UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Flávia Lopes de Macedo Veloso

Tradução e adaptação transcultural de questionário de Escala de Motivação para Perda de Peso

Juiz de Fora

2025

Flávia Lopes de Macedo Veloso

Tradução e adaptação transcultural de questionário de Escala de Motivação para Perda de Peso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde. Área de concentração: Saúde Humana.

Orientador: Professor Doutor Fernando Antonio Basile Colugnati

Coorientador: Professora Doutora Lize Vargas Ferreira

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Veloso, Flávia Lopes de Macedo.
Tradução e adaptação transcultural de questionário de Escala de Motivação para Perda de Peso / Flávia Lopes de Macedo Veloso. -- 2025.
54 f.

Orientador: Fernando Antonio Basile Colugnati
Coorientadora: Lize Vargas Ferreira
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

1. Obesidade. 2. Motivação. 3. Adaptação transcultural. I. Colugnati, Fernando Antonio Basile , orient. II. Ferreira, Lize Vargas , coorient. III. Título.

Flávia Lopes de Macedo Veloso

Tradução e adaptação transcultural de questionário de Escala de Motivação para Perda de Peso

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde. Área de concentração: Saúde Humana.

Aprovada em 07 de maio de 2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Antonio Basile Colugnati - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Lize Vargas Ferreira - Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Danielle Guedes Andrade Ezequiel
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Natalia de Castro Pecci Maddalena
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Glauce Cordeiro Ulhôa Tostes
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 06/05/2025.

Documento assinado eletronicamente por **Fernando Antonio Basile Colugnati**, **Professor(a)**, em 07/05/2025, às 17:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Lize Vargas Ferreira**, **Professor(a)**, em 08/05/2025, às 08:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Glauce Cordeiro Ulhôa Tostes**, **Usuário Externo**, em 08/05/2025, às 16:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Danielle Guedes Andrade Ezequiel**, **Professor(a)**, em 18/05/2025, às 20:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Natália de Castro Pecci Maddalena**, **Professor(a)**, em 03/06/2025, às 14:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2377159** e o código CRC **00B859D3**.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE MEDICINA

Termo de Declaração de Autenticidade de Autoria

Declaro, sob as penas da lei e para os devidos fins, junto à Universidade Federal de Juiz de Fora, que meu Trabalho de Dissertação é original, de minha única e exclusiva autoria e não se trata de cópia integral ou parcial de textos e trabalhos de autoria de outrem, seja em formato de papel, eletrônico, digital, audiovisual ou qualquer outro meio.

Declaro ainda ter total conhecimento e compreensão do que é considerado plágio, não apenas a cópia integral do trabalho, mas também parte dele, inclusive de artigos e/ou parágrafos, sem citação do autor ou de sua fonte. Declaro por fim, ter total conhecimento e compreensão das punições decorrentes da prática de plágio, através das sanções civis previstas na lei do direito autoral[1] e criminais previstas no Código Penal[2], além das cominações administrativas e acadêmicas que poderão resultar em reprovação na Dissertação.

Juiz de Fora, 06 de abril de 2025.

gov.br Documento assinado digitalmente
FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO
Data: 05/07/2025 13:33:20-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Flávia Lopes de Macedo Veloso

[1] LEI Nº 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.

[2] Art. 184. Violar direitos de autor e os que lhe são conexos: Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano ou multa.

Dedico este trabalho aos meus pais, Milton e Aparecida, ao meu marido, Alexandre, e aos meus filhos, Artur e Marina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Fernando, pelos ensinamentos e confiança durante a minha jornada.

À minha coorientadora, Lize, pelos ensinamentos, pela disponibilidade e pela amizade de sempre, abrandando minhas angústias e comemorando cada vitória como se fosse sua.

Aos meus pais, Milton e Aparecida, que sempre me incentivaram e mostraram que meu futuro só dependia de mim mesma, por não terem medido esforços para que eu tivesse a melhor formação profissional e humana. Amo vocês!

Ao meu marido, Alexandre, por entender minha ausência nos momentos de estudo e trabalho, pelo amor incondicional, por ser o porto seguro da nossa casa e por ser o melhor marido e pai que eu poderia ter escolhido.

Ao Artur e à Marina, razões da minha vida, por me fazerem tentar ser melhor a cada dia e por serem o motivo dos meus momentos mais felizes. Vocês são tudo para mim, e mamãe ama vocês infinitamente!

Ao meu irmão, Rafael, à minha cunhada, Ana, e à minha sobrinha, Larissa, por todo o carinho e atenção de sempre.

À minha prima-irmã, Fernanda, meu porto seguro nas tempestades e minha brisa leve nos dias de calmaria. Agradeço a Deus por ter você ao meu lado na caminhada da vida.

À Alcione, por cuidar tão bem de mim e da minha família, sendo meu apoio nos momentos em que eu não pude estar presente.

Aos meus avós, Filinha, Aparecido, Cecí e Milton, que, mesmo do outro lado do caminho, são minhas fontes inesgotáveis de inspiração.

Ao meu tio Paulo, cuja dedicação e disponibilidade me inspiraram a escolher a medicina, por seu exemplo de curar quando possível, mas de aliviar sempre as dores dos seus pacientes.

À família Lopes e Macedo, minha base, por serem tão presentes e me trazer o sentimento de amor e pertencimento. Deus não poderia ter me dado uma família melhor, e eu amo muito cada um de vocês!

À minha amiga, Danielle, por acreditar em mim até quando nem eu mesma acreditava. Você é meu exemplo de amor, dedicação e força!

Às minhas companheiras de ambulatório, Ana Carmen, Christiane, Leila, Lize e Mariana, por tornarem o meu caminho no trabalho mais leve e feliz.

Ao Gabriel Abner, por estar sempre pronto a ajudar e a organizar nosso projeto, com dedicação e competência. Você é um exemplo a ser seguido pela sua geração.

À querida Mônica, por ter aberto as portas da UFJF quando eu estava engatinhando na endocrinologia e por ter confiado em meu trabalho. Você é gigante!

Ao Gabriel Chamon, idealizador desse projeto, pela iniciativa e apoio.

Aos tradutores e à comissão de especialistas pela valiosa contribuição na realização desse trabalho.

Por último e não menos importante, obrigada, Senhor, por me carregar no colo nos momentos difíceis e por abrir portas e caminhos sempre que eu preciso. Senti Sua presença nos momentos e decisões mais importantes da minha vida.

“Curar quando possível, aliviar frequentemente e confortar sempre”

Hipócrates (c.460 a.C - 370 a.C)

RESUMO

O excesso de peso é um crescente problema de saúde pública, que se associa a diversas comorbidades, além de acarretar altos custos em saúde. Uma grande parcela da população acredita que a obesidade é uma escolha individual, embora ela consista em uma doença multifatorial resultante da interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais. Nesse contexto, ressalta-se, cada vez mais, a importância da identificação das motivações individuais para perda de peso, entre elas a preocupação com a saúde, fatores relacionados à aparência e expectativas sociais, no sucesso do tratamento. Após extensa revisão bibliográfica não foram encontradas, no Brasil, ferramentas validadas para avaliar esses fatores motivacionais, evidenciando a necessidade do desenvolvimento ou a adaptação de instrumentos para medir as motivações de forma eficaz e culturalmente apropriada. Realizar a adaptação transcultural para o contexto brasileiro da Escala de Motivação para Perda de Peso, desenvolvida por Andrea Meyer e colaboradores. Trata-se de estudo de adaptação transcultural para o português do Brasil da Escala de Motivação para Perda de Peso desenvolvida por Meyer e colaboradores, seguindo os procedimentos e etapas recomendados no *guideline* para adaptação transcultural proposto por Guillemin *et al*. Na fase inicial, foram realizadas duas traduções independentes da versão original para o português brasileiro (T1 e T2), que foram sintetizadas em uma versão unificada (T3). Na fase de retrotradução, duas versões independentes de T3 foram retrotraduzidas para o alemão (R1 e R2), com a síntese uma versão unificada (R3) foi feita. As versões T3, R1, R2 e R3 foram analisadas pela Comissão de Especialistas quanto à equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual, alterações e adaptações foram feitas quando necessário. No projeto piloto, o questionário traduzido foi aplicado por meio de entrevista a 30 pacientes com sobrepeso ou obesidade. Setenta e três porcento da amostra apresentava alguma comorbidade associada, 33,4% usavam medicações antiobesidade, 66,3% praticavam atividade física regularmente e 46,7% seguiam orientações nutricionais. O tempo médio para a aplicação do questionário foi de 217,5 segundos. Apenas 13,3% dos participantes tiveram dúvidas relacionadas a algum item do instrumento, todas relacionadas ao item 4, que foi revisado. A pontuação média nos domínios foi de 3,77 para saúde, 1,70 para aparência em relação aos outros e 2,86 para aparência em relação a si mesmo. A ordem das médias das pontuações se manteve constante, independentemente do sexo, cor, faixa etária, escolaridade ou índice de massa corporal (IMC). Observou-se que a média do IMC foi mais alta em indivíduos com escolaridade até o ensino fundamental e a mais baixa entre os que possuíam pós-graduação. Foi realizada adaptação transcultural da Escala de Motivação para Perda de Peso desenvolvida por Andrea Meyer e colaboradores na língua alemã para o contexto brasileiro, com boa equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre as versões original e traduzida.

Palavras-chave: obesidade; motivação; adaptação transcultural.

ABSTRACT

Overweight and obesity are a growing public health problem, associated with several comorbidities and leading to high healthcare costs. A large portion of the population believes that obesity is an individual choice, although it is a multifactorial disease resulting from the interaction of genetic, epigenetic and environmental factors. In this context, the identification of individual motivations for weight loss is increasingly important, including concerns related to health, appearance and social expectations, which influence treatment success. Despite extensive literature review, few validated tools for effectively and culturally appropriately assessing these motivational factors have been found in Brazil. This study aimed to adapt the Weight Loss Motivation Scale, originally developed by Andrea Meyer and collaborators, to the Brazilian Portuguese context. This is a cross-cultural adaptation study for Brazilian Portuguese following the procedures and stages recommended in the transcultural adaptation guidelines proposed by Guillemin et al. In the initial phase, two independent translations of the original German version into Brazilian Portuguese (T1 and T2) were performed and synthesized into a unified version (T3). In the back-translation phase, two versions of T3 were independently back-translated into German (R1 and R2), and a unified version (R3) was created for analysis. The versions T3, R1, R2 and R3 were reviewed by a panel of experts regarding semantic, idiomatic, experiential, and conceptual equivalence, with modifications and adaptations made as necessary. In the pilot study, the questionnaire was applied through interviews to 30 overweight or obese patients, 73% of whom had associated comorbidities, 33.4% reported using anti-obesity medications, 66.3% engaged in regular physical activity, and 46.7% followed nutritional guidance. The average time to complete the questionnaire was 217 seconds, or 3,61 minutes. Only 13.3% of participants reported difficulties in understanding item 4, which was subsequently revised. The mean scores were: 3.77 for health, 1.70 for appearance and 2.86 for social expectations. The order of the mean scores remained consistent regardless of sex, age group, education level, skin colour or body mass index (BMI). Individuals with lower education levels up to elementary school had higher BMI scores, while lower BMI scores were observed among those with postgraduate education. The transcultural adaptation of the Weight Loss Motivation Scale developed by Andrea Meyer and others into Brazilian Portuguese was successfully completed, with confirmed semantic, idiomatic, experiential, and conceptual equivalence between the original and translated versions.

Keywords: obesity; motivation; cross-cultural adaptation

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tradução da escala de motivação para perda de peso para o português do Brasil.....29
Quadro 2 – Segunda fase da tradução: comparação das retrotraduções e versão unificada.....33
Quadro 3 – Penúltima versão sugerida pela comissão de especialistas.....35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra do estudo piloto, Brasil, 2024.....36
Tabela 2 – Características clínicas da amostra do estudo piloto, Brasil, 2024…37
Tabela 3 – Médias e desvios-padrão das avaliações de saúde, aparência externa e aparência interna, de acordo com as características sociodemográficas e IMC, Brasil, 2024.....38

LISTA DE SIGLAS

Abeso	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
ACTION-IO	*ACTION International Observation*
AFE	Análise Fatorial Exploratória
Anvisa	Agência Brasileira de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DP	Desvio padrão
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EMPP	Escala de Motivação para Perda de Peso
GIP	*Gastric Inhibitory Polypeptide*
GLP-1	*Glucagon-like Peptide*-1
HU-UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IHME	*Institute for Health Metrics and Evaluation*
IMC	Índice de massa corporal
MEV	Modificação do estilo de vida
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PIB	Produto Interno Bruno
R1	Retrotradução 1
R2	Retrotradução 2
R3	Retrotradução 3
REDCap	*Research Eletronic Data Capture*
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SUS	Sistema Único de Saúde
T1	Primeira tradução
T2	Segunda tradução
T3	Sugestão do grupo/versão escolhida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WOF	*World Obesity Federation*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....16
2 OBJETIVO.....23
3 MÉTODOS.....24
3.1 DELINEAMENTO.....24
3.2 ESCALA DE MOTIVAÇÃO DE PERDA DE PESO.....24
3.2.1 Etapas da adaptação transcultural.....25
3.2.1.1 Tradução.....25
3.2.1.2 Retrotradução.....25
3.2.1.3 Análise por comissão de especialistas.....26
3.2.1.4 Projeto piloto.....26
4 RESULTADOS.....29
4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO PILOTO.....36
5 DISCUSSÃO.....40
6 CONCLUSÃO.....43
REFERÊNCIAS.....44
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....47

1 INTRODUÇÃO

O excesso de peso é um dos mais graves problemas mundiais de saúde pública, com prevalência crescente e alarmante na última década, principalmente em países de média e baixa renda. É considerado uma pandemia contínua que atinge todas as idades e regiões do planeta, e está associado a diversas comorbidades. Estima-se que, em 2030, 50% da população mundial viva com sobrepeso ou obesidade, afetando cerca de 3 bilhões de pessoas (WOF, 2025).

Segundo o estudo *Global Burden of Disease* (IHME, 2021), mais de 60 milhões de pessoas morrem e mais de 2,6 bilhões de anos de vida saudável são perdidos anualmente devido a doenças e outras causas em todo mundo. Dessas mortes, mais de 17 milhões são causadas por quatro doenças crônicas não transmissíveis principais: cânceres, doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral e diabetes, que são associadas ou aceleradas pelo excesso de peso (Vollset *et al*., 2024). Da mesma forma, 40% dos anos de vida saudável perdidos por doenças crônicas não transmissíveis são atribuídos a essas quatro patologias, o que evidencia a importância de se estabelecer ações eficazes no combate ao excesso de peso, visando salvar vidas e melhorar a saúde da população mundial (Vollset *et al*., 2024).

Dados do Sistema de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (Brasil, 2023) e do Atlas da Obesidade 2025 (WOF, 2025) mostram que 68% da população adulta vive com excesso de peso no Brasil. Estima-se que, caso não sejam implementadas políticas públicas e tratamentos eficazes no combate à doença, esse número chegue a cerca de 90% em 2060 (Okunoge *et al*., 2022).

O impacto econômico do sobrepeso e obesidade, no Brasil, em 2019, foi de cerca de 37,15 bilhões de dólares, o equivalente a 2% do Produto Interno Bruto (PIB) no referido ano (WOF, 2023). Existe uma projeção de gasto de mais de 60 bilhões de dólares em 2030 e de mais de 200 bilhões de dólares em 2060, mostrando que o excesso de peso não causa somente grande impacto social, mas também econômico (WOF, 2025).

Indivíduos que vivem com excesso de peso são, frequentemente, estigmatizados e discriminados pela sociedade leiga, pelos administradores públicos e, até mesmo, pelos profissionais de saúde responsáveis pelo seu tratamento, com

repercussões emocionais e sociais importantes. A discriminação e estigmatização são fenômenos baseados em atributos negativos e ligam as pessoas a características indesejáveis. Esses atributos e características têm como exemplos: a crença de que pessoas com excesso de peso são preguiçosas; menos inteligentes; malsucedidas; desmotivadas e com pouca força de vontade, sendo as únicas responsáveis pela sua condição de saúde (Nutter *et al*., 2024; Puhl; Heuer, 2010). A estigmatização da doença, que vê o indivíduo sob controle volitivo, está associada a menos investimentos na prevenção e tratamento do excesso de peso pelos formuladores de políticas públicas, que concentram a atenção somente na educação dos indivíduos afetados. Um exemplo disso é o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para sobrepeso e obesidade em adultos desenvolvido pelo governo federal brasileiro e publicado em 2022, que prevê como opções terapêuticas: a melhora da alimentação; prática de atividade física; suporte psicológico e terapias integrativas, como yoga, auriculoterapia e *tai chi chuan*, com o objetivo de “fortalecer a percepção para o autocuidado” (Brasil, 2020, p. 24). O referido protocolo é um dos poucos protocolos brasileiros de tratamento de doenças crônicas que não inclui o tratamento medicamentoso como opção terapêutica, apesar do conhecimento atual da importância do referido tratamento para o controle da doença a longo prazo (Sikorski *et al*., 2011).

Além disso, o estigma, a discriminação e o preconceito associados à obesidade causam prejuízos em diversas esferas da vida do indivíduo, como no trabalho, na assistência médica, na educação e nas relações interpessoais. Em relação ao trabalho, esses indivíduos apresentam desvantagens quanto a contratações, salários, promoções e demissões, quando comparados a outros com índice de massa corporal (IMC) normal (Puhl; Heuer, 2009).

Quanto à assistência médica, pacientes referem ter sofrido preconceito pelos profissionais de saúde, experimentando menor tempo nas consultas, menor seriedade na abordagem da doença, fala inadequada e atribuição de culpa pela sua condição clínica (Caterson *et al*., 2019; Lazarus; Bays, 2022). Como consequência, pacientes que vivem com excesso de peso evitam o acesso a centros de saúde, apresentando menor adesão, não só aos tratamentos disponíveis para a obesidade, como também à realização de exames preventivos essenciais, como mamografia e exame de colo de útero, por exemplo. Sabe-se que a obesidade está associada a maior risco de desenvolver diversos tipos de câncer, podendo ser mais um fator

relacionado ao aumento da mortalidade em pacientes que vivem com excesso de peso (Caterson *et al*., 2019; Lazarus; Bays, 2022). Além disso, o estigma contribui para o atraso no início do tratamento e para o subdiagnóstico da doença, já que pacientes referem dificuldades na abordagem do excesso de peso, seja por eles mesmos ou pelos profissionais de saúde (Caterson *et al*., 2019; Lazarus; Bays, 2022).

Alunos com sobrepeso ou obesidade enfrentam estigmatização relacionada ao peso por parte dos professores, colegas e até mesmo de pais em ambientes educacionais (Puhl; Brownell, 2001). Um estudo sueco com mais de 700 mil cidadãos do ensino médio demonstrou que indivíduos com obesidade tiveram 52% menos chance de obter educação superior, mesmo após ajustes para inteligência e posição socioeconômica (Karnehed *et al*., 2006). Esses estudos evidenciam a importância da educação em obesidade ainda nas escolas, levando ao conhecimento de suas causas, à empatia em relação aos indivíduos que vivem com a doença e à internalização da não responsabilidade desses indivíduos pelas suas condições de saúde.

Além do preconceito da sociedade em geral, esse grupo de pessoas refere que a primeira e principal fonte de estigma de peso em suas vidas ocorreu no ambiente familiar, sendo a mãe, de forma surpreendente, a fonte mais comum, seguida do cônjuge ou parceiro (Lawrence *et al*., 2022). Entre os diferentes tipos de estigma, pessoas com excesso de peso referem que o materno, particularmente, é quase sempre focado na aparência, impactando de forma significativa a autoestima, com consequências negativas em diversos aspectos de suas vidas (Lawrence *et al*., 2022).

O diagnóstico da obesidade baseia-se no excesso de gordura corporal, mensurada por meio do IMC. O IMC, que consiste na divisão do peso pela altura ao quadrado, associado a medidas antropométricas, como circunferência abdominal ou relação cintura-quadril, ou à medida direta da gordura corporal, são as ferramentas utilizadas no diagnóstico do excesso de peso (Rubino *et al*., 2025). A obesidade é uma doença crônica, multifatorial, resultante da interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais e não condicionada somente à volição e hábitos do indivíduo, como é a crença de grande parte da sociedade.

Estudo realizado com mais de 5.000 entrevistados evidenciou que cerca de 80% deles acredita que a obesidade sempre pode ser evitada e que o tratamento

pode ser realizado somente com mudanças no estilo de vida (O'Keeffee *et al*., 2020). Essa visão errônea não leva em consideração a complexa fisiopatologia da doença e, mais uma vez, culpabiliza o indivíduo pela sua condição de saúde (O'Keeffee *et al*., 2020).

A identificação da obesidade monogênica, doença rara causada por uma única mutação gênica, foi importante no entendimento da genética e fisiologia da regulação do peso corporal. Apesar disso, sabe-se que a maioria dos casos de obesidade resulta da interação de vários genes (obesidade poligênica) envolvidos nas vias de regulação do apetite e da saciedade, da secreção e da ação da insulina, da adipogênese e do metabolismo energético e lipídico, com um ambiente obesogênico. Entende-se por obesogênico, o ambiente com grande disponibilidade de alimentos processados e ultraprocessados, de alta densidade energética, pobres em alimentos *in natura*, além de altas taxas de sedentarismo, que influenciam na gênese do excesso de peso (Rohde *et al*., 2019).

Existe a necessidade emergente de educação da população, dos profissionais de saúde e órgãos governamentais em todo o mundo quanto à multifatorialidade das causas da obesidade, incluindo o conhecimento de que fatores genéticos, que são independentes da vontade do indivíduo, influenciam significativamente o ganho de peso. O estudo *ACTION International Observation* (ACTION-IO), que avaliou a percepção de profissionais de saúde e pacientes com excesso de peso a respeito da obesidade, evidenciou que menos de 50% deles consideram os fatores genéticos como uma barreira no tratamento (Caterson *et al*., 2019). Este entendimento torna-se fundamental na redução da estigmatização, do preconceito e das crenças de que a pessoa que vive com excesso de peso é a única responsável e culpada pela sua condição de saúde.

O tratamento do excesso de peso baseia-se em um estilo de vida saudável, que inclui uma dieta hipocalórica rica em alimentos *in natura* e minimamente processados e pobre em alimentos ultraprocessados, além de atividade física regular e tratamento medicamentoso ou cirúrgico (Abeso, 2016). Existem diversas alternativas emergentes para o tratamento medicamentoso da obesidade que atuam em alguns de seus mecanismos fisiopatológicos e se mostram eficazes e seguras na perda de peso. Entre elas, cita-se a Semaglutida, substância análoga de *Glucagon-like Peptide*-1 (GLP-1), já comercializada no Brasil, e a Tirzepatida, análoga de GLP-1 + *Gastric Inhibitory Polypeptide* (GIP), que foi submetida à aprovação da Agência

Brasileira de Vigilância Sanitária (Anvisa). Ambas foram responsáveis por uma redução média do peso corporal de 14,9% e 20,9%, respectivamente, em um período de um ano, apresentando efeitos colaterais leves a moderados, além de possível redução do risco cardiovascular (Copur *et al., 2023;* Jastreboff *et al*., 2022; Lincoff *et al*., 2023). Entretanto, esses medicamentos apresentam alto custo e ainda são de difícil acesso para a grande maioria da população. Além das duas drogas mencionadas anteriormente, também são disponíveis para o tratamento da obesidade, no Brasil, a Sibutramina, o Orlistate e a associação de Naltrexona com Bupropiona (Abeso; SBEM, 2024). Elas apresentam menor custo em relação às análogas de GLP-1 e GIP e podem ser ferramentas importantes no auxílio do controle da doença.

Apesar dos avanços importantes no conhecimento da fisiopatologia e terapêutica da obesidade, o sucesso no tratamento ainda é um grande desafio. Quase 90% dos pacientes que participaram do estudo *ACTION-IO* (Caterson *et al*., 2019), mencionado anteriormente, referiram não terem perdido ou não terem mantido o peso perdido por pelo menos um ano, nos últimos três anos, evidenciando a dificuldade na perda, mas, principalmente, na manutenção do peso perdido. Além disso, existe o desalinhamento entre percepção e ação em obesidade entre os pacientes e profissionais de saúde que pode impactar no resultado do tratamento. Somente 26% dos pacientes referiram acreditar que o profissional de saúde tem a responsabilidade de contribuir ativamente para o sucesso do tratamento, enquanto 80% dos profissionais acreditam ter essa responsabilidade (Caterson *et al*., 2019). Em contrapartida, quase 70% dos profissionais referem acreditar que seus pacientes não estão interessados ou motivados a perder peso e que, por essa razão, não abordam o assunto durante as consultas, enquanto 80% dos pacientes se dizem motivados e 93% se dizem interessados na perda de peso (Caterson *et al*., 2019). Esse desalinhamento entre as percepções do profissional de saúde e pacientes pode ser mais uma barreira no alcance de adesão e sucesso terapêutico dessa doença, cada vez mais prevalente em todas as faixas etárias e regiões do mundo. O preenchimento desta lacuna depende de várias questões relacionadas à maior acessibilidade ao tratamento livre de estigmas e preconceitos, que leve em consideração a complexidade da doença.

Há algumas décadas têm sido publicados estudos que avaliam a motivação individual como preditor de perda e manutenção do peso perdido. Em 1985, Deci e

Ryan (1985) descreveram a Teoria da Autodeterminação, que divide a motivação do indivíduo em realizar alguma mudança em prol de sua saúde em motivação autônoma *versus* motivação controlada. A motivação autônoma está relacionada à volição individual e à satisfação em ter suas necessidades básicas atendidas, sendo considerada uma motivação intrínseca ou extrínseca bem internalizada. O contrário da autonomia é a motivação controlada, quando o indivíduo se sente pressionado ou coagido a pensar, sentir ou agir de acordo com a vontade do outro, sem internalização dessa vontade. A motivação controlada é entendida como uma motivação extrínseca (Deci; Ryan, 1985). Pessoas motivadas de forma autônoma tendem a ser mais engajadas, persistentes e eficazes do que quando controladas em suas motivações (Deci; Ryan, 1985). O conhecimento do fato de que as motivações extrínsecas e intrínsecas influenciam de formas diferentes no resultado do tratamento para perda de peso pode ser útil na obtenção de maior eficácia a longo prazo. A partir do conhecimento da motivação de cada paciente, pode-se desenvolver abordagens individualizadas, empáticas, livres de estigmas, multidisciplinares, pautadas nas demandas, motivações e realidades de cada indivíduo (O'Brien *et al*., 2007; Putterman; Linden, 2004).

O apoio social, como o incentivo por pessoas próximas, sejam parentes ou amigos, ou a participação em grupos de tratamento do excesso de peso, onde há orientações e trocas de experiências, está associado ao aumento da motivação intrínseca e, consequentemente, maior sucesso na perda e manutenção do peso (Tay; Hoeksema; Murphy, 2023). Da mesma forma, a preocupação com a aparência como forma de satisfação pessoal, e não pela vontade do outro, e a preocupação com a saúde, seja por uma patologia já instalada, para prevenção de doenças ou melhora na qualidade de vida, são consideradas motivações intrínsecas e estão associadas a maior sucesso no tratamento (Tay; Hoeksema; Murphy, 2023) (Deci; Ryan, 2012).

A análise das motivações para perda de peso pode ser útil no desenvolvimento de diferentes estratégias de tratamento, objetivando melhores resultados de curto a longo prazo. Portanto, a identificação de ferramentas que permitam avaliar essas motivações se torna importante para o conhecimento e desenvolvimento de diferentes abordagens, baseadas no resultado dessas avaliações.

Após extensa pesquisa literária em plataformas de busca, não se encontrou, no Brasil, ferramenta validada para avaliar as motivações para perda de peso e dividi-las, de forma objetiva, entre os principais grupos encontrados na literatura: saúde; aparência em relação a si mesmo; e aparência em relação ao outro. Algumas ferramentas foram desenvolvidas em outras línguas e culturas na última década, principalmente na forma de questionários. Após avaliação metodológica, o questionário desenvolvido por Andrea Meyer *et al*. (2010), denominado Escala de Motivação para Perda de Peso (EMPP), apresentou boa consistência interna, confiabilidade, validade de conteúdo e validade de construto (Meyer *et al*., 2010; Silva; 2019).

Para que um instrumento seja utilizado em outra cultura, há, primeiramente, a necessidade de se realizar o processo de adaptação transcultural. Esse processo consiste na tradução do instrumento para a língua da população alvo e, posteriormente, na aplicação em uma amostra dessa população, para que seja avaliada a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre a versão original e a versão traduzida.

A etapa de tradução inclui a tradução do instrumento original para o idioma alvo, a retrotraducão do idioma alvo para o idioma de origem e a avaliação das versões de tradução e retrotradução por uma equipe de especialistas para a confecção da penúltima versão do instrumento. Então, este é aplicado em uma amostra da população para avaliação do entendimento, de possíveis divergências semânticas ou culturais entre a população de origem e a população alvo e para análise da necessidade de possíveis ajustes para a adaptação do instrumento à língua e à cultura da população alvo. Após a etapa de adaptação transcultural, o instrumento deve ser submetido ao processo de avaliação psicométrica, que consiste em analisar as validades de constructo, de conteúdo e de critério, essenciais para a validação de um instrumento de medida e utilização em outra língua ou cultura (Guillemin; Bombardier; Beaton, 1993).

2 OBJETIVO

Realizar a tradução e adaptação transcultural para o contexto brasileiro da Escala de Motivação para Perda de Peso (EMPP), desenvolvida por Andrea Meyer *et al*. (2010).

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de tradução e adaptação transcultural para o português do Brasil da EMPP desenvolvida por Andrea H. Meyer *et al*. (2010), seguindo os procedimentos e etapas recomendados no *guideline* para adaptação transcultural proposto por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). A referida escala foi desenvolvida na Suíça, na língua alemã, para pacientes que vivem com obesidade e sobrepeso. O primeiro passo para a adaptação transcultural da Escala de Motivação para Perda de Peso foi a solicitação da autorização por via eletrônica dos autores que desenvolveram o questionário original. O segundo passo, após a devida autorização, foi o encaminhamento do projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Hospital Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), aprovado sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 78059423.0.0000.5133. Após a aprovação pelo CEP e a tradução do questionário, foi realizado o estudo piloto.

3.2 ESCALA DE MOTIVAÇÃO DE PERDA DE PESO

A autora Andrea Meyer *et al*. (2010) desenvolveram um questionário avaliando saúde e aparência como as principais motivações para perda de peso em pacientes com sobrepeso e obesidade. O referido questionário foi autoaplicado aos indivíduos que participaram da pesquisa de forma remota. Inicialmente, foram desenvolvidos 39 itens e, com a execução da Análise Fatorial Exploratória (AFE), foram excluídos 15 itens, por possuírem carga fatorial menor que 0,55 ou carregarem em mais de um fator. Após AFE dos 24 itens restantes, foram obtidos três fatores rotulados como: 1) saúde; 2) aparência em relação aos outros; e 3) aparência em relação a si mesmo. O primeiro fator inclui sete itens que abrangem razões de saúde para perda de peso. Já o segundo fator inclui 10 itens que versam sobre o relacionamento dos pacientes com outras pessoas como motivação para perda de peso. Enquanto o terceiro fator inclui sete itens que englobam o desejo dos pacientes em serem mais atraentes e agradáveis a si mesmos. Todos os itens iniciam-se com a frase: “eu quero perder peso”, seguida de diferentes razões para

perda de peso e foram respondidos em uma escala Likert de quatro pontos, onde as respostas correspondem a: 1 = “nem um pouco”; 2 = “um pouco”; 3 = “moderadamente”; e 4 = “fortemente”. As respostas indicam o quanto o paciente concorda com cada afirmativa.

A consistência interna dos itens dos três fatores da escala foi estimada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, cujos valores foram, respectivamente: 0,88; 0,91; e 0,89. A confiabilidade teste-reteste foi elevada, com coeficientes de correlação variando de 0,75 a 0,83. A validação cruzada obtida da Análise Fatorial Confirmatória resultou em bons índices de ajuste, com cargas fatoriais variando entre 0,57 e 0,83. A intercorrelação entre os três fatores foi diferente de um, justificando três escalas diferentes. Os resultados da Análise Fatorial Confirmatória, a consistência interna, a confiabilidade teste-reteste e a validação cruzada confirmaram a confiabilidade e estabilidade do questionário, com os três fatores.

3.2.1 Etapas da adaptação transcultural

3.2.1.1 Tradução

Nessa etapa, dois tradutores bilíngues formados em medicina, com experiência no tratamento de pacientes com excesso de peso e cuja língua materna é o português, traduziram, de forma independente, o questionário original da língua alemã para o português do Brasil. A tradução incluiu a frase inicial, os itens e o formato das respostas, resultando em duas versões do instrumento original (T1 e T2).

Os pesquisadores se reuniram com os tradutores e avaliaram as duas versões (T1 e T2), com o objetivo de analisar possíveis divergências entre elas. Quando houve divergência em algum item entre as traduções, a equipe optou por aqueles *ipsis litteris* ou com o sentido mais próximo ao da escala original. Para entendimento dos pesquisadores, foi utilizado o dicionário Michaelis português-alemão. Obteve-se, com esse processo, uma única versão da tradução (T3).

3.2.1.2 Retrotradução

Nessa etapa, dois tradutores juramentados bilíngues não conhecedores do tema do estudo e cuja língua materna é o português, retrotraduziram, de forma independente, da língua portuguesa para a língua alemã, a versão T3 obtida na etapa de tradução. Com isso, obteve-se duas versões de retrotradução (R1 e R2).

Outros dois tradutores juramentados bilíngues e não conhecedores do tema do estudo – um cuja língua materna é o alemão e outro cuja língua materna é o português – reuniram-se e avaliaram as versões R1 e R2, com o objetivo de analisar possíveis divergências entre elas. Quando houve divergência em algum item, optou-se por aquele *ipsis litteris* ou com o sentido mais próximo ao original. Com isso, obteve-se uma versão unificada da retrotradução (R3).

3.2.1.3 Análise por comissão de especialistas

Nessa etapa, uma comissão de especialistas composta por dois juízes bilíngues conhecedores do tema do estudo e os pesquisadores se reuniram de forma remota pela plataforma *Google Meet*. A comissão comparou as versões T3, R1, R2, R3 e a versão original, que foram dispostas em um quadro, lado a lado. A sexta coluna do quadro estava em branco para que fosse preenchida pela penúltima versão, sugerida pela comissão. A frase inicial, o formato das respostas e os itens das referidas versões foram avaliados, um a um, quanto à equivalência semântica, idiomática, experiencial e de conceito. Todos os termos do questionário foram lidos por um dos pesquisadores, o quadro foi disposto na tela da plataforma *Google Meet* e foi analisada na seguinte ordem: frase inicial; respostas em escala de Likert; e itens. Os juízes realizaram a análise de cada frase e das respostas com o objetivo de, quando necessário, modificar ou eliminar termos inadequados, irrelevantes ou ambíguos. A frase ou resposta sugerida após a avaliação foi anotada na sexta coluna do quadro e, então, foi avaliada a frase subsequente, até o final do questionário. Foi confeccionada, então, a penúltima versão do questionário.

3.2.1.4 Projeto piloto

Essa etapa do estudo foi realizada no Ambulatório de Obesidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), onde são atendidos pacientes

que vivem com obesidade e sobrepeso da Região de Saúde de Juiz de Fora pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi utilizada uma amostra por conveniência para seleção dos pacientes que participaram do estudo, e foram adotados os seguintes critérios de inclusão: pacientes com índice de massa corporal (IMC) maior que 24,9, com idade maior ou igual a 18 e menor ou igual a 74 anos, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de não inclusão foram: pacientes gestantes, pacientes submetidos previamente à cirurgia bariátrica, portadores de doença grave ou que não responderam a todo o questionário.

Foram abordados 35 pacientes e todos concordaram em participar do estudo, porém foram excluídos cinco pacientes: dois por terem sido submetidos à cirurgia bariátrica prévia; dois por terem mais de 74 anos; e um por ter IMC normal na data da avaliação. Foram entrevistados 30 pacientes que vivem com sobrepeso ou obesidade, número suficiente para realização de adaptação transcultural (Acquadro *et al*., 2008), para avaliação da aplicabilidade e compreensão pela população alvo do questionário traduzido. A entrevista foi realizada individualmente, em sala separada, onde permaneceu somente um pesquisador e o paciente entrevistado.

Após a leitura do TCLE impresso entregue ao paciente, o entrevistador questionou quanto a dúvidas em relação ao Termo e, caso o paciente tenha optado por participar, duas cópias do TCLE foram assinadas pelo entrevistado e pelo entrevistador, sendo uma cópia entregue ao paciente e a outra armazenada pelo pesquisador. Em seguida, o entrevistado foi orientado quanto à realização da leitura do questionário, que foi realizada pelo entrevistador, e quanto ao possível surgimento de dúvidas, que poderiam ser sanadas a qualquer momento da entrevista. O pesquisador enfatizou que as dúvidas são comuns ao se responder questionários e que o paciente poderia interromper e perguntar sempre que necessário. Após a orientação inicial sobre o conteúdo da entrevista e das respostas da escala de Likert, o entrevistado foi questionado quanto à compreensão das palavras e expressões nelas contidas. O mesmo processo foi feito após a leitura de cada item, quando, eventualmente, o entrevistado foi solicitado a explicar, com suas próprias palavras, o que havia entendido do respectivo item ou termo. As dúvidas foram anotadas no formulário contendo o questionário. Além disso, foram coletados os dados sociodemográficos (cor, idade, sexo, estado civil e escolaridade) e dados

clínicos (peso, altura, saúde autoavaliada, comorbidades, acompanhamento nutricional e psicológico, prática de atividade física, tratamento do excesso de peso e tabagismo) de cada indivíduo no momento da entrevista e anotados na folha do formulário. Também foram cronometrados e anotados os tempos de aplicação dos questionários.

Os dados coletados na entrevista foram armazenados utilizando a plataforma *Research Eletronic Data Capture* (REDCap), e a análise estatística foi realizada utilizando o *software* Jamovi (versão 2.3.28). A análise estatística empregada foi meramente descritiva, utilizando-se de percentuais e frequências, médias e desvios padrão (DP). Devido à natureza da amostra e proposta do estudo, não foram empregados testes de hipótese para se diferenciar os grupos.

4 RESULTADOS

Inicialmente, serão apresentados os resultados da tradução e retrotradução da escala, além das considerações da comissão de especialistas e a confecção da penúltima versão da escala. Posteriormente, serão apresentadas as características sociodemográficas e clínicas da amostra, bem como os resultados do estudo piloto, que avaliou a aplicabilidade da escala traduzida em uma amostra da população brasileira.

Na primeira fase da etapa de tradução foram produzidas duas traduções independentes da escala original, em alemão-suíço, para o português do Brasil (T1 e T2), e uma versão unificada resultante da análise dessas duas versões e da versão original (T3). O Quadro 1 apresenta os dados dessa fase e contém quatro colunas que apresentam, respectivamente, a versão original, T1, T2 e T3.

Quadro 1 – Tradução da escala de motivação para perda de peso para o português do Brasil

Questionário original em alemão	**Primeira tradução (T1)**	**Segunda tradução (T2)**	**Sugestão do grupo (T3)**
Ich möchte abnehmen, [...]	Eu gostaria de emagrecer, [...]	Eu quero emagrecer, [...]	Eu gostaria de emagrecer [...]
Gar nicht *Etwas* *Mittel* *Stark*	Nem um pouco Um pouco Moderadamente Fortemente	Nem um pouco Um pouco Moderadamente Fortemente	Nem um pouco Um pouco Moderadamente Fortemente
[...] weil ich gesünder leben möchte	[...] porque eu quero viver com mais saúde	[...] pois quero viver com mais saúde	[...] porque eu quero viver com mais saúde
[...]. um mich besser bewegen zu können	[...] para poder me mover melhor	[...] para poder me movimentar melhor	[...] para poder me mover melhor
[...] aus gesundheitlichen Gründen	[...] por motivos de saúde	[...] por razões de saúde	[...] por motivos de saúde

[...]. weil ich gelesen habe, dass es gesünder ist	[...] porque eu li que é mais saudável	[...] pois eu li que é mais saudável	[...] porque eu li que é mais saudável
[...] um meine Gesundheitsrisiken zu senken	[...] para diminuir meus riscos de saúde	[...] para reduzir meus riscos à saúde	[...] para diminuir meus riscos de saúde
[...] um lange leben zu können	[...] para poder viver uma vida mais longa	[...] para ter uma vida mais longa	[...] para poder viver uma vida mais longa
[...] weil es allgemein heisst, Übergewicht sei ungesund (F9_3)	[...] porque é dito que estar acima do peso não é saudável	[...] pois geralmente diz-se que excesso de peso não é saudável	[...] pois geralmente diz-se que excesso de peso não é saudável
[...] weil bekannte mir dazu raten (F9_1)	[...] porque alguns conhecidos me aconselham a fazer isso	[...] pois conhecidos me aconselharam a fazer	[...] porque alguns conhecidos me aconselharam a fazer isso
[...] um nicht aufzufallen	[...] para não chamar atenção	[...] para não chamar atenção	[...] para não chamar atenção
[...] weil ich dann im Beruf mehr Chancen habe	[...] porque assim terei mais chances no meu trabalho	[...] para ter mais chances em minha profissão	[...] porque assim terei mais chances no meu trabalho
[...] um mehr gemocht zu werden	[...] para que as pessoas gostem mais de mim	[...] para que gostem de mim	[...] para que as pessoas gostem mais de mim
[...] damit mich meine Umwelt akzeptiert	[...] para que eu seja aceito no meu ambiente	[...] para que o ambiente ao meu redor me aceite	[...] para que eu seja aceito no meu ambiente
[...] um mich wieder	[...] para me aventurar entre as pessoas	[...] para ousar estar entre as pessoas novamente	[...] para ousar estar entre as pessoas novamente

unter die Leute zu wagen	novamente		
[...] weil ich dadurch in der Liebe mehr Chancen habe	[...]porque dessa forma eu vou ter mais chances no amor	[...] pois me dá mais chances no amor	[...] porque dessa forma eu vou ter mais chances no amor
[...] um mehr Freunde zu haben	[...] para ter mais amigos	[...] para ter mais amigos	[...] para ter mais amigos
[...] um bei anderen besser anzukom men	[...] para me dar melhor com os outros	[...] para me dar melhor com os outros	[...] para me dar melhor com os outros
[...] damit andere Leute besser von mir denken	[...] para que outras pessoas pensem melhor de mim	[...] para que outras pessoas pensem melhor sobre mim	[...] para que outras pessoas pensem melhor de mim
[...] um attraktiver zu wirken	[...] para parecer mais atraente	[...] para parecer mais atraente	[...] para parecer mais atraente
[...] um mich wieder gerne im Spiegel anzusehe n	[...] para gostar de me ver no espelho de novo	[...] para gostar de me olhar no espelho novamente	[...] para gostar de me olhar no espelho novamente
[...] weil ich mir selber besser gefallen möchte	[...] porque eu quero gostar mais de mim	[...] pois quero me agradar mais	[...]porque eu quero gostar mais de mim
[...] weil ich schöner sein möchte	[...] porque eu quero ser mais bonito	[...] pois quero ser mais bonito(a)	[...] porque eu quero ser mais bonito(a)
[...] damit ich mich wieder modischer	[...] para que eu possa me vestir na moda de novo	[...] para que eu possa me vestir conforme a moda	[...] para que eu possa me vestir na moda de novo

anziehen kann			
[...] um wieder in meine Kleider zu passen	[...] para conseguir entrar nas minhas roupas de novo	[...] para voltar a caber nas minhas roupas	[...] para voltar a caber nas minhas roupas
[...] um mich selbstsicherer zu fühlen	[...] para me sentir mais seguro de mim	[...] para me sentir mais confiante	[...] para me sentir mais confiante

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Na primeira fase houve divergências em 21 dos 26 itens das versões T1 e T2 (80,76%). Cinco itens foram idênticos (19,23%), como é percebido no Quadro 1. Foi realizada uma reunião de forma remota, por meio da plataforma *Google Meet*, que incluiu os dois tradutores e os pesquisadores, para avaliação das divergências e produção de uma única versão da etapa de tradução.

Os tradutores concluíram que havia equivalência semântica em 11 e similaridade semântica em 10 dos 21 itens divergentes. Optou-se por manter, na versão T3, o item *ipsis litteris* ou em sua forma mais próxima ao sentido do original. Quando não houve divergência, o item foi mantido na versão T3.

Como exemplo, pode-se utilizar a frase inicial da escala: *Ich möchte abnehmen*. Sua tradução em T1 e T2 foi, respectivamente, “eu gostaria de emagrecer” e “eu quero emagrecer”. Existe similaridade semântica entre gostaria e quero no contexto da escala, no entanto a tradução literal da palavra *möchte* é gostaria, sendo a opção mantida em T3.

Com o exemplo de equivalência semântica, pode-se utilizar o segundo item do questionário: *weil ich gesünder leben möchte.* Sua tradução em T1 e T2 foi, respectivamente, “porque eu quero viver com mais saúde” e “pois quero viver com mais saúde”. A tradução literal de *weil* é porque, opção mantida na versão T3.

Na segunda fase da etapa de tradução, foram produzidas duas retrotraduções independentes da escala T3 do português brasileiro para o alemão (R1 e R2) e uma versão unificada resultante da análise dessas duas versões (R3). O Quadro 2 apresenta os dados da segunda fase, contendo quatro colunas que apresentam, respectivamente, as versões T3, R1, R2 e R3.

Quadro 2 – Segunda fase da tradução: comparação das retrotraduções e versão unificada

Versão escolhida (T3)	**Retrotradução 1 (R1)**	**Retrotradução 2 (R2)**	**Retrotradução 3 (R3)**
Eu gostaria de emagrecer, [...]	*Ich würde gerne abnehmen, [...]*	*Ich würde gerne abnehmen, [...]*	*Ich würde gerne abnehmen, [...]*
Nem um pouco Um pouco Moderadamente Fortemente	*Gar nicht* *Etwas* *Mittel* *Stark*	*Gar nicht* *Etwas* *Mittel* *Stark*	*Gar nicht* *Etwas* *Mittel* *Stark*
[...] porque eu quero viver com mais saúde	*[...] weil ich gesünder leben möchte*	*[...] weil ich gesünder leben möchte*	*[...] weil ich gesünder leben möchte*
[...] para poder me mover melhor	*[...] um mich besser bewegen zu können*	*[...] um mich besser bewegen zu können*	*[...] um mich besser bewegen zu können*
[...] por motivos de saúde	*[...] aus gesundheitlichen Gründen*	*[...] aus gesundheitlichen Gründen*	*[...] aus gesundheitlichen Gründen*
[...] porque eu li que é mais saudável	*[...] weil ich gelesen habe, dass es gesünder ist*	*[...] weil ich gelesen habe, dass es gesünder ist*	*[...] weil ich gelesen habe, dass es gesünder ist*
[...] para diminuir meus riscos de saúde	*[...] um meine Gesundheitsrisiken zu verringern*	*[...] um meine Gesundheitsrisiken zu verringern*	*[...] um meine Gesundheitsrisiken zu verringern*
[...] para poder viver uma vida mais longa	*[...] ein längeres Leben zu führen*	*[...] um ein längeres Leben haben zu können*	*[...] um ein längeres Leben haben zu können*
[...] pois geralmente diz-se que excesso de peso não é saudável	*[...] weshalb oft gesagt wird, dass Übergewicht ungesund ist*	*[...] weil es oft heißt, dass Übergewicht ungesund ist*	*[...] weil es oft heißt, dass Übergewicht ungesund ist*
[...] porque alguns conhecidos me aconselharam a fazer isso	*[...] weil Bekannte mir dazu geraten haben*	*[...] weil Bekannte mir dazu geraten haben*	*[...] weil Bekannte mir dazu geraten haben*
[...] para não chamar atenção	*[...] um nicht aufzufallen*	*[...] um nicht aufzufallen*	*[...] um nicht aufzufallen*
[...] porque assim terei mais chances no meu trabalho	*[...] weil ich dann mehr Chancen in meinem Beruf habe*	*[...] weil ich dann in meinem Beruf mehr Chancen habe*	*[...] weil ich dann in meinem Beruf mehr Chancen habe*
[...] para que as pessoas gostem mais de mim	*[...] damit mich die Leute mehr mögen*	*[...] damit mich die Leute mehr mögen*	*[...] damit mich die Leute mehr mögen*
[...] para que eu	*[...] um in*	*[...] damit ich in*	*[...] damit ich in meinem*

seja aceito no meu ambiente	*meinem Umfeld akzeptiert zu werden*	*meinem Umfeld akzeptiert werde*	*Umfeld akzeptiert werde*
[...] para ousar estar entre as pessoas novamente	*[...] es zu wagen, wieder unter Menschen zu sein*	*[...] um mich wieder unter Menschen zu trauen*	*[...] um mich wieder unter Menschen zu trauen*
[...] porque dessa forma vou ter mais chances no amor	*[...] weil ich dann mehr Chancen auf Liebe habesabe*	*[...] weil ich dann mehr Chancen in der Liebe habe*	*[...] weil ich dann mehr Chancen in der Liebe habe*
[...] para ter mais amigos	*[...] um mehr Freunde zu haben*	*[...] um mehr Freunde zu haben*	*[...] um mehr Freunde zu haben*
[...] para me dar melhor com os outros	*[...] besser mit anderen Menschen auszukommen*	*[...] damit ich besser mit anderen auskommen kann*	*[...] damit ich besser mit anderen auskommen kann*
[...] para que outras pessoas pensem melhor de mim	*[...] damit andere Leute besser von mir denken*	*[...] damit andere Menschen ein besseres Bild von mir haben*	*[...] damit andere Leute besser von mir denken*
[...] para parecer mais atraente	*[...] um attraktiver auszusehen*	*[...] um attraktiver auszusehen*	*[...] um attraktiver auszusehen*
[...] para gostar de me olhar no espelho novamente	*[...] wieder gerne in den Spiegel zu schauen*	*[...] damit ich mich wieder gern im Spiegel betrachten kann*	*[...] wieder gerne in den Spiegel zu schauen*
[...] porque quero gostar mais de mim	*[...] weil ich mir selbst mehr gefallen möchte*	*[...] weil ich mir selbst mehr gefallen möchte*	*[...] weil ich mir selbst mehr gefallen möchte*
[...] porque eu quero ser mais bonito(a)	*[...] weil ich schöner sein möchte*	*[...] weil ich schöner sein möchte*	*[...] weil ich schöner sein möchte*
[...] para que eu possa me vestir na moda de novo	*[...] damit ich mich wieder modisch kleiden kann*	*[...] damit ich mich wieder modisch kleiden kann*	*[...] damit ich mich wieder modisch kleiden kann*
[...] para voltar a caber nas minhas roupas	*[...] um wieder in meine Kleidung zu passen*	*[...] damit ich wieder in meine Kleider passen kann*	*[...] um wieder in meine Kleidung zu passen*
[...] para me sentir mais confiante	*[...] mich selbstbewusster zu fühlen*	*[...] um mich selbstbewusster zu fühlen*	*[...] um mich selbstbewusster zu fühlen*

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Nessa fase, houve divergências em 14 dos 26 itens de R1 e R2 (42,30%) e 12 itens foram idênticos (57,69%). Os dois tradutores que analisaram as versões R1, R2 e T3 reuniram-se de forma presencial e decidiram manter o item com o sentido mais próximo ao original. Foi então confeccionada uma versão unificada da retrotradução (R3). A última fase dessa etapa engloba os dados da análise pela comissão de especialistas, quando foram comparadas as versões T3, R1, R2, R3 e a versão original, quanto à equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual, e sugeridas alterações ou adaptações, quando se julgou necessário.

Entre as sugestões de alterações, exemplifica-se a frase: “viver uma vida mais longa”. A comissão julgou irrelevante o termo “mais”, e sugeriu que ele fosse excluído da frase. Outro exemplo relevante é a frase: “porque eu quero gostar mais de mim”. Sugeriu-se que ela fosse substituída por: “porque eu quero me sentir melhor comigo mesmo(a)”, pois essa apresenta equivalência conceitual com o item original e proporciona maior entendimento pela população alvo.

O Quadro 3 é composto pela penúltima versão do instrumento, confeccionado após as alterações sugeridas pela Comissão.

Quadro 3 – Penúltima versão sugerida pela comissão de especialistas

Eu gostaria de emagrecer, [...]
Nem um pouco Um pouco Moderadamente Fortemente
[...] porque eu quero viver com mais saúde
[...] para poder me mover melhor
[...] por motivos de saúde
[...] porque eu li que é mais saudável
[...] para diminuir meus riscos para saúde
[...] para poder viver uma vida longa
[...] porque geralmente se diz que excesso de peso não é saudável
[...] porque alguns conhecidos me aconselharam a fazer isso
[...] para não chamar atenção
[...] porque assim terei mais chances no trabalho
[...] para que as pessoas gostem mais de mim
[...] para que eu seja aceito no meu ambiente
[...] para ousar estar entre as pessoas novamente
[...] porque dessa forma vou ter mais chances no amor
[...] para ter mais amigos
[...] para me dar melhor com os outros
[...] para que outras pessoas pensem melhor de mim

[...] para parecer mais atraente
[...] para gostar de me olhar no espelho novamente
[...] porque eu quero me sentir melhor comigo mesmo(a)
[...] porque eu quero ser mais bonito (a)
[...] para que eu possa me vestir na moda de novo
[...] para voltar a caber nas minhas roupas
[...] para me sentir mais confiante

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO PILOTO

Nas Tabelas 1 e 2 estão descritas, respectivamente, as características sociodemográficas e clínicas da amostra constituída por 30 pacientes com o diagnóstico de sobrepeso ou obesidade.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra do estudo piloto, Brasil, 2024

Variáveis	**N**	**Frequência (%)**	**Média (DP)**
Idade	30		47,1 (15,1)
Sexo			
Feminino	24	80,0%	
Masculino	6	20,0%	
Estado civil			
Solteiro(a)	7	23,3%	
Casado(a)	17	56,7%	
Divorciado(a)	3	10,0%	
Viúvo(a)	3	10,0%	
Cor			
Branco	14	46,7%	
Preto	9	30,0%	
Pardo	7	23,3%	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	2	6,7%	
Fundamental completo	7	23,3%	
Ensino médio	16	53,3%	
Ensino superior	3	10,0%	
Pós-graduação	2	6,7%	

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Tabela 2 – Características clínicas da amostra do estudo piloto, Brasil, 2024

Variável	N	Frequência (%)	Média (DP)
IMC - Classificação			37,2 (7,15)
Sobrepeso	6	20,0%	
Obesidade grau I	6	20,0%	
Obesidade grau II	9	30,0%	
Obesidade grau III	9	30,0%	
Hipertensão			
Não	12	40,0%	
Sim	18	60,0%	
Diabetes			
Não	15	50,0%	
Sim	15	50,0%	
Tabagismo			
Não	23	76,7%	
Ex-tabagista	6	20,0%	
Sim	1	3,3%	
Prática de exercício físico			
Não	11	36,7%	
Sim	19	63,3%	
Saúde autoavaliada			
Muito ruim	5	16,7%	
Ruim	6	20,0%	
Regular	14	46,7%	
Boa	4	13,3%	
Muito boa	1	3,3%	
Tratamento para obesidade			
Nenhum	6	20%	
MEV*	14	46,7%	
Medicamento	2	6,7%	
MEV* + medicamento	8	23,7%	

Fonte: Elaborado pela autora (2025).
*MEV: modificação do estilo de vida.

Setenta e três por cento da amostra apresentava alguma comorbidade associada ao excesso de peso. A média do IMC foi mais alta em indivíduos com escolaridade até o ensino fundamental e foi mais baixa em indivíduos que realizaram uma pós-graduação. Quanto ao tratamento, 33,4% dos entrevistados referiram o uso de medicações antiobesidade, 66,3% relataram atividade física regular, 46,7% seguiam a orientação de profissional da nutrição e 90% não realizavam acompanhamento com a psicologia.

O tempo médio de aplicação do questionário foi de 217,5 segundos (DP= 112,98), que corresponde a 3,6 minutos (DP= 1,88). Somente 13,3% dos entrevistados referiram dúvidas em algum item do instrumento e todas as dúvidas foram referentes ao item 4: “para não chamar atenção”. Foi então sugerida a mudança da referida questão para: “para não chamar a atenção por estar acima do peso”, sendo essa a única modificação realizada na última versão da escala, em relação à penúltima.

Ao avaliar as respostas dos questionários, obteve-se uma pontuação média para os domínios saúde, aparência em relação aos outros e aparência em relação a si mesmo de, respectivamente, 3,77, 1,70 e 2,86. A ordem do escore geral entre os fatores se manteve a mesma, independente do sexo, cor, faixa etária ou IMC.

A Tabela 3 contém o escore geral e as correlações entre as pontuações médias dos fatores e as principais variáveis analisadas.

Tabela 3 – Médias e desvios-padrão das avaliações de saúde, aparência externa e aparência interna, de acordo com as características sociodemográficas e IMC, Brasil, 2024.

	Saúde (média, DP)	**Aparência externa (média, DP)**	**Aparência interna (média, DP)**
Escore geral	3,77 (0,25)	1,70 (0,68)	2,86 (0,71)
Sexo			
Feminino	3,80 (0,23)	1,75 (0,71)	3,02 (0,66)
Masculino	3,64 (0,35)	1,52 (0,61)	2,24 (0,94)
Faixa etária			
18 a 39 anos	3,73 (0,21)	1,73 (0,56)	2,91 (0,48)
40 a 59 anos	3,79 (0,31)	1,80 (0,85)	2,95 (0,89)

60 anos ou mais	3,76 (0,25)	1,54 (0,53)	2,70 (0,86)
IMC - Classificação			
Sobrepeso	3,57 (0,38)	1,65 (1,04)	2,79 (0,84)
Obesidade grau 1	3,76 (0,20)	2,20 (0,78)	3,31 (0,46)
Obesidade grau 2	3,78 (0,26)	1,50 (0,47)	2,59 (1,04)
Obesidade grau 3	3,89 (0,12)	1,61 (0,41)	2,89 (0,52)
Escolaridade			
Fundamental incompleto	4,0 (0,0)	1,75 (0,64)	3,36 (0,10)
Fundamental completo	3,82 (0,16)	1,97 (0,49)	3,0 (0,77)
Ensino médio	3,71 (0,31)	1,76 (0,79)	2,71 (0,87)
Ensino superior	3,81 (0,17)	1,10 (0,10)	3,05 (0,68)
Pós-graduação	3,79 (0,30)	1,20 (0,28)	2,79 (0,71)
Cor da pele			
Branca	3,74 (0,23)	1,80 (0,57)	2,78 (0,75)
Parda	3,78 (0,37)	1,80 (0,92)	2,94 (0,78)
Preta	3,79 (0,21)	1,48 (0,57)	2,94 (0,85)

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Indivíduos do sexo feminino, com idade entre 40 e 59 anos, com diagnóstico de obesidade grau III, pretos ou aqueles que cursaram até o ensino fundamental, obtiveram a maior pontuação média no fator saúde. Quanto à aparência em relação aos outros, a maior pontuação foi obtida em mulheres, indivíduos entre 40 e 59 anos, com obesidade grau I, fundamental completo, brancos ou pardos. No fator aparência em relação a si mesmo, as maiores médias seguiram um padrão semelhante à aparência em relação aos outros, porém com pontuação mais elevada em indivíduos pretos ou pardos, com ensino superior. A média do IMC foi maior em indivíduos com escolaridade até o ensino fundamental e menor naqueles com pós-graduação (42,7 *versus* 32,5).

5 DISCUSSÃO

Existe uma preocupação com a alta e crescente prevalência global de excesso de peso. Com isso, há também um número cada vez maior de pesquisas sendo realizadas no campo do tratamento da obesidade e de formas de se obter sucesso nesse tratamento, que tem sido muito desafiador.

Diversos estudos relacionados à importância da motivação individual como preditor de perda de peso e de melhor aderência a mudanças positivas nos hábitos de vida foram publicados, evidenciando a necessidade do desenvolvimento ou validação de instrumentos capazes de avaliar as três principais motivações descritas na literatura (Mroz; Pullen; Hageman, 2018; Silva *et al*., 2019; Putterman; Linden, 2004). O fato de não haver instrumento desenvolvido ou validado para a população brasileira impulsionou o presente estudo, que realizou a adaptação transcultural para o Brasil da EMPP. O questionário traduzido e adaptado pode ser uma possível ferramenta para avaliação das motivações individuais e o planejamento de estratégias diferentes de tratamento, baseadas no resultado dessa avaliação.

A referida adaptação transcultural para o contexto brasileiro foi desenvolvida com base na diretriz proposta por Guillemin *et al*. (1993). Essa diretriz objetiva a avaliação das equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre as versões original e traduzida, e não somente a tradução simples e literal do instrumento, que não consideraria o contexto sociocultural da população alvo.

O processo de tradução, retrotradução e avaliação por especialistas evidenciou divergências em termos ou itens do questionário. No entanto, todas elas apresentaram equivalência ou similaridade semântica em relação ao original, não havendo comprometimento no sentido geral das questões.

A amostra participante do estudo piloto desta pesquisa, que visou avaliar a aplicabilidade do questionário traduzido, apresentou algumas características sociodemográficas semelhantes às dos indivíduos do estudo de desenvolvimento do questionário original, sendo elas: a idade média (47,1 e 49,2 anos, respectivamente) e a escolaridade, com predomínio de ensino médio ou superior em mais de 70% da amostra. Apresentaram diferenças importantes quanto ao IMC, que no presente estudo foi mais elevado em relação ao estudo original (IMC médio de 37,3 e 28,6, respectivamente), e quanto ao sexo, com predomínio de indivíduos do sexo masculino no estudo original (média de 61,2%) (Meyer *et al*., 2010). No entanto, a

ordem da pontuação média entre os três domínios foi semelhante tanto para homens e mulheres quanto para as diferentes classes do IMC, quando analisadas separadamente. A média do IMC, neste estudo foi mais alta em indivíduos com escolaridade baixa (até o ensino fundamental) e mais baixa em indivíduos que realizaram uma pós-graduação, sugerindo que possa haver uma relação entre peso corporal e escolaridade.

A aplicação do questionário foi realizada em entrevista face a face ao invés do autopreenchimento, o que permite a inclusão de indivíduos de diferentes níveis socioeconômicos e graus de escolaridade. O questionário traduzido mostrou-se de fácil aplicação, com linguagem simples e bom entendimento pelos participantes do estudo piloto. O item: “Eu gostaria de emagrecer para não chamar atenção” foi o único que gerou dúvidas em quatro participantes, entre os 30 entrevistados. Os questionamentos foram semelhantes, como, por exemplo: “Não chamar a atenção por estar gordo?” e “Não chamar a atenção por estar acima do peso?”, que, apesar da dúvida, correspondem ao real significado da questão. Com isso, sugeriu-se acrescentar: “não chamar a atenção por estar acima do peso” na versão final do instrumento, sem a necessidade de modificação de qualquer outro item da escala. Além da fácil aplicabilidade, o tempo médio da entrevista foi menor do que o de quatro minutos. Essas características são fundamentais no ambiente ambulatorial, principalmente no SUS, onde o grande volume de pacientes pode ser um empecilho para o uso de ferramentas que demandem mais tempo para aplicação ou linguagem mais complexa, dificultando o entendimento pelos entrevistados.

As questões relacionadas à saúde obtiveram maior pontuação média no nesta pesquisa, corroborando com estudos que avaliaram as diferentes formas de motivação divididas em saúde, aparência em relação a si mesmo e aparência em relação aos outros, em indivíduos com excesso de peso. Esse fato evidencia a preocupação com a saúde como a principal motivação dos indivíduos que vivem com sobrepeso ou obesidade (Mroz; Pullen; Hageman, 2018; Schelling *et al*., 2018).

No presente estudo, a motivação principal para busca de tratamento para o excesso de peso, como referido no parágrafo anterior, foi a saúde, seguida pela aparência em relação a si mesmo e aparência em relação aos outros e a ordem da pontuação média permaneceu a mesma quando avaliada separadamente por faixa etária, sexo, cor, escolaridade e classificação de IMC. O fato de a coleta de dados ter sido realizada em um serviço de atenção secundária (média complexidade) pode

ter influenciado nessa pontuação, pois os pacientes geralmente apresentam quadros clínicos mais complexos, que não podem ser acompanhados exclusivamente na atenção primária e o referenciamento se faz por maior gravidade das doenças e comorbidades. Percebe-se também que, neste estudo, as mulheres e indivíduos com idade entre 40 e 59 anos obtiveram a maior pontuação nos três fatores avaliados, sugerido que essa parcela da amostra possa ser a mais motivada a perder peso.

As motivações relacionadas à saúde e à aparência em relação a si mesmo são consideradas motivações intrínsecas ou autônomas que estão associadas a um maior engajamento, persistência e sucesso em tratamentos de saúde. A motivação relacionada à aparência em relação aos outros, ao contrário, é considerada uma motivação extrínseca, associada a piores resultados nos tratamentos. Estudos sugerem que indivíduos motivados de forma autônoma necessitam de menos intervenções motivacionais e, consequentemente, menor frequência de consultas em relação aos indivíduos motivados de forma extrínseca. Esses procuram atendimento por influência externa, muitas vezes pela vontade de cônjuges, familiares, amigos ou até mesmo por aconselhamento de um profissional de saúde e apresentam baixa adesão ao tratamento ou orientações. No entanto, existem evidências de que a intervenção motivacional por profissionais treinados pode auxiliar na internalização dessas motivações, obtendo-se melhores resultados, o que demanda consultas mais frequentes nos ambulatórios de tratamento do excesso de peso (Teixeira *et al*., 2005; Webber *et al*., 2010). O questionário traduzido e adaptado no presente estudo também pode ser útil na determinação da frequência em que um indivíduo deva comparecer às consultas com especialistas de forma individualizada, aumentando as chances de sucesso e evitando sobrecarga do sistema de saúde.

Como principais limitações desse estudo cita-se a inclusão de um número pequeno de pacientes atendidos somente na atenção secundária, o que não engloba uma amostra representativa de toda a população que vive com sobrepeso e obesidade e pode ter contribuído para a maior pontuação no fator relacionado à saúde. Cita-se também o fato de se tratar de uma adaptação transcultural, havendo a necessidade de validação transcultural para que o questionário possa ser utilizado no auxílio ao tratamento dos indivíduos que vivem com excesso de peso.

6 CONCLUSÃO

Foi realizada a adaptação transcultural da Escala de Motivação para Perda de Peso desenvolvida por Andrea Meyer *et al*. (2010) na língua alemã para o contexto brasileiro. Observou-se com boa equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre as versões original e traduzida.

REFERÊNCIAS

ACQUADRO, C. *et al.* Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. **Value in Health**, [Malden] v. 11, n. 3, p. 509-521, maio-jun. 2008. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo: Abeso, 2016. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf. Acesso em: 7 abr. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Tratamento farmacológico do indivíduo adulto com obesidade e seu impacto nas comorbidades**: atualização 2024 e posicionamento de especialistas da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Abeso) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM). São Paulo: Clannad, 2024. Disponível em: https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2024/08/Posicionamento-Tratamento-Farmacologico.pdf. Acesso em: 7 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. **Portaria SCTIE/MS n° 53, de 11 de novembro de 2020**. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de sobrepeso e obesidade em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-sobrepeso-e-obesidade-em-adultos/view. Acesso em: 7 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf . Acesso em: 7 abr. 2025.

CATERSON, I. D. *et al*. Gaps to bridge: misalignment between perception, reality and actions in obesity. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, [Oxford], v. 21, n. 8, p. 1914-1924, ago. 2019. doi: 10.1111/dom.13752.

COPUR, S*. et al.* Tirzepatide and potential use for metabolically healthy obesity. **European Journal of Internal Medicine**, [Basingstoke], v. 113, p. 1-5, jul. 2023. doi: 10.1016/j.ejim.2023.05.012

DECI, E. L.; RYAN, R. M. **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior**. Boston: Springer, 1985.
DECI, E. L.; RYAN, R. M. Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activit**, [*s. l.*], v. 9, n. 24, 2012. doi: 10.1186/1479-5868-9-24

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, [Oxford], v. 46, n. 12, p. 1417-1432, dez. 1993. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-n

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **Global burden of disease**: GBD. Seattle: IHME, [2021]. Disponível em: https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd. Acesso em: 7 abr. 2025.

JASTREBOFF, A. M. *et al*. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. **New England Journal of Medicine**, [Boston], v. 387, n. 3, p. 205-216, 21 jul. 2022. doi: 10.1056/NEJMoa2206038

LAZARUS, E.; BAYS, H. E. Cancer and obesity: an Obesity Medicine Association (OMA) Clinical Practice Statement (CPS) 2022. **Obesity Pillars**, [New York], v. 3, p. 100026, jul. 2022. doi: 10.1016/j.obpill.2022.100026

LINCOFF, A. *et al*. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. **New England Journal of Medicine**, [Boston], v. 389, n. 24, p. 2221-2232, dez. 2023. doi: 10.1056/NEJMoa2307563

MEYER, A. H. *et al.* Initial Development and Reliability of a Motivation for Weight Loss Scale. **Obesity Facts**, [Basel], v. 3, n. 3, p. 205-211, jun. 2010. doi: 10.1159/000315048

MROZ, J. E.; PULLEN, C. H.; HAGEMAN, P. A. Health and appearance reasons for weight loss as predictors of long-term weight change. **Health Psychology Open**, [Londres], v. 5, n. 2, 5 dez. 2018. doi: 10.1177/2055102918816606

NUTTER, S. *et al.* Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: a position statement from the World Obesity Federation. **Obesity Reviews**, [Oxford], v. 25, n. 1, jan. 2024. doi: 10.1111/obr.13642

O'BRIEN, K. *et al*. Reasons for wanting to lose weight: different strokes for different folks. **Eating Behaviors**, [New York], v. 8, n. 1, p. 132-135, jan. 2007. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.01.004

O'KEEFFE, M. *et al.* Knowledge gaps and weight stigma shape attitudes toward obesity. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, [Londres], v. 8, n. 5, p. 363-365, maio 2020. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30073-5

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Obesity stigma: important considerations for public health. **American Journal of Public Health**, [New York], v. 100, n. 6, p. 1019-1028, jun. 2010. doi: 10.2105/AJPH.2009.159491

PUTTERMAN, E.; LINDEN, W. Appearance versus health: does the reason for dieting affect dieting behavior? **Journal of Behavioral Medicine**, [New York], v. 27, n. 2, p. 185-204, abr. 2004. doi: 10.1023/b:jobm.0000019851.37389.a7

RUBINO, F. *et al*. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, [Londres], v. 13, n. 3, p. 221-262, mar. 2025. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4.

SCHELLING, S. *et al.* Relationship between motivation for weight loss and dieting and binge eating in a representative population survey. **International Journal of Eating Disorders**, [New York], v. 44, n. 1, p. 39-43, jan. 2011. doi: 10.1002/eat.20748

SILVA, D. F. o. *et al*. Instruments for evaluation of motivations for weight loss in individuals with overweight and obesity: a systematic review and narrative synthesis. **PLoS One**, [São Francisco], v. 14, n. 7, 23 jul. 2019. doi: 10.1371/journal.pone.0220104

TAY, A.; HOEKSEMA, H.; MURPHY, R. Uncovering barriers and facilitators of weight loss and weight loss maintenance: insights from qualitative research. **Nutrients**, [Basel], v. 15, n. 5, p. 1297, 6 mar. 2023. doi: 10.3390/nu15051297

TEIXEIRA, P. J. *et al*. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. **Obesity Reviews**, [Oxford], v. 6, n. 1, p. 43-65, fev. 2005. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00166.x

VOLLSET, S. E. *et al.* Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022-2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet**, [*s. l.*], v. 403, n. 10440, p. 2204-2256,18 maio 2024.

WEBBER, K. H. *et al*. The effect of a motivational intervention on weight loss is moderated by level of baseline controlled motivation. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [Londres], v. 7, n. 1, p. 4, 2010. doi: 10.1186/1479-5868-7-4

WORLD OBESITY FEDERATION. Brazil: upper-middle income. Reino Unido: WOF, [2023]. Disponível em: https://data.worldobesity.org/country/brazil-27/#data_economic-impact. Acesso em: 7 abr. 2025.

WORLD OBESITY FEDERATION. **Global obesity observatory**. Reino Unido: WOF, [2025]. Disponível em: https://data.worldobesity.org/. Acesso em: 7 abr. 2025.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução e adaptação transcultural de questionário de escala de motivação para perda de peso

Pesquisador: FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78059423.0.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.809.625

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_ 2229838.pdf, de 03/05/2024.

Introdução:

A obesidade é uma doença crônica, recorrente, multifatorial e importante problema de saúde pública, sendo resultado da interação de genes, ambiente, estilo de vida, fatores emocionais e endócrinos. (ABESO2016) Estima-se que cerca de 700 milhões de pessoas convivam com obesidade em todo mundo, e que esse número ultrapasse um bilhão até o ano de 2030, segundo projeção do World Obesity Federation. Dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel-2019), no Brasil, apontam que a prevalência de obesidade aumentou 72% nos últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019, e que cerca de 55,4% da população conviva com excesso de peso (índice de massa corporal ¿ IMC- acima de 24,9%), em todo país. A obesidade apresenta grande impacto socioeconômico, resultando em diminuição do bem-estar, aumento no risco de comorbidades e mortes prematuras. Além disso, os indivíduos que convivem com a doença também apresentam impacto na saúde mental e estão sujeitos a preconceitos, estigmatização, bullying, menos oportunidades no campo de trabalho e, até mesmo, no campo

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5167 **E-mail:** cep.hu@ufjf.br

educacional. Entre as principais comorbidades associadas ao excesso de peso estão o diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, doença renal crônica, apneia obstrutiva do sono, osteoartrite, câncer e redução da qualidade de vida relacionada à saúde. Precisamos entender a percepção que pacientes e profissionais de saúde que convivem com obesidade têm da doença, e as barreiras que prejudicam a perda adequada e manutenção do peso. Alguns estudos apontam que menos de 20% dos indivíduos que são orientados a emagrecer, sem orientação intensiva e acompanhamento sistematizado em relação à alimentação e exercício, apresentam perda de pelo menos 5% do peso inicial em 24 meses. Um percentual ainda menor consegue manter essa perda com o passar dos anos.

Metodologia Proposta:
Fase1- Tradução do questionário da língua alemã para a portuguesa. Esta se compõe das seguintes etapas a) Tradução inicial do instrumento do alemão para o português ¿ esta deverá ser realizada por dois tradutores, cuja língua materna seja o português, e devem ter conhecimento sobre o objetivo do estudo. As duas traduções serão comparadas, originando uma primeira versão do instrumento; b) Retradução / Retrotraduções ¿ a primeira versão será traduzida novamente para o idioma materno (alemão) por outros dois tradutores fluentes não conhecedores dos objetivos e conceitos pertencentes ao instrumento. Essa nova versão na língua materna será sintetizada e o resultado, confrontado com a original para correção de eventuais discordâncias e, assim, obtém-se a segunda versão; c) Comitê de especialistas ¿ será organizado um comitê formado por até cinco profissionais da área de saúde bilíngues que farão a revisão das partes da versão 1 e 2 em relação à equivalência semântica, idiomática e conceitual. Fase 2- Validação transcultural do questionário devidamente traduzido Este se compõe nas seguintes etapas: Projeto piloto O questionário será apresentado e aplicado a 10 pacientes, selecionados por amostragem por conveniência, atendidos no ambulatório de obesidade e síndrome metabólica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), para avaliar a aplicabilidade do referido questionário. Aplicação do questionário Será realizado um estudo transversal baseado em amostragem por conveniência, de pacientes atendidos no ambulatório de obesidade e síndrome metabólica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Avaliaremos os motivos para a busca da perda de peso, por meio de questionário traduzido de Meyer.et al., composto por 24 afirmativas, divididas em três categorias: Saúde, aparência em relação a si mesmo e aparência em relação aos outros. Será avaliada a equivalência funcional do referido questionário, respondido pelos

pacientes incluídos no estudo citado acima, em comparação ao resultado do estudo do questionário de origem, que foi realizado em pacientes que convivem com sobrepeso e obesidade, na Suíça.

Critério de Inclusão:
Pacientes adultos, homens e mulheres, de 18 a 65 anos, com IMC> ou = 25kg/m2 no dia da aplicação do questionário.

Critério de Exclusão:
Resposta incompleta, gestantes, cirurgia bariátrica prévia, complicações severas decorrentes da obesidade e aqueles com IMC<25kg/m2 no dia da aplicação do questionário

Hipótese:
A tradução para o português e validação transcultural de questionário elaborado para conhecimento das motivações para perda de peso destes pacientes pode ser uma ferramenta útil na elaboração de estratégias terapêuticas eficazes para o tratamento do excesso de peso.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Realizar a tradução para o português e validação transcultural do questionário de escala de motivação para perda de peso. A validação transcultural é realizada com a avaliação da equivalência funcional, que consiste na verificação da possibilidade de um instrumento realizar sua função em duas ou mais culturas. A equivalência funcional engloba, principalmente, as equivalências conceituais, semânticas, operacionais e psicométricas do referido questionário. O objetivo da validação é torná-lo uma possível ferramenta para elucidar as principais motivações para perda de peso, avaliando saúde e aparência, auxiliando no tratamento mais eficaz e individualizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Esta pesquisa envolve riscos mínimos, que são: a possibilidade de aborrecimento, cansaço ou constrangimento ao responder ao questionário e extravio de informações. Para diminuir a chance desses riscos acontecerem, garantimos o cuidado dos dados fornecidos e a guarda adequada das informações coletadas. Além disso, os nomes dos participantes não serão

publicados, de forma que não haja nenhuma identificação individual. O acesso aos questionários irá se limitar somente pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas. Os documentos não terão sua integridade violada, por danos físicos, cópias ou rasuras. Para evitar aborrecimento, cansaço ou constrangimento, o questionário será aplicado em uma sala reservada, com ambiente seguro e confortável, além de ser concedido o tempo necessário para que o convidado possa responder às perguntas.

Benefícios:
Maior entendimento sobre as motivações e potencial aumento da capacidade de discriminar o tratamento mais adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
O delineamento do estudo é do tipo transversal, realizado em um único centro.
Patrocinador: próprio pesquisador
Tamanho da amostra: 200 participantes
Grupos:
- Pessoas com obesidade
Previsão de encerramento do estudo: 31 de dezembro de 2024.
O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa. O orçamento lista os custos da pesquisa e o patrocinador responsável conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI ¿ c.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Todos os documentos referentes a este parecer estão anexados em campo próprio, abaixo neste Formulário, e foram utilizados para a sua análise.
O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO para o participante em linguagem clara para compreensão, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos. descreve sobre o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, estando assim de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta os INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise de resposta ao parecer pendente nº 6.709.031 emitido pelo CEP em 18/03/2024:

1. De acordo com a Norma Operacional 001/2013 (item 3.4.1 número 12) os riscos e benefícios devem ser explicitados no projeto, bem como medidas para sua minimização. No referido projeto, os riscos foram explicitados, porém na plataforma Brasil não foram descritas as medidas para minimizá-los. Estando corretamente descrito no projeto e no TCLE. O pesquisador deverá realizar a descrição na plataforma Brasil.
RESPOSTA: o pesquisador realizou a descrição na plataforma Brasil de medidas para amenizar os riscos.
ANÁLISE: pendência atendida

2. De acordo com a Norma Operacional 001/2013 (item 3.4.1 número 9) o cronograma deverá ser incluído no projeto e na plataforma Brasil. O cronograma foi anexado, porém as datas informadas no documento ¿Cronograma¿, e o campo cronograma do projeto estão em desconformidade. O pesquisador deverá padronizar as datas em todos os campos (Cronograma e Projeto de pesquisa), deixando claro que a pesquisa terá início após a aprovação do sistema CEP/CONEP.
RESPOSTA: os cronogramas dos diferentes documentos estão em conformidade.

ANÁLISE: pendência atendida

3. De acordo com a Resolução CNS 466/2012 item IV.3, o TCLE deve conter obrigatoriamente ¿explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes¿ e ainda ¿os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa¿. Assim, tais informações deverão ser inseridas no TCLE.
RESPOSTA: o TCLE informa que o paciente não terá nenhum custo para participar da pesquisa e que o mesmo apresenta direito a indenização em caso de dano em decorrência da pesquisa.
ANÁLISE: pendência atendida

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2229838.pdf	03/05/2024 01:31:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	03/05/2024 01:25:16	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Cronograma	cronograma_plataforma_brasil_assinado.pdf	03/05/2024 01:20:42	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2229838.pdf	27/03/2024 15:15:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_final_assinado.pdf	27/03/2024 15:13:55	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF

Continuação do Parecer: 6.809.625

Investigador	Projeto_final_assinado.pdf	27/03/2024 15:13:55	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_assinado.pdf	27/03/2024 15:13:55	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Recusado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconsentimento.pdf	27/03/2024 15:11:04	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Outros	Curriculo_flavia.pdf	01/03/2024 12:45:13	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Outros	curriculo_fernando.pdf	19/02/2024 17:57:40	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Outros	Curriculo_Gabriel.pdf	19/02/2024 17:54:14	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Cronograma	cronograma_assinado.pdf	19/02/2024 11:54:32	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Cronograma	cronograma_assinado.pdf	19/02/2024 11:54:32	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Recusado
Outros	curriculo_lize.pdf	20/12/2023 17:13:26	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Outros	confidencialidade_sigilo.pdf	20/12/2023 17:08:34	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Outros	carta_cep.pdf	20/12/2023 17:05:30	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	20/12/2023 12:49:37	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	20/12/2023 12:46:22	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito
Folha de Rosto	documento_Dimas.pdf	20/12/2023 12:27:36	FLAVIA LOPES DE MACEDO VELOSO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 07 de Maio de 2024

Assinado por:
Leandro Marques de Resende
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5167 **E-mail:** cep.hu@ufjf.br

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5167 **E-mail:** cep.hu@ufjf.br