



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**



RENATA VIEIRA

**OBESIDADE E SOBREPESO: ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO
PSICOMÉTRICA DA ESCALA ESTÁGIOS DE MOTIVAÇÃO PARA
MUDANÇA NA PREPARAÇÃO E NO TRATAMENTO (SOCRATES-
OO)**

Salvador
2018

RENATA VIEIRA

**OBESIDADE E SOBREPESO: ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO
PSICOMÉTRICA DA ESCALA ESTÁGIOS DE MOTIVAÇÃO PARA
MUDANÇA NA PREPARAÇÃO E NO TRATAMENTO (SOCRATES-
OO)**

Dissertação apresentada como requisito parcial para o exame de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Salvador
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Vieira, Renata.

Obesidade e sobrepeso : adaptação e avaliação psicométrica da escala estágios de motivação para mudança na preparação e no tratamento (SOCRATES-OO) / Renata Vieira. – 2018.

99 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Qualificação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2018.

1. Obesidade. 2. Sobrepeso. 3. Motivação (Psicologia). 4. Análise fatorial. 5. Comportamento alimentar. 6. Mudança (Psicologia). I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título.

CDD 616.398 – 23. ed.

Ficha catalográfica elaborada por Maria Auxiliadora da Silva Lopes - CRB-5/1524

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO

DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO

RENATAN VIEIRA SUEDAN

Obesidade e sobrepeso: adaptação e avaliação psicométrica da escala estágios de motivação para mudança na preparação e no tratamento (Socrates-00)

Salvador, Bahia, 05 de dezembro de 2018

COMISSÃO EXAMINADORA:



Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira – Universidade Federal da Bahia (UFBA)



Prof.^a Dr.^a Bruna Trevisan – Universidade de São Paulo (USP)



Prof.^a Dr.^a Camila Magalhães Seixas de Carvalho – Universidade Federal Ruy Barbosa (UFRB)

*A Deus que iluminou o meu caminho.
Ao meu irmão, por sempre estar do meu lado.
Aos meus filhos, Luca e Matteo, razões da minha vida.
Aos meus pais que com tanto amor cuidaram dos meus filhos na minha
ausência*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer ao Dr. Irismar Reis de Oliveira, pela generosidade de me aceitar como orientanda, por dividir o seu conhecimento e a cada dia me inspirar a ser uma profissional melhor.

Desejo igualmente agradecer a Michella Velasquez, grande amiga, maior incentivadora neste desafio e minha inspiração de vida. Ao Raphael, pelo carinho e acolhida. À pequena Olívia, que tanto amo, por tornar os meus dias em Salvador mais leves, mesmo quando parecia impossível. A esta família, todo o meu amor e gratidão. Jamais esquecerei o que fizeram por mim.

Agradeço à turma de mestrandos e doutorandos do PIOS/2017, por me receberem de braços abertos, especialmente a Chenia Frutuoso e Mayse Guimarães, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos.

Ao Dr. Roberto Paulo, pela disponibilidade, pelos seus ensinamentos, pelas sugestões que sempre foram valiosas e, sobretudo, por me aceitar no Programa.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, pelo conhecimento compartilhado.

A Carlos Alberto e a Célia Maria Oliveira da Silva, pelo apoio, cuidado e gentileza neste período que passamos juntos.

A Luciene Oliveira, pelo suporte durante a submissão do meu projeto.

Por último, quero agradecer às minhas amigas Adriana Montewka, Cássia Nunes, Daniela Pereira, Elizana Darre, Érica Darre, Francys de Thommazo, Fabiana Polettini, Sabrina Kerr e Tatiana de Paula, por todo apoio, carinho e amizade.

VIEIRA, Renata. **Obesidade e sobrepeso: adaptação e avaliação psicométrica da escala estágios de motivação para mudança na preparação e no tratamento (SOCRATES-OO)**. 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMO

Introdução: O sobrepeso e a obesidade são doenças com causas multifatoriais e fatores de risco maior para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A motivação para a mudança foi apontada como um dos fatores de impacto na adesão ao tratamento. Contudo, há carência na literatura de instrumentos que avaliem os estágios motivacionais no comportamento alimentar dessa população. **Objetivo:** O presente estudo tem como propósito adaptar e avaliar as propriedades psicométricas da escala *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) para o contexto do sobrepeso e obesidade. **Método:** Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa. As propriedades psicométricas do instrumento foram investigadas em uma amostra não-probabilística, constituída por 177 indivíduos com sobrepeso ou obesidade ($IMC > 25 \text{ Kg/M}^2$). A coleta foi realizada pela plataforma *Survey Monkey* e o convite foi disponibilizado nas redes sociais (*Facebook* e *Instagram*) e no *Whatsapp*. A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi realizada para fornecer evidências baseadas na consistência interna da escala SOCRATES-OO. Adicionalmente, o escore bruto da *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA) foi utilizado para fornecer evidências em termos de validade convergente, correlacionando sua pontuação bruta com os domínios da melhor solução da SOCRATES-OO. **Resultados:** AFC apontou que a solução teórica com dois fatores correlacionados apresentou um melhor ajuste estatisticamente: $\chi^2(151) = 283.835$, p-valor < 0.0001 ; RMSEA = 0.070 (intervalo de confiança de 90% [CI] = 0.058 para 0, 83); CFI = 0.976; TLI = 0.973, e WRMR = 0.9987. A confiabilidade dos fatores, avaliada pelo ômega, AMREC e AÇÃO foram 0,924 e 0,943, respectivamente. **Conclusão:** A avaliação psicométrica dos 19 itens da SOCRATES-SO apresentou bom ajuste ao modelo de dois fatores e consistência interna satisfatória. Entretanto, é necessário que estudos futuros sejam conduzidos, a fim de encontrar evidências adicionais de validade do instrumento.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Motivação e análise fatorial confirmatória

VIEIRA, Renata. **Obesity and overweight: adaptation and psychometric evaluation of the scale stages of motivation for change in preparation and treatment (SOCRATES-OO)**. 2018. 99 s. (Thesis) Master in Interactive Processes of Organs and Systems - Federal University of Bahia, Institute of Health Sciences, Salvador (Bahia, Brazil)

ABSTRACT

Introduction: Overweight and obesity are multifactorial diseases and major risk factors for chronic non-communicable diseases (NCDs). The motivation for change has been pointed out as one of the impact factors in treatment adherence. However, there is a lack of instruments that evaluate the motivational stages in the eating behavior of this population. **Aim:** This study aimed to adapt and evaluate the psychometric properties of the *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* in the context of overweight and obesity. **Method:** This is a cross-sectional, quantitative study. The psychometric properties of the instrument were investigated in a non-probabilistic sample of 177 individuals who were overweight or obese ($IMC > 25 \text{ Kg/M}^2$). Data was collected by means of an online platform and the invitation was made available on social networks (*Facebook* and *Instagram*) and *Whatsapp*. A Confirmatory Factor Analysis (CFA) was performed in order to provide data based on the internal consistency of the SOCRATES-OO scale. In addition, the *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)* raw score was used to obtain data in terms of convergent validity, by its correlation with the domains of the best SOCRATES-OO solution. **Results:** According to CFA, the theoretical solution with two correlated factors provided a better statistical fit: $\chi^2 (151) = 283.835$, $p\text{-value} < 0.0001$; $RMSEA = 0.070$ (confidence interval of 90% $[CI] = 0.058$ to 0.83); $CFI = 0.976$; $TLI = 0.973$, and $WRMR = 0.9987$. The reliability of AMREC and ACTION factors, evaluated by omega, was 0.924 and 0.943, respectively. **Conclusion:** The psychometric evaluation of the 19 items of SOCRATES-OO presented a good fit to the two-factor model and satisfactory internal consistency. However, future studies are needed in order to obtain additional evidence of instrument validity.

Keywords: Overweight. Obesity. Motivation and confirmatory factor analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo Transteórico dos Estágios de Mudança - MTT	17
Figura 2	Representação da Ambivalência – <i>Status quo</i> .	18
Figura 3	Definições dos Fatores da Escala SOCRATES – Versão original	20
Figura 4	Procedimentos de construção e adaptação de instrumentos psicométricos	22
Figura 5	Procedimento Bola de Neve (<i>Snowball Sampling</i>)	27
Figura 6	Exemplo do item da SOCRATES-OO na plataforma <i>SurveyMonkey</i>	29
Figura 7	Processo de Adaptação da SOCRATES-OO	30

ARTIGO 1

Figura 1	Índice de Massa Corporal - IMC	32
Figura 2	Itens da Escala SOCRATES versão em português para dependentes de álcool	37
Figura 3	Escala SOCRATES-OO – Versão 1	39
Figura 4	Escala SOCRATES-OO - Versão 2	40

ARTIGO 2

Figura 1	Representação Teórica do Modelo I: Solução de três fatores correlacionados da SOCRATES-OO	50
Figura 2	Representação Teórica do Modelo II: Solução de dois fatores correlacionados da SOCRATES-OO	56
Figura 3	Curva Total de Informação do Fator AMREC	57
Figura 4	Curva Total de Informação do Fator AÇÃO	57
Figura 5	Curva Total de Informação item 1	58
Figura 6	Curva Total de Informação item 2	58
Figura 7	Representação Teórica do Modelo Convergente com a URICA	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação do IMC	16
Tabela 2	Alpha de <i>Cronbach</i> para os cinco estudos de adaptação da SOCRATES	21

ARTIGO 1

Tabela 1	Resultados da análise de conteúdo de juízes	41
Tabela 2	Características sociodemográficas da amostra piloto	41

ARTIGO 2

Tabela 1	Características sociodemográficas, histórico médico e nível de escolaridade	47
Tabela 2	Proporções e contagens dos itens da SOCRATES-OO	51
Tabela 3	Correlação policórica entre os 19 itens da SOCRATES-OO	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira de Sobrepeso e Obesidade
AMREC	Ambivalência e Reconhecimento
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
Ac	Fator Ação da escala
Amb	Fator Ambivalência da escala
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
<i>CFI</i>	<i>Comparative Fit Index</i>
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DSM5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECAP	Escala de Compulsão Alimentar Periódica
EM	Entrevista Motivacional
<i>GFI</i>	<i>Goodness of fit index</i>
<i>ICC</i>	<i>Item Characteristic Curve</i>
ICS	<i>Instituto de Ciência e Saúde</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
MTT	Modelo Transteórico de Mudança Comportamental
<i>MATCH</i>	<i>Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDP	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
Re	Reconhecimento
<i>RMSEA</i>	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SM	Síndrome Metabólica
SOC	Itens da SOCRATES
SOCRATES	<i>Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale</i>
SOCRATES-SO	<i>Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale no sobrepeso e obesidade</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TLI	<i>Tucker Lewis Index</i>
<i>TRUSTe</i>	Proteção de Privacidade
UFBA	Universidade Federal da Bahia
URICA	<i>University of Rhode Island Change Assessment Scale</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WRMR	<i>Weighted Root Mean Square Residual</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
3	OBJETIVOS	24
4	MÉTODO	25
4.1	PROCEDIMENTOS	26
5	RESULTADOS	32
5.1	ARTIGO 1 - Análise qualitativa de conteúdo e estudo piloto da escala SOCRATES-OO	32
5.1.2	INTRODUÇÃO	32
5.1.3	MÉTODO	35
5.1.4	RESULTADOS	38
5.1.5	DISCUSSÃO	42
5.2	ARTIGO 2 - Obesidade e sobrepeso: Adaptação e avaliação psicométrica da escala motivação para mudança na preparação e no tratamento (SOCRATES-OO)	44
5.2.1	INTRODUÇÃO	44
5.2.2	MÉTODO	46
5.2.3	RESULTADOS	49
5.2.4	DISCUSSÃO	60
6	CONCLUSÃO	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	71
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	72
	APÊNDICE B - Formulário para análise de juízes	76
	APÊNDICE C - Entrevista estruturada	81
	APÊNDICE D - Curvas de informação dos itens da SOCRATES-OO	83
	APÊNDICE E - Manejo dos estágios motivacionais	88
	ANEXOS	89
	ANEXO A - Stages of Changes Readiness and Treatment Eagerness Scale, versão original em português	90
	ANEXO B - University of Rhode Island Change Assessment- versão comer compulsivo	91
	ANEXO C - Escala estágios de motivação para mudança na preparação e tratamento no sobrepeso e obesidade (SOCRATES-OO)	93

ANEXO D - Autorização dos autores (<i>E-mail</i>)	95
ANEXO E - Termo de aprovação firmado pelo comitê de ética	96

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é uma das doenças que mais cresceram no mundo nos últimos anos. Estima-se que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões sejam obesos¹. No Brasil, alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso. A prevalência de sobrepeso e obesidade nas diversas regiões do Brasil é assustadora. Na região Sudeste do país, 50,45% da população está com sobrepeso ou obesidade. Em segundo lugar está a região Centro-oeste, com 48,30%, seguida da região Norte, com 47,20%, e, em quarto lugar, a região Nordeste, somando 44,45%². Sabe-se que esse número vem crescendo na população brasileira adulta e ganhando destaque na infantil³.

Atualmente, sabe-se que as causas do sobrepeso e obesidade são de origem multifatorial e ambos são fatores de risco maior para muitas doenças crônicas, tais como⁴: hipertensão, colesterol elevado, diabetes, asma e câncer. A preocupação em torno desse tema favoreceu a estruturação de programas para o tratamento da obesidade com os mais diversos formatos e enfoques. No entanto, a adesão reduzida dos pacientes e a baixa taxa de sucesso no tratamento continuam a ser um desafio. Estudo recente sobre os estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso sugeriu que os sujeitos anteriormente orientados por médico, nutricionista ou por ambos profissionais apresentaram uma média de escore de prontidão 1,78 ponto acima dos que nunca haviam recebido orientação ($p = 0,005$). Isto sugere que indivíduos que buscam tratamento não o fazem com a motivação necessária e que a orientação profissional pode ser capaz de aumentar tal motivação. Ao todo, 48 indivíduos participaram da pesquisa, dos quais 41 (85,4%) eram do sexo feminino e 7 (14,6%) do sexo masculino, com média de idade de $47,7 \pm 12,6$ anos, sendo a mínima de 20 anos e a máxima de 72 anos³.

A motivação é um objeto amplamente estudado para explicar o comportamento humano⁵. As contribuições mais significativas na área da Psicologia surgiram do Modelo Transteórico de Mudança Comportamental (MTT), proposto por Prochaska e Di Clemente⁶ e da Entrevista Motivacional (EM), descrita pelos psicólogos William Miller e Stephen Rollnick⁷. Amrhein e colaboradores (2003) avaliaram o papel do discurso do indivíduo durante o tratamento e o impacto desse discurso na mudança do comportamento. Descobriram que a linguagem de comprometimento do indivíduo é uma dimensão da motivação que precisa ser investigada. Os clientes verbalizavam, durante o atendimento, falas de mudança (contra *status quo*) e de sustentação (a favor do *status quo*). Embora todas as dimensões

motivacionais subjacentes do desejo percebido, da habilidade (autoeficácia), da necessidade, e das razões para a mudança são importantes, elas não melhoraram individualmente (coletivamente) a predição do resultado comportamental, tal como a linguagem do compromisso. A partir de então, a linguagem do indivíduo ganhou destaque no processo de avaliação da motivação para a mudança⁸.

Levando em conta tal premissa, alguns questionários são utilizados na mensuração da motivação. Entre eles, destacam-se *Change Questionnaire*⁹, uma breve medida de seis diferentes componentes de motivação para mudança, baseado na Psicolinguística⁸. A escala URICA¹⁰ (*University of Rhode Island Change Assessment*), originalmente testada em fumantes e posteriormente em dependentes de álcool e de substâncias, sendo traduzida e adaptada para o português para a compulsão alimentar¹¹. Outra contribuição relevante é a *Stages of Changes Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*¹², instrumento bastante conhecido na literatura e cujo propósito é mensurar o grau de prontidão para mudança mediante estágios de reconhecimento, ambivalência e ação. A escala foi adaptada e validada para o idioma português em uma amostra de 326 dependentes de álcool¹³. A escala SOCRATES é um questionário utilizado no mundo inteiro, sendo constantemente adaptado para outros transtornos, além do uso e abuso de álcool. Contudo, nenhum instrumento validado foi encontrado para o contexto do sobrepeso e obesidade.

De modo geral, a SOCRATES foi extensamente testada do ponto de vista psicométrico e modificada em relação ao conteúdo e número total dos itens. A última versão descrita por Miller e Tonigan¹² consiste de 19 itens, distribuídos em três fatores ortogonais denominados reconhecimento, ambivalência e ação. Recentemente, a estrutura fatorial de 19 itens foi estudada por Maiston¹⁴ e colaboradores evidenciando uma estrutura de dois fatores correlacionados e mostrando um melhor ajuste. O primeiro fator foi denominado AMREC (junção da ambivalência e reconhecimento) e o segundo, AÇÃO, correspondendo ao mesmo fator descrito pelos autores originais.

Em virtude da carência na literatura de instrumentos que tenham como objeto de estudo a motivação para mudança no comportamento alimentar, este estudo buscou apresentar os resultados da adaptação e avaliação psicométrica da *Escala Estágios de Motivação para Mudança na Preparação e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade (SOCRATES-OO)*.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O mecanismo de desenvolvimento da obesidade não é totalmente compreendido e acredita-se que seja de origem multifatorial, resultante da interação de fatores ambientais, biológicos, genéticos, metabólicos, bem como fatores emocionais. De modo geral, o excesso de peso é considerado o resultado de um aumento da ingestão de calorias e diminuição dos níveis da atividade física^{2,15}. O ambiente moderno é um potente estímulo para influenciar os hábitos alimentares e propiciar a redução na atividade física. Adicionalmente, as práticas de *marketing* de alimentos influenciam diretamente a rotina das famílias, contribuindo como gatilho para escolhas alimentares menos saudáveis. As mensagens de *marketing* também podem diferir em seu impacto, de acordo com os fatores psicológicos de cada indivíduo¹⁶. Um estudo realizado com 12 pares de gêmeos monozigóticos submetidos à dieta hipercalórica (acréscimo de 1.000 kcal/dia) mostrou grande variação de ganho de peso entre os indivíduos, porém, os membros do par ganharam peso de forma semelhante. Outro estudo comparou pares de gêmeos que foram criados em ambientes distintos, sendo que um dos membros do par foi criado por pais biológicos e outro por pais adotivos. Neste contexto, houve associação positiva entre o índice de massa corporal dos indivíduos adotados e o índice dos pais biológicos, o que não foi observado em relação aos pais adotivos. Além disso, de acordo com a Associação Brasileira de Sobrepeso e Obesidade, o risco de desenvolver obesidade é 50,0% maior quando um dos genitores é obeso e, quando ambos o são, o risco aumenta para 80,0%. No entanto, quando nenhum dos pais é obeso, o risco diminui consideravelmente (9,0%)².

Nesse contexto, é preciso compreender as diversas maneiras de diagnosticar a obesidade e o sobrepeso. Uma das medidas mundialmente utilizadas é o valor do índice de massa corporal (IMC). Esta mensuração envolve o cálculo do peso (kg) dividido por altura (m) ao quadrado. Embora o IMC seja uma medida utilizada, não pode ser considerada precisa, já que não diferencia o peso do músculo do peso da gordura. Para um diagnóstico mais preciso, é importante aferir, conjuntamente, a medida da circunferência da cintura em relação à cintura-quadril. Essas medidas são um indicativo de risco para múltiplas doenças crônicas não transmissíveis associadas ao quadro. A circunferência da cintura para homens é > 102 cm e para mulheres é > 88 cm. Os critérios de classificação podem ser visualizados na Tabela 1².

Tabela 1 - Classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal

IMC (KG/M ²)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
< 18,5	Magro ou baixo peso	0	Normal ou elevado
18,5 – 24,9	Normal ou eutrófico	0	Normal
25 – 29,9	Sobrepeso	0	Pouco elevado
30 – 34,9	Obesidade	I	Elevado
30 – 39,9	Obesidade	II	Muito elevado
> Ou = 40,0	Obesidade grave	III	Muitíssimo elevado

Fonte: *Diretrizes brasileiras de obesidade (IMC)*

Existe uma preocupação com as doenças associadas ao sobrepeso e à obesidade. Diversos estudos apontam que indivíduos com sobrepeso e obesos estão mais propensos a desenvolver algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como: hipertensão, colesterol elevado, diabetes, asma e câncer¹⁷⁻¹⁹. As DCNT foram tema no Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas, promovido pelo Ministério Público, em 2011. Em 2018, o relatório completo foi publicado e disponibilizado na *web*, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas baseadas em evidências para prevenção e controle²⁰.

Diante desse quadro, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia (CONITEC)²⁰, no Sistema Único de Saúde (SUS), elaborou uma enquete disponibilizada no site da ABESO, como uma primeira etapa no processo de revisão do protocolo clínico de diretrizes terapêuticas (PCDT). O objetivo foi fornecer suporte à qualificação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, fundamentado em evidências científicas, considerando as características dos serviços e equipes do SUS. Entre as abordagens destacadas como adequadas, o PCDT incluirá recomendações da terapia dietética, atividade física, suporte psicológico, terapias combinadas, terapia farmacológica e o diagnóstico^{18,20}.

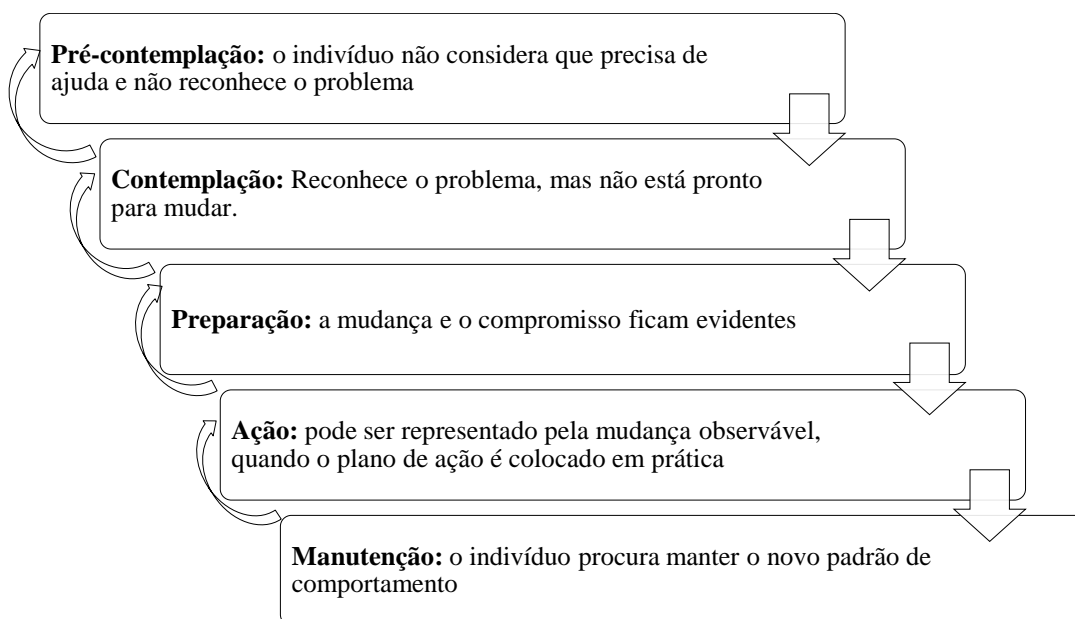
A preocupação com o aumento do sobrepeso e obesidade é mundial. O McKinsey Global Institute¹⁹ avaliou 74 intervenções e publicou um relatório considerando o custo e impacto de cada uma delas no tratamento do sobrepeso e obesidade. Foi constatado que abordagens conscientes, que incluem educar, motivar os indivíduos, por meio de definição explícita de metas e incentivos, produzem o melhor resultado no tratamento. Durante a investigação, foi observada a importância de contemplar a motivação nas mudanças de

comportamento, prevenção de recaída e acompanhamento na manutenção de peso em longo prazo. Esses dados estão de acordo com os estudos realizados sobre o tema no Brasil^{4,11,21}.

Pesquisas que investigaram intervenções para perda e manutenção do peso observaram que o constructo motivação para mudança parece ser um denominador comum nessa população^{15,22}. Descrever quais são as dimensões mais básicas do constructo motivação sempre foi uma difícil tarefa. As primeiras contribuições na área da Psicologia vieram do *Modelo Transteórico de Mudança Comportamental* (MTT) e da *Entrevista Motivacional*. Ambos surgiram a partir de experiências clínicas com dependentes de álcool e outras dependências químicas^{6,23}.

O MTT nasceu da análise comparativa de 29 teorias e modelos sobre mudanças no comportamento. Foi baseado na premissa de que a mudança comportamental é um processo e passa por diversos níveis de motivação (prontidão) para mudar. Pressupõe que as pessoas passam por diferentes estágios de prontidão para mudança durante a modificação de um comportamento problema^{6,24}. Os psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente alertam que os estágios de prontidão não são lineares; são compreendidos como parte de uma “espiral”. De maneira pedagógica, eles seguem uma sequência, entretanto, a motivação sofre influências e estas podem contribuir para o indivíduo seguir em frente ou voltar aos estágios anteriores^{25,26}.

Figura 1 - Modelo transteórico dos estágios de mudança.

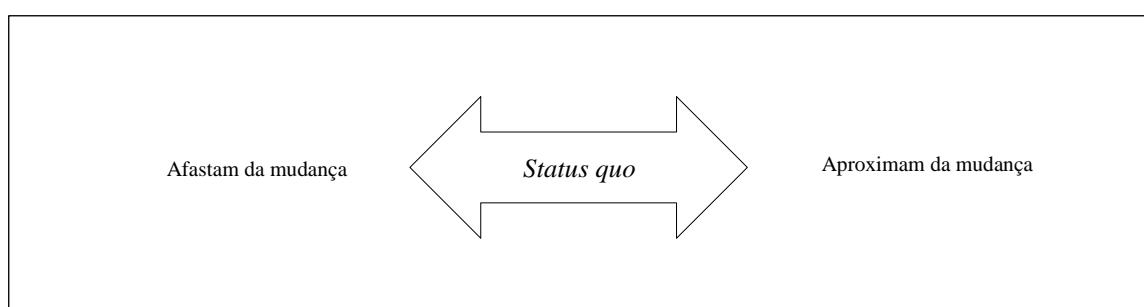


Fonte: Adaptado do modelo do Prochaska e DiClemente (1983).

Por outro lado, a *Entrevista Motivacional* (EM) não procura explicar como se dá a mudança de comportamento. Ela é um método de comunicação entre profissional e cliente, utilizado para aumentar a motivação para a mudança. Os psicólogos William Miller e Stephen Rollnick foram os percussores dessa abordagem. A efetividade da EM, como estratégia de intervenção no tratamento da dependência química, foi o ponto de partida dos autores. Contudo, é possível encontrar vários estudos randomizados sobre a EM, em diversos contextos^{5,27-29}. Em uma metanálise sobre a eficácia do modelo para perda de peso, foram examinados cerca de 3040 artigos, sendo incluídos 11 estudos. Os resultados encontrados evidenciaram que EM foi associada com a maior redução do IMC e peso corporal nos pacientes com sobrepeso e/ou obesidade, em relação ao grupo controle (tamanho do efeito - 0,51)³⁰. Esta abordagem foi considerada uma evolução no campo das psicoterapias, pois, até então, vários tipos de tratamento pregavam que só poderia ajudar o cliente se este desejasse. No entanto, a indecisão faz parte da natureza humana e nem todos os clientes estarão preparados, desejosos e habilitados para mudar algum hábito ou comportamento³¹.

O elemento “indecisão” é compreendido na EM como ambivalência. A notoriedade desse domínio surgiu após Miller e Rollnick afirmarem que trabalhar a ambivalência é trabalhar a essência do problema. O indivíduo pensa, inicialmente, em uma razão para mudar (aproxima da mudança desejada) e depois pensa em uma razão para não mudar (afasta da mudança desejada) e, por fim, fica paralisado e desiste de pensar a respeito³², conforme mostra a Figura 2.

Figura 2 - Representação da Ambivalência – *Status quo*.



Fonte: Adaptado de Rollnick (2009)

De acordo com Amrhein e colegas⁸, a ambivalência surge em forma de discurso no tratamento. Os mesmos autores foram os primeiros a avaliar o papel do discurso do paciente em sessão, seguido da mudança do comportamento. Descobriram que os pacientes verbalizavam, durante o atendimento, falas de mudança (contra *status quo*) e de sustentação (a favor do *status quo*). A partir de então, a linguagem do cliente ganhou destaque no processo

de avaliação da motivação para a mudança. Miller e Rollnick ressaltam que as pessoas inicialmente falam sobre o que querem fazer (desejo), porque mudariam (razões), como fariam (capacidade) e o quanto é importante (necessidade)³³. Outra pesquisa sobre os aspectos da motivação definiu este constructo como o guia das cognições, emoções e ações¹⁵.

O constructo motivação inicialmente foi entendido como um traço de personalidade, mas, atualmente, é compreendido como um estado de prontidão, oscilante, e que pode ser modificado. As forças motivacionais estão presentes no constructo motivação e podem ser descritas como intrínsecas ou extrínsecas. A motivação intrínseca é estimulada por questões internas e está associada a metas e objetivos. Essas questões têm uma estreita ligação com a escala de valores de cada indivíduo, relaciona-se aos interesses pessoais. Esse referencial particular é o responsável pelo modo como cada indivíduo opera sua motivação. Em contrapartida, a motivação extrínseca é desencadeada por fatores externos que funcionam como reforços ou recompensas, cuja aplicação é contingente à realização ou não da tarefa. Ela está relacionada com menor satisfação pessoal (senso de realização), já que o indivíduo age visando à obtenção de reforços para si, normalmente em curto prazo. Por este motivo, tende a ser inconstante. Um exemplo comum são as dietas milagrosas voltadas para um evento específico (curto prazo). Contudo, uma não exclui a existência da outra. Ambas fazem parte de uma competência fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional^{26,34}.

Em razão da relevância do tema, alguns instrumentos foram desenvolvidos com o propósito de mensurar a motivação para mudança no comportamento. Entre eles, destaca-se a escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*), originalmente testada em fumantes e, posteriormente, em dependentes de álcool e de substâncias. Ela identifica as dimensões descritas por Prochaska e DiClemente⁶. Recentemente, foi traduzida para o português e adaptada para a compulsão alimentar³⁵. *O Change Questionnaire* é outro instrumento desenvolvido como uma breve medida de seis diferentes componentes de motivação para mudança, ainda em adaptação no Brasil⁹. Por fim, foi elaborada a escala *Stages of Changes Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES), objeto deste estudo³⁶.

A escala SOCRATES foi especialmente desenvolvida com o propósito de mensurar a motivação no consumo problemático do álcool. A primeira versão foi composta por 32 itens, distribuídos em cinco dimensões da motivação: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Entretanto, com o acúmulo das evidências apresentadas ao longo dos anos, o modelo sofreu modificações para uma estrutura de 19 itens, distribuídos em três

fatores denominados Ambivalência, Reconhecimento e Ação¹². No entanto, mais tarde, Maisto e colaboradores³ encontraram dois fatores que apresentaram melhor ajuste ao modelo teórico da escala. O primeiro recebeu o nome de AMREC (uma combinação de ambivalência e reconhecimento) e o segundo de Ação. Os dois fatores (dimensões) correspondiam aos mesmos descritos pelos autores originais da escala. Os fatores e suas definições são descritos na Figura 3.

Figura 3 - Definições dos fatores da Escala SOCRATES

Três Fatores	Dois Fatores	Definição
Ambivalência	AMREC	A ambivalência pode ser entendida como indecisão. Indivíduos com escores altos refletem alguma abertura à reflexão do problema. O escore baixo pode refletir que o indivíduo sabe que tem um problema, mas não quer mudar, ou que não entende o comportamento como um problema. Por esta razão, deve ser interpretado em relação à pontuação do fator reconhecimento.
Reconhecimento		Indivíduos com escores altos, neste traço, tendem a reconhecer o problema e a expressar o desejo de mudança. Se o escore é baixo, normalmente negam e não expressam o desejo de mudança.
Ação	Ação	Indivíduos com escores altos indicam ações em direção à mudança, mesmo que sejam pequenos passos. Pontuações elevadas foram encontradas como preditivas a mudanças bem-sucedidas. Marcadores baixos refletem que os indivíduos, recentemente, não estão fazendo nada, para mudar.

Fonte: Definições oriundas do *Guidelines for Interpretation of SOCRATES-8 Scores*³⁷

Resultados similares foram encontrados em diversos estudos³⁸⁻⁴⁰. Por exemplo, no Brasil, a SOCRATES foi adaptada e validada culturalmente para o idioma português, sendo realizada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) em uma amostra de 326 dependentes de álcool.¹³ As análises estatísticas apontaram para a existência de dois fatores correlacionados: AMREC (Ambivalência + Reconhecimento) e AÇÃO. Em 2014⁴⁰, a AFC da SOCRATES (versão 8a-Alcool) foi realizada com 106 adolescentes latinos para uso de álcool e os resultados obtidos evidenciaram a teoria de Maisto e colaboradores (1999). Empregando o mesmo procedimento, uma pesquisa foi conduzida em Taiwan⁴¹ com 160 pacientes adultos, com problemas com álcool. Contudo, dividiram a dependência do álcool em categorias leve, moderada e severa. Os resultados apontaram que a gravidade severa do uso do álcool estava fortemente relacionada a motivações externas e à pontuação maior no fator AMREC.

Ademais, o instrumento foi traduzido para diversos idiomas (espanhol, coreano, francês e chinês) e adaptado para diferentes contextos. Por exemplo, no estudo de Park e

colaboradores⁴², a escala foi adaptada para avaliar jovens no contexto de dependência da Internet. Os autores utilizaram uma versão coreana, adaptando o conteúdo semântico das questões para tratar dos sintomas e comportamentos relacionados à dependência de internet; elegantemente, também, refizeram os estudos de validação e fidedignidade da versão da escala. Os autores Zullino e colaboradores⁴³, notaram que os estudos com o instrumento, até o momento, não haviam avaliado a estabilidade e validade da escala ao abordar a motivação para múltiplas substâncias. Preocupados com isso, adaptaram a versão francesa da escala para quatro grupos de pacientes que apresentavam diferentes problemas de abuso de substâncias. O primeiro grupo foi composto por 65 pacientes com diagnósticos de transtorno mental por uso de múltiplas substâncias CID-10⁴⁴: nicotina (F17.2), *cannabis* (F12.2) e opiáceos (F11.2). O segundo grupo, composto por 25 pacientes dependentes de múltiplas substância CID-10 (F19.2): opiáceos ou cocaína (F14.2). O terceiro grupo foi composto por 11 indivíduos, com diagnóstico de esquizofrenia (F20) e abuso de *cannabis* ou dependência de *cannabis* (F17.1 ou F17.2). O último grupo foi composto por 24 fumantes de tabaco. Este estudo validou apenas a solução de três fatores do instrumento. A Tabela 2 apresenta os resultados referentes à consistência interna.

Tabela 2 - *Alpha de Cronbach* para os cinco estudos de adaptação da SOCRATES

Fatores	Idiomas									
	Português		Espanhol		Inglês		Coreano		Francês	
	Figlie et.al	85	Sanchez et.al	.90	Miller	*	Park et.al		Zullino et.al	*
Ambivalência	.64		*		.94		.61		.73	
Reconhecimento	.82	85	*	.90	.82	*	.72		.90	*
Ação	.67	.74	*	.93	.91	*	.73		.91	*

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: (*) Informação não divulgada no artigo.

Nota: Resultados extraídos dos artigos referentes à escala SOCRATES

Como pode ser observado na Tabela 2, os resultados dos estudos voltados para a confiabilidade demonstraram que o modelo de três fatores apresentou problemas de consistência interna, principalmente no fator ambivalência. No entanto, nota-se que o modelo de dois fatores apontou o alfa de Cronbach 0.70. Entende-se que, quanto mais próximo de 1 estiver o valor da estatística, maior o nível de confiabilidade. Na verdade, existe muita discussão sobre os valores aceitáveis, contudo, em geral, variam entre 0,70 a 0,95⁴⁵. O *alfa de*

*Croabach*⁴⁶ é mais uma tradição do que uma escolha técnica, uma vez que despreza a variabilidade natural da amostra.

A construção de um instrumento de qualidade requer etapas bem definidas e procedimentos rigorosos. Pasquali⁴⁷ apresenta este modelo dividido em três etapas: (1) procedimentos teóricos, (2) experimentais e (3) analíticos. Cada seção inclui tarefas e métodos específicos. A primeira inclui elaboração dos itens e evidências de validade, baseadas no conteúdo. A segunda consiste nas evidências de validade, baseadas na estrutura interna. Por fim, evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas convergentes. No entanto, quando se trata de adaptação transcultural, é necessário buscar a equivalência possível dos instrumentos, aplicando procedimentos principalmente na etapa de planejamento. Entre esses procedimentos, por exemplo, estão a tradução direta, tradução reversa, submissão a um comitê *ad hoc* e, no final, a testagem da versão final em grupo de indivíduos que compõe a população estudada. Diretrizes da *International Testing Commission* (2005)⁴⁸, de acordo com a Figura 4.

Figura 4 - Procedimentos de construção e adaptação de instrumentos psicométricos

PROCEDIMENTO DE CONSTRUÇÃO	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL
<p>Etapa I – Teórica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir o objeto • Dimensionalidade • Operacionalização do Constructo • Análise dos itens <p>Etapa II - Experimental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento da aplicação • Aplicação e Coleta <p>Etapa II - Analítica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimensionalidade: Carga fatorial • Análise dos itens: Índice de dificuldade e discriminação • Consistência Interna • Estabelecimento de Normas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tradução Direta • Tradução Reversa • Testagem na População Alvo
<p>ADAPTAÇÃO DO CONTEXTO (Previamente validada para o idioma)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptação para contexto da obesidade e sobrepeso • Análise de Juízes • Avaliação psicométrica a partir da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) 	

Fonte: Adaptação dos modelos propostos por Pasquali e Lucian^{47,49}

Em 2014, a escala SOCRATES foi validada e adaptada culturalmente para o idioma português em uma população de usuários de drogas ilícitas. Nesse estudo, foi realizada a

tradução da língua inglesa para a portuguesa por meio dos procedimentos de tradução direta, aplicação de teste-piloto, tradução reversa e avaliação de comitê de juízes, cumprindo todas as etapas necessárias para a validação de uma escala psicométrica. Mediante esse processo, o estudo validou a versão da SOCRATES de 19 itens, distribuídos em duas subescalas (AMREC e AÇÃO). A partir da escala SOCRATES validada e adaptada para o idioma português, foi realizado esta pesquisa de adaptação do instrumento para o contexto do sobrepeso e da obesidade.

3 OBJETIVOS

- Avaliar a concordância entre juízes no que tange o conteúdo dos itens da escala na adaptação para o sobrepeso e obesidade (**Artigo 1**).
- Avaliar as propriedades psicométricas da escala *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES), no contexto do sobrepeso e obesidade (**Artigo 2**).

4 MÉTODO

Nesta seção, detalham-se os critérios e procedimentos metodológicos para desenvolver a presente pesquisa;

Delineamento do estudo

Neste estudo confirmatório, transversal e de natureza quantitativa, a escala *Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale* foi adaptada para o contexto do sobrepeso e obesidade. Trata-se de um instrumento que já existe e, atualmente, é utilizado em território nacional e estrangeiro, em outros contextos psicológicos.

Participantes

Após a adaptação do instrumento, a coleta foi realizada através da plataforma *online Survey Monkey*. O convite para o estudo foi disponibilizado nas redes sociais (*Facebook* e *Instagram*) e *WhatsApp* (APÊNDICE D). Os participantes em potencial foram encorajados a compartilhar o *link* da pesquisa com a sua rede de amigos e grupos que apresentassem as características dos critérios de inclusão. A decisão de convidar ou compartilhar a pesquisa foi voluntária.

Foram incluídos na amostra indivíduos adultos (idade entre 18 e 59 anos), de ambos os sexos, com sobrepeso ou diagnóstico de Obesidade (CID – 10 E66). Por se tratar de uma coleta *on-line*, não foi possível realizar uma entrevista prévia para selecionar os participantes. Desta forma, foram considerados critérios de exclusão sujeitos acima de 60 anos, mulheres grávidas e indivíduos com diagnóstico de hipotireoidismo, associado ao quadro de sobrepeso ou obesidade.

Instrumentos

Uma entrevista estruturada, desenvolvida pela pesquisadora principal, com questões sobre o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes (APÊNDICE C), foi utilizada no levantamento de informações socioeconômicas, histórico médico e padrão alimentar.

Outro instrumento utilizado foi a versão validada para o português da escala *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*³⁹, destinada a mensurar a prontidão para mudança no comportamento e problemas psicológicos. Essa escala avalia as duas dimensões da motivação: AMREC (Ambivalência + Reconhecimento) e AÇÃO. Cada item do instrumento contém quatro categorias de resposta, no formato de uma escala do tipo *Likert*, variando de *discordo muito* a *concordo muito*, conforme o conteúdo em português com 19 itens, disponível no ANEXO A.

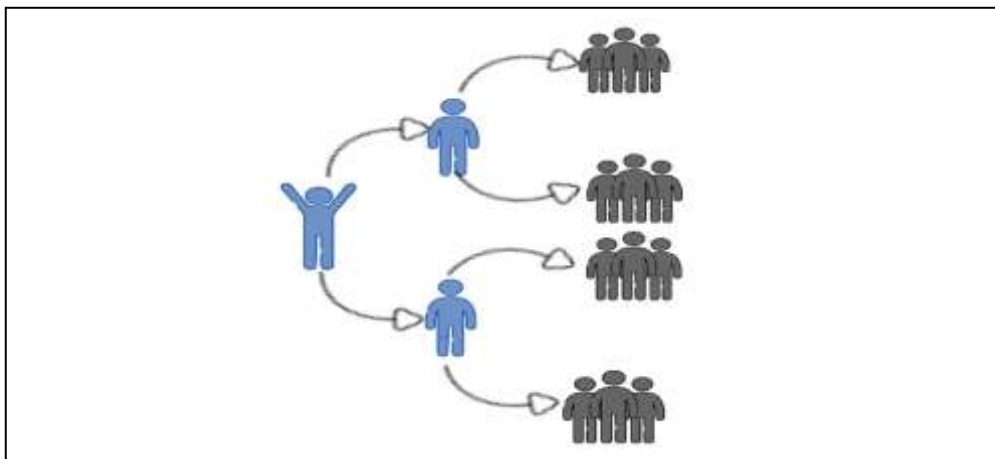
Com a função de convergência, foi utilizada a escala *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)*³⁵ na versão “comer compulsivo”, com 24 afirmações que avaliam o modo de pensar (ou não) sobre o hábito de comer. A pontuação é medida por uma escala semelhante à SOCRATES. Entretanto, esse instrumento investiga os estágios de mudança propostos por Prochaska e DiClemente⁶. Nesta versão específica da escala, os domínios são representados por 3 fatores, em vez de 4, uma vez que os domínios *contemplação* e *manutenção* integram um mesmo fator.

4.1 PROCEDIMENTOS

O processo de adaptação da SOCRATES-OO foi dividido em quatro fases. Na primeira etapa, foi solicitada a autorização dos autores originais da escala via e-mail (APÊNDICE E). Posteriormente, houve a adaptação do instrumento para o contexto do sobrepeso e obesidade, seguida da análise de juízes. A terceira fase envolveu a aplicação da terceira versão do instrumento em uma pequena amostra da população. E, por fim, foi realizada a coleta oficial de dados do estudo.

Realizou-se amostragem não-probabilística por meio de procedimento denominado Bola de Neve⁵⁰. Esse procedimento é utilizado para viabilizar o acesso de pesquisadores a populações específicas e de difícil alcance e envolve o uso da rede social dos indivíduos iniciais para ter acesso ao coletivo. De acordo com esse pressuposto, foram observados os seguintes passos: (1) Definir o convite padrão, onde os indivíduos convidam outros membros; (2) Identificar grupos nas redes sociais que possam fornecer acesso a outros indivíduos que preencham os critérios de inclusão; e (3) Solicitar que os convites não se limitem apenas a contatos próximos. (Figura 5)

Figura 5 - Representação gráfica do procedimento Bola de Neve (*Snowball Sampling*)



Fonte: Elaboração da autora.

O método de amostragem é passível de vies, considerando que cada respondente tende a interagir com outros com características similares. Entretanto, vieses estão presentes em todas as pesquisas que não utilizam métodos randômicos.

Análise de juízes

O grupo de juízes foi composto por seis profissionais experientes em suas respectivas áreas de atuação, distribuídos da seguinte forma: psicólogos, nutricionistas, neuropsicóloga e médico endocrinologista. Os seis especialistas selecionados atendiam aos critérios teórico-práticos^{47,51,52} de peritos na área, com diferentes perfis.

A segunda fase do estudo envolveu a adaptação dos itens da escala para uma linguagem que contemplasse a motivação para mudança no sobrepeso e obesidade. Uma nutricionista, coordenadora de um curso de Nutrição e treinada em entrevista motivacional foi convidada para adaptar os itens do contexto do álcool para o sobrepeso e obesidade. As alterações seguiram o critério apenas da mudança do verbo *beber* para *comer*. O Quadro 1 apresenta a primeira versão do instrumento.

Na análise de juízes, os cinco profissionais especialistas foram contatados previamente via telefone e, nessa ocasião, todas as dúvidas sobre o estudo foram esclarecidas. Na medida em que o convite era formalmente aceito, a pesquisadora entregava em mãos um protocolo (APÊNDICE B) com a primeira versão adaptada da escala SOCRATES-OO com 19 itens e a descrição dos três domínios. A primeira parte do protocolo incluía perguntas sobre identificação, qualificação e instruções sobre os domínios investigados. Na segunda parte, os

profissionais foram convidados a responder a que domínio cada item pertencia (ambivalência, reconhecimento ou ação). Além disso, os juízes foram instruídos a levar em consideração a clareza e a pertinência dos itens, considerando uma escala de 0 a 2 (onde 0 = Não; 1 = Sim, com reservas; 2 = Sim), assim como a necessidade ou não de exemplos. No final do documento, um espaço em branco foi destinado para comentários e/ou sugestões adicionais.

O critério para confirmar a pertinência, permanência e modificação de cada item da SOCRATES-OO foi o de obtenção de, pelo menos, 80% de concordância entre os juízes^{47,53}. Caso este critério não fosse alcançado, o item em questão poderia ser reformulado ou, se realmente necessário, excluído. O trabalho dos juízes significou a conclusão da etapa dos procedimentos teóricos que originaram o instrumento piloto.

Estudo-piloto

A terceira fase constituiu na aplicação única da segunda versão do instrumento (Quadro 2) em indivíduos que preenchiam os critérios de inclusão do estudo. Essa etapa da pesquisa foi primordial para a construção, validação e adaptação da SOCRATES-OO. O estudo-piloto teve como objetivo testar a viabilidade de métodos e procedimentos para uso posterior em larga escala⁵⁴. A pesquisadora principal criou uma conta na plataforma *on-line Survey Monkey* por apresentar o selo de privacidade certificada (*TRUSTe*) e fornecer suporte técnico, além de facilitar a interação dos respondentes. O protocolo foi aplicado em uma pequena amostra (n = 17) para testar a viabilidade do método e avaliar se, do ponto de vista dos respondentes, a segunda versão parecia adequada e compreensível.

Coleta de dados

Para a realização da quarta fase da pesquisa, foi elaborado um convite/folder *on-line* aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia (ICS-UFBA), sob o Parecer nº 2.650.188, divulgado nas plataformas *Facebook*, *Instagram* e compartilhado via *WhatsApp*. Abaixo do folder/convite disponibilizou-se um *link*, direcionando os participantes para a plataforma *Survey Monkey*. Assim que os participantes acessavam a plataforma da pesquisa, eles recebiam esclarecimentos sobre o objetivo do estudo, informações sobre como calcular o IMC e o TCLE na íntegra (APÊNDICE A). A participação na pesquisa foi condicionada à

concordância com o TCLE por meio de um *click* do *mouse*. O participante poderia ainda imprimir o documento, se assim o desejasse.

Após esta etapa, os indivíduos responderam à entrevista estruturada, anteriormente descrita. Em seguida, preencheram a escala SOCRATES-OO, objeto deste estudo, e a escala URICA - versão comer compulsivo ANEXO B, com perguntas sobre hábitos alimentares. Para cada item das duas escalas, apenas uma opção poderia ser selecionada pelos participantes, de acordo com o grau de concordância em relação ao conteúdo apresentado na Figura 6.

Figura 6 - Exemplo do item da SOCRATES-OO na plataforma *SurveyMonkey*

As alternativas de respostas são:

- (1) **DISCORDO MUITO:** Definitivamente não
- (2) **DISCORDO:** Provavelmente não
- (3) **INDECISO:** Talvez
- (4) **CONCORDO:** Provavelmente sim
- (5) **CONCORDO MUITO:** Definitivamente sim

*1- Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de comer.

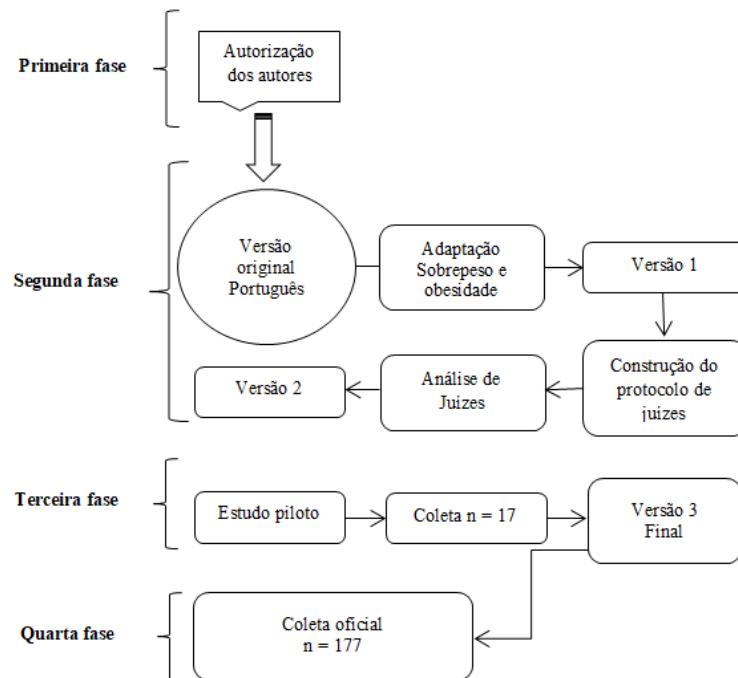
Discordo muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo muito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: Elaboração da autora.

No final da pesquisa, os participantes receberam informações sobre o manejo dos estágios motivacionais para o sobrepeso e obesidade (APÊNDICE D). Foi realizada uma coleta única, com duração de aproximadamente 20 minutos.

Embora os instrumentos da pesquisa fossem autoaplicáveis, foram disponibilizados meios de contato com a pesquisadora principal, caso surgissem dúvidas de qualquer natureza sobre o estudo. A Figura 7 apresenta um resumo do processo de adaptação do instrumento SOCRATES – OO.

Figura 7 - Processo de adaptação da SOCRATES-OO



Fonte: Própria autora

Aspectos éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia (ICS-UFBA), sob o Protocolo de número 2.650.188. O estudo atendeu às recomendações da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É importante ressaltar que não há conflitos de interesse por parte dos pesquisadores.

Alguns riscos inerentes ao projeto foram identificados, entre eles a fadiga ao preencher o questionário. Com objetivo de amenizar tal desconforto, foi oferecida aos participantes a possibilidade de interromper o preenchimento da pesquisa em qualquer momento e voltar posteriormente, sem que os dados fossem perdidos. De modo geral, em toda pesquisa existe o risco remoto das informações serem vazadas como, por exemplo, o provedor/servidor ser invadido por um *hacker*. Diante dessa possibilidade, a escolha do plano de adesão da plataforma *on-line* se fez com base nos critérios de segurança dos dados, por meio do selo de privacidade verificado pela *TRUSTe*. É uma empresa que verifica a conformidade de proteção de privacidade das informações. Além disto, somente a pesquisadora principal teve acesso à plataforma, protegida por uma senha.

O fornecimento de informações sobre os estágios de motivação para a mudança no sobrepeso e obesidade, assim como os fatores envolvidos na manutenção de um comportamento alimentar saudável, constituem um benefício individual do estudo. Além dessas informações, os respondentes também receberam indicações de livros e documentário de TV para compreender os processos de mudança envolvidos no comportamento alimentar. No âmbito coletivo, o resultado da pesquisa pode favorecer a tomada de decisão dos profissionais, que precisam escolher intervenções adequadas como parte do plano de tratamento clínico.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa são apresentados, a seguir, nos dois artigos elaborados em coautoria.

5.1 ARTIGO 1

ANÁLISE QUALITATIVA DE CONTEÚDO E ESTUDO-PILOTO DA ESCALA SOCRATES-OO

Renata Vieira*, Michella Lopes Velasquez**, Irismar Reis de Oliveira***

*Mestranda do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciência da Saúde, Universidade Federal da Bahia; **Doutora pelo Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Bahia, ***Professor Titular, Livre-Docente do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Bahia.

5.1.2 INTRODUÇÃO

A obesidade e o sobrepeso na população se tornaram um problema de saúde mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde⁵⁵, esse número dobrou desde 1980. Estima-se que, em 2025, mais de 2.0 bilhões de adultos (>18 anos) estarão acima do peso e 700 milhões serão considerados obesos. As crianças com idade até 5 anos já somavam 41 milhões com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade. É considerada uma doença crônica, de origem multifatorial, resultante da interação de fatores ambientais, genéticos e emocionais, bem como do estilo de vida urbano¹⁸.

A obesidade e o sobrepeso são geralmente definidos pelo índice de massa corporal (IMC). O cálculo do peso (kg) sobre altura (m) ao quadrado caracteriza o IMC.

Figura 1 – Índice de Massa Corporal - IMC

IMC (Índice de Massa Corporal)	Caracteriza
= ou > 25 kg/m ²	Sobrepeso
= ou > 30 kg/m ²	Obesidade

Fonte: Adaptado do site da ABESO (2016).

Embora o IMC seja uma medida utilizada, não pode ser considerada precisa, já que não diferencia o peso de músculo e o de gordura. Para um diagnóstico mais preciso, é

importante aferir, conjuntamente, a medida da circunferência da cintura em relação à cintura-quadril. São indicativos de risco para múltiplas doenças. As medidas da circunferência da cintura para homens é > 102 cm e para mulheres é > 88 cm¹⁸.

No Brasil, há um aumento significativo da prevalência do sobrepeso e da obesidade e esse número vem crescendo na população adulta e ganhando destaque na infantil². Preocupado com isso, o Instituto McKinsey Global¹⁹ avaliou 74 intervenções e publicou um relatório considerando o custo e impacto de cada uma delas. Constatou-se que abordagens conscientes, que incluem educar, motivar os indivíduos através da definição explícita de metas, compromissos e incentivos, produzem um melhor resultado no tratamento do sobrepeso e da obesidade. Algumas intervenções envolvem detecção precoce, estilo de vida, terapias médicas adicionais, medicação, quando necessário, e terapia cognitivo-comportamental. Além disso, foi observada a importância de se contemplar mudanças de comportamento, prevenção de recaída e acompanhamento na manutenção de peso, em longo prazo. Isso inclui iniciativas estruturais, como educação, informação confiável sobre saúde e hábitos alimentares⁵¹.

Em virtude desses dados, vários programas para o tratamento do sobrepeso e da obesidade foram criados, com os mais diversos formatos e enfoques. No entanto, o que se observa é uma adesão reduzida dos pacientes e baixa taxa de sucesso. Alguns estudos sugerem que a motivação para a mudança é um constructo que deve ser levado em consideração no tratamento dessa população^{2,3,17,56}, o que pode ser compreendido como a expressão do grau de compromisso ou aderência ao tratamento³³. Segundo Miller⁵⁷, “[...] motivação é a probabilidade de que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça num processo de mudança específico”.

De modo geral, a perda de peso se torna uma meta difícil de alcançar e a manutenção é um grande desafio para a maioria das pessoas, principalmente porque mudar um comportamento não é algo simples. O novo normalmente é ameaçador, principalmente em situações que envolvem mudanças no estilo de vida e na visão do mundo⁵⁸. O resultado de um estudo recente apontou que a motivação para obter ou manter o peso normal estava claramente presente entre os participantes, fornecendo um guia para aprimoramento nos tratamentos envolvendo esse constructo. Outro estudo⁵⁹ apontou que a pontuação crescente para a motivação em saúde foi significativa e positivamente relacionada à alimentação saudável e ao exercício. Encontrar instrumentos que possam auxiliar nesse tratamento pode

contribuir para a escolha das intervenções correspondentes aos estágios de mudanças do paciente.

Em diferentes países, instrumentos validados para mensurar a motivação parecem proporcionar uma investigação objetiva dos processos envolvidos nesse constructo. Uma das escalas utilizadas para esse fim é a SOCRATES¹², um questionário do tipo Likert de cinco pontos, que busca avaliar as 3 dimensões da motivação: ambivalência, reconhecimento e ação. Esse questionário foi adaptado culturalmente para a língua portuguesa, tendo sido realizado estudo de confiabilidade e estrutura fatorial com uma amostra de 326 dependentes de álcool³⁶. No entanto, há poucas escalas padronizadas para investigar a motivação no contexto do sobrepeso e da obesidade. Uma pesquisa conduzida no Brasil adaptou a escala *URICA*³⁵ (*University of Rhode Island Change Assessment*) para o comer compulsivo, representando uma contribuição importante para avaliar os estágios motivacionais no comportamento de comer compulsivo, uma vez que o grau de recaída é alto e pode levar, com frequência, à obesidade.

Embora a validação de um instrumento não seja uma tarefa simples, quando bem-sucedida pode se tornar uma ferramenta para compreender o comportamento de uma determinada população. Os princípios da construção de uma escala são compreendidos a partir de três eixos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos)^{47,60}. O objetivo deste artigo é concentrar-se na análise teórica dos itens, com base apenas na análise de juízes, como parte integrante do estudo piloto.

O estudo piloto é um estágio essencial em pesquisa, por determinar a viabilidade do protocolo e identificar pontos fracos em um estudo, testar se o instrumento está fazendo as perguntas pretendidas, se o formato é compreensível, além de avaliar a adequação da coleta de dados usando a técnica de entrevista selecionada ou questionário. Trata-se, ainda, de uma etapa que possibilita a avaliação de aspectos específicos do processo de coleta de dados, como o tempo necessário para completar o questionário e a disposição dos participantes em participar do estudo, além da testagem da entrada de dados, codificação dos itens e obtenção de dados preliminares para o desfecho primário⁶¹. A análise de validade baseada no conteúdo é imprescindível para a construção de instrumentos psicológicos⁵¹. Este artigo busca apresentar os resultados da etapa inicial de adaptação da *Escala Estágios de Motivação* para mudança e preparação no tratamento do sobrepeso e obesidade (SOCRATES-OO).

5.1.3 MÉTODO

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia (ICS-UFBA), sob o Protocolo n. 2.650.188. Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com os objetivos do estudo. Por se tratar de uma coleta *on-line*, os respondentes do projeto piloto só tinham acesso aos demais itens da escala após concordar com o TCLE. Caso contrário, o sistema impedia a continuidade da pesquisa. Ao final do preenchimento das escalas, os respondentes tinham acesso a informações sobre o manejo dos estágios de motivação para mudança no comportamento alimentar (ambivalência-reconhecimento ou ação).

Os seis juízes selecionados atendiam aos critérios teórico-práticos^{47,51,52} de peritos na área, com diferentes perfis. Havia, entre eles, as especialidades de treinamento em entrevista motivacional, atendimento em grupo, atendimento em ambulatório hospitalar, treinamento em terapia cognitiva e endocrinologia. A seleção foi realizada utilizando-se como critério o conhecimento dos profissionais sobre a experiência e a produção na área.

O grupo piloto foi constituído por 17 participantes com sobrepeso ou diagnóstico de obesidade (IMC 25 – 50)² e idade entre 18 e 59 anos. Foram excluídos indivíduos acima de 60 anos, mulheres grávidas e sujeitos com hipotireoidismo como comorbidade. Por se tratar de uma coleta *on-line*, não foi possível selecionar os respondentes tendo por base os critérios de inclusão. Para essa etapa, foram escolhidos participantes da palestra “Escala de prontidão para a mudança no comportamento alimentar”, realizada no I Congresso Mineiro de Terapias Cognitivas, na Universidade Machado Sobrinho, em Juiz de Fora (MG). Os que aceitaram participar do estudo posteriormente receberam convite por *e-mail* e *WhatsApp* com o *link* eletrônico da pesquisa.

Instrumentos

A escala adaptada - *The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES)³⁶ - é um instrumento destinado a mensurar a prontidão para mudança no comportamento e problemas psicológicos. É uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, composta por 19 itens, que varia de “Discordo muito” a “Concordo Muito”, e busca avaliar as três dimensões da motivação: ambivalência, reconhecimento e ação. Essa escala havia sido

anteriormente traduzida e adaptada para a língua portuguesa, tendo sido objeto de um estudo de confiabilidade e estrutura fatorial realizado com uma amostra de 326 dependentes de álcool. As análises estatísticas mostraram a existência de dois fatores correlacionados: AMREC (Ambivalência + Reconhecimento) e AÇÃO. Essa escala integrou o protocolo de análise de juízes. A primeira parte desse documento entregue aos juízes foi composta por campos para o preenchimento de dados de identificação e qualificação profissional, instruções sobre o protocolo e conceitos sobre os três domínios pertencentes à escala original (ambivalência, reconhecimento e ação). A segunda reuniu dados sobre a avaliação dos elementos da escala (instruções dadas aos respondentes e perguntas sobre a que domínio aquele item pertenceria). E, por fim, foi investigada a clareza da redação e a necessidade de exemplos. O objetivo desse documento foi avaliar a adequação da representação dos atributos latentes e promover consistência entre os julgamentos.

Para estabelecer o perfil sociodemográfico da amostra, os participantes responderam a uma entrevista estruturada que, além dessas informações, investigava a evolução do diagnóstico clínico e o histórico do padrão alimentar.

A escala *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA)³⁵ para hábitos alimentares é um instrumento com 24 afirmações, que avaliam o modo de pensar (ou não) sobre o hábito de comer. A pontuação é medida através de uma escala semelhante à da SOCRATES. Entretanto, esse instrumento investiga os estágios de mudança propostos por Di Clementi (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção).

A ECAP⁶² (*Escala de Compulsão Alimentar Periódica*) é um questionário autoaplicável que avalia e quantifica a gravidade das tendências da compulsão alimentar periódica, composto por 62 afirmativas, distribuídas em 16 itens. A cada item a pontuação é medida através de uma escala de 0 a 3.

Procedimento

Conforme foi mencionado anteriormente, o presente artigo se concentra em um dos procedimentos de análise da qualidade dos itens, denominado análise dos juízes. A primeira fase do estudo foi a adaptação da escala para o contexto do sobrepeso e da obesidade. Uma nutricionista, coordenadora de um curso de Nutrição e treinada em entrevista motivacional, foi convidada para adaptar os itens do contexto do álcool para o sobrepeso e obesidade. As

alterações seguiram o critério apenas da mudança do verbo *beber* para *comer*. A Figura 9 apresenta a versão original do instrumento.

Figura 2 – Itens da escala SOCRATES versão em português para dependentes de álcool.

1. Eu realmente gostaria de fazer mudanças em minha maneira de beber.
2. Às vezes, eu penso se sou alcoólatra.
3. Se eu não mudar logo a minha maneira de beber, meus problemas vão ficar piores.
4. Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação à minha maneira de beber.
5. Estou tentando controlar minha maneira de beber.
6. Às vezes, eu penso se meu beber está prejudicando as outras pessoas.
7. Eu sou uma pessoa que tem problemas com bebidas alcoólicas.
8. Eu não estou apenas pensando em mudanças de minha maneira de beber. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.
9. Eu já mudei meu hábito de beber e estou buscando meios para não voltar a beber como bebia antes.
10. Eu tenho graves problemas com a bebida.
11. Às vezes, eu penso se tenho controle.
12. Meu hábito de beber está causando muitos transtornos.
13. Você mudou ou diminuiu seu hábito de beber?
() Não – Coloque a resposta *Discordo Muito* e vá para a Q 14.
() Sim – Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar meu beber.
14. Antes, você tinha problema com a bebida?
() Não – Coloque a resposta *Discordo Muito* e vá para a Q15.
() Sim – Eu quero ajuda para evitar que eu volte ter problemas com a bebida.
15. Eu sei que tenho problemas com bebidas alcoólicas.
16. Às vezes, eu acho que bebo demais.
17. Eu sou alcoólatra.
18. Eu estou me esforçando muito para mudar meu hábito de beber.
19. Você fez mudanças em seu hábito de beber?
() Não – Coloque a resposta *Discordo Muito*.
() Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a beber como antes.

Fonte: Elaboração dos autores.

Legenda: Números 1 – 19 = itens da SOCRATES versão português.

A segunda fase compreendeu a análise de juízes. Os cinco profissionais especialistas na área foram contatados previamente via telefone e, nessa ocasião, todas as dúvidas sobre o estudo foram esclarecidas. À medida que o convite era formalmente aceito, a pesquisadora entregava em mãos a primeira versão adaptada da escala SOCRATES-OO, com 19 itens e 3 domínios. A primeira parte do protocolo continha perguntas sobre identificação, qualificação e instruções sobre os domínios investigados. Na segunda parte, os profissionais foram convidados a responder a que domínio cada item pertencia (ambivalência, reconhecimento ou ação). Além disso, os juízes foram instruídos a levar em conta a clareza e a pertinência dos itens do instrumento, em uma escala de 0 a 2 (onde 0 = Não; 1 = Sim, com reservas; 2 = Sim), indicando ou não a necessidade de exemplos. No final do documento, um espaço em branco

foi destinado a comentários e (ou) sugestões adicionais. Todos os profissionais convidados aceitaram o convite.

A terceira fase constituiu-se na primeira testagem do instrumento em indivíduos que preenchiam os critérios de inclusão do estudo. Essa etapa da pesquisa é primordial para a construção, validação e adaptação de um instrumento. O estudo piloto⁵⁴ tem como objetivo testar a viabilidade de métodos e procedimentos para uso posterior em larga escala. A pesquisadora principal criou uma conta na plataforma *on-line Survey Monkey*, por apresentar o selo de privacidade certificada (*TRUSTe*) e fornecer suporte técnico, além de facilitar a interação dos respondentes. A pesquisa foi aplicada em uma pequena amostra (n = 17) para testar a viabilidade do método e avaliar se, do ponto de vista dos respondentes, a versão 2 era adequada e compreensível.

5.1.4 RESULTADOS

A partir da adaptação da escala para o contexto do sobrepeso e da obesidade, teve origem a versão 1 do instrumento, conforme se apresenta na Figura 10.

Figura 3 - SOCRATES-OO (Versão 1)

1. Eu realmente gostaria de fazer mudanças em minha maneira de **comer**.
2. Às vezes, eu penso **se estou acima do peso**.
3. Se eu não mudar logo minha maneira de **comer**, meus problemas vão ficar piores.
4. Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação à minha maneira de **comer**.
5. Estou tentando controlar minha maneira de **comer**.
6. Às vezes, eu penso se meu **comer** está prejudicando as outras pessoas.
7. Eu sou uma pessoa que tem problemas com a **comida**.
8. Eu não estou apenas pensando em mudanças de minha maneira de **comer**. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.
9. Eu já mudei meu hábito de **comer** e estou buscando meios para não voltar a comer como comia antes.
10. Eu tenho graves problemas com a **comida**.
11. Às vezes, eu penso se tenho controle sobre minha maneira de **comer**.
12. Meu hábito de comer está causando muitos transtornos.
13. Você mudou ou diminuiu seu hábito de **comer**?
() Não – Coloque a resposta *Discordo Muito* e vá para Q 14.
() Sim – Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar meu **comer**.
14. Antes você tinha problema com a **comida**?
() Não – Coloque a resposta *Discordo Muito* e vá para a Q15.
() Sim – Eu quero ajuda para evitar que eu volte ter problemas com a **comida**.
15. Eu sei que tenho problemas com **comida**.
16. Às vezes eu acho que **como** demais.
17. Eu **estou acima do peso**.
18. Eu estou me esforçando muito para mudar meu hábito **de comer**.
19. Você fez mudanças em seu hábito **de comer**?
() Não – Coloque a resposta *Discordo Muito*.
() Sim – Eu quero alguma ajuda para não voltar a **comer** como antes.

Fonte: Elaboração dos autores.

Os resultados da análise dos juízes apontaram a necessidade de mudança na instrução dada aos participantes. Originalmente, a redação da escala SOCRATES³⁶ era: “Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comer. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda neste momento da sua vida. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão”. Após a sugestão dos juízes, a redação foi alterada para: “Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar ou não pensar o seu comportamento alimentar. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda neste momento da sua vida. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão”.

Os resultados da análise qualitativa correspondeu à tradução do título em inglês da versão 2 para a língua portuguesa. Além da tradução do título para o português, foi sugerido incluir a população com sobrepeso. Nos itens 5, 8 e 9 foram excluídas algumas palavras com o objetivo de melhorar a clareza na redação. Com relação aos itens 13, 14 e 19, a estrutura de

múltipla escolha gerou questionamento. Dessa forma, o comitê foi unânime em sugerir transformar os itens em afirmações ou perguntas. O item 17 foi readequado para contemplar a obesidade e não o sobrepeso, diferenciando-se, assim, do item 2. Os demais itens foram mantidos. Todas as sugestões relacionadas à falta de compreensão do item e modificações sugeridas, quando consideradas pertinentes, foram incorporadas à versão final do instrumento. A Figura 11 ilustra as alterações sugeridas no título e nos itens 5, 8, 9, 13, 14, 17 e 19.

Figura 4 - SOCRATES-OO (VERSÃO 2)

Versão 1	Versão 2
<p>5. Estou tentando controlar minha maneira de comer.</p> <p>8. Eu não estou apenas pensando nas mudanças de minha maneira de comer. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.</p> <p>9. Eu já mudei meu hábito de comer e estou buscando meios para não voltar a comer como comia antes.</p> <p>13. Você mudou ou diminuiu seu hábito de comer?</p> <p>() Não - Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q 14.</p> <p>() Sim- Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou parar o meu comer.</p> <p>14. Antes você tinha problema com a comida?</p> <p>() Não- Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q15.</p> <p>() Sim- Eu quero ajuda para evitar que eu volte ter problemas com a comida.</p> <p>17. Eu estou acima do peso.</p> <p>19- Você fez mudanças no seu hábito de comer?</p> <p>() Não- Coloque a respota Discordo Muito</p> <p>() Sim- Eu quero alguma ajuda para não voltar a comer como antes.</p>	<p>5. Estou controlando minha maneira de comer.</p> <p>8. Eu não estou apenas pensando nas mudanças de minha maneira de comer. Eu estou fazendo alguma coisa sobre isso.</p> <p>9. Eu já mudei meu hábito de comer e estou buscando meios para não voltar a comer como comia.</p> <p>13. Atualmente, estou fazendo coisas para diminuir ou mudar minha maneira de comer?</p> <p>14. Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter problemas com a comida.</p> <p>17. Eu estou obeso.</p> <p>19. Eu quero alguma ajuda para não voltar a comer como antes?</p>

Fonte: Elaboração dos autores.

Um dos juízes sinalizou a necessidade de maior especificidade nos itens com as seguintes palavras: obeso, transtorno, problemas e dificuldades. Avaliou que tais palavras possuem sentido amplo e poderiam gerar dúvidas nos respondentes. Por se tratar de uma observação única, optou-se por manter as referidas palavras e testar essa sugestão, no estudo piloto.

De acordo com os resultados da análise de juízes, obteve-se uma concordância superior a 80% em todos os itens, exceto no item 1 (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultados da análise de conteúdo de juízes

Itens	Domínios ^a		% Concordância	Alteração
	Amrec	Ação		
1	5	1	80,0	N
2	5	0	100,0	N
3	5	0	80,0	N
4	0	5	100,0	N
5	1	4	80,0	N
6	5	0	100,0	N
7	5	0	100,0	N
8	0	5	100,0	S
9	0	5	100,0	N
10	5	0	100,0	S
11	5	0	100,0	N
12	5	0	100,0	N
13	0	5	100,0	S
14	5	0	100,0	S
15	5	0	100,0	N
16	5	0	100,0	S
17	5	0	100,0	N
18	0	5	100,0	N
19	1	4	80,0	S

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: Domínios ^a: Fatores da escala. S = Sim; N = Não.

A Tabela 2 descreve a amostra piloto do estudo em termos sociodemográficos. A proporção de respondentes do sexo feminino foi de 89%, enquanto o sexo masculino somou 11%. Em se tratando da variável idade, 71% da amostra pertencem à faixa etária de 22 a 40 anos e os demais estão acima de 41 anos de idade. Nessa amostra, 41% dos respondentes estão na faixa do sobrepeso e 53% são considerados obesos, de acordo com a tabela de referência da ABESO.

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra piloto

Variável	n	%
	17	100,0
Sexo		
Feminino	15	89,0
Masculino	2	11,0
Idade		
20 - 40	12	71,0
41 - 59	5	29,0
IMC*		
> ou = 25	7	41,0
> ou = 30	9	53,0
< 25	5	29,0
Escolaridade		
Ensino médio	1	6,0
Superior incompleto	3	18,0
Superior completo	8	47,0
Pós-graduação	5	29,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: IMC = Índice de massa corporal/

Houve adequada compreensão das sentenças pelos respondentes, uma vez que nenhum dos 17 participantes registrou dificuldades nesse quesito. Posteriormente, foi excluída do protocolo de pesquisa a escala ECAP, porque a metodologia da pesquisa oficial não contemplaria a análise divergente no estudo, sendo esse o motivo de inclusão dessa escala.

5.1.5 DISCUSSÃO

A escala SOCRATES é um instrumento utilizado no mundo inteiro como padrão ouro na avaliação dos estágios de motivação para mudança, sendo constantemente adaptada para outros transtornos, além do uso e abuso de álcool. Por exemplo, no estudo de Park e colaboradores⁴², a escala foi adaptada para avaliar jovens no contexto de dependência de *Internet*. Os autores utilizaram uma versão coreana da escala, adaptando o conteúdo semântico das questões para tratar dos sintomas e comportamentos relacionados à dependência de *Internet*, além de realizarem os estudos de validação e fidedignidade da versão adaptada da escala.

A validade de conteúdo da SOCRATES-OO foi considerada adequada, tendo em vista a concordância superior a 80% entre os juízes⁶³. O estudo teve como objetivo investigar a estrutura fatorial e as evidências concorrentes e preditivas para a validade do instrumento.

Os participantes foram 210 homens e 91 mulheres, identificados como bebedores de “risco”. A análise fatorial mostrou que a estrutura com dois domínios apresentava um ajuste melhor dos dados em relação à estrutura com três domínios proposta por Miller e Tonigan¹¹. Os domínios ambivalência e reconhecimento (9 e 6 itens, respectivamente) pareciam medir o grau de severidade de um problema existente com o álcool, chamado “AMREC”, porque consistia nos itens de ambivalência e reconhecimento de Miller e Tonigan, e tomar medidas para mudar ou manter as mudanças chamado “Ação”¹⁴. A versão brasileira da SOCRATES testou os dois modelos e a estrutura com 2 domínios também apresentou um melhor ajuste ao instrumento³⁶. Dessa maneira, optou-se por manter o item 1 até a conclusão da pesquisa sobre as propriedades psicométricas da SOCRATES-OO.

Neste estudo, o trabalho dos especialistas significou a conclusão da etapa dos procedimentos teóricos que originou a versão 2. Por meio dos ajustes propostos, aprimorou-se a escala considerando a estrutura das frases e a exclusão das múltiplas escolhas, antes que fosse aplicada em uma amostra piloto.

Além disso, a investigação da compreensão dos itens por parte dos respondentes foi fundamental para o aprimoramento da coleta oficial. Em geral, a construção de um estudo piloto contribui para avaliar problemas relacionados ao tempo para preencher o instrumento, possíveis mudanças no orçamento e a viabilidade de cada uma das etapas que integram o estudo principal⁵⁴.

5.2 ARTIGO 2

OBESIDADE E SOBREPESO: ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DA ESCALA ESTÁGIOS DE MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA NA PREPARAÇÃO E NO TRATAMENTO (SOCRATES-OO)

Renata Vieira¹, Michella Lopes Velasquez², Irismar Reis de Oliveira³

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciência da Saúde, Universidade Federal da Bahia; ²Doutora pelo Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Bahia, ³Professor Titular e Livre-Docente do Programa de Pós-Graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Bahia.

5.2.1 INTRODUÇÃO

A *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) é um instrumento amplamente utilizado na área da saúde. Foi originalmente construído por Miller e Tonigan⁶⁴ em uma versão com 32 itens, posteriormente comentada por 12 pesquisadores, resultando na versão atual com 19 itens, validada pelo Projeto MATCH⁶⁵. Essa escala foi desenvolvida com o propósito de mensurar a motivação para a mudança em pacientes com consumo problemático de álcool. Estudos realizados com a SOCRATES apontaram que a motivação é compreendida a partir dos fatores Ambivalência, Reconhecimento e Ação⁶⁴. O fator Ambivalência refere-se às motivações conflitantes no processo de mudança, podendo ser entendido como “indecisão”, usualmente presente no conflito interno entre razão e emoção⁶⁶. O fator Reconhecimento é percebido como a capacidade de reconhecer o problema, sem que haja uma prontidão para mudar. O fator Ação é o estágio no qual as pessoas se engajam em ações específicas em direção à mudança desejada³².

Desde a sua primeira publicação, diferentes versões foram adaptadas para outros contextos, além do uso e abuso de álcool em adultos, como a versão para adolescentes latinos usuários de substâncias psicoativas⁴⁰, a versão coreana para adolescentes dependentes de Internet⁴², a versão em francês para adultos, com uso e abuso de múltiplas substâncias⁴³, para adultos dependentes de álcool hospitalizados por outra condição médica⁶⁷ e a versão coreana (K-SOCRATES-S)⁶⁸, com 10 itens, para tabagistas. Avaliações psicométricas dessas versões apresentaram resultados consistentes relativos à Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e à consistência interna do instrumento^{36,42,69,70,71}. O estudo de Miller e Tonigan⁶⁴, com a versão

de 19 itens, encontrou uma estrutura fatorial de 3 domínios correlacionados (ambivalência, reconhecimento e ação). Posteriormente, os autores Maisto e colaboradores³⁸ estudaram um modelo com 2 domínios correlacionados, denominados AMREC (ambivalência + reconhecimento) e Ação.

Além da SOCRATES, a escala *University of Rhode Island Change Assessment*⁷² (URICA) é um instrumento bastante conhecido. Consiste em um questionário semelhante composto por 24 itens, divididos em subescalas que representam os estágios motivacionais pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, proposto por Prochaska e DiClemente. Foi adaptada para o uso de álcool, tabaco, pais de crianças com obesidade, drogas ilícitas e, recentemente, para mudanças de hábitos alimentares^{10,11,73,74}.

De modo geral, a relevância do tema sobrepeso e obesidade tem aumentado exponencialmente no Brasil¹⁸ e no mundo¹. Muito tem se discutido sobre as causas da doença, entretanto, a literatura sugere que é um quadro multifatorial, envolvendo alterações metabólicas, fatores emocionais, estilo de vida e fatores genéticos^{18,19,22,75}.

Estudos apontam que indivíduos com sobrepeso e obesidade são mais propensos a desenvolver algumas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), tais como: hipertensão, colesterol elevado, diabetes, asma e câncer¹⁷⁻¹⁹. Em agosto de 2018, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia (CONITEC)²⁰ elaborou uma enquete disponibilizada no *site* da ABESO, sendo uma primeira etapa no processo de revisão do protocolo clínico de diretrizes terapêuticas (PCDT). O objetivo do trabalho é fornecer suporte à qualificação da atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade, fundamentado em evidências científicas. Entre as abordagens destacadas como adequadas, o PCDT ressaltou terapia dietética, atividade física, suporte psicológico, terapias combinadas, terapia farmacológica e o diagnóstico^{18,20}.

Existem vários programas para o tratamento da obesidade, com os mais diversos formatos e enfoques. No entanto, o que se observa é uma adesão reduzida dos pacientes e baixa taxa de sucesso. Estudo recente sugeriu que indivíduos que iniciaram tratamento para perda de peso não apresentavam a motivação necessária. Ao todo, 48 indivíduos participaram da pesquisa, dos quais 41 (85,4%) eram do sexo feminino e 7 (14,6%) do sexo masculino, com média de idade de $47,7 \pm 12,6$ anos, sendo a mínima de 20 anos e a máxima de 72 anos³.

Coe e colaboradores⁷⁶ realizaram uma pesquisa na *University of Eastern Finland* (UEF) sobre motivadores, facilitadores e barreiras na perda de peso. As respostas dos participantes foram alocadas como parte da área pessoal, social, ambiental e mudança comportamental. Constataram que indivíduos com alto nível de motivação apresentavam

razões para perda de peso, como redução de medicamentos e qualidade de vida. Todavia, a pressão por um corpo escultural, facilidade na aquisição de alimentos não saudáveis e escassez de informação adequada sobre o problema, foram as principais barreiras no alcance da meta e estavam relacionadas à baixa motivação.

Neste sentido, uma avaliação cuidadosa pode contribuir para um planejamento mais eficaz no tratamento. Em razão da relevância do tema, o presente estudo buscou apresentar as evidências de validade da adaptação da escala *Estágios de Motivação para Mudança na Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade*.

5.2.2 MÉTODO

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo n. 2.650.188?????. O estudo atendeu às recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os respondentes aceitaram voluntariamente fazer parte do estudo, concordando com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado na plataforma *SurveyMonkey*. É importante ressaltar que não há conflitos de interesse por parte dos pesquisadores.

Participantes

Os participantes foram recrutados usando um método de amostragem denominado Bola de Neve (*Snowball Sampling*), empregando como ferramenta de coleta de dados as principais redes sociais e o *WhatsApp*. Neste sentido, um convite foi disponibilizado nas redes sociais e no *WhatsApp*. Foram apenas incluídos na pesquisa os indivíduos que responderam a todos os itens dos questionários. Conseqüentemente, as análises finais incluíram uma amostra de $n = 177$, classificados de acordo com a Tabela 5.

Tabela 1 - Características sociodemográficas, histórico médico e escolaridade

Informações	n = 198
Ganho de peso	
Infância e adolescência	37,4%
Fase adulta	49,21%
Ao longo da vida	10,0%
Menopausa	3,17%
Tratamento Nutricional	72,4%
Tratamento Medicamentoso	55,0%
Escolaridade	
Ensino médio	7,5%
Superior incompleto	10,6%
Superior completo	24,7%
Pós-graduação	43,9%
Mestrado/Doutorado	12,9%
Excluídos do estudo	11,0%

Fonte: Dados da pesquisa

Instrumentos

Os participantes foram submetidos à entrevista estruturada, com o propósito de levantar suas características sociodemográficas e histórico médico. A versão foi adaptada – *Estágios de Motivação para Mudança na Preparação e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade* - SOCRATES-OO. O modelo é composto por 2 constructos latentes e 19 variáveis observáveis. Trata-se de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, composta por 19 itens que variam de “Discordo muito” a “Concordo Muito”, e distribuídos, *a priori*, em 3 dimensões da motivação para mudança: ambivalência, reconhecimento e ação. Essa foi anteriormente traduzida e adaptada para a língua portuguesa, tendo sido objeto de um estudo de confiabilidade e estrutura fatorial, realizado com uma amostra de 326 dependentes de álcool. As análises estatísticas mostraram a existência de dois fatores correlacionados: AMREC (Ambivalência + Reconhecimento) e AÇÃO.

Com o propósito de validade convergente, foi utilizada no estudo a escala *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)*³⁵, na versão “comer compulsivo”. É um instrumento com 24 afirmações que avaliam o modo de pensar (ou não) sobre o hábito de comer. A pontuação é medida por uma escala semelhante à de SOCRATES. Entretanto, esse instrumento investiga os estágios de mudança propostos por Di Clementi (pré-contemplação,

contemplação, ação e manutenção). O tempo médio de preenchimento da pesquisa foi 20 minutos, como informado no TCLE.

Procedimento

Os dados coletados são provenientes da plataforma *SurveMonkey*, sendo os respondentes convidados por meio de redes sociais (*Facebook e Instragram*) e *WhatsApp*, entre o período de maio a agosto de 2018. Neste sentido, o convite foi divulgado para amigos e colegas do investigador principal, convidando-os a responder e, em seguida, foram encorajados a divulgar a pesquisa através de sua própria rede. Excluíram-se do estudo grávidas e indivíduos com diagnóstico de hipotireoidismo, associado ao quadro de sobrepeso e obesidade, os quais são critérios de exclusão.

Os investigadores do estudo fizeram um esforço combinado para recrutar o maior número de respondentes, dado que toda pesquisa necessita considerar a perda de participantes. Na plataforma, os respondentes tinham acesso a informações sobre a pesquisa, o TCLE (APÊNDICE A), o questionário sociodemográfico, a escala SOCRATES-OO, a escala URICA e, por fim, as informações adicionais sobre manejo dos estágios de mudança no comportamento alimentar.

Análise Estatística

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi realizada para fornecer evidências baseadas na consistência interna da escala SOCRATES-OO. Adicionalmente, o escore bruto da URICA foi utilizado para fornecer evidências em termos de validade convergente, correlacionando sua pontuação bruta com os domínios da melhor solução da SOCRATES-OO.

A escala é constituída por 19 itens ordinais (ou seja, escala *Likert* de cinco pontos) e, inicialmente, foi conceituada para avaliar 3 domínios, a saber: reconhecimento, ambivalência e ação. Para avaliar o ajuste do modelo aos dados, optou-se por utilizar 5 índices, quais sejam, qui-quadrado (χ^2), índice confirmatório de ajuste (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI) e aproximação do erro quadrático médio (RMSEA). Os seguintes critérios de corte foram utilizados para determinar um bom ajuste do modelo: qui-quadrado sem significância estatística ($> 0,05$). Na RMSEA, como recomendado por Browne e Cudeck (1992, p. 144),

“[um] valor de cerca de 0,05 ou menos indicaria um ajuste próximo do modelo em relação aos graus de liberdade”, e “o valor de cerca de 0,08 ou menos para o RMSEA indicaria um erro razoável de aproximação” e não seria desejado empregar um modelo com o RMSEA maior que 0.1”. É recomendado que CFI e TLI sejam próximos ou maiores que 0.95⁷⁷. Como os itens da SOCRATES são ordinais, foi utilizado o estimador ponderado por mínimos quadrados e ajustado pela variância; este é o estimador padrão em Mplus⁷⁸ para indicadores ordinais observados. Sob a abordagem do AFC para avaliar a confiabilidade da escala, usamos o total de Omega^{79,80}. Omega é um índice de confiabilidade composto e está intimamente relacionado ao *Alfa de Cronbach*. Ele tem sido usado na avaliação da confiabilidade através de uma razão da variabilidade explicada pelos itens, em comparação com a variância total de toda a escala^{81,82}. Esse procedimento visa superar as desvantagens do alfa de Cronbach⁴⁶. O último requer pressupostos irrealistas, como equivalência *tau* e covariância sem erro^{83,84}.

O nível de significância estatística adotado foi de 0,05 e todas as análises foram realizadas usando Mplus⁷⁸.

5.2.3 RESULTADOS

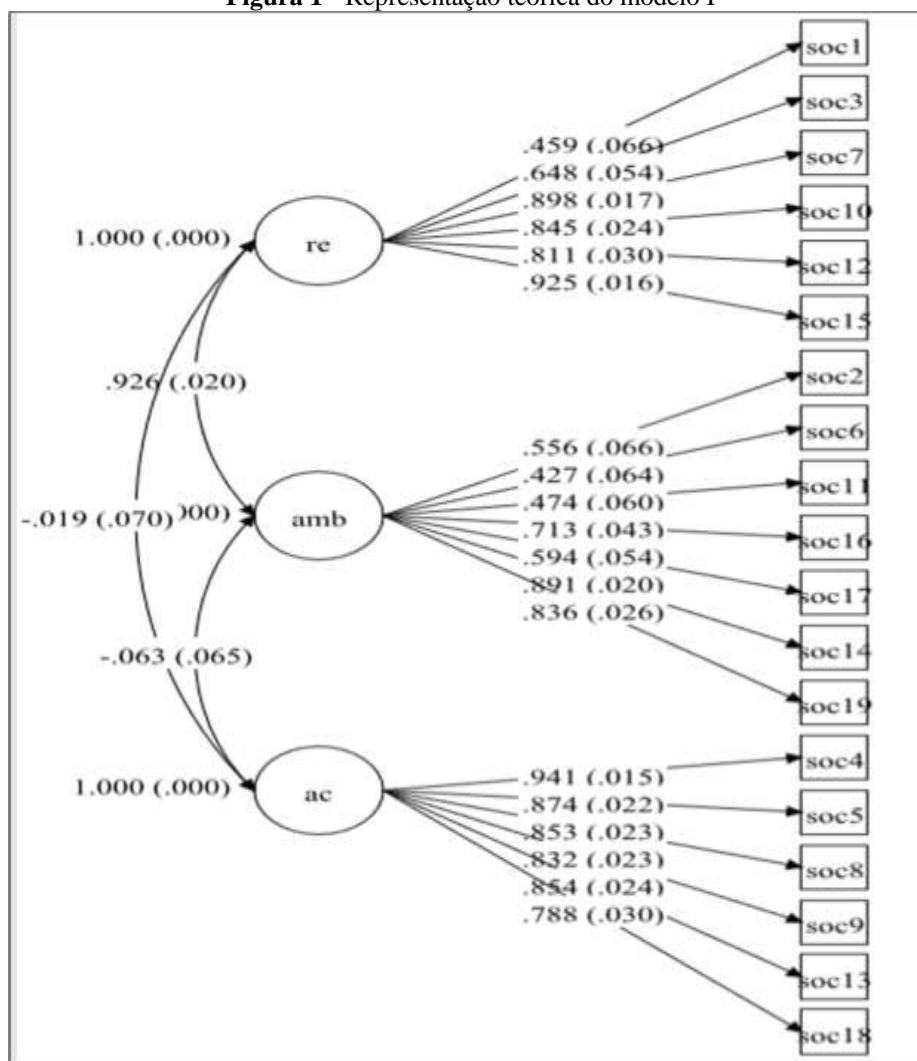
Modelo I: Solução correlacionada de três fatores SOCRATES-OO

A solução correlacionada com três fatores retornou bons índices de ajuste da seguinte forma: $\chi^2(149) = 274,542$, p-valor <0,0001; RMSEA = 0,069 (90% Intervalo de confiança [CI] = 0,056 a 0,082); CFI = 0,977; TLI = 0,974 e WRMR = 0,957. No entanto, sob esta especificação do modelo, os domínios ambivalência e reconhecimento apresentaram correlação de 0,926 (p-valor <0,001), o que indica que ambos os domínios não possuem validade divergente e, portanto, mensuram os mesmos fenômenos.

A Figura 12 retrata a representação teórica do modelo I da SOCRATES-OO sobre a solução fatorial de três correlações, com 19 itens e suas cargas fatoriais padronizadas (entre parênteses seus erros padrão), e correlação entre o fator (representado por três ovais). Os itens da escala são representados pelos quadrados.

Todas as cargas fatoriais padronizadas se mostraram maiores que 0,4, que normalmente é usado como um ponto de corte para uma correlação significativa com o fator subjacente.

Figura 1 - Representação teórica do modelo I



Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: re = Reconhecimento; amb = Ambivalência; ac = Ação.

A Tabela 6 (Parte I e Parte II) representa a descrição estatística das proporções e contagens dos 19 itens de SOCRATES-OO, considerando as cinco possibilidades de categoria de resposta para um dos itens.

Tabela 2 – Proporções e contagens dos itens da SOCRATES-OO

Parte I - Proporções e contagens dos itens				Parte II - Proporções e contagens dos itens			
Item	Answer category	Proportion	Count	Item	Answer category	Proportion	Count
SOC1	Discordo Muito	0.006	1.000	SOC10	Discordo Muito	0.124	22.000
	Discordo	0.028	5.000		Discordo	0.390	69.000
	Indeciso	0.068	12.000		Indeciso	0.124	22.000
	Concordo	0.548	97.000		Concordo	0.271	48.000
	Concordo Muito	0.350	62.000		Concordo Muito	0.090	16.000
SOC2	Discordo Muito	0.011	2.000	SOC11	Discordo Muito	0.034	6.000
	Discordo	0.023	4.000		Discordo	0.192	34.000
	Indeciso	0.045	8.000		Indeciso	0.164	29.000
	Concordo	0.350	62.000		Concordo	0.497	88.000
	Concordo Muito	0.571	101.000		Concordo Muito	0.113	20.000
SOC3	Discordo Muito	0.006	1.000	SOC12	Discordo Muito	0.102	18.000
	Discordo	0.085	15.000		Discordo	0.339	60.000
	Indeciso	0.062	11.000		Indeciso	0.130	23.000
	Concordo	0.435	77.000		Concordo	0.305	54.000
	Concordo Muito	0.412	73.000		Concordo Muito	0.124	22.000
SOC4	Discordo Muito	0.028	5.000	SOC13	Discordo Muito	0.011	2.000
	Discordo	0.073	13.000		Discordo	0.130	23.000
	Indeciso	0.119	21.000		Indeciso	0.141	25.000
	Concordo	0.531	94.000		Concordo	0.514	91.000
	Concordo Muito	0.249	44.000		Concordo Muito	0.203	36.000
SOC5	Discordo Muito	0.034	6.000	SOC14	Discordo Muito	0.034	6.000
	Discordo	0.158	28.000		Discordo	0.169	30.000
	Indeciso	0.215	38.000		Indeciso	0.124	22.000
	Concordo	0.424	75.000		Concordo	0.458	81.000
	Concordo Muito	0.169	30.000		Concordo Muito	0.215	38.000
SOC6	Discordo Muito	0.237	42.000	SOC15	Discordo Muito	0.079	14.000
	Discordo	0.379	67.000		Discordo	0.169	30.000
	Indeciso	0.113	20.000		Indeciso	0.175	31.000
	Concordo	0.226	40.000		Concordo	0.379	67.000
	Concordo Muito	0.045	8.000		Concordo Muito	0.198	35.000
SOC7	Discordo Muito	0.062	11.000	SOC16	Discordo Muito	0.017	3.000
	Discordo	0.254	45.000		Discordo	0.136	24.000
	Indeciso	0.147	26.000		Indeciso	0.056	10.000
	Concordo	0.367	65.000		Concordo	0.548	97.000
	Concordo Muito	0.169	30.000		Concordo Muito	0.243	43.000
SOC8	Discordo Muito	0.028	5.000	SOC17	Discordo Muito	0.079	14.000
	Discordo	0.136	24.000		Discordo	0.243	43.000
	Indeciso	0.119	21.000		Indeciso	0.141	25.000
	Concordo	0.542	96.000		Concordo	0.294	52.000
	Concordo Muito	0.175	31.000		Concordo Muito	0.243	43.000
SOC9	Discordo Muito	0.045	8.000	SOC18	Discordo Muito	0.023	4.000
	Discordo	0.243	43.000		Discordo	0.249	44.000
	Indeciso	0.147	26.000		Indeciso	0.186	33.000
	Concordo	0.407	72.000		Concordo	0.407	72.000
	Concordo Muito	0.158	28.000		Concordo Muito	0.136	24.000
SOC19	Discordo Muito	0.017	3.000	SOC19	Discordo Muito	0.017	3.000
	Discordo	0.175	31.000		Discordo	0.175	31.000
	Indeciso	0.136	24.000		Indeciso	0.136	24.000
	Concordo	0.469	83.000		Concordo	0.469	83.000
	Concordo Muito	0.203	36.000		Concordo Muito	0.203	36.000

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: SOC = itens

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados apresentados pelo Mplus utilizam o método de estimação WLSMV, para variáveis categóricas, e a matriz de correlação policórica, como matriz de entrada de dados. Esta é um primeiro diagnóstico para avaliar o quanto os itens estão correlacionados entre si. Esse procedimento demonstrou que a maior parte das correlações entre as variáveis (19 itens) é moderada a forte. A maior correlação reportada foi entre a SOC7-SOC15 (0,841). Por outro lado, as correlações menores entre SOC1-SOC5 (-0,02), SOC2-SOC8 (-0,004) e SOC4-SOC17 (-0,057) indicaram que os itens são pertencentes a fatores distintos (AMREC e AÇÃO), sendo justificativa para a baixa correlação. Os resultados provenientes da matriz sugerem que os dados são adequados para a realização da Análise Fatorial Confirmatória. A correlação policórica é uma substituição para correlação de Pearson, quando há três ou mais categorias⁸⁵. A Tabela 7 apresenta os resultados provenientes desse procedimento.

Tabela 3 – Matriz de correlação policórica entre os 19 itens da SOCRATES-OO

	SOC1	SOC2	SOC3	SOC4	SOC5	SOC6	SOC7	SOC8	SOC9	SOC10	SOC11	SOC12	SOC13	SOC14	SOC15	SOC16	SOC17	SOC18	SOC19
SOC1																			
SOC2	0,275																		
SOC3	0,54	0,459																	
SOC4	0,094	0,104	-0,021																
SOC5	-0,02	-0,059	-0,052	0,833															
SOC6	0,192	0,124	0,307	-0,07	-0,046														
SOC7	0,322	0,455	0,52	-0,029	-0,115	0,406													
SOC8	0,154	-0,004	0,015	0,784	0,726	-0,029	-0,006												
SOC9	0,083	0,006	-0,019	0,781	0,733	-0,098	-0,063	0,721											
SOC10	0,254	0,409	0,507	-0,069	-0,091	0,367	0,821	-0,02	-0,036										
SOC11	0,211	0,317	0,266	0,08	-0,009	0,11	0,374	-0,058	0,064	0,438									
SOC12	0,371	0,441	0,558	-0,044	-0,171	0,425	0,727	0,005	-0,146	0,713	0,378								
SOC13	0,049	0,129	0,082	0,826	0,739	-0,004	0,103	0,738	0,689	0,713	0,08	0,064							
SOC14	0,341	0,345	0,556	-0,143	-0,252	0,326	0,717	-0,131	-0,099	0,655	0,365	0,644	0,018						
SOC15	0,308	0,496	0,445	-0,078	-0,223	0,385	0,841	-0,111	-0,113	0,763	0,424	0,699	0,078	0,786					
SOC16	0,37	0,449	0,357	-0,144	-0,225	0,174	0,572	-0,054	-0,103	0,522	0,399	0,525	0,021	0,601	0,672				
SOC17	0,307	0,457	0,424	-0,057	-0,181	0,259	0,439	-0,096	-0,131	0,417	0,133	0,509	-0,033	0,397	0,56	0,447			
SOC18	0,194	0,05	0,148	0,718	0,682	0,009	0,111	0,711	0,665	0,113	0,04	0,032	0,677	0,048	0,032	-0,063	-0,038		
SOC19	0,395	0,414	0,534	0,029	-0,089	0,299	0,609	0,025	0,022	0,563	0,422	0,601	0,125	0,812	0,715	0,574	0,485	0,144	

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: SOC = itens da escala; AMREC = SOC 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 e 19; AÇÃO = SOC 4, 5, 8, 9, 13 e 18.

De acordo com a Tabela 7, os itens estão moderada a fortemente correlacionados entre si. A cor vermelha indica o quão positivamente os itens estão correlacionados, isto é, quanto mais vermelho, mais fortemente correlacionados. Por outro lado, quanto mais azul, menos correlacionados.

Modelo II: Solução de dois fatores correlacionados SOCRATES-OO

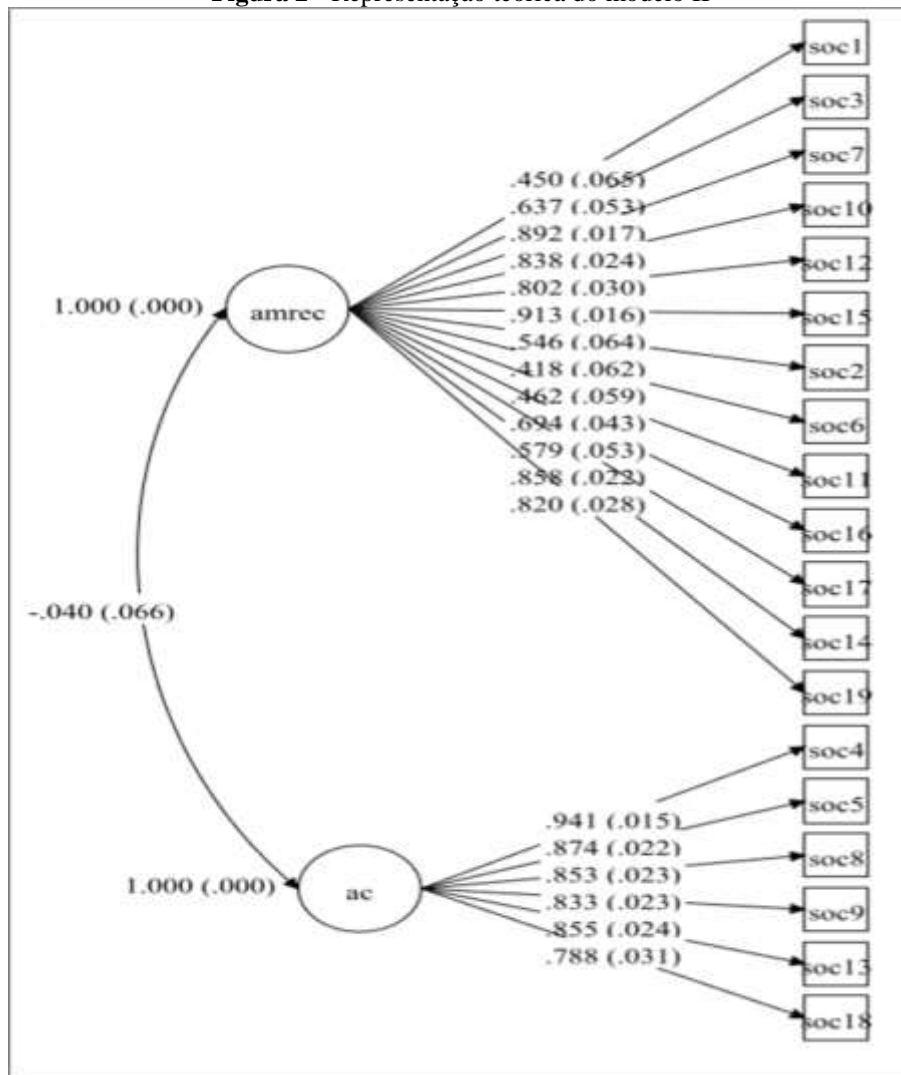
A solução de três fatores mostrou uma correlação próxima entre os fatores ambivalência e reconhecimento. Respecificamos o modelo de medição que agrupa os itens dessas duas dimensões em um único fator chamado AMREC. Brown (2015)⁸⁶ afirmou que quando a correlação entre os fatores excede 85, usado frequentemente como critério da interrupção para a validade discriminante problemática "[...] pode ser possível combinar fatores para adquirir uma solução mais parcimoniosa (Veja⁸⁷, p 146).

Este novo modelo especificado também retornou um bom ajuste aos dados e, estatisticamente, é mais parcimonioso do que o relatado anteriormente: $\chi^2(151) = 283.835$, p-valor < 0.0001 ; RMSEA = 0.070 (intervalo de confiança de 90% [CI] = 0.058 para 0, 83); CFI = 0.976; TLI = 0.973, e WRMR = 0.9987. A Figura 13 descreve o modelo de medição da SOCRATES-SO para a solução de dois fatores correlacionados. A correlação entre os dois fatores é de -0,040 (p-valor = 0.547). Essa correlação próxima do zero indica que ambos os domínios não estão correlacionados. Eles são chamados ortogonais.

As cargas do fator eram igualmente mais elevadas do que 0,4, o que indica a boa confiabilidade dos artigos individuais. A confiabilidade dos fatores, avaliada pelo Ômega, AMREC e AÇÃO, foram 0,924 e 0,943, respectivamente. O primeiro fator foi composto por 13 itens (1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 e 19), sendo que apenas quatro deles (1, 2, 6 e 11) apresentaram carga fatorial $< .600$, no entanto, esses dados não justificam a exclusão dos itens. O segundo fator foi composto por seis itens (4, 5, 8, 9, 13 e 18), todos com carga fatorial $> .790$, apontando que os dados se ajustam bem aos itens do fator AÇÃO. Apenas os itens 14 e 19, anteriormente pertencentes ao segundo fator (AÇÃO), foram realocados no primeiro fator (AMREC). Nenhum item foi excluído, dado que todos apresentaram carga fatorial superior ao ponto de corte. Os itens 1 e 12 foram excluídos no estudo de Neliana e colaboradores³⁶ e os dados foram reanalisados. O fator 1(AMREC) apresentou resultado semelhante ao de Maisto e colaboradores¹⁴, exceto pelo fato de incorporar o item 17, antes pertencente ao fator AÇÃO. Além disso, as curvas de informação totais mostraram onde, no espectro de AMREC (Figura 14) e AÇÃO (Figura 15), ambos os domínios da escala são mais

precisos (isto é, mais informativo); o eixo X's é dimensionado na pontuação z e, portanto, a média é centrada em zero. Para o domínio AMREC, é mais preciso para os indivíduos que estão na média do domínio AMREC (perto de zero z pontuação), onde há o pico da informação. Para domínio de AÇÃO, pode-se ver que o pico mais alto ocorre em -1, indicando que esse domínio é mais preciso (ou seja, mais informativo) entre aqueles com menor nível de AÇÃO (abaixo da média). Para ambas as curvas de informação total, quanto mais perto de -3 ou -2, menos precisa é a informação, indicando que ambos os domínios não são informativos para assuntos com muito pouco ou grande quantidade de ambos os fatores.

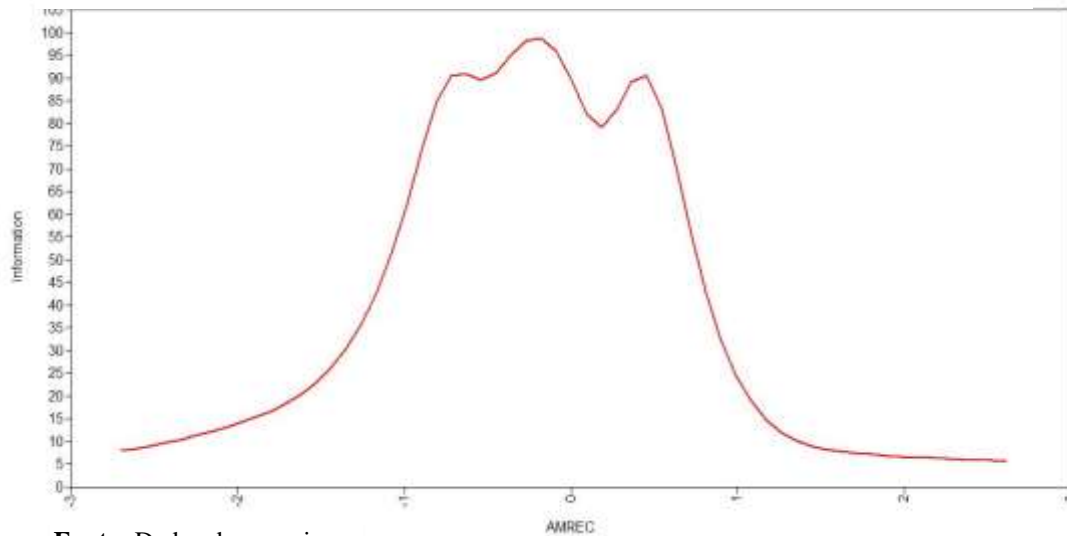
Figura 2 - Representação teórica do modelo II



Fonte: Dados da pesquisa

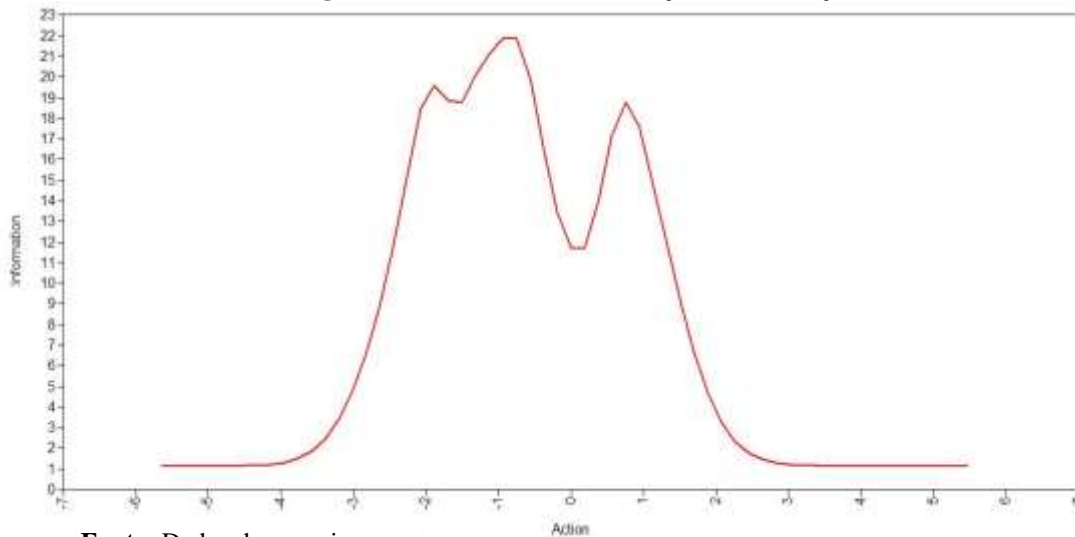
Legenda: ac = Fator Ação; AMREC = Fator Ambivalência + AÇÃO

Figura 3 – Curva total de informação do fator AMREC



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 4 – Curva total de informação do fator AÇÃO



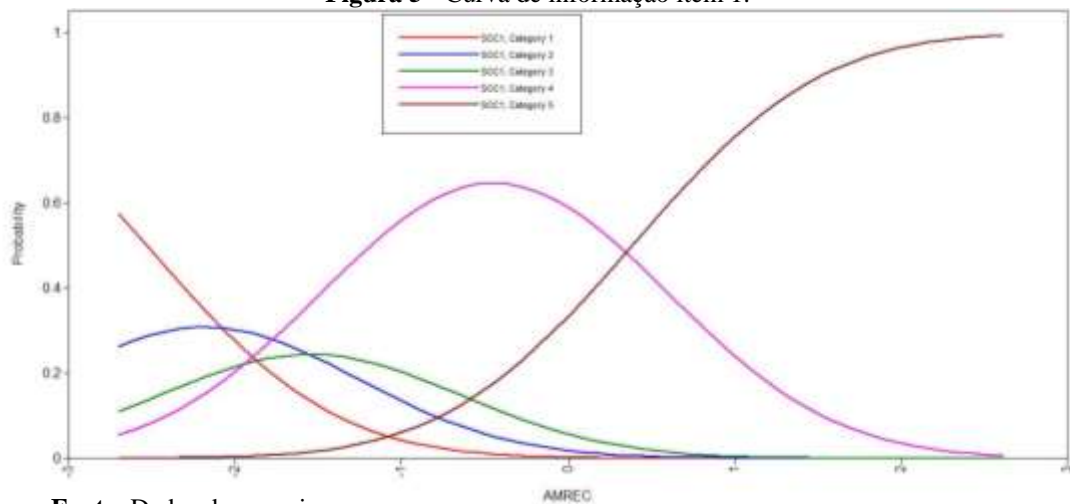
Fonte: Dados da pesquisa

Características das curvas de informação (ICC)

Cada indivíduo examinado, ao responder a cada item da SOCRATES-OO, tem alguma quantidade de habilidade subjacente avaliada pela escala, por exemplo, AMREC. Cada examinado tem um valor número, um score, que o coloca em algum lugar da escala desse domínio AMREC. Por conveniência, vamos considerar este valor em uma unidade de *z score*; em cada nível de AMREC existe uma probabilidade que o examinado, com uma determinada habilidade, responda a uma das cinco categorias de respostas disponíveis nos itens da SOCRATES-OO. No caso de AMREC, quanto menor a habilidade de AMREC,

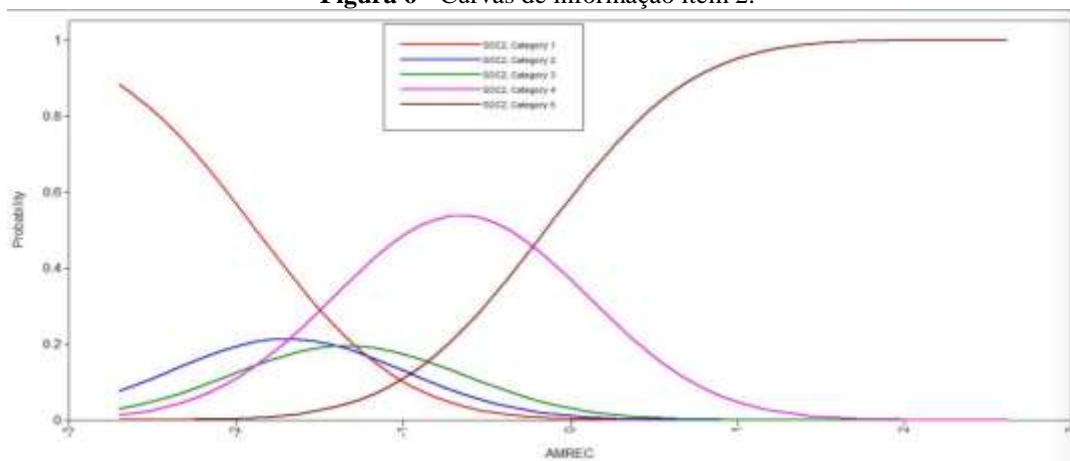
maior a probabilidade de endossar as primeiras categorias de respostas (“Discordo muito”, “discordo”); quanto maior a probabilidade de AMREC maior a probabilidade de responder as outras categorias (“Concordo”, “Concordo muito”). Os pontos onde as categorias subjacentes cruzam entre si representam as transições de uma categoria para outra. Assim, respondentes com baixo nível de AMREC, por exemplo, no item 1, aproximadamente com AMREC -2.1, são mais propensos a responder a categoria de resposta “Discordo muito”; respondentes localizados entre -2.1 (Figura 16) e -1.82 (Figura 17) são mais passíveis de responder a segunda categoria de resposta “Discordo” e assim por diante. As curvas de informação dos itens da SOCRATES-SO estão disponíveis no APÊNDICE C.

Figura 5 - Curva de informação item 1.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 6 - Curvas de informação item 2.

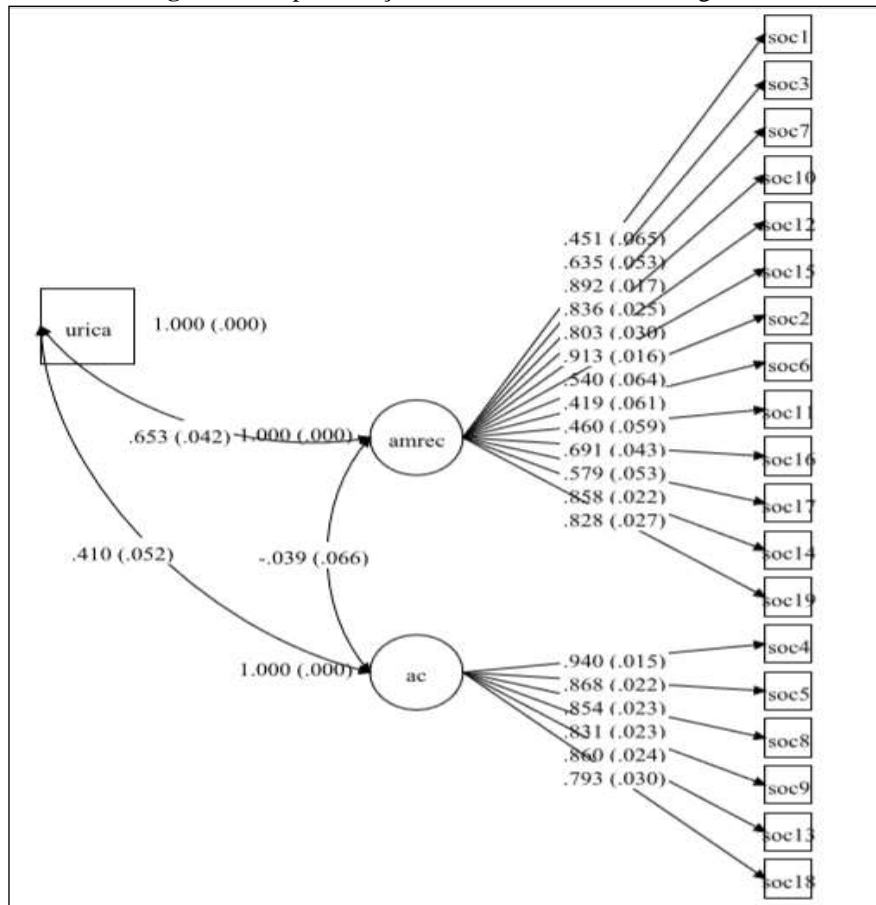


Fonte: Dados da pesquisa

Validade convergente com a URICA (evidências baseadas em outras variáveis)

A Figura 18 apresentou a validade convergente dos dois domínios da SOCRATES-OO com a escala URICA. A escala URICA mostrou ser moderada e positivamente correlacionada, avaliada pela correlação de Pearson, com AMREC ($r = 0.643$, p -valor $< 0,001$) e com AÇÃO ($r = 0.410$, p -valor $< 0,001$). Foi realizado um teste formal para avaliar se a antiga correlação é maior do que a segunda de 0,410. O *Wald* teste retornou que, embora ambos os domínios estejam correlacionados com a URICA em uma magnitude moderada, o instrumento é mais correlacionado com o domínio AMREC do que o AÇÃO (Wald Test (1) = 14.375, p -valor $< 0,001$).

Figura 7 - Representação do modelo teórico convergente



Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: Modelo II = Modelo teórico com dois fatores correlacionados;

AMREC = Ambivalência + Reconhecimento; ac = Ação.

5.2.4 DISCUSSÃO

O presente estudo apontou que 72,49% dos respondentes realizaram, de maneira isolada, tratamento médico e/ou nutricional, em algum momento da vida, e 55,03% já utilizaram medicação e apenas 9,52% fizeram psicoterapia, com enfoque na perda de peso. Isto sugere que, apesar de tratamentos anteriores, a perda de peso continua a ser um desafio para a maioria das pessoas. Segundo as diretrizes brasileiras de obesidade, o tratamento dessa população é complexo e multidisciplinar. As pesquisas^{23,24,82} apontam que a equipe multidisciplinar é um modificador positivo no tratamento.

A maioria dos estudos realizados^{11,36,43,67,70,71,88} avaliou soluções teóricas com base nos modelos propostos por Miller e Tonigan⁶⁴ e Maisto et. e colaboradores³⁸. A preponderância dos resultados apontou um melhor ajuste ao modelo teórico de dois fatores correlacionados. Os achados encontrados na SOCRATES-OO foram semelhantes aos demais estudos, sugerindo um ajuste mais parcimonioso ao modelo II (dois fatores correlacionados). A avaliação do ajuste total demonstrou que os fatores ambivalência e reconhecimento apresentaram correlação de 0,926 (p-valor <0,001), evidenciando que possuem validade convergente, isto é, mensuram os mesmos fenômenos, de acordo com os resultados apontados por Figlie e colaboradores³⁹. Em contrapartida, os estudos realizados por Zullino e colaboradores⁴³ investigaram apenas a solução teórica de três fatores correlacionados. Todavia, o estudo destacou que o fator ambivalência apresentou baixa confiabilidade e sugeriu que possa ser um problema inerente à mensuração do fator. Adicionalmente, o índice de confiabilidade da SOCRATES-OO para AMREC e AÇÃO foram 0,924 e 0,943, indicando um resultado moderadamente superior aos demais estudos^{36,42,67,69-71}. Os estudos encontrados sobre consistência interna da SOCRATES utilizaram uma medida consistente denominada *Alpha de Cronbach*. No entanto, existem pressupostos que precisam ser considerados nessa escolha. O primeiro deles diz que a escala precisa aderir à equivalência *tau*, ou seja, todos os itens ligados ao mesmo domínio deveriam apresentar a mesma carga fatorial. O segundo se baseia na ideia de unidimensionalidade (congenérico)⁸³. Entretanto, a SOCRATES não preenche os critérios para tal índice. Por esta razão, o índice utilizado para mensurar a consistência interna do instrumento foi o Omega total⁸⁹. Possivelmente, o resultado superior é reflexo da escolha do índice *Omega total*.

No modelo II, todas as cargas fatoriais foram superiores ao ponto de corte 0.4, geralmente apresentado na literatura, evidenciando uma carga fatorial significativa do ponto

de vista de magnitude. Desta maneira, nenhum dos 19 itens foi removido do questionário. No entanto, no estudo de Figlie e colaboradores³⁹, três itens foram excluídos por apresentarem baixa carga fatorial. Ao recorrermos à alteração da estrutura de algumas perguntas de múltipla escolha, isto pode ter impactado de alguma maneira na representação das cargas fatoriais.

Ainda no quesito avaliação do modelo II, a curva total de informação do fator AMREC demonstrou maior precisão na mensuração para indivíduos que apresentam um escore médio, ou seja, o instrumento é adequado para medir AMREC na média. Para os indivíduos que apresentam escore alto ou baixo, o teste aponta pouca precisão (informação). Adicionalmente, a categoria “indeciso” do fator AMREC apresentou baixa probabilidade de acontecer. Possivelmente, isto ocorra pelo fato de mensurar o quão indeciso o sujeito está naquele momento. Considerando que a ambivalência pode ser compreendida como o conflito entre as dimensões racional e emocional⁶⁶, é coerente aceitar que, mesmo havendo uma probabilidade de esta categoria ser escolhida, há sempre uma outra que prepondera sobre a “indeciso”. Dessa maneira, cabe avaliar o quanto é produtivo manter essa categoria de resposta no domínio AMREC.

O fator AÇÃO apresentou dois picos de informação, abaixo de -1 e outro em +1 na curva de informação (Figura 15), sugerindo maior precisão do teste para indivíduos com escore um pouco abaixo da média neste fator. No entanto, essa informação tem pouco impacto, dado que a SOCRATES-OO é apenas um dos instrumentos que integram o processo de avaliação psicológica⁴⁵. Os estudos sobre a SOCRATES não apresentaram resultados, contemplando a curva de informação dos itens. Contudo, não é um cálculo obrigatório dentro da avaliação psicométrica. A ICC é apenas uma das possibilidades de medidas dentro AFC.

A proposta de adaptar um instrumento para avaliar as dimensões da motivação pode ser a chave para compreender o impacto dos estágios motivacionais e refinar protocolos existentes incluindo esta medida.

6 CONCLUSÃO

Existem poucos artigos na literatura que se concentram exclusivamente na descrição da análise de juízes, no entanto, sabe-se que essa é a etapa inicial do processo de validação de qualquer teste psicológico^{47,52}. O propósito do primeiro artigo foi adaptar a escala SOCRATES a partir da validação da versão em português do instrumento. A versão da escala para dependentes do álcool seguiu o procedimento sugerido na literatura: tradução direta, tradução reversa, grupo de respondentes para avaliar cada versão do instrumento, análise de juízes e versão final³⁹. A partir da versão apresentada por Neliana e colaboradores³⁹, o processo de adaptação foi conduzido e os resultados dos procedimentos envolvidos nesta fase da pesquisa demonstrou equivalência conceitual entre os juízes. Além disso, uma investigação do conteúdo realizada pelos especialistas apontou relevância, uma vez que as sugestões sobre a estrutura das sentenças favoreceu a compreensão dos respondentes. De modo geral, a apresentação da escala ao grupo piloto proporcionou reflexões sobre apresentação do instrumento à população, adequação dos itens e instruções. No entanto, esta investigação deve ser considerada preliminar, visto que não foi realizado o processo de tradução direta/tradução reversa e o grupo piloto apresentou apenas um n = 17 respondentes. (Artigo 1)

O propósito do segundo artigo foi apresentar os resultados da avaliação psicométrica da SOCRATES-OO. As evidências de validação se apresentaram satisfatórias. A dimensionalidade da escala com dois fatores correlacionados apresentou um melhor ajuste, comparado ao modelo de três fatores correlacionados. No entanto, sabe-se que existem diferentes concepções teóricas em que os itens de um instrumento podem ser agrupados. Desta maneira, cabem pesquisas futuras sobre as diferentes concepções teóricas às quais a escala pode ser submetida, por exemplo, modelo unidimensional, bifatorial 2 fatores e bifatorial 3 fatores. (Artigo 2)

Algumas limitações neste estudo devem ser consideradas. A adaptação não seguiu o processo de tradução direta/reversa e o procedimento Bola de Neve pode ser um viés no estudo. Compreende-se, portanto, a necessidade da reprodução deste estudo, corrigindo tais limitações. Só assim poderemos evidenciar as implicações na avaliação da estrutura fatorial da SOCRATES-OO. Espera-se que a escala ofereça subsídios para os profissionais da área da saúde quanto à tomada de decisão, no momento do planejamento dos recursos terapêuticos. Sabe-se que cada estágio motivacional envolve dificuldades distintas, desta forma, um plano de tratamento que contemple esses obstáculos pode contribuir para o sucesso no trabalho⁹⁰.

Miller e Rollinick (2012)⁹¹ apontam que o plano de tratamento deve ser guiado pelos sinais de prontidão para mudança que o cliente compartilha. Esses sinais podem ser representados pelos fatores que a SOCRATES-OO se propõe a mensurar. Dessa maneira, um instrumento como este pode favorecer a motivação para mudança no comportamento alimentar do sobrepeso e obesidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. [citado 7 de maio de 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [Internet]. [citado 24 de agosto de 2018]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>
3. Leão JM, Lisboa LCV, Pereira M de A, Lima L de F, Lacerda KC, Elias MAR, et al. Motivational stages to behavioral change in beginners of weight loss treatment. *J Bras Psiquiatr.* 64(2):107–14.
4. Leão JM, Luquetti SCPD, Aguiar AS de, Elias MAR, Lacerda KC, Lima L de F, et al. Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. *J Bras Psiquiatr.* 201506;64(2):107–14.
5. Braver TS, Krug MK, Chiew KS, Kool W, Westbrook JA, Clement NJ, et al. Mechanisms of motivation-cognition interaction: challenges and opportunities. *Cogn Affect Behav Neurosci.* 2014;14(2):443–72.
6. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390–5.
7. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change.* Guilford Publications; 2002. 456 p.
8. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol.* o 2003;71(5):862–78.
9. Change Questionnaire.pdf [Internet]. [citado 30 de novembro de 2016]. Disponível em: <http://casaa.unm.edu/inst/Change%20Questionnaire.pdf>
10. Szupszynski KPDR, Oliveira M da S. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. e 2008;13(1):31–9.
11. Bittencourt SA, Santos PL dos, Oliveira M da S. Motivation for change: factor analysis of the URICA for eating habits. *Psico-USF.* 2012;17(3):497–505.
12. Miller WR, Scott J. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996;10(2):81–9.
13. Figlie NB, Dunn J, Laranjeira R. Factor structure of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in alcohol dependent outpatients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(2):91–9.

14. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, O'Connor M, Kelley ME. Factor structure of the SOCRATES in a sample of primary care patients. *Addict Behav.* 1999;24(6):879–92.
15. Kruglanski AW, Chernikova M, Jasko K. Aspects of motivation: reflections on Roy Baumeister's essay. *Motiv Emot.* 1º de fevereiro de 2016;40(1):11–5.
16. Lee BY, Bartsch SM, Mui Y, Haidari LA, Spiker ML, Gittelsohn J. A systems approach to obesity. *Nutr Rev.* 2017;75(Suppl 1):94–106.
17. Finger I da R, Potter JR. Entrevista motivacional no tratamento de sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. *Rev Bras Ter Cogn.* 2011;7(2):2–7.
18. ABESO - Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [Internet]. [citado 23 de setembro de 2018]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>
19. Seidell JC, Halberstadt J. The global burden of obesity and the challenges of prevention. *Ann Nutr Metab.* 2015;66 Suppl 2:7–12.
20. PropostaEscopo_PCDT_SobrepesoObesidade.pdf [Internet]. [citado 23 de setembro de 2018]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Enquete/PropostaEscopo_PCDT_SobrepesoObesidade.pdf
21. Moraes CF de, Oliveira MS de. A entrevista motivacional em grupos de obesas no tratamento da compulsão alimentar periódica. *Aletheia.* 2011;(35–36):154–67.
22. Sand A-S, Emaus N, Lian OS. Motivation and obstacles for weight management among young women - a qualitative study with a public health focus - the Tromsø study: Fit Futures. *BMC Public Health.* 2017;17(1):417.
23. Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behav Psychother.* 1983;11(2):147–172.
24. Laranjeira R, Figlie NB, Cordeiro DCE. Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias. São Paulo: Roca; 2007. 250 p. referência em duplicidade com 26.
25. Diehl A, Figlie NB. Prevenção ao uso de álcool e drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer? Porto Alegre: Artmed; 2014. 831 p.
26. Figlie, NB, Cordeiro, DC, Laranjeira, R. Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias. São Paulo: Roca; 2007. v. 30
27. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(5):843–61.
28. Cowan R, Britton PJ, Logue E, Smucker W, Milo L. The relationship among the transtheoretical model of behavioral change, psychological distress, and diet attitudes in obesity: Implications for primary care intervention. *J Clin Psychol Med Settings.* 1995;2(3):249–67.

29. Figlie NB, Guimarães LP. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. *Bol - Acad Paul Psicol.* 2014;34(87):472–89.
30. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2011;12(9):709–723.
31. Diehl A, Figlie NB. *Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas: O Que Cada um de Nós Pode e Deve Fazer?* Porto Alegre: Artmed; 2014. 831 p.
32. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change.* New York: Guilford Press; 2012. 497 p.
33. Butler SR| WRM| CC. Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2009. 214 p.
34. Cerasoli CP, Nicklin JM, Ford MT. Intrinsic motivation and extrinsic incentives jointly predict performance: a 40-year meta-analysis. *Psychol Bull.* Jul. 2014;140(4):980–1008.
35. Bittencourt SA, Santos PL dos, Oliveira M da S. Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. *Psico USF.* 2012;17(3):497–505.
36. Figlie NB, Dunn J, Laranjeira R. Factor structure of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in alcohol dependent outpatients. *Rev Bras Psiquiatr.* . 2004;26(2):91–9.
37. SOCRATESv8.pdf [Internet]. [citado 22 de setembro de 2018]. Disponível em: <https://casaa.unm.edu/inst/SOCRATESv8.pdf>
38. Maisto S, Chung T, Cornelius J, Martin C. *Psychol Addict Behav.* 2003;17(null):98.
39. Figlie NB, Dunn J, Laranjeira R. Factor structure of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in alcohol dependent outpatients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(2):91–9.
40. Burrow-Sanchez JJ. Identifying the factor structure of the SOCRATES in a sample of Latino adolescents. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav..* 2014;28(1):276–81.
41. Yeh M-Y. Measuring readiness to change and locus of control belief among male alcohol-dependent patients in Taiwan: Comparison of the different degrees of alcohol dependence. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;62(5):533–9.
42. Park JW, Park KH, Lee IJ, Kwon M, Kim DJ. Standardization study of internet addiction improvement motivation scale. *Psychiatry Investig.* 2012;9(4):373–378.
43. Zullino DF, Krenz S, Frésard E, Montagrin Y, Kolly S, Chatton A, et al. Psychometric properties of a French-language version of the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Addict Res Theory.* 2007;15(2):153–60.
44. *Classificação Estatística Internacional de Doenças.* São Paulo: EdUSP; 1996. 216 p. v. 2

45. Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Artmed Editora; 2009. 312 p.
46. Raykov T. Scale Reliability, Cronbach's Coefficient Alpha, and Violations of Essential Tau-Equivalence with Fixed Congeneric Components. *Multivar Behav Res.* 1997;32(4):329–53.
47. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. São Paulo: Artmed; 1999.
48. guideline_test_adaptation_brasilian_portuguese.pdf [Internet]. [citado 8 de outubro de 2018]. Disponível em: https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_brasilian_portuguese.pdf
49. Lucian R, Dornelas JS, Lucian R, Dornelas JS. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. *Rev Adm Contemp.* agosto de 2015;19(SPE2):157–77.
50. Clements A, Darroch PI, Green J. Snowball Metrics – Providing a Robust Methodology to Inform Research Strategy – but do they help? *Procedia Comput Sci.* 2017;106:11–8.
51. Lucian R, Dornelas JS, Lucian R, Dornelas JS. Measurement of Attitude: Proposition of a Protocol for Preparation of Scales. *Rev Adm Contemp.* 2015;19(SPE2):157–77.
52. Lobão WM, Menezes IG. Análise psicométrica da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos no cuidado de enfermagem em UTI. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013;21(1):396–403.
53. Lázaro CP. Construção de escala para avaliar o comportamento alimentar de indivíduos com transtorno do espectro do autismo (TEA). 2016 [citado 23 de setembro de 2018]; Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/430>
54. Thabane L, Ma J, Chu R, Cheng J, Ismaila A, Rios LP, et al. A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Med Res Methodol.* 2010;10(1):1.
55. OPAS/OMS | Brasil | Nova publicação sobre uso racional de medicamentos aborda manejo não medicamentoso em casos de obesidade. Brasília; 2016; 1(7).
56. Seidell JC, Halberstadt J. The global burden of obesity and the challenges of prevention. *Ann Nutr Metab.* 2015;66 Suppl 2:7–12.
57. A. McConaughy E, Prochaska J, Velicer W. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375. *Psychother Theory Res Pract.* 1983;20:368–75.
58. Sutton K, Logue E, Jarjoura D, Baughman K, Smucker W, Capers C. Assessing dietary and exercise stage of change to optimize weight loss interventions. *Obes Res.* 2003;11(5):641–52.
59. Naughton P, McCarthy SN, McCarthy MB. The creation of a healthy eating motivation score and its association with food choice and physical activity in a cross sectional sample of Irish adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 6 de junho de 2015 [citado 24 de agosto de 2018];12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4475298/>

60. Tozzi Reppold C, Gonçalves Gurgel L, Hutz CS. O processo de construção de escalas psicométricas. *Aval Psicológica* [Internet]. 2014 [citado 24 de agosto de 2018];13(2). Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=335031819018>
61. Hassan ZA, Schattner P, Mazza D. Doing A Pilot Study: Why Is It Essential? *Malays Fam Physician Off J Acad Fam Physicians Malays*. Aug.2006;1(2-3):70-3.
62. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):215-20.
63. Lázaro CP. Construção de escala para avaliar o comportamento alimentar de indivíduos com transtorno do espectro do autismo (TEA). 2016 [citado 24 de agosto de 2018]; Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/430>
64. Miller W, Tonigan J. *Psychol Addict Behav*. 1996;10(null):81.
65. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. May 2006;22(6):1300-11.
66. Oliveira IR de. *Terapia Cognitiva Processual: Manual para Clínicos*. Porto Alegre: Artmed; 2015. 185 p.
67. Figlie NB, Dunn J, Laranjeira R. Motivation for change in alcohol dependent outpatients from Brazil. *Addict Behav*. 2005;30(1):159-65.
68. Park JW, Chai S, Lee JY, Joe K-H, Jung JE, Kim DJ. Validation Study of Kim's Smoking Cessation Motivation Scale and Its Predictive Implications for Smoking Cessation. *Psychiatry Investig*. 2009;6(4):272-7.
69. Park JW, Park KH, Joe KH, Choi SH, Lee IJ, Hwang JH, et al. Standardization Study of the Korean Version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale for Smoking Cessation (K-SOCRATES-S) and Its Predictive Validity. *Psychiatry Investig*. Sep. 2012;9(3):223-8.
70. Bertholet N, Dukes K, Horton NJ, Palfai TP, Pedley A, Saitz R. Factor structure of the SOCRATES questionnaire in hospitalized medical patients. *Addict Behav*. 2009;34(6-7):568-72.
71. Chun Y-M, Cho S-M, Shin S-M. Factor structure of a Korean-language version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) in a clinical sample of clients with alcohol dependence. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. 2010;24(4):555-62.
72. A. McConaughy E, Prochaska J, Velicer W. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 368-375. *Psychother Theory Res Pract*. 1983;20:368-75.
73. Junne F, Ziser K, Mander J, Martus P, Denzer C, Reinehr T, et al. Development and psychometric validation of the "Parent Perspective University of Rhode Island Change Assessment-Short" (PURICA-S) Questionnaire for the application in parents of children with overweight and obesity. *BMJ Open*. 2016;6(11):e012711.

74. K. Greenstein D, E. Franklin M, McGuffin P. Measuring motivation to change: An examination of the University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) in an adolescent sample. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1 1999;36:47–55.
75. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):215–20.
76. Coe WH, Redmond L, Parisi JM, Bowie JV, Liu EY, Ng TY, et al. Motivators, Barriers, and Facilitators to Weight Loss and Behavior Change Among African American Adults in Baltimore City: A Qualitative Analysis. *J Natl Med Assoc.* 2017;109(2):79–85.
77. Hu L, M Bentler P. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. 1999; 6;1 1 p.
78. Muthen L, Muthen B. *Mplus Version 7 User's Guide: Version 7.* Muthen & Muthen; 2012. 850 p.
79. McDonald RP. The Theoretical Foundations of Principal Factor Analysis, Canonical Factor Analysis, and Alpha Factor Analysis. *Br J Math Stat Psychol.* 1 1970;23(1):1–21.
80. McDonald RP. *Test Theory: A Unified Treatment.* Psychology Press; 2013. 498 p.
81. Bentler PM. 1 - Covariance Structure Models for Maximal Reliability of Unit-Weighted Composites. In: Lee S-Y, organizador. *Handbook of Latent Variable and Related Models [Internet].* Amsterdam: North-Holland; 2007 [citado 2 de outubro de 2018]. p. 1–19. (Handbook of Computing and Statistics with Applications). Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444520449500045>
82. Geldhof GJ, Preacher KJ, Zyphur MJ. Reliability estimation in a multilevel confirmatory factor analysis framework. *Psychol Methods.* 2014;19(1):72–91.
83. McNeish D. Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychol Methods.* 2018;23(3):412–33.
84. Raykov T. Scale Reliability, Cronbach's Coefficient Alpha, and Violations of Essential Tau-Equivalence with Fixed Congeneric Components. *Multivar Behav Res.* 1º de outubro de 1997;32(4):329–53.
85. Mangin J-PL, Mallou JV. Modelización con estructuras de covarianzas en Ciencias Sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales. *Netbiblo;* 2006. 531 p.
86. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. *Sociol Methods Res.* 1º de novembro de 1992;21(2):230–58.
87. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences.* Routledge; 2013. 900 p.
88. A. McConaughy E, Prochaska J, Velicer W. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice,* 20, 368-375. *Psychother Theory Res Pract.* 1983;20:368–75.

89. Valentini F, Gomes CMA, Muniz M, Mecca TP, Laros JA, Andrade JM de. Confiabilidade dos índices fatoriais da Wais-III adaptada para a população brasileira. *Psicol Teor E Prática*. 2015;17(2):123–39.
90. Figlie NB, Laranjeira R. Case management applied to the treatment of alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26:63–7.
91. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing*, 3rd. Ed. *Helping People Change*. New York: Guilford Press; 2012. 497 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**OBESIDADE E SOBREPESO: ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DA ESCALA ESTÁGIOS DE MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA NA PREPARAÇÃO E NO TRATAMENTO (SOCRATES)**”. O objetivo deste estudo é investigar a motivação para mudança no comportamento alimentar no sobrepeso e na obesidade em indivíduos adultos. A participação é voluntária, isto é, de sua livre espontânea vontade fazer parte deste estudo. Contudo, mesmo que o (a) sr.(a) tenha concordado em participar, saiba que, em qualquer momento você pode mudar de ideia e desistir. Todas as informações colhidas e os resultados dos testes serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados.

Motivação para mudança: A avaliação da motivação será realizada com a utilização de três escalas denominadas URICA e SOCRATES. O motivo que nos leva a conduzir um estudo sobre este tema, é a possibilidade de maior compreensão do processo de motivação para mudança nesta população, o que pode gerar benefícios diretos para a qualidade do tratamento oferecido aos pacientes. Existem vários tratamentos voltados para sobrepeso e obesidade, mas há poucos instrumentos validados que auxiliem nos possíveis obstáculos da manutenção do comportamento alimentar saudável. Quando o paciente tem mais informações sobre a sua dificuldade, isto aumenta a chance de manter os benefícios do tratamento. Assim, tende a não abandonar a fase de manutenção que muitas vezes é negligenciada por falta de conhecimento e estratégias personalizadas.

Como será: O (a) Sr.(a) receberá um convite por e-mail, *Facebook*, *Instagram* ou *Linkedin*. As condições para participar do estudo é ter idade superior a 18 anos, ter sobrepeso ou ser portador de obesidade. Todas as pessoas que atendem a estes critérios poderão participar da pesquisa, respondendo a uma entrevista estruturada sobre idade, escolaridade, peso e outras perguntas, como por exemplo, se faz uso de alguma medicação ou não. O próximo passo é o preenchimento de uma escala com perguntas sobre o hábito alimentar (URICA), que poderá ser respondida apenas com um click do mouse e por fim, a escala objeto deste estudo (SOCRATES) para investigar os estágios de motivação para mudança e preparação no tratamento do sobrepeso e na obesidade. Esta escala é semelhante à anterior e as perguntas também poderão ser respondidas apenas com um click do mouse. A coleta acontecerá uma única vez, a partir do início do mês de fevereiro de 2018 e permanecerá aberta até o final de abril de 2018. O tempo médio de resposta é de 20 a 30 minutos. Todos os instrumentos serão aplicados

através de uma plataforma online “*SurveyMonkey*”. Após o preenchimento da escala online o (a) sr.(a) poderá receberá consultar uma lista com dicas e indicações de livro ou filme que pode orientar no manejo dos estágios. Assim que a pesquisadora estiver com os questionários respondidos pelos participantes, as respostas serão analisadas com objetivo de verificar se a escala é adequada para identificar os estágios de motivação para mudança.

Riscos e desconforto: Há o risco envolvido de o (a) Sr.(a) se sentir cansado e fadigado ao preencher os questionários (SOCRATES e URICA) e a entrevista estruturada. Caso isto ocorra, você pode pausar ou propor que o restante do preenchimento seja realizado em outro momento, sem perder os dados já fornecidos. É importante lembrar que em qualquer momento o (a) Sr.(a) pode mudar de ideia e desistir de participar da pesquisa. Em toda pesquisa existe o risco remoto das informações serem vazadas como, por exemplo, o provedor/servidor ser invadido por um hacker. Porém, a pesquisadora garante que fará tudo o que estiver ao alcance para diminuir estes riscos e manter os dados em segurança.

Benefícios: O benefício do estudo é aumentar a conscientização sobre os estágios de motivação para mudança e chegar a novas descobertas sobre dificuldades que as pessoas enfrentam para manter um comportamento alimentar saudável. A Organização Mundial da saúde ressaltou em 2015, que a causa do sobrepeso e obesidade se dá pelo desequilíbrio entre o consumo de calorias e o gasto calórico. Sabe-se que além de fatores genéticos, as condições do ambiente tem um papel importante na manutenção do sobrepeso e da obesidade. Os hábitos alimentares incorretos e a falta de atividade física são destaque como elementos que podem contribuir para o sobrepeso e obesidade. Hoje existem vários programas para perda de peso e informações gerais sobre estratégias para manutenção dos benefícios, mas não há um instrumento validado de fácil e rápido preenchimento para identificar de forma individualizada os estágios de motivação para mudança na preparação e tratamento, em outras palavras, as dificuldades que impedem de manter ganhos adquiridos no tratamento. Considerando estas informações, no âmbito coletivo a pesquisa poderá contribuir para os profissionais traçarem um plano de tratamento mais efetivo em instituições e clínicas. Ao participar desta pesquisa o (a) sr.(a) estará ajudando no desenvolvimento de uma ferramenta no tratamento do sobrepeso e obesidade. Além disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização e assistência psicológica integral gratuita, de acordo com a legislação brasileira vigente, itens II.3.1 e II.3.2 da Resolução CNS 466 de 2012, desde que comunique o fato à pesquisadora. Quaisquer novas informações que possam afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participação no estudo serão fornecidas a você.

Ressarcimento: Para participar deste estudo o (a) sr.(a) não receberá nenhuma compensação financeira e também não terá nenhuma despesa adicional.

Indenização: Caso o (a) sr. (a) venha sofrer qualquer tipo de dano comprovadamente resultante de sua participação na pesquisa, terá o direito a indenização. O (a) sr. (a) terá esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar da pesquisa. A participação é

voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora.

Pesquisadora responsável: Renata Vieira

Alameda Santos, 211, conjunto 1206, Cerqueira Cesar – São Paulo/SP

Telefone: (011) 2539-6168

E-mail: escalasocrates@gmail.com

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia (CEP/ICS/UFBA). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um Colegiado independente, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisa científicas, seguindo padrões éticos da legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O Comitê de Ética: Avenida Reitor Miguel Calmon s/n, 40 andar, Vale do Canela – Salvador – Bahia.

Os horários de funcionamento: Segunda das 13h30 às 19h30 e de terça à sexta das 07h00 às 13h00. O (a) sr.(a) pode entrar em contato também por meio do telefone (071) 3283-8951 ou email: cepics@ufba.br.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição após o trabalho ser finalizado. Estima-se que a partir de novembro de 2018 os resultados estejam disponíveis para serem divulgados aos participantes. Caso o (a) Sr.(a) tenha interesse em tomar conhecimento, basta solicitar à pesquisadora pelos meios de comunicação divulgados acima. Todas as informações colhidas e os resultados dos testes serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, pois serão codificados e o banco de dados será protegido por senha. Garantindo assim, a confidencialidade e anonimato dos dados, tais como nome e-mail. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Este termo de consentimento deverá ser impresso pelo (a) Sr.(a), através do botão “imprimir”, localizado ao final desse termo, que ficará habilitado após sua concordância em participar da pesquisa. Outra via virtual será arquivada pelo pesquisador responsável, juntamente com todos os dados e resultados da pesquisa, em seu computador pessoal, protegido por senha, bem como em um pen drive, guardado como backup, em cofre pessoal, também devidamente protegido. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa, **“OBESIDADE E SOBREPESO:**

ADAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DA ESCALA ESTÁGIOS DE MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA NA PREPARAÇÃO E NO TRATAMENTO (SOCRATES)” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, ____ de _____ de 2018.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DE JUÍZES



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PROCESSOS INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E
SISTEMAS



Protocolo para Análise de Juízes

Identificação:

Projeto de pesquisa:

Adaptação e avaliação psicométrica da escala estágios de motivação para mudança e preparação no tratamento (SOCRATES) do sobrepeso e obesidade

Qualificação:

Graduação:	Instituição:	Ano:
Especialização 1:	Instituição:	Ano:
Especialização 2:	Instituição:	Ano:
Mestrado:	Instituição:	Ano:
Doutorado:	Instituição:	Ano:
Ocupação atual:		
Experiência anterior com validação de escala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Instruções:

Você recebeu um protocolo de avaliação e o material referente aos itens de uma escala de motivação para mudança denominada: *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* do sobrepeso e obesidade. O instrumento original desenvolvido por Miller e Tonigan (1996), representado por questões relacionadas a álcool e outras drogas, foi validado para o idioma português por Figlie e Laranjeira (2004). O presente projeto visa adaptar o instrumento para investigar o grau de prontidão/motivação para mudança do comportamento na obesidade. Neste protocolo, você será solicitado (a) a opinar sobre qual domínio específico (*Ambivalência, Reconhecimento e Ação*) o item está mensurando. Além disto, há duas questões a serem respondidas para cada item acerca da clareza e redação. Observações serão bem-vindas.

Agradecemos a sua participação, enfatizando a sua importância para que o objetivo deste estudo seja alcançado.

Conceitos Importantes:

De modo a promover uma consistência entre os julgamentos, segue as definições para cada construto abordado no instrumento.

1. Ambivalência

O conceito ambivalência refere-se às motivações conflitantes no processo de mudança. Pode ser entendida também como indecisão, usualmente presente no conflito interno entre razão e emoção. O indivíduo pensa inicialmente em uma razão para mudar (aproxima da mudança desejada) e depois pensa em uma razão para não mudar (afasta da mudança desejada).

2. Reconhecimento

Consiste na capacidade de reconhecer o problema, mas não estar pronto para mudar. Quando há um alto nível de reconhecimento percebem que tem um problema com o peso e tendem a expressar o desejo de mudança. Se o reconhecimento é baixo normalmente negam o problema e não expressam o desejo de mudança.

3. Ação

As tentativas são colocadas em prática, visando o plano de ação e envolvendo tentativas concretas de modificar os comportamentos. À prontidão para a mudança e o compromisso ficam evidentes. Indica ações em direção à mudança, mesmo que sejam pequenos passos. A mudança está acontecendo e eles podem querer ajuda para persistir o sucesso ou impedir o retrocesso.

Avaliação dos elementos da SOCRATES

Por favor, leia cuidadosamente às frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comer. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda neste momento da sua vida. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.

Sobre a *instrução* (lida pelo sujeito ou dada verbalmente pelo aplicador)

1. A instrução para a tarefa está clara? **0** = Não / **1** = Sim, com reservas / **2** = Sim
 Comentários ou sugestões: _____

Sobre os itens:

Considerando cada item da **SOCRATES**, faça um X no construto que, segundo sua opinião, o item pertence/carrega/avalia (colunas em branco). Na sequência (colunas sombreadas), avalie cada item segundo os critérios apresentados, marcando com um X na coluna correspondente à sua nota, sendo: **0** = Não / **1** = Sim, com reservas / **2** = Sim

Em sua opinião, a qual fator cada uma das sentenças abaixo corresponde?

Itens	AMBIVALÊNCIA	RECONHECIMENTO	AÇÃO	A redação do item está clara?			Há a necessidade de exemplo para o item?		
				0	1	2	0	1	2
1	Eu sei que eu tenho problemas com comida.								
2	Antes você tinha problema com a comida? <input type="checkbox"/> Não - Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q15. <input type="checkbox"/> Sim - Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter problemas com a comida que eu tinha antes.								
3	Eu já mudei o meu hábito de comer e estou buscando meios para não voltar a comer como eu comia antes.								
4	Eu sou uma pessoa que tem problemas com a comida.								
5	Eu estou me esforçando muito para mudar meu hábito de comer.								
6	O meu hábito de comer está causando muitos transtornos.								

7	<p>Você fez mudanças no seu hábito de comer?</p> <p>() Não – Coloque a resposta Discordo Muito.</p> <p>() Sim – Eu quero ajuda para não voltar a comer como antes.</p>									
8	Às vezes eu acho que eu como demais.									
9	Eu tenho graves problemas com a comida.									
10	<p>Você mudou ou diminuiu seu hábito de comer?</p> <p>() Não - Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q14.</p> <p>() Sim - Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou mudar meu hábito.</p>									
11	Às vezes eu penso se sou obeso(a).									
12	Estou tentando controlar a minha maneira de comer.									
13	Eu sou obeso(a).									
14	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a minha maneira de comer.									
15	Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de comer.									
16	Às vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de comer.									
17	Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de comer. Eu já estou fazendo alguma coisa sobre isso.									
18	Se eu não mudar logo a minha maneira de comer, meus problemas vão ficar piores.									

19	As vezes eu penso se o meu comer está prejudicando as outras pessoas.										
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comentários e/ou sugestões:

Outras observações:

Após a etapa de avaliação de juízes, será possível verificar a necessidade ou não de exemplos para os itens como forma de padronizar o processo de aplicação. Deste modo, se faz necessário analisar a adequação e clareza dos exemplos em cada um dos itens, caso eles sejam inseridos na aplicação do instrumento.

APÊNDICE C - ENTREVISTA ESTRUTURADA

ENTREVISTA ESTRUTURADA: CRITÉRIOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Iniciais de identificação: _____	Data de nascimento: ___/___/___	Idade: _____
Sexo: _____	Estado Civil: _____	Grau de instrução: _____
Telefones: _____		
Cidade: _____		

Quantidade de itens

	0	1	2	3	4 ou +
Possui Televisão? Quantas?					
Possui radio em casa? Quantos?					
Possuiu aparelho DVD? Quantos?					
Possui freezer (independente ou aparte da geladeira)?					
Possui Máquina de lavar roupa? Quantas?					
Empregada Mensalista?					
Possui automóvel? Quantos?					

Trabalha Atualmente?

- () Sim
 () Não
 Qual atividade?

Renda Familiar:

- () Nenhuma Renda
 () De 1 a 3 salários mínimos
 () De 4 a 6 salários mínimos
 () De 8 a 12 salários mínimos
 () Acima de 12 salários mínimo

HISTÓRICO: PESO, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO

1. Qual o seu peso atual: _____

2. Qual a sua altura: _____

3. Qual desses fatores contribuiu para excesso de peso?

- () Mudança na maneira de comer
 () Quando engravidou
 () Quando foi estudar fora
 () Quando deixou de fazer atividade física
 () Quando começou a trabalhar fora
 () Quando parou de fumar
 () Quando casou

Outros (Especifique): _____

4. Já fez uso de medicamento para emagrecer?

Sim

Não

Qual?

5. Está gestante?

Sim

Não

6. Possui alguma doença clínica como hipotireoidismo?

Sim

Não

7. Já fez tratamento médico ou acompanhamento nutricional para diminuir o peso?

Sim

Não

8. Já fez psicoterapia de grupo com enfoque no tratamento de peso?

Sim

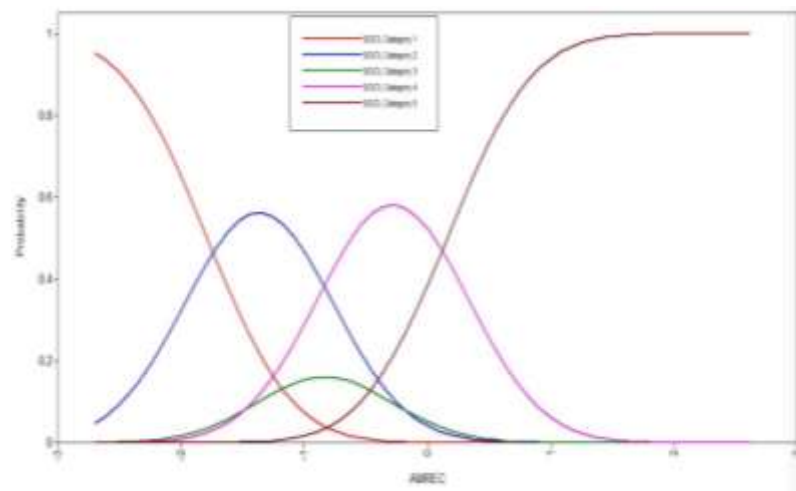
Não

9. Já fez psicoterapia individual?

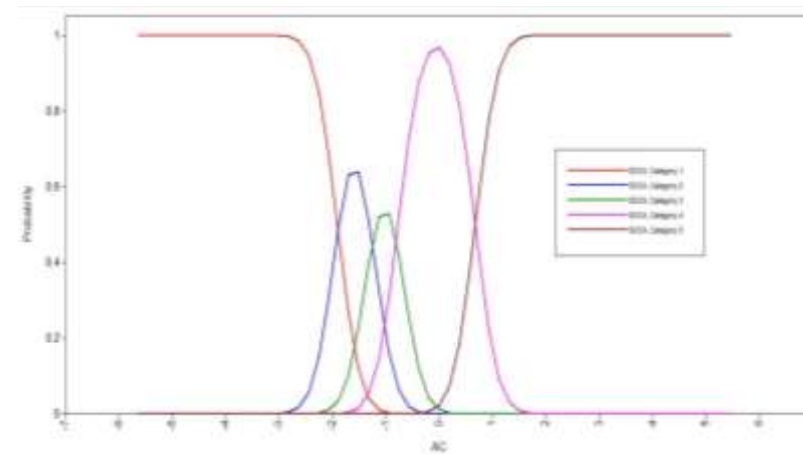
Sim

Não

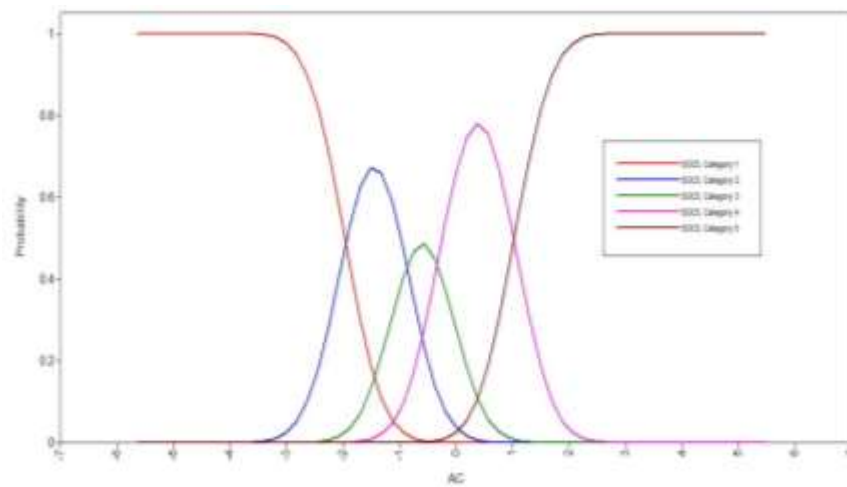
APÊNDICE D – CURVA DE INFORMAÇÃO DOS ITENS DA SOCRATES-OO



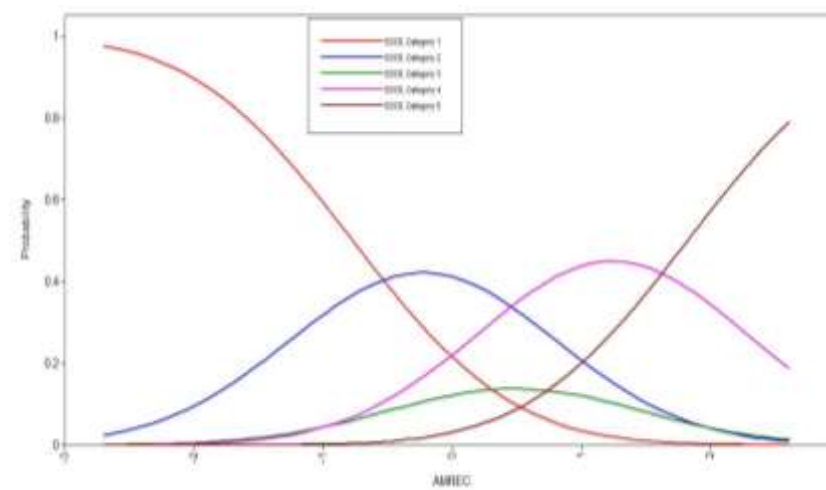
Nota: Item 3 da SOCRATES-OO



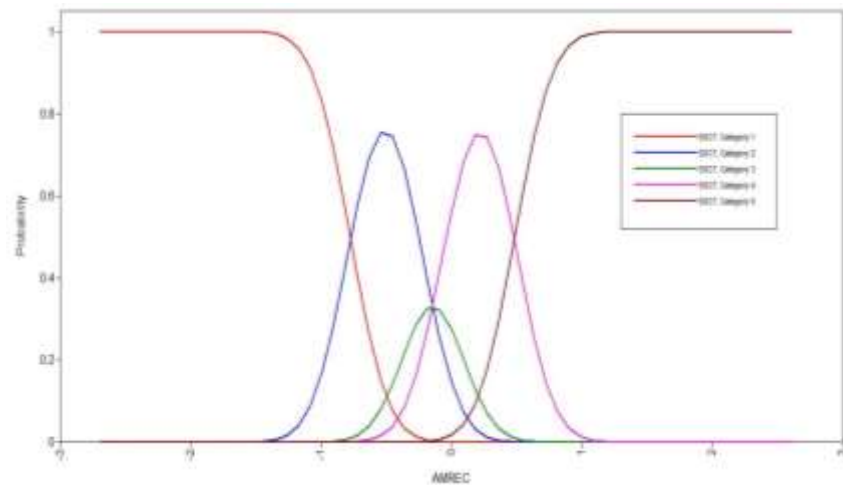
Nota: Item 4 da SOCRATES-OO



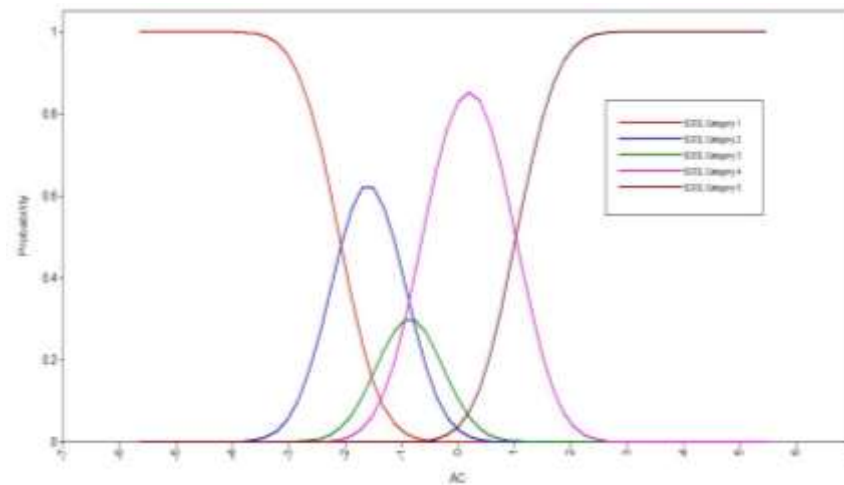
Nota: Item 5 da SOCRATES-OO



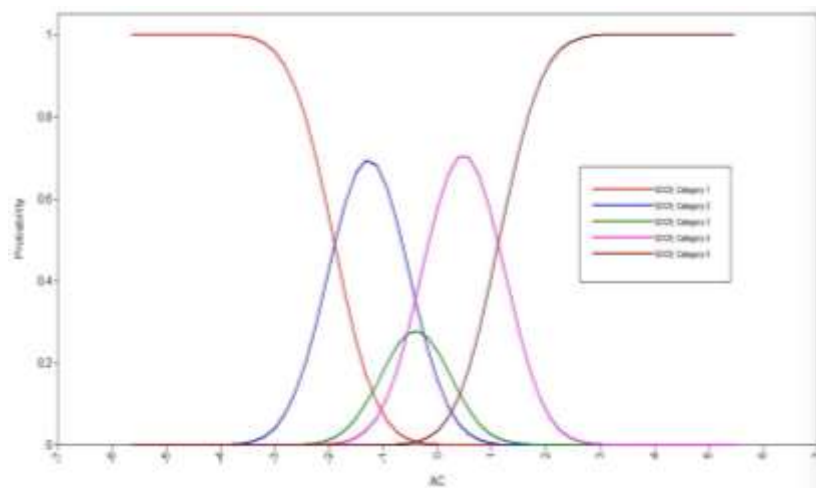
Nota: Item da 6 SOCRATES-OO



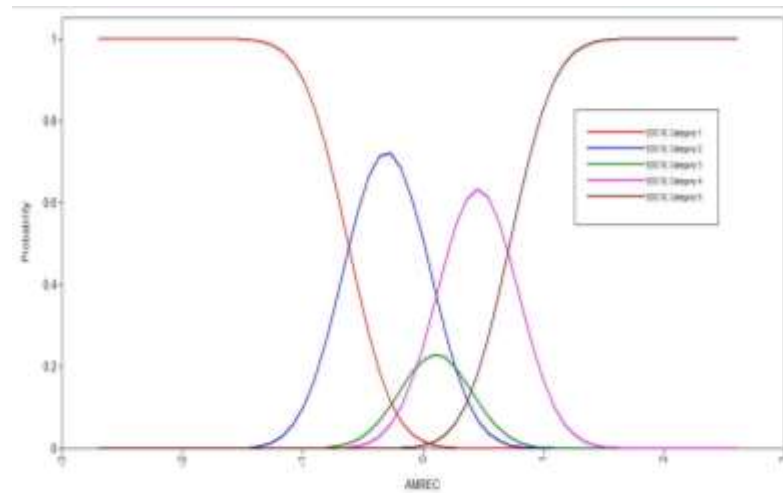
Nota: Item 7 da SOCRATES-OO



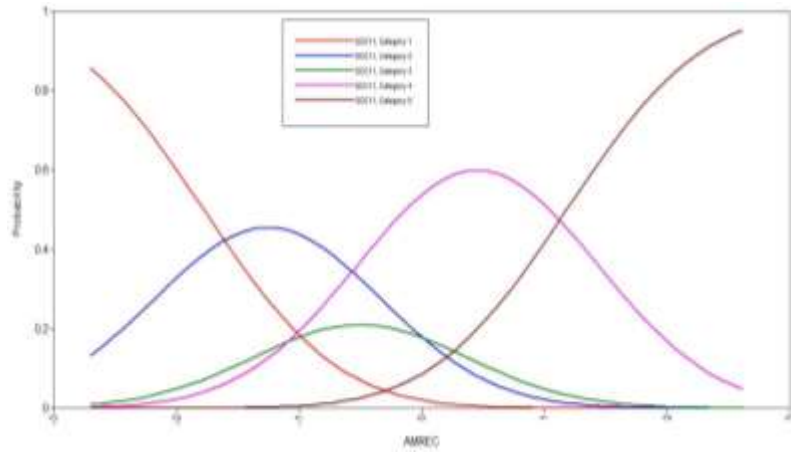
Nota: Item 8 da SOCRATES-OO



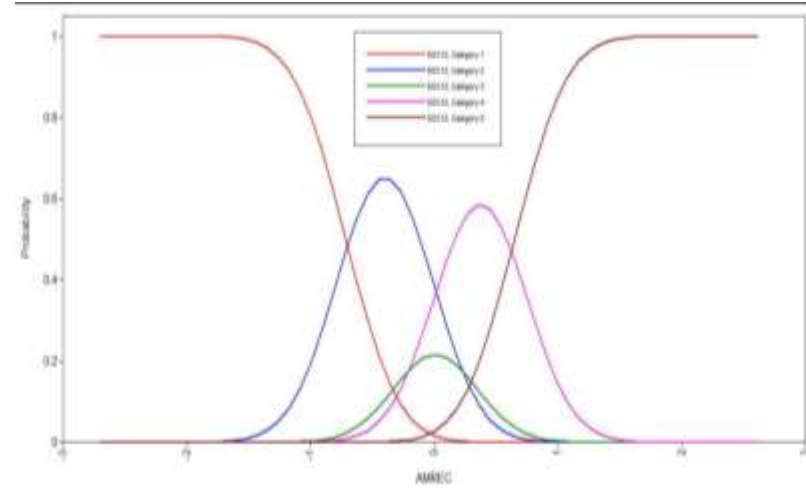
Nota: Item 9 da SOCRATES-OO



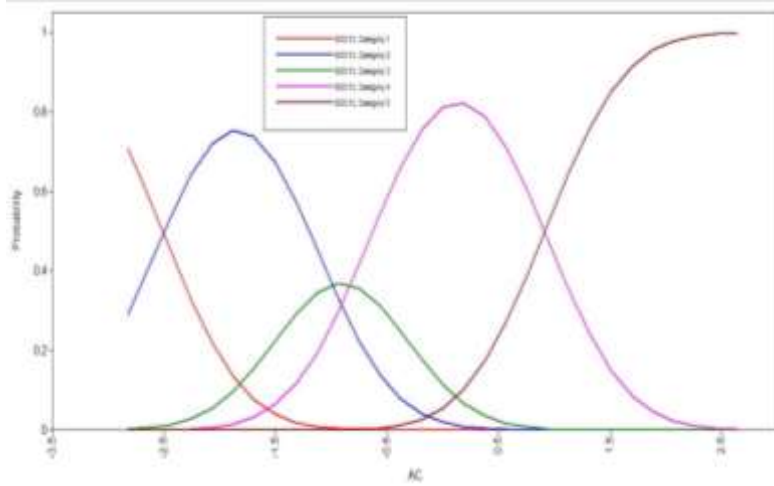
Nota: Item da 10 SOCRATES-OO



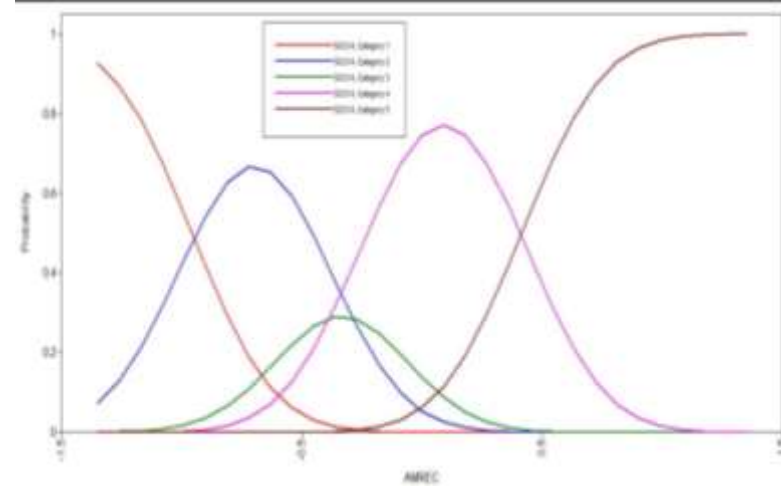
Nota: Item 11 da SOCRATES-OO



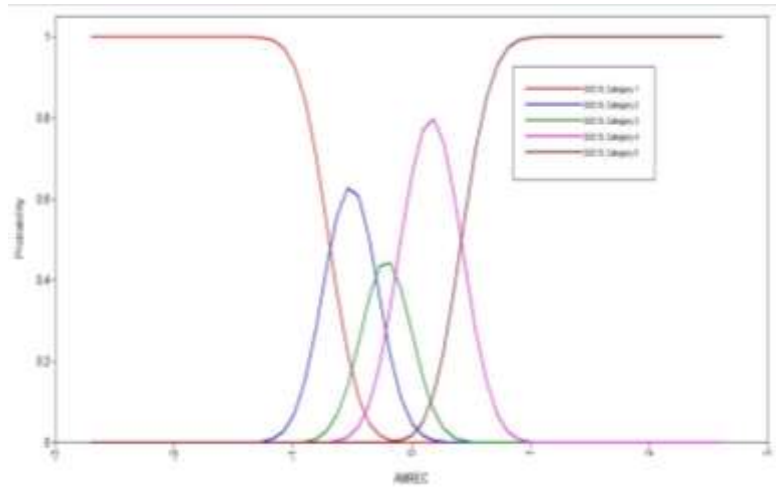
Nota: Item 12 da SOCRATES-OO



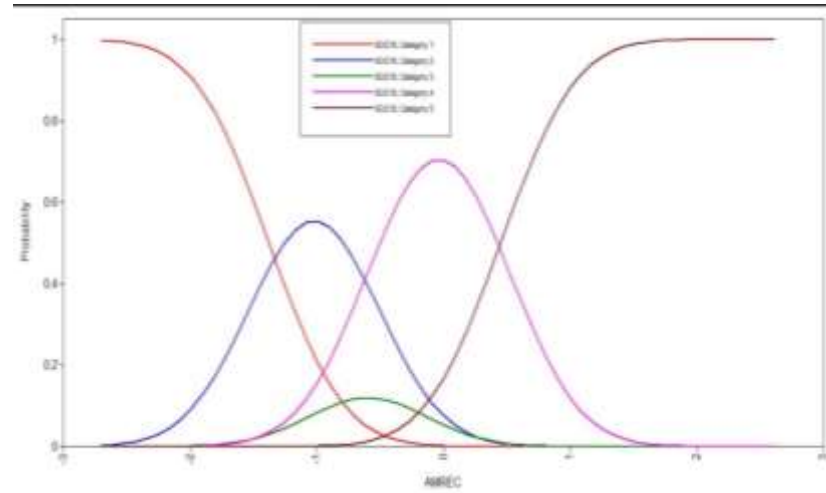
Nota: Item 13 da SOCRATES-OO



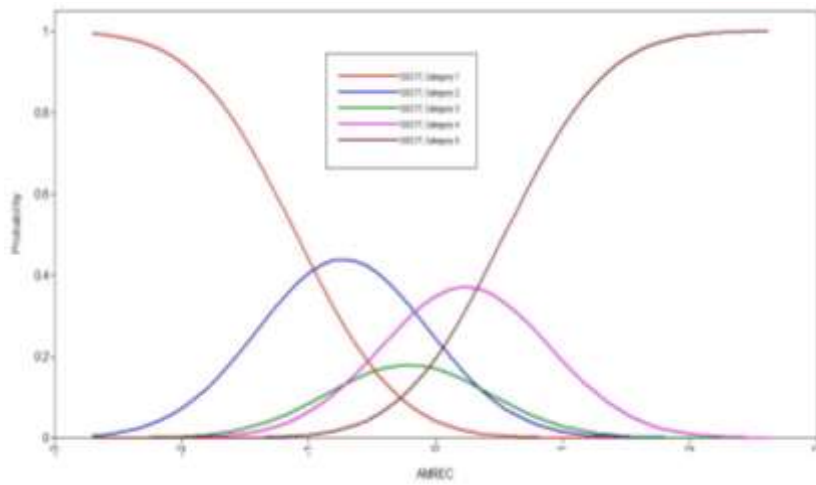
Nota: Item da 14 SOCRATES-OO



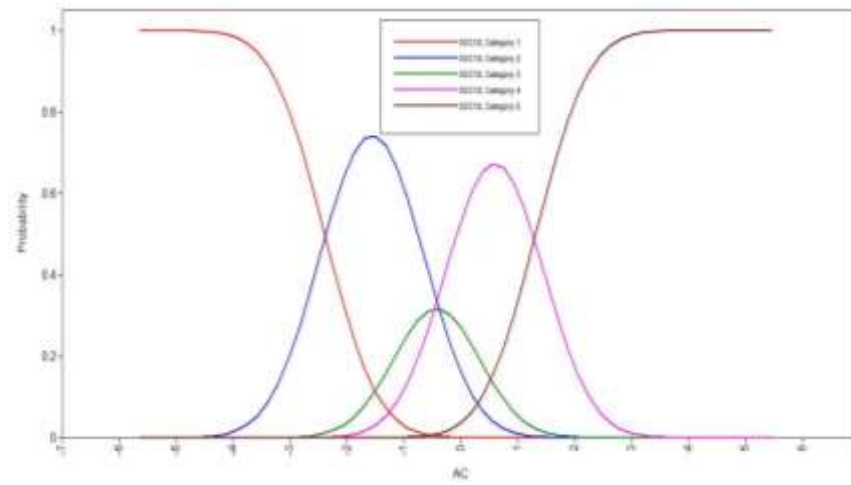
Nota: Item 15 da SOCRATES-OO



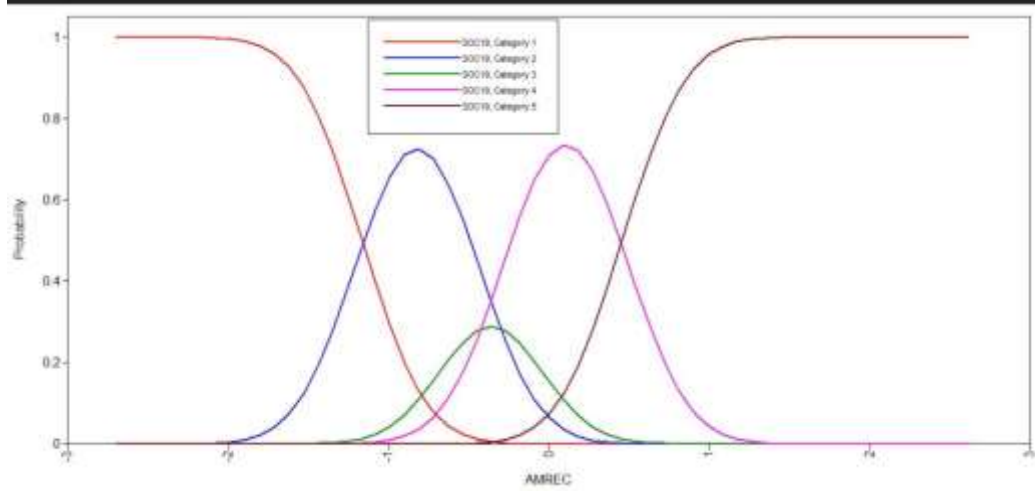
Nota: Item 16 da SOCRATES-OO



Nota: Item 17 da SOCRATES-OO



Nota: Item da 18 SOCRATES-OO



Nota: Item da 19 SOCRATES-OO

Motivação

A motivação para mudança oscila ao longo tempo - querer e não querer simultaneamente. Ela NÃO é permanente, não é inata, ou seja, pode ser fortalecida por meio de intervenções. Normalmente a motivação pode ser influenciada por situações, pessoas, pensamentos, emoções e até mesmo por intervenções e tratamentos. O reconhecimento da dificuldade é um importante estágio para um questionamento dos aspectos negativos e positivos. Pode ser um reconhecimento ambivalente, re-avaliando os passos a partir de uma percepção das vantagens e desvantagens de mudar. O próximo estágio é ação/manutenção, mesmo que representado em pequenos passos. Indica que as tentativas são colocadas em prática. As pessoas neste estágio são avaliadas como prontas para mudar. Porém, o passo mais importante para consolidar qualquer mudança é a MANUTENÇÃO. Um novo padrão de comportamento leva algum tempo para se estabelecer e por isto exige maior atenção.

Reconhecimento

- Organize o ambiente! Limitar o acesso a alimentos difíceis de resistir é importante. Abasteça a sua dispensa com alimentos saudáveis.
- Priorize o autocuidado. Sente-se para comer 100% das refeições.
- Elogie-se a cada mudança feita por você. Reconhecer os acertos faz parte do processo de mudança.
- Faça uma lista com as vantagens e desvantagens de emagrecer.
- Isto pode ajudar a identificar os principais obstáculos.



Ação - Manutenção

- Ao cometer um deslize, encare e aprenda como evita-lo no futuro.
- Mantenha suas habilidades em dia: rotina de exercícios, organização do ambiente e principalmente as estratégias para lidar com emoções negativas sem que precise comer.
- Faça uma lista das várias fontes de prazer que não envolva a comida.
- Encontre e mantenha um peso saudável. Para descobrir o seu menor peso sustentável responda a esta pergunta:
- Você conseguiria facilmente manter esta o de exercícios dessa maneira? Se sua resposta for negativa, deve mudar sua abordagem.



Livro e Documentário

Livro de tarefas pense Magro: programa de 6 semanas da dieta definitiva de Beck; tradução Leda Maria Costa Cruz. - Porto Alegre: Artmed, 2009.

O documentário "Muito além do peso" reúne uma série de entrevistas com especialistas na área, avaliando as consequências de hábitos alimentares não saudáveis. É um alerta principalmente para os pais.

Referências

- NELIANA, B. F – Apostila: Curso de Capacitação em Entrevista Motivacional, 2016.
- BECK, J – Pense Magro: A dieta definitiva de Beck. Editora Artmed, 2007

ANEXOS

ANEXO A – SOCRATES (VERSÃO EM PORTUGUÊS)

Socrates (Stages Readiness and Treatment Eagerness Scale) para sobrepeso e obesidade					
Por favor, ouça cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comer. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda, neste momento da sua vida. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.					
As alternativas de resposta são: DISCORDO MUITO - DISCORDO - INDECISO - CONCORDO - CONCORDO MUITO					
	Discordo Muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Muito
1- Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de comer	1	2	3	4	5
2- As vezes eu penso que estou acima do peso	1	2	3	4	5
3- Se eu não mudar logo a minha maneira de comer, meus problemas vão ficar piores	1	2	3	4	5
4- Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a minha maneira de comer	1	2	3	4	5
5- Estou controlando minha maneira de comer	1	2	3	4	5
6- As vezes eu penso se o meu comer esta prejudicando as outras pessoas	1	2	3	4	5
7- Eu sou uma pessoa que tem problemas com a comida	1	2	3	4	5
8- Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de comer eu estou fazendo alguma coisa sobre isso	1	2	3	4	5
9- Eu já mudei o meu hábito de comer e estou buscando meios para não voltar a comer como eu comia	1	2	3	4	5
10- Eu tenho graves problemas com a comida	1	2	3	4	5
11- As vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de comer	1	2	3	4	5
12- O meu hábito de comer está causando muitos transtornos	1	2	3	4	5
13- Você mudou ou diminuiu seu hábito de comer?					
() Não- Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q14					
() Sim- Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou mudar meu hábito	1	2	3	4	5
14- Antes você tinha problema com a comida?					
() Não- Coloque a resposta Discordo Muito e vá para Q15					
() Sim- Eu quero ajuda para evitar que eu volte ter problemas com a comida	1	2	3	4	5
15- Eu sei que eu tenho problemas com a comida	1	2	3	4	5
16- As vezes eu acho que eu como demais	1	2	3	4	5
17- Eu estou acima do peso	1	2	3	4	5
18- Eu estou me esforçando muito para mudar meu hábito de comer	1	2	3	4	5
19- Você fez mudanças no seu hábito de comer?					
() Não- Coloque a resposta Discordo Muito					
() Sim- Eu quero alguma ajuda para não voltar a comer como antes	1	2	3	4	5
Modelo adaptado da Escala Socrates - FIGUE, N					
Projeto de Mestrado UFBA- SUEDAN, R.V -2017					
Orientador Doutor Irismar Reis de Oliveira					

ANEXO B - University of Rhode Island Change Assessment Scale - Versão comer compulsivo

URICA

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento com relação ao seu hábito de comer. Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir.

INFORMAÇÕES PARA ESPECIFICAR O HÁBITO DE COMER: Comer compulsivo aqui entende-se como a ingestão por um período limitado de tempo (exemplo: 1 hora) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar de tempo. Estes episódios são recorrentes e geram o sentimento de falta de controle.

Você acha que tem problemas com relação ao seu hábito de comer? () Sim () Não

Especifique marcando um X: comer compulsivo () comer e vomitar () ou restringir em excesso a comida () ou qual sua dificuldade referente ao hábito de comer (descreva) _____

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo muito, Discordo, Indeciso, Concordo e Concordo plenamente. Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Existem CINCO possíveis respostas	Discordo muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo plenamente
1. Eu não estou com problemas com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
5. Muitas pessoas variam o hábito de comer, eu não penso que isso seja um problema só para mim.	1	2	3	4	5
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação com ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu hábito de comer, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu problema com o meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
9. Eu tenho um problema com o hábito de comer e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída de meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5

12. Eu pensei que estava livre do meu problema com meu hábito de comer, mas não estou.	1	2	3	4	5
13. Eu gostaria ter mais idéias de como solucionar o meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5
16. Talvez eu tenha problemas com o meu hábito de comer, mas não creio nisso.	1	2	3	4	5
17. Estou em dúvida sobre fazer algo a respeito do meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
18. Eu realmente estou fazendo algo com relação ao meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas sobre o meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
20. As vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
21. Estou frustrado porque pensei ter resolvido meu problema com o hábito de comer, mas não resolvi.	1	2	3	4	5
22. Eu tenho alguns problemas com o hábito de comer, mas porque perder tempo com isso?	1	2	3	4	5
23. Eu estou trabalhando ativamente no meu problema com o hábito de comer.	1	2	3	4	5
24. Eu fico preocupado em não conseguir manter minha mudança com relação ao hábito de comer.	1	2	3	4	5

Fonte: Bittencourt (2015).

ANEXO C - ESTÁGIOS DE MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA NA PREPARAÇÃO E TRATAMENTO NO SOBREPESO E OBESIDADE (SOCRATES-OO)

SOCRATES-OO

Escala: SOCRATES-SO

Estágios de motivação para mudança na preparação e tratamento no sobrepeso e obesidade					
Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada uma descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comer. Para cada questão, indique o quanto você concorda ou discorda neste momento da sua vida. Por favor, indique apenas uma alternativa de resposta para cada questão.					
As alternativas de resposta são: DISCORDO MUITO - DISCORDO - INDECISO - CONCORDO - CONCORDO MUITO	Discordo Muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Muito
1- Eu realmente gostaria de fazer mudanças na minha maneira de comer.	1	2	3	4	5
2- Às vezes eu penso que estou acima do peso.	1	2	3	4	5
3- Se eu não mudar logo a minha maneira de comer, meus problemas vão ficar piores.	1	2	3	4	5
4- Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação a minha maneira de comer.	1	2	3	4	5
5- Estou controlando minha maneira de comer.	1	2	3	4	5
6- Às vezes eu penso se o meu comer esta prejudicando as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7- Eu sou uma pessoa que tem problemas com a comida.	1	2	3	4	5
8- Eu não estou pensando apenas nas mudanças da minha maneira de comer, eu estou fazendo alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
9- Eu já mudei o minha maneira de comer e estou buscando meios para não voltar a comer como eu comia.	1	2	3	4	5
10- Eu tenho graves problemas com a comida.	1	2	3	4	5
11- Às vezes, eu penso se tenho controle sobre a minha maneira de comer.	1	2	3	4	5
12- A minha maneira de comer está causando muitos transtornos.	1	2	3	4	5
13- Atualmente estou fazendo coisas para diminuir ou mudar minha maneira de comer?	1	2	3	4	5
14- Eu quero ajuda para evitar que eu volte a ter problemas com a comida?	1	2	3	4	5
15- Eu sei que eu tenho problemas com a comida.	1	2	3	4	5
16- Às vezes eu acho que eu como demais.	1	2	3	4	5
17- Eu estou obeso (a).	1	2	3	4	5
18- Eu estou me esforçando muito para mudar meu hábito de comer.	1	2	3	4	5
19- Eu quero alguma ajuda para não voltar a comer como antes?	1	2	3	4	5

Nota: Modelo adaptado da escala SOCRATES - versão em português para dependentes de álcool. Figlie et. al, 2004.

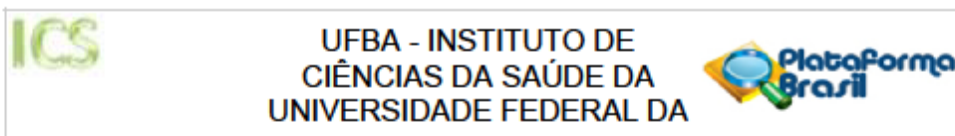
SOCRATES-SO: Estágios de motivação para mudança na preparação e tratamento no sobrepeso e obesidade. Resultado da dissertação do mestrado de Renata Vieira, orientada por Dr. Irismar Reis de Oliveira. (2018)

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES

The image displays two screenshots of an email thread. The top screenshot shows an email from Renata Oliveira to J. Scott Tongan, PT, dated 1/06/21. The email text reads: "I recently read the paper 'Project Match – STAGES OF CHANGE READINESS AND TREATMENT ENGAGEMENT SCALE (SOCRATES)' and had an interest in this questionnaire for obesity. I'm psychologist and Master's Degree student at the Federal University Bahia – Brazil and my advisor is Dr. Jomar de Oliveira Reis. We would like your permission to adapt and validate this scale for Obese Brazilian." The response from Scott Tongan, dated 1/06/21, states: "Thanks for the interest in the SOCRATES. The tool is not copyrighted, you are welcome to use it without any cost or concern about infringement. Please use the scale as you wish - if you want to change item wording to better suit the needs of your research arm please feel free to do so. Best wishes, Scott Tongan".

The bottom screenshot shows the same email thread but with a response from William R. Miller, dated 1/06/21. The response text is: "No problem - it's free to adapt and use! No permission needed." The email header in this screenshot shows the recipient as "William R. Miller" and the sender as "Renata Oliveira".

ANEXO E – TERMO DE APROVAÇÃO FIRMADO PELO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A ADAPTAÇÃO DA ESCALA STAGES OF CHANGE READINESS AND TREATMENT EAGERNESS SCALE (SOCRATES) PARA OBESIDADE.

Pesquisador: RENATA VIEIRA SUEDAN

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 80020517.2.0000.5862

Instituição Proponente: PÓS Instituto de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.850.188

Apresentação do Projeto:

Resumo: A obesidade e sobrepeso na população se tornaram um problema de saúde mundial e são fatores de risco maior para muitas doenças crônicas. O que se observa é uma adesão reduzida dos pacientes e baixa taxa de sucesso no tratamento. Uma possível explicação para este problema é a falta de motivação necessária para engajar e manter o comportamento saudável. A motivação para mudança foi estudada na Entrevista Motivacional por Miller e Rollnick, primeiro no tratamento de pacientes dependentes de álcool e hoje aplicada a outros contextos da saúde. Propõe que as pessoas passem por diferentes estágios de prontidão para mudança durante a modificação de um comportamento problema. Miller e Tonigan desenvolveram uma escala Likert de 5 pontos denominada SOCRATES, que avalia a prontidão para mudança em alcoolista, traduzida e validada no Brasil para a mesma população. O objetivo desta pesquisa visa realizar adaptação semântica da escala SOCRATES para o contexto da obesidade. A metodologia é composta por quatro etapas: 1) validade de constructo; 2) validade de conteúdo; 3) validade de critério e 4) fidedignidade. A adaptação para o contexto de obesidade representaria uma importante contribuição para o desenvolvimento de planos de tratamento e para auxiliar a tomada de decisão dos profissionais da área da saúde no acompanhamento destes casos.

Endereço: Miguel Calmon
Bairro: Vale do Canela CEP: 40.110-902
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8951 E-mail: cep.ics@outlook.com



Continuação do Parecer: 2.650.188

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Realizar a adaptação semântica da escala SOCRATES - Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale para o contexto da obesidade.

Secundário: Realizar a adaptação semântica da escala SOCRATES - Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale para o contexto da obesidade. Verificar a validade de conteúdo da escala através de análise de juízes e estudo piloto. Estabelecer as propriedades psicométricas da escala a partir do estudo da validade de construto e validade de critério. Verificar a fidedignidade da escala adaptada através do estudo da consistência interna

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O risco envolvido na participação desta pesquisa é mínimo, representado principalmente pela possível fadiga associada ao preenchimento das duas escalas (SOCRATES e URICA) e um questionário sócio demográfico. Caso isto ocorra, você pode solicitar uma pausa ao pesquisador ou propor que o restante do protocolo seja preenchido em outro momento.

Benefícios: O benefício individual deste estudo poderá ser a identificação de algumas dificuldades antes desconhecidas no tratamento da obesidade, possibilitando um atendimento mais adequado e específico. No âmbito coletivo poderá propiciar um plano de tratamento mais efetivo em instituições e clínicas. Porém, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de tais benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda da pesquisa aprovado pelo CEP ICS através do parecer substanciado nº 2.498.941 com a seguinte justificativa: Após a coleta com o grupo piloto recebemos feedbacks sobre a forma como o convite foi estruturado, sugestão do tema para português, inclusão de questões sobre classe social e a necessidade de incluir uma escala OPOSTA (mede oposto da SOCRATES, mas dentro do mesmo tema) para correlacionar validade do constructo. As alterações foram detalhadas em carta anexa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e encontram-se adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.



Continuação do Parecer: 2.650.188

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos na emenda apresentada e diante do exposto somos favoráveis a aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde (CEP ICS), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP ICS de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP a cada seis meses, e ao término do estudo. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 em substituição à Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d). O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_109803 @ E1.pdf	24/04/2018 15:30:03		Aceito
Outros	convitecomalteracaodestacada.pdf	24/04/2018 15:29:22	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Outros	cartarespostapendencia.pdf	24/04/2018 15:28:48	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Outros	emenda.pdf	23/03/2018 10:16:38	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Carreta

UF: BA

Telefone: (71)3283-8951

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

E-mail: cep.ics@outlook.com



Continuação do Parecer: 2.650.188

Outros	cartazdivulgacao.pdf	21/03/2018 15:00:23	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Outros	entrevistaestruturadacomalteracaodesta cada.pdf	21/03/2018 14:58:41	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Outros	escaladecompulsaoperiodica.pdf	21/03/2018 14:58:10	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecomalteracaodestacada.pdf	21/03/2018 14:58:39	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoalteracaodestacada.pdf	21/03/2018 14:55:32	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Outros	cartarespostaperecerpendencia.pdf	22/01/2018 15:18:31	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaconfidencialidadeequipe.pdf	18/11/2017 16:15:25	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	01/11/2017 10:13:32	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissoinvestigador.pdf	01/11/2017 10:10:27	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Outros	equipedetalhada.pdf	01/11/2017 10:09:39	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeconfidencialidade.pdf	01/11/2017 10:08:36	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Outros	avaliacaodoselementosdasocrates.pdf	31/08/2017 15:05:28	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Outros	formularioanalisedejuizes.pdf	30/08/2017 11:21:25	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito
Outros	urica.pdf	30/08/2017 11:20:54	RENATA VIEIRA SUEDAN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 11 de Maio de 2018

Assinado por:
NILDO MANOEL DA SILVA RIBEIRO
(Coordenador)

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Canela

UF: BA

Telefone: (71)3283-8981

Município: SALVADOR

CEP: 40.110-902

E-mail: cnp.ics@outlook.com