioeconômico e demográfico (idade, naturalidade, raça, curso de graduação, renda mensal, etc.), de medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas, considerando o nível de significância de 0,05. Essa avaliação visou classificar e caracterizar a amostra.

A metodologia estatística para o cálculo das propriedades métricas cabíveis ao processo de validação do instrumento *HEWSE* seguiu as etapas descritas a seguir. A dimensionalidade de construto foi verificada por meio da AFC, a fim de avaliar a adequação do modelo proposto pelos autores do instrumento, que contém dois fatores: alimentação saudável e peso saudável.

Para testar a validade por grupos conhecidos do instrumento adaptado, foi realizada a comparação das médias por meio do teste Mann-Whitney para amostras independentes quanto às seguintes variáveis: prática de atividades físicas, presença de alguma doença e restrição alimentar.

A validade de construto convergente foi analisada por meio da correlação de Pearson entre os escores do instrumento *HEWSE* com escores do IMC, do *EAT-26* e do *BIS-11*. As correlações foram classificadas como fracas, moderadas ou fortes, de acordo com o valor de r (COHEN, 1988):

- a) correlação fraca: $0 < r < 0,3$;
- b) correlação moderada: $0,3 \leq r < 0,5$;
- c) correlação forte: $r \geq 0,5$.

Para a avaliação da confiabilidade do instrumento *HEWSE* (adaptado), ocorreu a análise da consistência interna dos seus itens, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach. Apenas os valores acima de 0,7 foram considerados como adequados para indicar a confiabilidade da versão adaptada da escala *HEWSE* (FAYERS; MACHIN, 2007).

A confiabilidade teste-reteste foi avaliada por meio do coeficiente de correlação de Spearman (para os itens) e dos coeficientes de Pearson e de Correlação Intraclasse (para os escores dos fatores).

5.10 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do estudo, foi solicitada a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (ANEXO A), de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), com o parecer nº 2.410.521. Adicionalmente, foi requerida a autorização da Pró-Reitoria de Ensino da UFTM para a realização da pesquisa com as discentes selecionadas, no Centro Educacional da universidade, mediante o consentimento do Termo de Autorização descrito no formulário eletrônico (ANEXO B).

Os pesquisadores apresentaram às participantes do estudo todas as informações necessárias, descritas no TCLE de forma antecipada ao preenchimento do questionário. Todas as participantes da pesquisa assinalaram que estavam cientes do TCLE.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foi realizada a validação das propriedades métricas do instrumento adaptado *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale* para uso no Brasil. Trata-se de um instrumento capaz de avaliar a autoeficácia quanto a alimentação e peso saudável.

Um fator a ser considerado é que se trata do primeiro estudo de adaptação transcultural e validação do *HEWSE*, de modo que a comparação e a discussão dos resultados ficaram limitadas ao estudo de construção e validação do instrumento de origem. Entretanto, apresenta uma ferramenta relevante e complementar ao estudo da versão original para novas pesquisas metodológicas sobre o instrumento.

Como já descrito neste estudo, as etapas do processo de Tradução e Adaptação Transcultural do instrumento *HEWSE* seguiram as etapas de Ferrer *et al.* (1996), semelhante ao estudo de Santos *et al.* (2019) e Carleto (2017), com base nos quais todas as etapas desse primeiro processo foram realizadas e concluídos no estudo de Cornélio (2018), que gerou a versão *HEWSE* adaptada para o Brasil denominada: *Escala de Percepção da Autoeficácia quanto ao Peso e Alimentação Saudável (EPAPAS)*.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da etapa de validação das propriedades métricas da escala *HEWSE* adaptada n=391 estudantes matriculadas nos cursos de graduação da UFTM, *campus* Uberaba, conforme Tabela 1, que apresenta as estatísticas descritivas para a variável curso de Graduação. Os dados mostraram que mais da metade das entrevistadas ingressaram na UFTM entre 2018 e 2020.

Tabela 1 — Participantes do estudo por curso de graduação da UFTM, *campus* Uberaba/MG

Curso de Graduação	N	%
Enfermagem	97	24,81%
Nutrição	53	13,55%
Psicologia	35	8,95%

Curso de Graduação	N	%
Medicina	30	7,67%
Terapia Ocupacional	24	6,14%
Ciências Biológicas	23	5,88%
Biomedicina	22	5,63%
Fisioterapia	22	5,63%
Engenharia de Alimentos	12	3,07%
Engenharia Civil	9	2,30%
Letras	9	2,30%
Química	9	2,30%
Educação Física	8	2,05%
Agronomia	6	1,53%
Engenharia de Produção	6	1,53%
Serviço Social	6	1,53%
Engenharia Química	5	1,28%
Engenharia Ambiental	4	1,02%
Física	3	0,77%
Matemática	2	0,51%
Engenharia Agrônômica	1	0,26%
Geografia	1	0,26%
História	1	0,26%
Licenciatura em Educação do Campo	1	0,26%
Pedagogia	1	0,26%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Percebe-se na Tabela 1 que dentre os 25 cursos de graduação alcançados, Enfermagem, Nutrição e Psicologia, juntos, somam quase metade dos cursos das participantes. No estudo de Carleto (2017), entre os participantes, obteve-se maior representação de estudantes do curso de Medicina (8,8%) e menor participação de estudantes do curso de Licenciatura em Letras com habilitação Português/Espanhol (1,9%).

Ressalta-se que este estudo utilizou amostragem não probabilística (bola de neve), uma vez que a coleta de dados foi realizada virtualmente, durante o período de pico da pandemia, impossibilitando o contato presencial com as participantes. No entanto, esse fato contribuiu para a otimização da coleta de dados e maior número de adesão à pesquisa.

Na Tabela 2, mostra-se que a maioria das participantes estavam no primeiro (n=56) e quarto (n=54) períodos da graduação, porém também teve a representatividade de outros períodos da graduação, em que as participantes estavam inseridas.

Na Tabela 3, vê-se que a idade média observada foi de 23,10 anos. No estudo de Wilson-Barlow, Hollins e Clopton (2014), utilizou-se uma amostra de n=173 mulheres, com idade entre 17 e 24 anos.

Tabela 2 — Período de estatísticas descritivas para a variável período atual na graduação

Período Atual na Graduação	N	%
1	56	14,32%
4	54	13,81%
5	44	11,25%
7	42	10,74%
2	41	10,49%
6	35	8,95%
3	30	7,67%
9	27	6,91%
8	23	5,88%
10	17	4,35%
11	7	1,79%
+12	7	1,79%
12	6	1,53%
Sem resposta	2	0,51%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Tabela 3 — Estatísticas descritivas para as variáveis: idade, número de dependentes da renda familiar, peso e altura

Variável	N	Mínimo	Média	Mediana	Máximo	Desvio-Padrão
Idade (anos)	391	18	23,10	22,00	70,00	5,33
Número de dependentes da renda familiar	353	0	2,71	3,00	7,00	1,55
Peso (kg)	389	39	64,51	62,00	150,00	15,35
Altura (m)	390	1,45	1,64	1,64	1,88	0,07

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Dentre as n=391 participantes do estudo, pelo menos metade possui três ou mais dependentes na renda familiar. O peso e a altura média foram 64,51kg e 1,64m, respectivamente, com o IMC de 24,07 (Eutrófico — peso normal). Quanto ao excesso de peso, n=118 (30,2%) das pesquisadas o apresentaram. No estudo de Melo *et al.* (2020), a frequência conjunta do sobrepeso/obesidade, configurando o excesso de peso, foi de 70,3%.

Quanto à raça, a maioria (61,4%) é formada por mulheres brancas, porém houve representação de todas as categorias (Tabela 4). Isso foi semelhante ao estudo de Camargo *et al.* (2019), que apresentaram em sua pesquisa um percentual de 63,8% na cor branca.

Tabela 4 — Estatísticas descritivas para a variável raça das participantes do estudo

Raça	N	%
Branca	240	61,38%
Parda	98	25,06%
Negra	42	10,74%
Amarela	7	1,79%
Sem declaração	4	1,02%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Pela Tabela 5, vê-se que mais da metade das participantes da pesquisa são naturais de Minas Gerais (52,2%), seguido por São Paulo (40,7%). No estudo de Santos (2017), que também validou um instrumento para uso no Brasil, 79,5% dos participantes eram de Minas Gerais. Foram representadas participantes de 12 estados do Brasil, o que contribuiu para maiores abrangências das diversidades culturais, apesar da baixa porcentagem de alguns locais.

Tabela 5 — Naturalidade das participantes do estudo

Estado	N	%
Minas Gerais	204	52,17%
São Paulo	159	40,66%
Goiás	10	2,56%

Estado	N	%
Mato Grosso	3	0,77%
Mato Grosso do Sul	3	0,77%
Pará	3	0,77%
Paraná	2	0,51%
Ceará	2	0,51%
Alagoas	1	0,26%
Bahia	1	0,26%
Espírito Santo	1	0,26%
Rondônia	1	0,26%
Sem resposta	1	0,26%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Mais de 90% das entrevistadas são solteiras, e quase 70% das pesquisadas não possuem filhos (Tabela 6), assim como no estudo de Santos (2017), onde a maioria dos participantes eram solteiros (93,5%).

Tabela 6 — Estado civil das participantes do estudo

Estado Civil	N	%
Solteiro(a)	352	90,03%
Vive com companheiro(a)	19	4,86%
Casado(a)	17	4,35%
Divorciado(a)	2	0,51%
Sem resposta	1	0,26%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Quase toda a amostra mora em casa (72,6%) ou apartamento (25,1%); e a maioria das entrevistadas possuem imóvel próprio (64,2%), sendo que 29,4% moram em imóvel alugado. Apenas 3,84% das entrevistadas moram sozinhas, e a maior parte delas mora com mais três pessoas (34,0%). Aproximadamente um terço da amostra possui renda mensal de um a três salários mínimos (Tabela 7).

No estudo de Camargo *et al.* (2019), 72,4% os participantes ganhavam menos de 1 salário mínimo, de modo que os autores correlacionaram que pessoas com menor poder aquisitivo pode levar ao consumo de alimentos mais baratos e com alta densidade energética em detrimento de alimentos mais saudáveis, como frutas e hortaliças.

Tabela 7 — Renda mensal das participantes do estudo

Renda Mensal (R\$)	N	%
1,1 a 3 salários mínimos (1040,00 a 3117,00)	135	34,53%
1 salário mínimo (1039,00)	92	23,53%
Maior que 4 salários mínimos	78	19,95%
3,1 a 4 salários mínimos (3120,00 a 4156,00)	52	13,30%
Sem resposta	34	8,70%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Percebeu-se que metade (50,12%) das entrevistadas utilizam algum tipo de medicamento (Tabela 8), entre os quais a maioria era formada por: anticoncepcionais, ansiolíticos e anti-inflamatórios. Já quanto à existência de alguma doença, 72,6% das entrevistadas não possuem nenhum tipo de doença. As principais doenças descritas foram: depressão, ansiedade, bronquite, ovário policístico, síndrome do intestino irritável e diabetes. No estudo de Velter Filho, Sperandio e Ferreira (2019), 46% dos universitários revelaram já terem utilizado medicamentos antidepressivos.

Tabela 8 — Análise descritiva quanto ao uso de medicamentos entre as participantes

Utiliza Algum Medicamento	N	%
Sim	196	50,12%
Não	195	49,88%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Aproximadamente 59% das mulheres entrevistadas alegaram realizar alguma atividade física (Tabela 9); entre as práticas adotadas, as que mais se destacaram foram estas: musculação, natação, ciclismo, luta, caminhada, pilates, crossfit, yoga, corrida e vôlei.

A grande maioria das entrevistadas (81,6%) diz não possuir qualquer tipo de restrição alimentar (Tabela 10); entretanto, houve algumas restrições relatadas: produtos alimentícios com lactose, camarão e corante.

Tabela 9 — Estatísticas descritivas para a variável prática de atividade física

Prática de Atividade Física	N	%
Sim	231	59,08%
Não	160	40,92%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Tabela 10 — Restrição alimentar entre as participantes

Restrição Alimentar	N	%
Não	319	81,59%
Sim	72	18,41%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Quanto ao grupo de escolhas alimentares, 87,7% das entrevistadas são onívoras (Tabela 11).

Tabela 11 — Estatísticas descritivas para a variável grupo de escolhas alimentares

Grupo de Escolhas Alimentares	N	%
Onívoro	343	87,72%
Ovolactovegetariano	41	10,49%
Vegetariano	5	1,28%
Vegano	2	0,51%
Total	391	100,00%

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Essas variáveis foram investigadas devido ao fato de que as escolhas alimentares podem influenciar diretamente na percepção da autoeficácia, além de caracterizar melhor a amostra.

6.2 PROPRIEDADES MÉTRICAS DO INSTRUMENTO *HEWSE* — VERSÃO ADAPTADA

Inicialmente foi realizada uma análise exploratória dos dados. Em seguida, para a avaliação da validade de construto, foram utilizados os seguintes métodos: dimensionalidade, comparação entre grupos conhecidos e validade convergente. Também foi realizada análise de confiabilidade, através da consistência interna, alfa de Cronbach e teste-reteste.

6.2.1 Análise de validade

6.2.1.1 *Validade de Face e Validade de Conteúdo*

A versão adaptada para o português brasileiro da escala *HEWSE* foi submetida à validação de face e de conteúdo pelos especialistas que compuseram o Comitê de Juízes durante a etapa da adaptação transcultural do instrumento.

6.2.1.2 *Validade de Construto*

6.2.1.2.1 Dimensionalidade

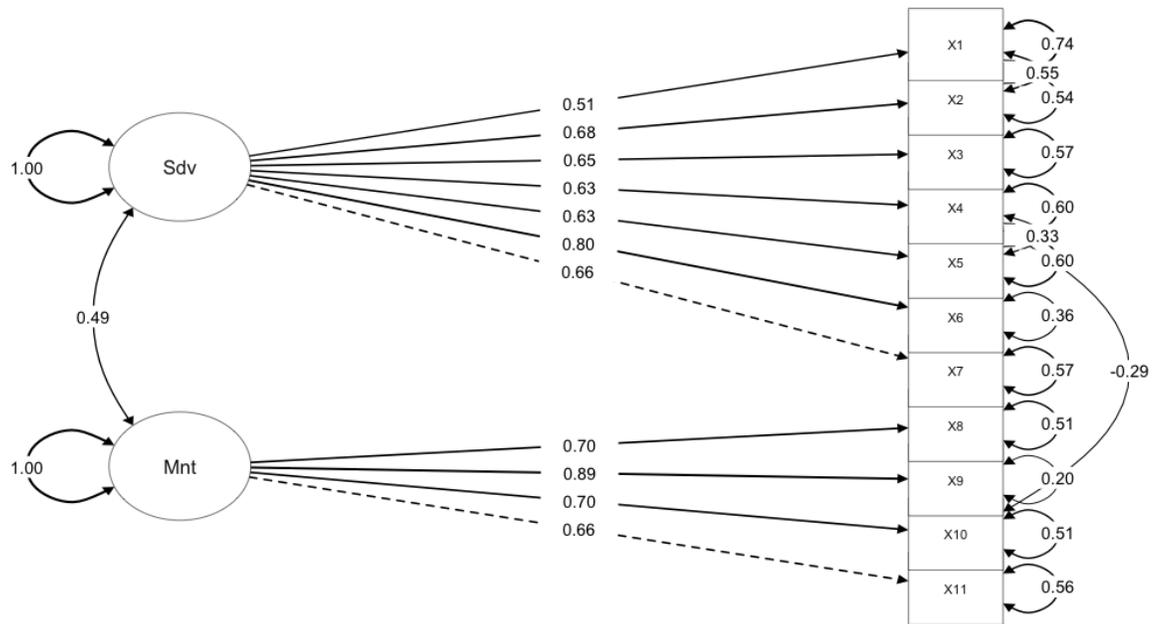
A estrutura dimensional do instrumento foi testada através da AFC. As análises seguiram os mesmos critérios dos estudos de Carleto (2017) e Santos (2017). A Figura 2 e as Tabelas de 12 a 14 apresentam os resultados da AFC para a determinação da validade de construto dimensional da escala *HEWSE*.

De fato, o modelo testado incluiu uma estrutura bifatorial contendo as variáveis latentes: Ingestão de Alimentos Saudáveis (fator 1), com 7 itens, e Peso Saudável (fator 2), com 4 itens (Figura 2). Já na pesquisa de Sbicigo *et al.* (2012), os resultados das análises exploratória e confirmatória mostraram que o instrumento é unidimensional.

A obtenção do modelo final ocorreu após o acréscimo de covariâncias ou correlações entre os fatores e entre três erros (Figura 2), adotando-se algumas sugestões

contidas nos índices de modificação apresentados pelo *software* R Studio, sem, contudo, alterar a estrutura teórica fatorial original proposta pelos autores da escala *HEWSE* (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014).

Figura 2 — Representação diagramática da análise fatorial confirmatória (AFC) da escala *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)*



Fonte: Da Autora, 2023.

Nota: Elipses indicam as variáveis latentes; retângulos indicam os itens delas; Ingestão de Alimentos Saudáveis (Sdv); e Peso Saudável (Mnt).

A Tabela 12 apresenta a estrutura fatorial do *HEWSE* versão para o português brasileiro, realizada por meio do *software* R Studio, e indica o coeficiente de regressão e as cargas fatoriais dos dois fatores. O fator 1 (Ingestão de Alimentos Saudáveis) apresentou cargas fatoriais entre 0,51 a 0,80. Já as cargas fatoriais do fator 2 (Peso Saudável) variaram de 0,66 a 0,89.

Beavers *et al.* (2013) consideraram que o item possui correlação com seu fator quando apresenta cargas fatoriais maiores que 0,3; mas, apesar de indicar importante contribuição estatística, o critério conceitual é mais relevante e deve ser considerado.

No estudo de Carleto (2017) em relação à estrutura dimensional, apenas um dos indicadores estava dentro do recomendado para um bom ajuste do modelo, algo que, em parte, decorre das limitações metodológicas do processo de construção e validação da

versão original. Porém, a autora preservou a estrutura original do instrumento, tendo em vista o critério conceitual, a relevância dos itens dentro de cada fator e as demais validades.

Tabela 12 — Análise fatorial confirmatória (AFC) do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale*, indicando coeficiente de regressão e cargas fatoriais (coeficiente de regressão não padronizado)

Item	Coeficiente de Regressão Não Padronizado	Cargas Fatoriais	Erro Padrão	Razão Crítica	p-valor
Item 1 <- Saudável	0,67	0,51	0,10	6,86	<0,001
Item 2 <- Saudável	0,91	0,68	0,10	9,46	< 0,001
Item 3 <- Saudável	0,72	0,65	0,08	9,18	< 0,001
Item 4 <- Saudável	0,93	0,63	0,10	9,45	< 0,001
Item 5 <- Saudável	0,99	0,63	0,10	10,34	< 0,001
Item 6 <- Saudável	1,24	0,80	0,10	12,48	< 0,001
Item 7 <- Saudável	1,00	0,66	-	-	-
Item 8 <- Manutenção	1,18	0,70	0,12	9,66	<0,001
Item 9 <- Manutenção	1,41	0,89	0,12	11,81	< 0,001
Item 10 <- Manutenção	1,18	0,70	0,12	10,20	< 0,001
Item 11 <- Manutenção	1,00	0,66	-	-	-

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Na Tabela 13 apresentam-se as covariâncias e correlações do *HEWSE* versão para o português brasileiro, tanto entre os fatores quanto entre os erros, de acordo com as sugestões dos índices de modificação. Percebeu-se que a inclusão de covariâncias ou correlações entre os fatores e entre três erros melhorou o ajuste de modelo.

Tabela 13 — Estrutura fatorial indicando covariâncias e correlações do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale*

	Covariância	Correlação	Erro Padrão	Razão Crítica	p-valor
Saudável <-> Manutenção	0,34	0,49	0,06	5,98	<0,001
X1 <-> X2	0,43	0,55	0,06	6,93	<0,001
X4 <-> X5	0,32	0,33	0,08	4,23	<0,001
X4 <-> X10	-0,28	-0,29	0,06	-4,38	<0,001

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

A Tabela 14 exibe o coeficiente de correlação múltipla ao quadrado para cada um dos itens do *HEWSE* — versão para o português brasileiro. De fato, destaca-se a proporção de variância explicada pelo fator no item observado do instrumento, apontando que cada item está significativamente representado pelo seu fator, assim como no estudo de Santos (2017).

Tabela 14 — Coeficientes de correlação múltipla ao quadrado (coeficiente de determinação) da solução fatorial do instrumento *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale*

Fator	Item	Coeficiente de Correlação Múltipla ao Quadrado
Ingestão de Alimentos Saudáveis	1 (X1)	0,74
	2 (X2)	0,54
	3 (X3)	0,57
	4 (X4)	0,60
	5 (X5)	0,60
	6 (X6)	0,36
	7 (X7)	0,57
Peso Saudável	8 (X8)	0,51
	9 (X9)	0,20
	10 (X10)	0,51
	11 (X11)	0,56

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

No que tange aos indicadores de ajuste do modelo, convém destacar:

a) com base nas medidas de ajuste absoluto — valor de qui-quadrado $\chi^2(40) = 55,04$; p-valor = 0,06; valor da *RMSEA* = 0,031; intervalo de confiança (IC: 90% = 0,000-0,050) —, especialmente no valor do qui-quadrado, não se rejeita a hipótese de igualdade das matrizes de variância-covariância (predita pelo modelo e obtida com os dados), além do fato de que o valor de *RMSEA* está dentro dos limites considerados como indicativos de um ajuste de modelo adequado à estrutura fatorial proposta;

b) as medidas de ajuste incrementais ($TLI = 0,982$; $CFI = 0,987$), por sua vez, apresentaram valores acima do ponto de corte (0,90), recomendados para um bom ajuste.

Frente ao exposto, considerando-se os dois indicadores supracitados, conclui-se que o modelo se apresenta adequadamente ajustado à estrutura dimensional proposta pelos autores da escala original. No estudo de Santos (2017), o CFI foi de 0,96, próximo ao encontrado nesta pesquisa, assim como os valores de $RMSEA$ foram adequados.

6.2.1.2.2 Validade por Grupos Conhecidos

A fim de testar a validade por grupos conhecidos do instrumento adaptado, foi realizada a comparação das médias por meio do teste Mann-Whitney para amostras independentes quanto às seguintes variáveis: prática de atividades físicas, presença de alguma doença e restrição alimentar. Na Tabela 15, estão dispostos os resultados.

Identificou-se que as participantes que praticam alguma atividade física apresentam maiores escores estatisticamente significativos em ambos os domínios (Ingestão de Alimentos Saudáveis e Peso Saudável), quando comparadas com aquelas que não realizam atividade física. Estudos relacionam a prática de atividade física com o aumento da autoestima (BAVOSO *et al.* 2017; BAZELLO *et al.*, 2016).

Quanto à presença de alguma doença, viu-se diferença estatisticamente significativa entre as médias de quem possui ao menos uma doença e de quem não possui nenhuma doença apenas no domínio de Peso Saudável, sendo os escores maiores entre aquelas que não possuem alguma doença. No domínio Ingestão de Alimentos Saudáveis, não houve diferença estatisticamente significativa entre quem possui e quem não possui alguma doença, apesar de se notar média de escores ligeiramente maior no grupo das que não possuem doenças. Silva *et al.* (2020) ressaltam associação do excesso de peso com outras doenças, além da importância de se conhecer as percepções quanto à autoeficácia, para que seja possível haver mudança no comportamento e maior adesão aos tratamentos de saúde.

Por fim, quanto à restrição alimentar, notou-se diferença estatisticamente significativa apenas no domínio Ingestão de Alimentos Saudáveis, sendo aquelas sem

restrição alimentar com um escore médio superior ao das pessoas com restrição alimentar. No domínio Peso Saudável, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre as medianas dos grupos, apesar de a média das pessoas sem restrição alimentar ter sido ligeiramente superior à média daquelas que possuem alguma restrição alimentar. Batista *et al.* (2018) enfatizam a importância da coerência na informação dos rótulos dos alimentos, assim como a fiscalização destes, quanto a possíveis ingredientes que podem causar restrições alimentares nos indivíduos, como alergias e intolerâncias, uma vez que isso pode interferir na autonomia das escolhas alimentares.

A Tabela 15 também demonstra o *d* de Cohen, para classificar a magnitude da diferença entre as médias, e representa a magnitude do efeito. Deste modo, quanto maior o efeito, maior o impacto da variável dicotômica nos escores do *HEWSE*. Para a maioria das variáveis, a magnitude do efeito foi moderada ($\geq 0,20-0,50$) e grande ($\geq 0,50$), com exceção ao domínio Ingestão de Alimentos Saudáveis referente à variável presença de alguma doença; e, para o domínio Peso Saudável no que se refere à restrição alimentar, a magnitude foi pequena.

Tabela 15 — Comparação dos escores médios dos domínios do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale* das participantes, de acordo com a prática de atividades físicas, presença de alguma doença e restrição alimentar

Grupos	Ingestão de Alimentos Saudáveis					Peso Saudável				
	n	\bar{x}	s	p	d	\bar{x}	s	p	d	
Atividades Físicas										
Sim	231	3,82	0,79	<0,001	0,66	3,63	1,01	0,0498	0,24	
Não	160	3,27	0,87	-	-	3,37	1,15	-	-	
Possui Alguma Doença										
Não	284	3,59	0,86	0,7823	0,03	3,62	1,04	0,0043	0,32	
Sim	107	3,61	0,88	-	-	3,28	1,14	-	-	
Possui Restrição										
Não	319	3,54	0,86	0,0097	0,33	3,52	1,08	0,8623	0,03	
Sim	72	3,82	0,84	-	-	3,55	1,09	-	-	

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Nota: \bar{x} = média; s = desvio-padrão; p = p-valor; d = d de Cohen.

Em síntese, a versão adaptada do *HEWSE* foi capaz de distinguir diferenças entre os grupos definidos por prática de atividades físicas, presença de alguma doença e restrição alimentar, confirmando as hipóteses levantadas neste estudo.

6.2.1.2.3 Validade Convergente

Na validade de construto convergente, testou-se as correlações entre os escores dos domínios do *HEWSE* adaptado em associação com a percepção da imagem corporal (*EAT-26*), Escala de impulsividade (*BIS-11*) e as medidas de estado nutricional (IMC=kg/m²) (Tabela 16).

Tabela 16 — Correlação entre as médias dos domínios do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)* com a percepção da imagem corporal (*EAT-26*), a manifestação de impulsividade (*BIS-11*) e o índice de massa corporal (IMC) das participantes do estudo

HEWSE Domínio	EAT-26		BIS-11		IMC	
	r	p	r	p	r	p
Ingestão de Alimentos	0,02	0,74	0,02	0,76	-	0,006
Peso Saudável	0,27	<0,001	-0,06	0,22	-	<0,001

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Nota: r = coeficiente de correlação de Pearson; p = p-valor.

A análise dos coeficientes de correlação de Pearson evidenciou correlações fracas entre os domínios do *HEWSE* adaptado e a percepção da imagem corporal (*EAT-26*), sendo estatisticamente significativa apenas no domínio Peso Saudável, ou seja, quanto melhor a percepção da imagem corporal, maior a autoeficácia para peso saudável. Quanto à manifestação de impulsividade (*BIS-11*), houve correlações fracas com os domínios do *HEWSE adaptado*, sendo que ambas não foram estatisticamente significantes. Já quanto ao IMC, os coeficientes de correlação foram fracos e moderados para os domínios Ingestão de Alimentos Saudáveis e Peso Saudável, respectivamente, sendo ambos estatisticamente significantes.

Os resultados do estudo de Wilson-Barlow, Hollins e Clopton (2014) revelaram uma correlação negativa moderada ($r = -0,37$, $p = 0,01$) entre a escala *ESES* e a escala

HEWSE, sugerindo que um indivíduo com baixa autoeficácia alimentar saudável terá maior probabilidade de comer demais em várias situações.

Ao analisar os sinais dos coeficientes de correlação de Pearson, dentre os p-valores inferiores a 5,0%, nota-se que ambos os sinais do IMC são negativos, o que mostra que quanto maior for o IMC, menores serão os escores médios dos domínios Alimentação Saudável e Peso Saudável. Na mesma linha, pode-se dizer que quanto maior a percepção da imagem corporal, maior o escore médio no domínio Manutenção do peso.

No estudo original da escala *HEWSE*, a correlação entre o IMC e os escores para o fator de peso saudável foi negativa ($N = 125$, $r = -.46$, $p < .01$), indicando que indivíduos com medidas de IMC mais baixas têm níveis mais altos de autoeficácia para o peso saudável (WILSON-BARLOW; HOLLINS; CLOPTON, 2014). Já na pesquisa de Sbicigo *et al.* (2012), mostrou-se uma correlação moderada entre autoeficácia geral e autoestima. Costa *et al.* (2018) aplicaram o *EAT-26* a estudantes universitários e viram que quanto maior a idade e o período acadêmico, mais inadequado é o comportamento alimentar.

Silva e Pires (2019) ressaltaram em seu estudo que os aspectos psicológicos e ambientais podem interferir na escolha dos alimentos, na manutenção do peso e na adesão a tratamentos nutricionais e de saúde, visto que atuam na mudança de comportamento. Apontaram que quanto menor for a autoeficácia para resistir ao alimento frente a emoções negativas, maior será a importância de os indivíduos desenvolverem estratégias voltadas para o entendimento dos aspectos emocionais e cognitivos, bem como da capacidade de enfrentar situações estressoras no tratamento.

Percebe-se que muitas são as variáveis que influenciam nas escolhas alimentares e na manutenção do peso. No estudo de Sanches *et al.* (2018), foi destacado que as principais dificuldades no acesso a alimentos saudáveis em comércios, relatadas pelos participantes foram: pouca variedade, baixa qualidade e preços mais elevados de alimentos nos pequenos estabelecimentos. A validade de construto convergente foi evidenciada por meio das correlações entre os escores da *HEWSE* e as variáveis: percepção da imagem corporal e IMC.

6.2.2 Análise de Confiabilidade

6.2.2.1 Análise dos itens do HEWSE e consistência interna

A Tabela 17 apresenta a distribuição das respostas das n=391 participantes aos 11 itens do *HEWSE* adaptado, de acordo com as dimensões, considerando a frequência de respostas (Discordo Totalmente, Discordo, Neutro, Concordo e Concordo Totalmente).

Na dimensão 1 (Ingestão de Alimentos Saudáveis), o item 7 (Quando eu sinto fome, eu sou capaz de escolher mais facilmente os alimentos saudáveis do que os não saudáveis?) foi o que recebeu a maior quantidade de respostas Discordo Totalmente (20,2%); e na dimensão 2 (Peso Saudável), o mesmo ocorreu com o item 8 (Se eu ganho peso, sou capaz de perdê-lo em tempo não muito longo?) (14,8%). Quanto às respostas Concordo Totalmente, o item 1 (Eu sou capaz de consumir frutas e vegetais na maioria das minhas refeições?) foi o que teve a maior quantidade de respostas na dimensão Saudável (55,2%), enquanto o mesmo ocorreu com o item 10 (Eu sou capaz de manter as mudanças do meu peso corporal dentro da faixa de 4,5 kg?) na dimensão Peso Saudável (43,2%). A maior quantidade de respostas Neutro ocorreu no item 5 (Eu sou capaz de escolher receitas baseadas em seu valor nutricional?) (26,3%).

Tabela 17 — Distribuição de frequências absolutas e percentuais dos itens de acordo com as dimensões do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)*, relatadas pelas participantes do estudo

Domínio	Item	Discordo Totalmente		Discordo		Neutro		Concordo		Concordo Totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ingestão Alimentos Saudáveis	1	14	3,6	21	5,4	56	14,3	84	21,5	21	55,2
	2	14	3,6	31	7,9	71	18,2	10	26,3	17	44,0
	3	6	1,5	16	4,1	48	12,3	12	33,0	19	49,1
	4	28	7,2	62	15,9	95	24,3	10	26,1	10	26,6
	5	56	14,3	75	19,2	10	26,3	83	21,2	74	18,9
	6	43	11,0	58	14,8	92	23,5	10	26,1	96	24,6
	7	79	20,2	10	26,1	10	25,6	64	16,4	46	11,8

Domínio	Item	Discordo Totalmente		Discordo		Neutro		Concordo		Concordo Totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Peso Saudável	8	58	14,8	54	13,8	79	20,2	97	24,8	10	26,3
	9	48	12,3	77	19,7	83	21,2	10	27,4	76	19,4
	10	43	11,0	41	10,5	65	16,6	73	18,7	16	43,2
	11	27	6,9	39	10,0	67	17,1	10	26,9	15	39,1

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

A Tabela 18 mostra as medidas de tendência central e a variabilidade dos itens do *HEWSE* adaptado em relação aos domínios. Os itens 3 e 11 foram os que apresentaram maiores médias de respostas em relação às dimensões Ingestão de Alimentos Saudáveis e Peso Saudável, respectivamente. Identifica-se também que o domínio Ingestão de Alimentos Saudáveis apresentou médias maiores, de modo geral, quando comparado ao domínio Peso Saudável.

Tabela 18 — Medidas de tendência central e variabilidade dos itens do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)*

Domínio	Item	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-Padrão
Ingestão de Alimentos Saudáveis	1	1	5	4,19	5	1,09
	2	1	5	3,99	4	1,12
	3	1	5	4,24	4	0,93
	4	1	5	3,49	4	1,24
	5	1	5	3,11	3	1,31
	6	1	5	3,38	4	1,30
	7	1	5	2,73	3	1,28
Manutenção	8	1	5	3,34	4	1,39
	9	1	5	3,22	3	1,30
	10	1	5	3,73	4	1,39
	11	1	5	3,81	4	1,25

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Em relação às médias de pontuação obtidas por domínios (Tabela 19), nota-se que a dimensão Ingestão de Alimentos Saudáveis apresenta maior média e maior alfa de Cronbach quando comparada à dimensão Peso Saudável.

No estudo de Carleto (2017), o alfa de Cronbach foi de $\alpha=0,93$, e os valores obtidos para as dimensões foram: acadêmica organizacional ($\alpha=0,82$); psicológica ($\alpha=0,89$); ocupacional ($\alpha=0,80$); e sociológica ($\alpha=0,77$). Já no estudo de Sbicigo *et al.* (2012), o valor de fidedignidade da escala obtido através do índice alfa de Cronbach foi de 0,85.

Tabela 19 — Medidas de tendência central e variabilidade e consistência interna para as dimensões do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)*

Domínio	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Alfa de Cronbach
Ingestão de Alimentos Saudáveis	1	5	3,59	4	1,30	0,85
Peso Saudável	1	5	3,52	4	1,36	0,82

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

No que toca à consistência interna do instrumento, observou-se um α maior que 0,7 em ambos os domínios, com valores que variaram de 0,82 a 0,85 e que indicam uma boa consistência interna. Isso também ocorreu no estudo de Sanches *et al.* (2018).

6.2.2.2 Confiabilidade Teste-Reteste

A confiabilidade foi avaliada através do teste-reteste, por meio da aplicação da versão adaptada do *HEWSE* durante dois momentos, com intervalo entre 15 e 30 dias, a 75 participantes. Para analisar a confiabilidade, foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman para os itens, cujos resultados estão dispostos nas Tabelas 20 a 22.

Conforme os resultados apresentados nestas tabelas, são observados valores próximos no teste e no reteste, o que sugere concordância entre as respostas das participantes. A maioria dos valores do coeficiente de correlação de Spearman dos itens foi forte (valor igual ou acima de 0,50), ou seja, as correlações foram fortes para 10 itens.

A única exceção aconteceu no item 11 (Eu tenho confiança de que eu posso atingir e manter meu peso ideal), que apresentou correlação moderada (valor entre 0,30 e 0,49). Desta forma, as correlações indicaram similaridade entre os itens do teste e do reteste e apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Tabela 20 — Análise de confiabilidade Teste-Reteste do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)* para cada um dos itens, nas escalas discordo totalmente e discordo

Domínio	Item	Discordo Totalmente				Discordo			
		Teste		Reteste		Teste		Reteste	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ingestão de Alimentos Saudáveis	1	3	4,0	1	1,3	3	4,0	4	5,3
	2	1	1,3	1	1,4	8	10,7	7	9,6
	3	0	0,0	0	0,0	6	8,0	4	5,3
	4	6	8,0	1	1,3	9	12,0	14	18,7
	5	11	14,7	7	9,3	16	21,3	16	21,3
	6	8	10,7	4	5,3	12	16,0	17	22,7
	7	14	18,7	18	24,0	23	30,7	23	30,7
Peso Saudável	8	10	13,3	11	14,7	6	8,0	10	13,3
	9	12	16,0	9	12,0	11	14,7	10	13,3
	10	10	13,3	8	10,8	8	10,7	15	20,3
	11	4	5,3	6	8,1	9	12,0	8	10,8

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Tabela 21 — Análise de confiabilidade teste-reteste do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)* para cada um dos itens, nas escalas neutro e concordo

Domínio	Item	Neutro				Concordo			
		Teste		Reteste		Teste		Reteste	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ingestão de Alimentos Saudáveis	1	14	18,7	17	22,7	13	17,3	20	26,7
	2	17	22,7	17	23,3	22	29,3	20	27,4
	3	11	14,7	8	10,7	27	36,0	31	41,3
	4	23	30,7	21	28,0	19	25,3	24	32,0
	5	25	33,3	22	29,3	12	16,0	21	28,0
	6	19	25,3	21	28,0	22	29,3	23	30,7
	7	21	28,0	23	30,7	12	16,0	8	10,7
Peso Saudável	8	21	28,0	21	28,0	16	21,3	14	18,7
	9	17	22,7	22	29,3	22	29,3	19	25,3
	10	13	17,3	9	12,2	11	14,7	15	20,3
	11	14	18,7	15	20,3	19	25,3	20	27,0

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Tabela 22 — Análise de confiabilidade teste-reteste do *The Healthy Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)* para cada um dos itens, na escala concordo totalmente

Domínio	Item	Concordo Totalmente					
		Teste		Reteste		r	p
		n	%	n	%		
Ingestão de Alimentos Saudáveis	1	42	56,0	33	44,0	0,58	<0,001
	2	27	36,0	28	38,4	0,50	<0,001
	3	31	41,3	32	42,7	0,59	<0,001
	4	18	24,0	15	20,0	0,55	<0,001
	5	11	14,7	9	12,0	0,65	<0,001
	6	14	18,7	10	13,3	0,51	<0,001
	7	5	6,7	3	4,0	0,59	<0,001
Peso Saudável	8	22	29,3	19	25,3	0,78	<0,001
	9	13	17,3	15	20,0	0,60	<0,001
	10	33	44,0	27	36,5	0,67	<0,001
	11	29	38,7	25	33,8	0,47	<0,001

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Os valores para o *ICC* foram calculados considerando a média dos escores por domínio obtidas no teste e no reteste (Tabela 23). Fayers e Machin (2007) recomendam que os valores de *ICC* excedam 0,70, de modo que se pode afirmar que, na pesquisa ora apresentada, a confiabilidade para todos os fatores foi considerada adequada. Isso porque o *ICC* variou de 0,70 a 0,78, e a diferença observada foi estatisticamente significativa em todos os domínios (Tabela 23).

Tabela 23 — Análise de confiabilidade teste-reteste do *The Healthy and Eating and Weight Self-Efficacy (HEWSE)* considerando os dois domínios analisados

Domínio	Teste		Reteste		ICC	p
	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Ingestão de Alimentos	3,50	0,79	3,49	0,74	0,78	<0,001
Peso Saudável	3,52	1,08	3,43	1,09	0,70	<0,001

Fonte: Elaborada pela Autora, 2023.

Nota: \bar{x} = média; s = desvio-padrão; p = p-valor.

Com base no exposto, a avaliação das propriedades métricas do *HEWSE* adaptado foi bem-sucedida, uma vez que o instrumento apresentou propriedades de validade e confiabilidade. Assim, concluídas todas as etapas, está validada a *Escala de Percepção da Autoeficácia de Peso e Alimentação Saudável (EPAPAS)* para utilização no Brasil.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo, o *HEWSE* adaptado para uso no Brasil, nomeado como *Escala de Percepção da Autoeficácia quanto ao Peso e Alimentação Saudável (EPAPAS)*, foi validado com êxito.

Houve a avaliação das propriedades métricas, que ocorreu por meio da validade e da confiabilidade. De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que a versão adaptada para o português brasileiro do *HEWSE*:

- a) apresentou validade dimensional, cuja estrutura dos fatores da versão original foi confirmada por meio da medida de ajuste usada (*RMSEA*);
- b) obteve validade de construto convergente, uma vez que se confirmou que quanto maior o IMC, menores foram os escores médios dos domínios Saudável e Manutenção — e quanto maior a percepção da imagem corporal, maior o escore médio no domínio Manutenção;
- c) apresentou validade de construto por grupos conhecidos, avaliada por meio da comparação dos escores das variáveis prática de atividades físicas, presença de alguma doença e restrição alimentar — em síntese, a versão adaptada do *HEWSE* foi capaz de distinguir diferenças entre os grupos definidos, confirmando as hipóteses levantadas neste estudo;
- d) obteve estabilidade temporal e boa consistência interna, confirmando sua confiabilidade.

Os resultados mostraram que a versão brasileira do *HEWSE* apresentou boas evidências de validade e de confiabilidade para avaliação da *Percepção da Autoeficácia quanto ao Peso e Alimentação Saudável (EPAPAS)* em mulheres.

Para utilização da escala em homens ou em outras faixas etárias, recomenda-se uma nova pesquisa que valide o instrumento com esse público. Uma possibilidade é que sejam desenvolvidos no Brasil estudos nas diversas regiões, contemplando outras regiões e culturas, a fim de agregar conhecimento à literatura sobre o *HEWSE*, aprimorar e encontrar novas evidências de validade e confiabilidade da versão brasileira.

A utilização do instrumento validado não apresenta custos, porém é recomendável que seja comunicada aos autores, especialmente à autora da versão original, àquela que detém os direitos autorais dele.

Espera-se que os resultados desta Tese consigam servir de auxílio tanto a pesquisas nacionais quanto a profissionais de saúde, para que medidas efetivas de intervenção possam melhorar a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

- ABESO. **Mapa da obesidade**. São Paulo, c2023. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 26 jun. 2023.
- BANDURA, A. (Ed.). **Self-efficacy in changing societies**. New York: Cambridge University Press, 1995.
- BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, [s. l.], v. 37, n. 2, p. 122-147, 1982. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1982-25814-001>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, [s. l.], v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/661fba500fa4c51bdfad66a8caf529d5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=60975>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- BANDURA, A.; FREEMAN, W. H.; LIGHTSEY, R. Self-efficacy: the exercise of control. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, [s. l.], v. 13, n. 2, 1999. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgrjcp/13/2/158>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- BARBOSA, B. C. R. *et al.* Práticas alimentares de estudantes universitários da área da saúde, de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [s. l.], v. 15, e45855, p. 1-15, maio 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/45855>. Acesso em: 27 jun. 2023.
- BARRATT, E. S. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. **Perceptual and Motor Skills**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 191-198, 1959. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pms.1959.9.3.191>. Acesso em: 27 jun. 2023.
- BAS, M.; DONMEZ, S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. **Appetite**, [s. l.], v. 52, n. 1, p. 209-216, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18929608/>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- BATISTA, R. A. B. *et al.* Lactose em alimentos industrializados: avaliação da disponibilidade da informação de quantidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 23, n. 12, p. 4119-4128, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4Qh3Rd46QRJky4nnvqWHrPk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- BAVOSO, D. *et al.* Motivação e autoestima relacionada à prática de atividade física em adultos e idosos. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, Brasília, DF, v. 7, n. 2,

p. 26-37, 2017. Disponível em:

<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbpe/article/view/8362>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BAZELLO, B. *et al.* Prática esportiva do idoso: autoimagem, autoestima e qualidade de vida. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 66, n. 145, p. 187-197, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432016000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2023.

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **SPINE**, [s. l.], v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: https://journals.lww.com/spinejournal/citation/2000/12150/guidelines_for_the_process_of_cross_cultural.14.aspx. Acesso em: 24 ago. 2023.

BEAVERS, A. S. *et al.* Practical considerations for using Exploratory Factor Analysis in Educational Research. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, [s. l.], v. 18, article n. 6, p. 1-13, Mar. 2013. Disponível em: <https://scholarworks.umass.edu/pare/vol18/iss1/6/>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BERNARDO, G. L. *et al.* Food intake of university students. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 30, n. 6, p. 847-865, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/bmSNq6wsBKq8vk3DHd4BXJj/>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, set.-dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cbRxjMqmbZddKpwywVM8mJv/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. A pandemia agravou a obesidade nas capitais brasileiras. Como transformar essa realidade? O período de isolamento impôs uma nova forma de viver e de se alimentar. [Brasília, DF], 4 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queroter-peso-saudavel/noticias/2022/a-pandemia-agravou-a-obesidade-nas-capitais-brasileiras-como-transformar-essa-realidade>. Acesso em: 26 jun. 2023.

- CAMARGO, D. F. M. *et al.* Uma comparação do ambiente alimentar e da compra de alimentos entre áreas com prevalência de obesidade baixa e alta: dados de mapeamento, auditoria de lojas hortifruti e inquérito populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro], v. 35, n. 9, e00247218, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nPxmqhNwhgpWPsnmgs9Rv4v/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- CARGILL, B. R. *et al.* Binge eating, body image, depression, and self-efficacy in an obese clinical population. **Obesity Research**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 379-386, July 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10440594/>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- CARLETO, C. T. **Adaptação transcultural e evidências de validade da versão brasileira do inventário de integração à vida universitária (I-IVU)**. 2017. 202 f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) — Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017. Disponível em: <http://bdtd.ufm.edu.br/handle/tede/475>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- CARLETO, C. T. *et al.* Saúde e qualidade de vida de universitários da área da saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [Uberaba], v. 7, n. 1, p. 53-63, 2019. Disponível em: <https://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2966>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- CARRAÇA, E. V. *et al.* Psychosocial pretreatment predictors of weight control: a systematic review update. **Obesity Facts**, [s. l.], v. 11, p. 67-82, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29439252/>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- CHUMLEA, W. C.; BAUMGARTNER, R. N. Status of anthropometry and body composition data in elderly subjects. **The American Journal of Clinical Nutrition**, [s. l.], n. 50, p. 1158-1166, June 1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2683724/>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- CLARK, M. M. *et al.* Self-efficacy in weight management. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [s. l.], v. 59, n. 5, p. 739-744, 1991. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1955608/>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2. ed. [Hillsdale, NJ]: Lawrence Earlbaum Associates, 1988.
- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 20, n. 3, p. 925-936, mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- CONTI, M. A. *et al.* Equivalência semântica da versão em português do “Body Change Inventory”. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 17, n. 9, p. 2457-2469, 2012.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63023703021.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

CONTI, M. A.; SLATER, B.; LATORRE, M. do D. de O. Validação e reprodutibilidade da *Escala de Evaluación de Insatisfacción Corporal para Adolescentes*. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 515-524, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/q9xMkmkNnVcfrpxhj5R4Fz/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.

CORNÉLIO, M. P. M. **Adaptação transcultural do instrumento The Healthy Eating And Weight Self-Efficacy (HEWSE) Scale**: versão para o Português Brasileiro. 2018. 87 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) — Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/726>. Acesso em: 24 ago. 2023.

COSTA, D. G. *et al.* Qualidade de vida e atitudes alimentares de graduandos da área da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 71, suppl. 4, p. 1739-1746, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qZkpjny7BjybSKyw88XMhPk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 ago. 2023.

COSTER, W. J.; MANCINI, M. C. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [São Paulo], v. 26, n. 1, jan./abr. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/85280>. Acesso em: 24 ago. 2023.

DUARTE, F. M.; ALMEIDA, S. D. S. de.; MARTINS, K. A. Alimentação fora do domicílio de universitários de alguns cursos da área da saúde de uma instituição privada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 288-298, 2013. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/alimentacao_fora_domicilio_universitarios_cursos.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

DULLOO, A. G. *et al.* How dieting makes the lean fatter: from a perspective of body composition autoregulation through adipostats and proteinstats awaiting discovery. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 16, suppl. 1, p. 25-35, Feb. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25614201/>. Acesso em: 24 ago. 2023.

FAGUNDES, M. A. B. G.; CAREGNATO, R. C. A.; SILVEIRA, L. M. de O. B. Variáveis psicológicas associadas à cirurgia bariátrica. **Aletheia**, [s. l.], v. 49, n. 2, p. 47-54, jul./dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942016000200006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 ago. 2023.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability and sensitivity. *In*: FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of Life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes**. 2th ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2007. p. 77-108.

FERREIRA, A. T.; RODRIGUES, P. A. S.; LIRA, C. A. C.; SILVA, A. C. DE F. Percepção da imagem corporal e estado nutricional de estudantes de um centro universitário de Fortaleza-CE. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 14, n. 89, p. 1001-1008, 4 fev. 2022.

FERRER, M. *et al.* Validity and reability of the St Geroge's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the spanish example. **European Respiratory Journal**, [Scheffield], v. 9, n. 6, p. 1160-1166, 1996. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/9/6/1160>. Acesso em: 24 ago. 2023.

FISCHER, M; OBERÄNDER, N.; WEIMANN, A. Four main barriers to weight loss maintenance? A quantitative analysis of difficulties experienced by obese patients after successful weight reduction. **European Journal of Clinical Nutrition**, [s. l.], v. 74, n. 8, p. 1192-1200, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41430-020-0559-x>. Acesso em: 24 ago. 2023.

FORTES, L. DE S. *et al.* Qualidades Psicométricas do Eating Attitudes Test (EAT-26) para Adolescentes Brasileiros do Sexo Masculino. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. 3, 2016.

GAHTAN, V. *et al.* Body composition and source of weight loss after bariatric surgery. **Obesity Surgery**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 184-188, 1997. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1381/096089297765555700>. Acesso em: 24 ago. 2023.

GARNER, D. M. *et al.* The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlations. **Psychological Medicine**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 871-878, 1982. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/eating-attitudes-test-psychometric-features-and-clinical-correlates/F24C1A1C33ADED0023B6053C6AA1EF5>. Acesso em: 24 ago. 2023.

GLYNN, S. M.; RUDERMAN, A. J. The development and validation of an Eating Self-Efficacy Scale. **Cognitive Therapy and Research**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 403-420, 1986. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01173294>. Acesso em: 24 ago. 2023.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Great Britain, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, Dec. 1993. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/089543569390142N>. Acesso em: 24 ago. 2023.

HOSS, M.; CATEN, C. S. ten. Processo de validação interna de um questionário em uma Survey Research sobre ISO 9001:2000. **Produto & Produção**, [Porto Alegre], v. 11, n. 2, p. 104-119, jun. 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/view/7240>. Acesso em: 24 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101758>. Acesso em: 24 ago. 2023.

JORGE, R. *et al.* Preditores comportamentais e psicossociais da perda e manutenção do peso perdido a longo prazo: uma revisão conceptual de revisões. **Acta Portuguesa de Nutrição**, [s. l.], v. 17, p. 16-20, 2019. Disponível em: <https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2019/07/n17a03.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3. ed. New York: The Guilford Press, 2010.

LAWRENCE, V. J.; KOPELMAN, P. G. Medical consequences of obesity. **Clinics in Dermatology**, [s. l.], v. 22, p. 296-302, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738081X04000136>. Acesso em: 26 ago. 2023.

LÉVI-STRAUSS, C. **O cru e o cozido**. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

LIMA, A. C. R. de.; OLIVEIRA, A. B. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 1-14, jan.-jun. 2016. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6465>. Acesso em: 24 ago. 2023.

LINARDON, J. The relationship between dietary restraint and binge eating: examining eating-related self-efficacy as a moderator. **Appetite**, [s. l.], v. 127, p. 126-129, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666318301995>. Acesso em: 24 ago. 2023.

LINARDON, J.; MITCHELL, S. Rigid dietary control, flexible dietary control, and intuitive eating: evidence for their differential relationship to disordered eating and body image concerns. **Eating Behaviors**, [s. l.], v. 26, p. 16-22, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147101531630201X>. Acesso em: 24 ago. 2023.

LOMBARDO, C. *et al.* Eating self-efficacy: validation of a new brief scale. **Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, [s. l.], v. 26, p. 295-303, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-020-00854-2>. Acesso em: 24 ago. 2023.

LUGLI RIVERO, Z. Autoeficacia y locus de control: Variables predictoras de la autoregulación del peso en personas obesas. **Pensamiento Psicológico**, [Santiago de Cali], v. 9, n. 17, p. 43-56, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612011000200005&script=sci_abstract&lng=en. Acesso em: 25 ago. 2023.

MACIEL, M. E.; CASTRO, H. C. de. A comida boa para pensar: sobre práticas, gostos e sistemas alimentares a partir de um olhar socioantropológico. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [Rio de Janeiro], v. 8, supl. 1, p. 321-328, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/6648>. Acesso em: 24 ago. 2023.

MACLEAN, P. S. *et al.* NIH working group report: innovative research to improve maintenance of weight loss. **Obesity**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 7-15, Jan. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25469998/>. Acesso em: 24 ago. 2023.

MALLOY-DINIZ, L. F. *et al.*. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 2, p. 99–105, 2010.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária: Editora da Universidade de São Paulo, 1974. v. 2.

MELO, S. P. da S. de C. *et al.* Sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [São Paulo], v. 23, e200036, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/d3Mg79yX3bTkDBS3hc55LLw/>. Acesso em: 24 ago. 2023.

MENDES, M. L. M. *et al.* Hábitos alimentares e atividade física de universitários da área de saúde do município de Petrolina-PE. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 205-217, jun. 2016. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1669/1633>. Acesso em: 24 ago. 2023.

MYERS, N. D.; AHN, S.; JIN, Y. Sample size and power estimates for a confirmatory factor analytic model in exercise and sport: a Monte Carlo approach. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, [s. l.], v. 82, n. 3, p. 412-423, Sept. 2011. Disponível em: <https://www.statmodel.com/download/Myers,%20Ahn,%20&%20Jin,%202011.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

O'LEARY, A. Self-efficacy and health. **Behaviour Research and Therapy**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 437-451, 1985. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000579678590172X>. Acesso em: 24 ago. 2023.

ONIS, M. de. Prevenção do sobrepeso e da obesidade infantis. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 105-107, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3997/399738206001.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

PACICO, J. C. Como é feito um teste? *In*: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. (Org.). **Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [São Paulo] v. 43, n. especial, p. 992-999, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Bbp7hnp8TNmBCWhc7vjbXgm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

PATRÃO, A. L.; ALVES, V. P.; NEIVA, T. Propriedades psicométricas da escala de auto-eficácia geral em idosos brasileiros. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Salvador, v. 18, n. 1, p. 29-38, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250481003>. Acesso em: 25 ago. 2023.

PATTON, J. H.; STANFORD, M. S.; BARRATT, E. S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. **Journal of Clinical Psychology**, [s. l.], v. 51, n. 6, p. 768-774, Nov. 1995. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1). Acesso em: 24 ago. 2023.

PAWLOWSKI, J.; TRENTINI, C. M.; BANDEIRA, D. R. Discutindo procedimentos psicométricos a partir da análise de um instrumento de avaliação neuropsicológica breve. **PsicoUSF**, [Campinas], v. 12, n. 2, p. 211-219, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/DgHGQPq6JKX9kns5kBztbGS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2023.

PEREIRA, R. A.; YOKOO, E. M.; ARAUJO, M. C. **Evolução da má-nutrição na população brasileira**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/Pereira-RA-Yokoo-EM-Araujo-MC_Evolucao-da-ma-nutricao-na-populacao-brasileira_TD_80_versao-final-1.pdf. Acesso em: 25 ago. 2023.

PILATTI, L.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino e Ciência e Tecnologia**, [Curitiba], v. 3, n. 1, p. 81-91, jan./abr. 2010. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbect/article/view/619/469>. Acesso em: 25 ago. 2023.

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

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, [s. l.], v. 47, n. 9,

p. 1102-1114, 1992. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1993-09955-001>. Acesso em: 25 ago. 2023.

RIVAS, T. *et al.* The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. **The Spanish Journal of Psychology**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 1044-1056, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20977051/>. Acesso em: 25 ago. 2023.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.

SAMPAIO, L. R. *et al.* Antropometria. In: SAMPAIO, L. R. (Org.). **Avaliação nutricional**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2012. p. 73-87. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/16873/1/avaliacao-nutricional.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SANCHES, L. D. *et al.* Desenvolvimento e validação de instrumento para avaliar o impacto de um programa de intervenção em comércios de alimentos em área de deserto alimentar. **Geografares**, [Vitória], n. 25, p. 396-411, jan./jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/geografares/article/view/17604/13743>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SANTOS, V. S. **Adaptação transcultural e validação do *The Body-Related Self-Conscious Emotions Fitness Instrument (BSE-FIT)*: versão para o português brasileiro**. 2017. 149 f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) — Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2017. Disponível em: <http://bdtd.ufm.edu.br/handle/tede/473>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SANTOS, V. S. *et al.* Adaptação transcultural para a língua portuguesa do The Body-related Self-Conscious Emotions Fitness Instrument (BSE-FIT). **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 24, n. 10, p. 3897-3907, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCBsxhnwxBgKcX47cjXWdxC/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SBICIGO, J. B. *et al.* Propriedades Psicométricas da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAGP). **Psico**, [Porto Alegre], v. 43, n. 2, p. 139-146, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11691>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SCHUTTE, N. S. *et al.* Development and validation of a measure of emotional intelligence. **Personality and Individual Differences**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 167-177, 1998. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886998000014>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SENÉCAL, C.; NOWEN, A.; WHITE, D. Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: a self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing

constructs. **Health Psychology**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. 452-457, 2000. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2000-02340-006>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SHERER, M. *et al.* The Self-Efficacy Scale: construction and validation. **Psychological Reports**, [s. l.], v. 51, p. 663-671, 1982. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2466/pr0.1982.51.2.663>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SILVA, C. T. da. *et al.* Estratégias de enfrentamento e autoeficácia em mulheres com sobrepeso e obesidade em tratamento nutricional. **Psicogente**, [Barranquilla], v. 23, n. 43, p. 1-18, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v23n43/0124-0137-psico-23-43-185.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2023.

SILVA, S. A. da.; PIRES, P. F. F. A influência da mídia no comportamento alimentar de mulheres adultas. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, [Londrina], v. 35, n. 69, p. 53-67, jul./dez. 2019. Disponível em: <http://periodicos.unifil.br/index.php/revistatest/article/view/1172>. Acesso em: 25 ago. 2023.

SILVA; J. A. da.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor**: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora, 2006.

SOUSA, T. F. de.; JOSÉ, H. P. M.; BARBOSA, A. R. Conduitas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 18, n. 12, p. 3563-3575, 2013. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/conduitas-negativas-a-saude-em-estudantes-universitarios-brasileiros/10377>. Acesso em: 25 ago. 2023.

STICE, E.; TELCH, C. F.; RIZVI, S. L. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge eating disorder. **Psychological Assessment**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 123-131, 2000. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2000-03952-002>. Acesso em: 25 ago. 2023.

STICH, C.; KNÄUPER, B.; TINT, A. A Scenario-Based Dieting Self-Efficacy Scale: The DIET-SE. **Assessment**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 16-30, 2009. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1073191108322000>. Acesso em: 25 ago. 2023.

STOTLAND, S.; ZUROFF, D. C. Relations between multiple measures of dieting self-efficacy and weight change in a behavioral weight control program. **Behavior Therapy**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 47-59, 1991. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789405802436>. Acesso em: 25 ago. 2023.

STRECHER, V. J. *et al.* The role of self-efficacy in achieving health behavior change. **Health Education Quarterly**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 73-91, 1986. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/45049170>. Acesso em: 25 ago. 2023.

TAVARES, D. M. **Adaptação ao ensino superior e otimismo em estudantes do 1º ano**. 2012. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) — Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3617>. Acesso em: 25 ago. 2023.

TEIXEIRA, P. J. *et al.* Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. **Obesity**, [s. l.], v.18, n. 4, p. 725-735, 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2009.281>. Acesso em: 25 ago. 2023.

TERWEE, C. B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(06\)00174-0/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(06)00174-0/fulltext). Acesso em: 25 ago. 2023.

UFTM. **Anuário UFTM 2021**. Uberaba: UFTM, 2022. Disponível em: <https://www.uftm.edu.br/proplan/informacoes-institucionais/anuarios>. Acesso em: 5 ago. 2023.

UFTM. **Cursos**. Uberaba, [2023]. Disponível em: <https://uftm.edu.br/cursos>. Acesso em: 20 jun. 2023.

VARGAS, E. G. A. A influência da mídia na construção da imagem corporal. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 73-75, 2014. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/12/12-A-influencia-da-midia-na-construcao-da-imagem.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

VARKEVISSER, R. D. M. *et al.* Determinants of weight loss maintenance: a systematic review. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 171-211, Feb. 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12772>. Acesso em: 25 ago. 2023.

VELTER FILHO, M. L.; SPERANDIO, G.; FERREIRA, E. D. F. Análise da prevalência de uso de antidepressivos e psicoestimulantes e seus efeitos sobre acadêmicos de medicina de uma universidade da região noroeste do Paraná. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA, 11., 2019, Maringá. **Anais Eletrônico**. Maringá: UniCesumar, 2019. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/3392>. Acesso em: 24 ago. 2023.

VIGITEL. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf/view>. Acesso em: 24 ago. 2023.

WILSON-BARLOW, L; HOLLINS, T. R.; CLOPTON, J. R. Construction and validation of the healthy eating and weight self-efficacy (HEWSE) scale. **Eating Behaviors**, [s. l.], v.

15, n. 3, p. 490-492, 2014. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015314000841>. Acesso em:
25 ago. 2023.

WOOD, M. L. **The effectiveness of summer weight loss camp in decreasing body mass index and increasing self-efficacy for eating and exercise**. 2010. 88 f. Thesis (Master of Science) — College of Health and Human Services, Ohio University, Athens, 2010. Disponível em:
https://etd.ohiolink.edu/acprod/odb_etd/etd/r/1501/10?clear=10&p10_accession_num=ohiou1275679943. Acesso em: 25 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. **Newsroom**, [s. l.], 9 jun. 2021. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 25 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status**: the use and interpretation of Anthropometry. Geneva: World Health Organization, 1995. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acesso em: 25 ago. 2023.

ANEXO A — PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO THE HEALTHY EATING AND WEIGHT SELF-EFFICACY (HEWSE) SCALE: VERSÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Pesquisador: Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 77889817.2.0000.5154

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.410.521

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

"A pesquisa será realizada na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), na cidade de Uberaba-MG, que contempla 28 cursos de Graduação. No qual o público feminino universitário precisa ser investigado quanto à auto eficácia sobre alimentação saudável e peso saudável.

O excesso de peso atua negativamente em todos os âmbitos da saúde, levando a prejuízos físicos e mentais, que envolvem os distúrbios psiquiátricos como depressão, ansiedade, transtornos alimentares, baixa autoestima e alteração da percepção da imagem corporal, principalmente entre as mulheres. Esses fatores estão diretamente relacionados ao comportamento alimentar, podendo ocasionar a compulsão durante a ingestão de alimentos, seguidos de autodesprezo, rejeição da forma corporal, entre outros sintomas que podem afetar diretamente as relações interpessoais (LAWRENCE & KOPELMAN, 2004)."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

- Realizar a tradução e a retrotradução da HEWSE para a língua portuguesa brasileira;
- Avaliar a validade de face da versão adaptada do instrumento por meio da análise de um comitê de juizes;
- Verificar a dimensionalidade de construto da versão para o português brasileiro da HEWSE;

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Gra. Abadia **CEP:** 38.025-100
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 **E-mail:** cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.410.521

- d) Efetuar a validação de construto por grupos conhecidos da versão para o português brasileiro;
- e) Executar a validação de construto convergente da versão para o português brasileiro da HEWSE;
- f) Analisar a confiabilidade teste-reteste e a consistência interna dos itens da versão adaptada da HEWSE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

"Para todos os participantes, não é esperado que o participante receba benefícios diretos (remuneração) pela sua participação nesta pesquisa, entretanto, acredita-se que com este estudo contribua para que os profissionais de saúde disponham de um instrumento de medida que possa auxiliá-los na abordagem e na promoção da saúde de estudantes universitários, que proporcione resultados assistenciais mais satisfatórios por meio da motivação na prática de comportamentos saudáveis, o que em longo prazo levará a redução dos custos assistenciais.

Os riscos para os pacientes podem estar relacionados com a possibilidade de o participante sentir-se triste, ansioso ou desconfortável com as perguntas de caráter pessoal, contidas nos questionários. Se o participante se sentir triste ou ansioso ao responder as perguntas, o pesquisador estará à disposição para ouvir e dar todo o apoio necessário ao participante, entretanto, se isso não for suficiente, será feito contato com a equipe médica do SUS para solicitar que eles avaliem o participante.

Será garantida a total privacidade e se será mantido sigilo sobre as informações fornecidas. Além disso, será assegurada ao participante total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem ser prejudicado no seu atendimento ambulatorial, e sem nenhuma outra forma de prejuízo.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade e ao anonimato do participante."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de caráter metodológico para tradução e validação do The HealthyEatingWeightSelf-Efficacy-HEWSE-Scale, que é um instrumento que avalia a auto eficácia quanto à percepção das crenças individuais sobre alimentação saudável e manutenção do peso saudável entre universitárias.

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Gra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.410.521

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados corretamente.

Recomendações:

Sem recomendações. Todas as correções solicitadas pelo Colegiado CEP/UFTM foram atendidas pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, em reunião 01/12/2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1004251.pdf	27/11/2017 14:37:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AVALIACAO_METRICA.pdf	27/11/2017 14:36:36	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PRE_TESTE.pdf	27/11/2017 14:32:29	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_SEMANTICA.pdf	27/11/2017 14:30:22	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.410.521

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCALE_avaliacaometrica.pdf	07/11/2017 11:42:18	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCALE_pre_teste.pdf	07/11/2017 11:42:01	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCALE_AnaliseSemantica.pdf	07/11/2017 11:41:41	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCALE_Juizes.pdf	07/11/2017 11:41:13	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Muriele_07_11_17.d ocx	07/11/2017 11:40:46	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CEP.pdf	28/09/2017 20:52:43	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
Outros	Versao_Original_HEWSE.pdf	28/09/2017 10:52:47	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
Outros	Permissao_dos_Autores_HEWSE.pdf	28/09/2017 10:51:35	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
Outros	Escala_verbal_Numerica_HEWSE.pdf	28/09/2017 10:51:00	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
Outros	EAT26.pdf	28/09/2017 10:49:44	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
Outros	BIS11.pdf	28/09/2017 10:49:19	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
Outros	Aut_Pro_ens.pdf	28/09/2017 10:47:51	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito
Outros	Questionario_Socio_Economico_HEWS E.pdf	28/09/2017 10:47:28	Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Gra. Abadia CEP: 38.025-100
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.410.521

UBERABA, 01 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador)

ANEXO B — TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO A SAÚDE UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO 2017

Uberaba, 30 de agosto de 2017

Assunto: Pedido de autorização para acesso a dados

1. Solicitamos, respeitosamente, autorização para realização de uma pesquisa com as graduandas, matriculadas na graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro campus Uberaba-MG. Os participantes serão selecionados por amostragem aleatória, onde serão convidados a ser colaboradores da pesquisa: “Adaptação transcultural e validação do The Helthy Eating Weight Self- Efficacy (HEWSE): versão para o português brasileiro” sob a responsabilidade da “Profa. Dra. Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa”. O objetivo dessa pesquisa é adaptar culturalmente e validar o instrumento The Helthy Eating Weight Self- Efficacy (HEWSE) para a população brasileira, para atingirmos os resultados dessa pesquisa necessitaremos de que os participantes respondam as perguntas de alguns questionários, além de permitir a aferição do seu peso e estatura, para avaliação do estado nutricional. Serão utilizados os seguintes instrumentos para avaliação de saúde: 1. Questionário Socioeconômico e Demográfico; 2. The Helthy Eating Weight Self- Efficacy (HEWSE) 3. *Eating attitudes EAT-26*; 4. *Barrat Impulsiveness Scale BIS-11*. Esses dados serão coletados juntos aos participantes por meio consentimento dos mesmos através da assinatura do TCLE, como parte da metodologia proposta para alcance dos objetivos propostos no projeto da pesquisa.

~~X~~ 2. Salientamos que esta autorização é indispensável para a submissão do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, órgão responsável pela apreciação ética em pesquisa com seres humanos. E conforme prevê a Resolução 466/12 CNS, a pesquisa somente será iniciada a partir da aprovação do referido comitê.

3. Sem mais para o momento, agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Wagner Roberto Batista
Pró - Reitor de Ensino - UFTM

De acordo com a realização da pesquisa:

deferido

indeferido



Assinatura do Responsável da instituição

Uberaba, 30 agosto 2017

Prof. Dr. Wagner Roberto Batista
Pró - Reitor de Ensino - UFTM

* CONDIÇÃO AO TÍTULO DO PARTICIPANTE E NESTE TERMO.

ANEXO C — PERMISSÃO DOS AUTORES PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO THE HEALTHY EATING AND WEIGHT SELF-EFFICACY (HEWSE) SCALE PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Assunto: Re: Enc: Request for Partnership for Transcultural Adaptation of HEWSE Instrument in Brazil

Please find my letter attached. Please let me know if you need anything else from me.

Lindsay

On Wed, May 3, 2017 at 7:35 PM, Muriele Cornélio <muriele.mendes@outlook.com> wrote:

Hi Lindsay,

A model for instrument validation authorization follows, so that it can be guided in the elaboration.

This declaration must state that is authorized to translation and validation of HEWSE tool for me (Muriele Pereira Mendes Cornélio) and my supervisor (Leila Aparecida Kauchakje Pedrosa).

Any doubt I am available.

Thank you!

Greetings,

May 3, 2017

Re: Validation and Translation of the Healthy Eating and Weight Self-Efficacy Scale

To Whom it May Concern:

As primary author of the Healthy Eating and Weight Self-Efficacy Scale, I authorize Muriele Pereira Mendes Cornélio and Leila Aparecida Kauchakje Pedrosato (supervisor) to translate and validate the HEWSE scale with a Portuguese/ Brazilian population. The original citation for this measure is:

Wilson-Barlow, L., Hollins, T., & Clopton, J. R. (2014). Construction and validation of the healthy eating and weight self-efficacy (HEWSE) scale. *Eating Behaviors*, 15, 490-492. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.06.004

Please continue to reach out, as needed, for additional support or information.

Also, please accept my electronic signature to this document.

//Lindsay Wilson-Barlow 5/3/17//

Lindsay Wilson-Barlow, Ph.D.
Licensed Clinical Psychologist

**ANEXO D — FORMULÁRIO ONLINE DE COLETA DE DADOS PARA A VALIDAÇÃO
DAS PROPRIEDADES MÉTRICAS DO INSTRUMENTO *HEWSE* ADAPTADO PARA O
BRASIL**