



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Social e do Trabalho
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações
Linha de Pesquisa: Avaliação e Medidas em Psicologia

Dissertação de Mestrado

**Adaptação brasileira do *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3) e evidências iniciais
de validade e fidedignidade**

**Brazilian adaptation of the *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3)
and preliminary evidence of validity and reliability**

Mariana Mateus Penha

Orientador: Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade

Brasília-DF

Fevereiro de 2019

**Adaptação brasileira do *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3) e evidências iniciais
de validade e fidedignidade**

**Brazilian adaptation of the *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3)
and preliminary evidence of validity and reliability**

Mariana Mateus Penha

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Social, do Trabalho e das
Organizações, do Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre
em Psicologia Social, do Trabalho e das
Organizações.

Orientador: Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade

Brasília-DF, fevereiro de 2019.

**Adaptação brasileira do *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3) e evidências iniciais
de validade e fidedignidade**

Dissertação de mestrado avaliada pela banca examinadora constituída por:

Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade (Orientador)
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Jacob Arie Laros (Membro Efetivo)
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Daniela Sacramento Zanini (Membro Efetivo)
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. André Luiz Alves Rabelo (Membro Suplente)
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

*“No man ever steps in the same river twice,
for it’s not the same river and
he’s not the same man.”*

Heráclito

*“No psychological test applied to different groups will ever show
exactly the same value of the reliability coefficient
since the groups to which the test is applied
are not the same as the original standardization sample
some groups will be more homogeneous
and other more heterogeneous
therefore reliability is not a property of the test
but a property of the test sores”*

Laros, 2019

Agradecimentos

Antes de mais nada, é necessário agradecer a todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

À minha família, que é o meu maior orgulho. À minha mãe, Lúcia, pela serenidade e por me inspirar a me divertir com gráficos e testes estatísticos. Ao meu pai, Jerry, pelo suporte diário, pela cadeira no IB e por me ensinar, desde sempre, a importância da argumentação, da Ciência e do método. Às minhas avós e avôs por todo o amor. À Mara e ao Cláudio, pelos ouvidos atentos e momentos de leveza.

Aos amigos de Cuiabá e aos amigos da graduação, que sempre se fizeram presentes, mesmo a quilômetros de distância. Obrigada por compreenderem a minha ausência física e (algumas vezes) virtual. À Mariana Rachid, pela disponibilidade e companhia sempre que eu precisei. Ao João Gabriel pelos momentos incríveis e por explorar um pouco de Brasília comigo. À Laís pelo carinho e alegria. Aos meninos da “Ursal”, que são como irmãos. À Jéssica Bicudo pelo grande auxílio na divulgação desta pesquisa.

Agradeço especialmente ao meu orientador prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade, por todo o suporte, compartilhamento de conhecimento e acolhida.

Aos membros efetivos e suplente da banca, prof. Dr. Jacob Arie Laros, profa. Dra Daniela Zanini e prof. Dr. André Rabelo, por prontamente aceitarem contribuir com a minha formação. Ao prof. Dr. Jacob Arie Laros e à profa. Dra Daniela Zanini, um agradecimento de grande destaque. Obrigada pelo esmero dispensado na avaliação desta dissertação e por cada crítica, sugestão e conhecimento compartilhado. Aprendi muito com ambos

A todos os participantes da pesquisa.

Ao CNPq pelo apoio financeiro e incentivo à pesquisa.

RESUMO

No Brasil, instrumentos psicométricos que avaliam fatores de risco associados a transtornos alimentares focam somente em um fator de risco ou, quando possuem caráter multidimensional, englobam apenas um tipo de transtorno alimentar. Entretanto, estudos apontam para a necessidade de considerar os diversos fatores associados a esses transtornos no desenvolvimento de instrumentos psicométricos adequados. No contexto internacional, o *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3) destaca-se como um instrumento multidimensional que mensura sintomas e aspectos psicológicos associados à anorexia nervosa, bulimia nervosa e ao transtorno de compulsão alimentar. Assim, este estudo identificou as propriedades psicométricas da versão adaptada para o Brasil do EDI-3. Foram realizados procedimentos de adaptação, obtenção de evidências iniciais de validade de construto e critério, fidedignidade e estimação das propriedades psicométricas dos itens. Para tanto, foi considerada uma amostra válida de 87 sujeitos, que constituíram os grupos clínico e não-clínico. Os dados foram analisados a partir da Análise Fatorial Confirmatória e da Teoria de Resposta ao Item. Inicialmente, as dimensões problemas afetivos, controle excessivo e desajuste psicológico não apresentaram bons ajustes. O modelo final descartou a escala perfeccionismo, apresentando assim bons índices de ajuste e parâmetros adequados de validade e fidedignidade. Conclui-se que, apesar do quantitativo pequeno de sujeitos, o instrumento apresenta evidências iniciais de validade, o que motiva a realização de estudos posteriores.

Palavras-chave: avaliação psicológica, psicomетria, transtornos alimentares, validade, teoria de resposta ao item.

ABSTRACT

In Brazil, psychometric instruments that assess risk factors associated with eating disorders focus on only one risk factor or, when they have a multidimensional character, only include one type of eating disorder. However, a considerable number of studies indicate the need to consider various factors associated with these disorders in the development of appropriate psychometric instruments. In the international context, the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) stands out as a multidimensional instrument that measures symptoms and psychological features associated with anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. In this context, it was decided to make a Brazilian adaptation of the EDI-3. The main objectives of this study were: (1) to make an adapted version of the EDI-3 for Brazil, and (2) to obtain preliminary evidence of the validity and reliability of this adapted version. Therefore, the Brazilian version of the EDI-3 was administered to a sample of 87 subjects, which consisted of both clinical and non-clinical groups. Preliminary evidence was acquired of the construct and criterion validity as well as of the reliability of the factors measured by the adapted version of the EDI-3. On item level, estimation of the psychometric properties was obtained. Data were analyzed using Confirmatory Factor Analysis and Item Response Theory. The dimensions affective problems, excessive control and psychological impairment did not present good adjustments. The final model discarded the perfectionism scale, thus presenting good adjustment indices and adequate parameters of validity and reliability. It is concluded that, despite the small quantitative of subjects, the instrument presents initial evidence of validity, which motivates the accomplishment of later studies.

Keywords: psychological assessment, psychometrics, eating disorders, validity, item response theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Curva de informação total e curva de erro.....	42
Figura 2. Curvas características dos itens em função do traço latente da dimensão RT.....	43
Figura 3. Curva de informação dos itens em função do traço latente	44
Figura 4. Curva de informação total e curva de erro.....	47
Figura 5. Curvas características dos itens em função do traço latente da dimensão IC	48
Figura 6. Curvas de informação dos itens em função do traço latente.....	49
Figura 7. Curva de informação total e curva de erro.....	52
Figura 8. Curvas características dos itens em função do traço latente da dimensão PC..	53
Figura 9. Curvas de informação dos itens em função do traço latente	54
Figura 10. Curva de informação total e curva de erro.....	57
Figura 11. Curvas características dos itens em função do traço latente da dimensão PA.	58
Figura 12. Curvas de informação dos itens em função do traço latente.....	59
Figura 13. Curva de informação total e curva de erro.....	63
Figura 14. Curvas características dos itens em função do traço latente da dimensão CE	64
Figura 15. Curvas de informação dos itens em função do traço latente.....	65
Figura 16. Curva de informação total e curva de erro.....	68
Figura 17. Curvas características dos itens em função do traço latente da dimensão DP	69
Figura 18. Curvas de informação dos itens em função do traço latente.....	70
Figura 19. Gráficos das relações entre os <i>thetas</i> em função dos grupos não-clínico e clínico....	73
Figura 20. Boxplot da relação entre os <i>thetas</i>	74
Figura 21. Boxplot dos <i>thetas</i> estimados	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	25
Tabela 2	35
Tabela 3	36
Tabela 4	39
Tabela 5	39
Tabela 6	41
Tabela 7	45
Tabela 8	45
Tabela 9	46
Tabela 10	50
Tabela 11	50
Tabela 12	51
Tabela 13	54
Tabela 14	55
Tabela 15	56
Tabela 16	56
Tabela 17	59
Tabela 18	60
Tabela 19	61
Tabela 20	61
Tabela 21	63
Tabela 22	65
Tabela 23	68
Tabela 24	70
Tabela 25	75

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Capítulo 1 - TRANSTORNOS ALIMENTARES	15
1.1 Anorexia Nervosa	16
1.2 Bulimia Nervosa	18
1.3 Transtorno de Compulsão Alimentar	18
1.4 Avaliação dos transtornos alimentares no Brasil: principais instrumentos	19
Capítulo 2 – MÉTODO	21
2.1 Delineamento	21
2.2 Amostra	21
2.3 Instrumento	23
2.4 Procedimento	28
2.4.1 Tradução e análise semântica dos itens dos instrumentos.....	29
2.4.2 Coleta de dados	32
2.5 Análise de dados	32
Capítulo 3 – RESULTADOS	34
3.1 Correlação item-total.....	35
3.2 Dimensão Risco para Transtorno Alimentar – RT.....	38
3.3 Dimensão Ineficácia – IC.....	44
3.4 Dimensão Problemas Interpessoais – PI	49
3.5 Dimensão Problemas Afetivos – PA.....	55
3.6 Dimensão Controle Excessivo – CE	60
3.7 Dimensão Desajuste Psicológico – DP	65
3.8 Identificação da capacidade de classificação dos <i>thetas</i> nos grupos.....	72
3.9 Modelo Geral	74
Capítulo 4 – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
4.1 Discussão	76
4.2 Considerações finais	78
Referências	79

INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares (TAs) são desvios na conduta alimentar caracterizados por alterações constantes na alimentação e nos comportamentos relacionados à alimentação, que afetam o consumo ou a absorção de alimentos, impactando negativamente na saúde física ou no funcionamento psicossocial dos sujeitos (DSM-5, 2013; DSM-5, 2014). No âmbito geral, dados indicam que os TAs são mais comuns em mulheres adolescentes (Abreu & Cangelli Filho, 2005) e jovens adultas (Abreu & Cangelli Filho, 2005; Oliveira & Hutz, 2010).

A versão mais recente do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013), cujos critérios diagnósticos são amplamente utilizados como referência para o diagnóstico de psicopatologias, considera como TAs: (1) transtorno de compulsão alimentar, (2) anorexia nervosa, (3) pica ou picamalácia, (4) transtorno de ruminação, (5) bulimia nervosa e (6) transtorno de consumo alimentar evitativo/restritivo (APA, 2013; APA, 2014; Araújo & Lotufo Neto, 2014). Dentre esses transtornos, destacam-se a anorexia nervosa, a bulimia nervosa (Alves, Santana, Silva, Pinto, & Assis, 2012) e o transtorno de compulsão alimentar (Leal, Philippi, Polacow, Cordás, & Alvarenga, 2012), possivelmente por serem mais comumente diagnosticados. Importante ressaltar que, até o DSM-IV-TR (2000), o transtorno pica, o transtorno de ruminação e o transtorno de consumo alimentar evitativo/restritivo eram classificados como transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência (Araújo & Lotufo Neto, 2014) e, portanto, não constavam na categoria dos TAs. Esse aspecto pode ter influenciado a alta prevalência e o maior enfoque nos estudos sobre anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar, visto que a faixa-etária para diagnóstico dessas psicopatologias sempre foi ampla.

A etiologia dos TAs é multideterminada, ou seja, o seu desenvolvimento e manutenção dependem da interação entre diferentes fatores (Morgan, Vecchiatti, & Negrão, 2002; Tomaz & Zanini, 2009), que podem ser classificados como fatores de risco individual, familiar e sociocultural (Garner, 1993 como citado em Garner, 2004; Costa & Melnik, 2016). Aqui, incluem-se variáveis como, por exemplo, gênero (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983), idade (Leal et al., 2012), hábitos alimentares (Leonidas & Santos, 2012), perfeccionismo (Fortes, Cipriani, Almeida, & Ferreira, 2014) e percepção de imagem corporal (Campana, Tavares, & Garcia Júnior, 2012).

Os TAs estão, ainda, associados a diversas comorbidades e consequências. Dentre essas, destacam-se as alterações digestivas, distúrbios eletrolíticos, osteopenia, osteoporose, transtornos de personalidade, depressão, morte (Souza & Pessa, 2016) e comportamento suicida (Veras, Ximenes, Vasconcelos, Medeiros, & Sougey, 2018). Por isso, há uma crescente preocupação em construir instrumentos que estimem adequadamente sintomas, aspectos psicológicos ou fatores de risco relacionados a TAs, com o intuito de auxiliar o seu diagnóstico correto (Freitas, Gorenstein, & Appolinario, 2002) e, também, facilitar o acompanhamento da eficácia dos tratamentos e a realização de estudos epidemiológicos sobre esses transtornos. Devido à sua etiologia multideterminada, estudos de incidência e prevalência dos TAs são de difícil realização, visto que é necessário o uso de avaliações e abordagens que considerem, concomitantemente, todos os fatores associados a esses transtornos (Leal et al., 2012). Ademais, observa-se que poucos estudos realizados no Brasil consideram a interação entre esses múltiplos fatores ou, quando a consideram, enfocam somente um tipo de transtorno alimentar. Por consequência, não há ainda um instrumento adaptado, normatizado e com evidências de validade e fidedignidade no contexto brasileiro, que avalie diferentes sintomas e fatores de risco para mais de um tipo de transtorno

alimentar. Nota-se também que, frequentemente, as informações sobre a metodologia utilizada para estimar parâmetros epidemiológicos sobre TAs são suprimidas dos estudos brasileiros ou, ainda, são apresentados parâmetros epidemiológicos mundiais ou internacionais, em detrimento de parâmetros epidemiológicos brasileiros. Diante disso, parece haver muitas incertezas acerca das estimativas reais de incidência e prevalência de TAs no Brasil, tornando evidente a necessidade de desenvolvimento ou adaptação de instrumentos que facilitem a estimativa confiável desses parâmetros. Almeja-se o desenvolvimento de políticas públicas em saúde (Veras et al., 2018) coerentes com as necessidades da população brasileira.

Na literatura internacional, o *Eating Disorder Inventory* (Garner, 1983) consolidou-se como um bom instrumento para a mensuração de sintomas e aspectos psicológicos associados aos TAs, estando atualmente em sua terceira revisão – EDI-3 (Garner, 2004), com evidências de validade e estudos de normatização em amostras dos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Itália, Holanda e Suécia. O EDI-3 é um instrumento multidimensional de autorrelato que acessa sintomas e domínios psicológicos relevantes para anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. Considera-se, portanto, que o EDI-3 pode contribuir significativamente para o estudo, diagnóstico e tratamento dos TAs no Brasil.

Diante do exposto, este estudo objetivou adaptar do *Eating Disorder Inventory-3* – EDI-3 (Garner, 2004) e obter evidências iniciais de validade e fidedignidade da versão adaptada para o Brasil. Os objetivos específicos da presente dissertação incluem:

- a) aplicar procedimentos de adaptação do EDI-3 para o contexto brasileiro;
- b) analisar a estrutura fatorial da versão adaptada do EDI-3;
- c) obter estimativas da fidedignidade dos escores fatoriais e das escalas da versão adaptada do EDI-3;

d) estimar parâmetros de discriminação e dificuldade (severidade) dos itens da versão adaptada do EDI-3.

Para tanto, esta dissertação foi organizada em quatro capítulos. O primeiro discorre acerca do marco-teórico sobre os TAs, com especial atenção à anorexia nervosa, à bulimia nervosa e ao transtorno de compulsão alimentar. Contempla ainda a apresentação dos principais instrumentos utilizados para avaliar TAs no Brasil. No segundo capítulo são explanados os aspectos metodológicos do desenvolvimento deste estudo, enquanto no terceiro capítulo são apresentados os seus resultados. Por fim, o quarto capítulo discute esses resultados a partir da literatura científica e apresenta as limitações e contribuições do estudo.

Capítulo 1 - TRANSTORNOS ALIMENTARES

O interesse da mídia, da sociedade e da comunidade científica em abordar e compreender os diversos tipos de transtornos alimentares (TAs) cresceu nos últimos dez anos, acompanhando a divulgação de casos de modelos e adolescentes que faleceram em decorrência desses transtornos (Sopezki & Vaz, 2014). Também tem ocorrido um aumento, no mundo todo, de discussões sobre a imposição de padrões corporais. Uma análise superficial do número de notícias acerca da temática pela ferramenta de buscas *Google*, com uso do termo “transtorno alimentar”, indicou que entre os anos 2008 e 2012 foram publicadas 47 notícias *online* sobre o assunto no Brasil, enquanto entre os anos 2013 e 2018, foram localizadas 157 notícias. Ou seja, aproximadamente 3 vezes mais do que no período anterior.

Os TAs são considerados psicopatologias e, por isso, são definidos na contemporaneidade pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), que os descreve minuciosamente. O DSM é uma publicação organizada e revisada periodicamente pela *American Psychiatric Association*, estando atualmente em sua quinta edição, cujo título abrevia-se como DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). O resgate histórico dos TAs remonta à primeira edição do DSM (American Psychiatric Association, 1952), que já destacou a anorexia nervosa. Esta, no entanto, não era considerada uma psicopatologia *per se*, mas uma reação psicofisiológica. No DSM-II (American Psychiatric Association, 1968), a anorexia nervosa foi classificada como um sintoma especial de distúrbios da alimentação, juntamente com a ruminação e comportamentos relacionados à picamalácia. Em sua edição seguinte, o DSM (American Psychiatric Association, 1987) trouxe, pela primeira vez, os TAs enquanto psicopatologias e não mais como reações ou sintomas especiais atrelados a outras patologias, embora estes

ainda não tivessem uma categoria própria. Foi apenas na revisão do DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) que os TAs tornaram-se uma categoria psicopatológica independente (Dell’Osso et al., 2016), que foi mantida e ampliada no DSM-5 (APA, 2013).

Salienta-se que há críticas em relação ao uso do DSM (Caponi, 2014). Aponta-se que esse instrumento diagnóstico contribui para a perpetuação de estigmas acerca de indivíduos com patologias psiquiátricas (Calazans & Kyrillos Neto, 2012) e para a redução da identidade desses sujeitos a características da sua doença (Guerra, 2012). Entretanto, este estudo compreende que, embora controverso, o DSM, se utilizado criticamente, é o instrumento que melhor auxilia os profissionais de saúde a diagnosticarem psicopatologias inseridas no espectro dos TAs.

Devido a sua etiologia multifatorial (Manochio-Pina, Ganero, Silva, & Pessa, 2018; Sopezki & Vaz, 2014) ou multideterminada, no campo científico os TAs são objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento (Bal & Dikencik, 2013), com destaque para a Educação Física, a Nutrição, a Psiquiatria e a Psicologia. O tratamento desses transtornos deve ser realizado por uma equipe multiprofissional (Quiles-cestari & Ribeiro, 2012) ou interdisciplinar, que inclua profissionais das áreas supracitadas. De modo geral, indivíduos com TAs apresentam piora em sua qualidade de vida (Tirico, Stefano, & Blay, 2010). Especificidades acerca da anorexia nervosa, da bulimia nervosa e do transtorno de compulsão alimentar serão discutidas a seguir.

1.1 Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa caracteriza-se pela presença de intensa distorção da imagem corporal, medo mórbido de engordar e recusa em manter o peso corporal adequado (APA, 2013; Moura, Santos, & Ribeiro, 2015). Tais características implicam a redução drástica e voluntária da ingestão alimentar, culminando em redução desejada de peso,

inanição, caquexia e, ocasionalmente, morte (Manochio-Pina et al., 2018). Essa psicopatologia pode ser do subtipo restritivo, marcado por ausência de episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo, ou do subtipo compulsão alimentar purgativa, caracterizado pela presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (APA, 2013). No manual vigente de Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2018), mais conhecido pela sigla CID-11, a anorexia nervosa recebe o código 6B80, com suas variantes e especificidades.

Do ponto de vista histórico, sintomas anoréxicos são descritos desde a Idade Média sob o termo “Anorexia Santa”, no qual longos jejuns se associavam à aproximação da divindade e, muitas vezes, eram acompanhados de intolerância às consequências da ingestão de alimentos, excesso de atividades físicas, perfeccionismo, constante vigília e busca por uma condição idealizada (Cordás & Claudino, 2002). O primeiro relato médico discorrendo sobre a anorexia nervosa surgiu em 1689, com Morton. Em 1873 o inglês William Gull e o francês Lasègue propuseram, paralelamente, que a anorexia nervosa fosse uma entidade clínica independente (Cordás & Claudino, 2002). Na década de 70 despontaram os primeiros critérios diagnósticos padronizados para a anorexia nervosa (Cordás & Claudino, 2002).

Estudos atuais sugerem elo entre anorexia nervosa, prejuízos à densidade mineral óssea (Silva, Damiani, & Cominato, 2013) e baixa autoestima (Sopezki & Vaz, 2014). As taxas de mortalidade na anorexia nervosa são consideravelmente mais elevadas que na bulimia nervosa (Quadflieg & Fichter, 2003).

1.2 Bulimia Nervosa

Em termos gerais, a bulimia nervosa tem como características o medo de engordar e a ingestão compulsiva de quantidades exorbitantes de alimento em um período pequeno, alternada por comportamentos compensatórios voltados à evitar o ganho de peso, tal qual purgação e jejum (APA, 2013; Cordás & Claudino, 2002). No CID-11 (OMS, 2018), a bulimia nervosa está identificada sob o código 6B81.

Etimologicamente, a palavra “bulimia” provém do termo *boulimos*, adotado por Hipócrates para nomear a fome doentia, que carecia de condições fisiológicas (Cordás, 2004). Em 1979, Gerald Russell faz a primeira descrição da bulimia nervosa como entidade nosológica independente. Entretanto, o comportamento purgativo de induzir ao vômito, tipicamente presente na bulimia nervosa, já era frequente em povos do Antigo Egito e na Roma medieval (Cordás & Claudino, 2002).

Assim como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa está associada à baixa autoestima (Sopezki & Vaz, 2014). Estudos epidemiológicos sobre mortalidade no contexto da bulimia nervosa ainda são insuficientes para se estabelecer uma estimativa apropriada (Veras et al., 2018).

1.3 Transtorno de Compulsão Alimentar

O transtorno de compulsão alimentar caracteriza-se pela ocorrência de episódios frequentes de compulsão alimentar, com sofrimento significativo e livre de comportamentos compensatórios, associados a, no mínimo, três das seguintes condições: (a) ingestão rápida dos alimentos, além da normalidade, (b) sensação de saturação decorrente da quantidade de alimentos consumida, (c) ausência de sensação física de fome previamente ao grande consumo de alimentos, (d) vergonha da quantidade de alimentos consumida, que leva ao isolamento no momento da refeição,

(e) sentimento de culpa, tristeza ou desgosto após o episódio de compulsão. Sua prevalência supera a somatória das prevalências de anorexia nervosa e bulimia nervosa e, ademais, é o transtorno alimentar mais comum em homens (Guerdjikova, Mori, Casuto, & McElroy, 2017). Embora grande parte das investigações acerca do transtorno de compulsão alimentar enfoque indivíduos obesos, este pode afetar também sujeitos com peso normal ou sobrepeso (APA, 2013). No CID-11 (OMS, 2018), essa psicopatologia recebe o código 6B82.

Em 1959, Stunkard fez a primeira descrição médica de episódios de compulsão alimentar, verificados inicialmente em pacientes obesos (Melo, 2013). Porém, o transtorno de compulsão alimentar surgiu com essa nomenclatura apenas em 2013, com o advento do DSM-5 (APA, 2013). Antes, era chamado de transtorno de compulsão alimentar periódica (Araújo & Lotufo Neto, 2014) e não se considerava oficialmente uma categoria nosológica independente, sendo apontado como um provável transtorno alimentar que necessitava de maior volume de estudos.

No contexto da população que pretende de submeter à cirurgia bariátrica, o transtorno de compulsão alimentar associa-se a prejuízos nos níveis de glicose em jejum (Mitchell et al., 2015) e às combinações entre transtorno bipolar e transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno bipolar e transtorno do pânico (Silva et al., 2018). No âmbito geral, o transtorno de compulsão alimentar está relacionado à agravos na qualidade de vida (Tirico et al., 2010), bem como à transtornos de humor e abuso de substâncias (Becker & Grilo, 2015).

1.4 Avaliação dos transtornos alimentares no Brasil: principais instrumentos

No Brasil, o uso de instrumentos psicométricos de avaliação dos transtornos alimentares ainda é limitado. A partir dos anos 2000, os principais instrumentos

utilizados com esse intuito foram, em ordem decrescente de importância, o *Eating Attitudes Test* (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982), o *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairbum, 1987), o *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (Henderson & Freeman, 1987) e a *Binge Eating Scale* (Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982), todos instrumentos de autorrelato.

O *Eating Attitudes Test* (Garner et al., 1982), também conhecido como EAT, foi elaborado para avaliar hábitos alimentares e práticas dietéticas (Moser et al., 2013). Possui estudos de adaptação para o contexto brasileiro (Nunes, Camey, Olinto, & Mari, 2005), apresentando evidências de validade e fidedignidade em nosso país. Por sua vez, o *Body Shape Questionnaire* (Cooper et al., 1987), representado pela sigla BSQ, tem como função avaliar a insatisfação com o corpo (Fortes, Vieira, Paes, Almeida, & Ferreira, 2016). Até o momento, sua adaptação para o Brasil enfocou apenas sujeitos adolescentes (Conti, Cordás, & Latorre, 2009). Tanto o *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (Henderson & Freeman, 1987), quanto a *Binge Eating Scale* (Gormally et al., 1982), abreviados para BITE e BES, respectivamente, objetivam verificar sintomas de transtornos alimentares específicos. Ao passo que o BITE detecta práticas inadequadas de controle de peso e comportamentos restritivos ou compulsivos (Vale, Kerr, & Bosi, 2011), a BES indica a presença do transtorno de compulsão alimentar (Costa & Pinto, 2015).

Nota-se que o EAT e o BSQ investigam apenas um fragmento dos múltiplos fatores associados aos TAs, enquanto o BITE e o BES focalizam, sozinhos, sintomas específicos de bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. A partir dessa exposição, fica evidente a ausência da versão brasileira de um instrumento com as características abrangentes que o *Eating Disorder Inventory-3* (Garner, 2004) dispõe e a lacuna a ser por ele preenchida.

Capítulo 2 – MÉTODO

2.1 Delineamento

A presente pesquisa caracteriza-se como quantitativa e correlacional, com enfoque nos procedimentos de adaptação e obtenção das propriedades psicométricas do *Eating Disorder Inventory-3* – EDI-3 (Garner, 2004) em amostras brasileiras, reunindo informações sobre a adequação da estrutura fatorial e sobre a análise dos itens do instrumento a partir da Teoria de Resposta ao Item (TRI).

2.2 Amostra

O estudo teve corte transversal, sendo que cada sujeito preencheu o instrumento somente uma vez. A amostra foi não-aleatória, definida por conveniência. Constituiu-se por homens e mulheres com idade mínima de 18 anos. Não houve idade máxima para participação no estudo.

O estudo contou com respondentes das cinco regiões geográficas do Brasil. Compuseram a amostra 111 sujeitos, sendo que 87 indivíduos responderam a todos os itens obrigatórios do instrumento. Destes, aproximadamente 74,7% se reconheceram no gênero feminino e 25,3% no gênero masculino. Mais da metade da amostra válida era solteira (56,3%), 23% era casada e 10,3% declarou morar com companheiro ou companheira. Os demais indivíduos eram viúvos, divorciados ou separados (3,3%). Ainda, 5,7% assinalaram a categoria “outros” e indicaram namoro como estado-civil. A escolaridade da amostra apresentou grande heterogeneidade, com ao menos um representante de cada uma das categorias propostas. Do total de participantes, 32,2% tinha pós-graduação completa, 29,9% graduação incompleta, 23% graduação completa, 6,9% ensino médio completo e 5,7% pós-graduação incompleta. Um sujeito (1,1%)

declarou não ter concluído o ensino médio. A faixa-etária dos indivíduos variou de 18 a 65 anos, com média de 32,8 anos.

Inicialmente, estimou-se a participação de 1.500 respondentes, sendo 300 representantes de cada uma das cinco regiões geográficas brasileiras. Para estimar o tamanho amostral, foram admitidas as recomendações de Hair (2005) para definição de tamanho da amostra em Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e as recomendações de Nunes e Primi (2005) para definição de tamanho da amostra em TRI. Esses autores indicam, respectivamente, que a amostra em AFC seja, no mínimo, cinco vezes maior que o número de variáveis analisadas no estudo e que a amostra em TRI conste de, ao menos, 200 sujeitos. Segundo os autores, amostras inferiores a 200 produzem estimativas dos itens menos confiáveis. Entretanto, optou-se por evitar a coleta de dados em estudantes universitários, considerando as críticas acerca do viés amostral dos estudos brasileiros, que tipicamente são realizados tendo como amostra apenas sujeitos desse contexto. Assim, optou-se por um tamanho amostral pequeno, mas heterogêneo, estando ciente das ressalvas metodológicas que análises com n pequeno podem trazer.

Importante salientar que parte da amostra foi de sujeitos clínicos. Fizeram parte oito indivíduos diagnosticados por profissionais da Psicologia e/ou Medicina com anorexia nervosa, bulimia nervosa ou transtorno de compulsão alimentar e que, portanto, estão ou estiveram em tratamento psicológico, psiquiátrico ou multiprofissional. Tanto os sujeitos da amostra clínica ($n = 8$), quanto os sujeitos da amostra da população geral ($n = 79$) foram localizados via internet, em grupos *online* e com auxílio de sites especializados em TAs. Puderam participar sujeitos de quaisquer nível socioeconômico e escolaridade, desde que estes tivessem acesso à internet.

2.3 Instrumento

Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): elaborado por David M. Garner (2004), o EDI-3 é um inventário de medidas de autorrelato, cujas primeiras versões datam de 1984 (EDI) e 1991 (EDI-2). Testado e normatizado em amostras clínicas e da população geral, compostas por sujeitos dos Estados Unidos da América, Austrália, Canadá, Itália, Holanda e Suécia, seu escopo inclui o “acesso a domínios psicológicos que possuem relevância conceitual na compreensão e tratamento de transtornos alimentares” (Garner, 2004, p.1). No contexto internacional, o inventário *Eating Disorder Inventory - EDI* (Garner, 1983) tem sido amplamente utilizado para rastreio de comportamentos de risco para anorexia nervosa, bulimia nervosa e TAs não especificados, conforme classificação diagnóstica proposta pelo DSM-IV-TR (2000). Sua edição mais recente, o EDI-3 (Garner, 2004), é composto por três instrumentos de autorrelato: o EDI-3 SC, o instrumento EDI-3 propriamente dito e o EDI-3 RF.

O EDI-3 SC é um *checklist* de sintomas baseado no DSM-IV-TR (2000) que facilita a coleta de informações sobre a frequência de sintomas de transtornos alimentares, histórico menstrual e de peso corporal dos sujeitos que o preenchem (Garner, 2004). O EDI-3 é um instrumento multifatorial, cujos itens visam mensurar “traços psicológicos ou agrupamentos de sintomas relevantes para o desenvolvimento e manutenção de transtornos alimentares” (Garner, 2004, p. 4). É composto por 91 itens, respondidos em uma escala de seis pontos de frequência, e apresenta evidências de validade e normatização em amostras que consideraram sujeitos de seis países diferentes - Estados Unidos da América, Austrália, Canadá, Itália, Holanda e Suécia, com escalas cujos valores do coeficiente alfa de *Cronbach* são maiores que 0,80 ($\alpha > 0,80$) em amostras clínicas. Seu escopo inclui doze escalas, que representam diferentes sintomas e aspectos psicológicos relacionados aos TAs, e seis domínios de composição

dos escores. Cabe salientar que algumas das escalas estão alocadas em mais de um domínio. A Tabela 1 apresenta os domínios e as escalas que constituem o instrumento e suas respectivas definições, número de itens e valores do índice de alfa de *Cronbach* em amostras clínicas. As escalas que fazem parte de mais de um domínio encontram-se sublinhadas. Destaca-se ainda que, nas análises estatísticas do instrumento EDI-3 original, o item 71 (“*I go out of my way to experience pleasure*”) não apresentou carga suficiente em nenhuma escala e, por isso, não foi alocado em uma escala específica ou sequer utilizado na composição dos coeficientes e escores do instrumento. Todavia, o autor optou por mantê-lo na versão final deste (Garner, 2004). Destarte, o total de itens elencados na Tabela 1 é igual a 90, e não 91, conforme o total de itens do instrumento aplicado.

Por fim, o EDI-3 RF é a versão abreviada do instrumento EDI-3, apresentando apenas os 25 itens das escalas que compõem o domínio risco para transtorno alimentar e algumas perguntas sobre sintomas comportamentais associados aos TAs.

Tabela 1*Detalhamento das dimensões e escalas que compõem o instrumento EDI-3*

Dimensão	alfa de Cronbach		Escala
	EUA	Internacional	
1. Risco para Transtorno Alimentar ^a (25 itens)	0,90 a 0,94	0,91 a 0,95	<p>1.1. Busca pela Magreza: “acessa (a) um desejo extremo de ser mais magro, (b) preocupação em fazer dieta, (c) preocupação com peso e (d) um medo intenso em ganhar peso” (Garner, 2004, p. 14). *7 itens</p> <p>1.2. Bulimia: “acessa a tendência em pensar sobre e se engajar em crises incontroláveis de comer excessivamente (i.e. compulsão alimentar)” (Garner, 2004, p. 14). *8 itens</p> <p>1.3. Insatisfação com o Corpo: “acessa o descontentamento com o contorno geral e o tamanho de regiões do corpo que são de extraordinária preocupação para aqueles que possuem transtornos alimentares (i. e. estômago, quadril, coxas, nádegas)” (Garner, 2004, p. 14). *10 itens</p> <p>Total = 25 itens</p>

Dimensão	alfa de <i>Cronbach</i>		Escala
	EUA	Internacional	
2. Ineficácia (13 itens)	0,92	0,88	<p>2.1. <u>Baixa Autoestima</u>: “mensura o conceito básico de auto avaliação negativa” (Garner, 2004, p. 15). *6 itens</p> <p>2.2. <u>Alienação Pessoal</u>: mede uma sensação de “vazio emocional, solidão e falta de auto compreensão” (Garner, 2004, p. 15). *7 itens Total = 13 itens</p>
3. Problemas Interpessoais (14 itens)	0,88	0,81	<p>3.1. <u>Insegurança Interpessoal</u>: “mensura desconforto, apreensão e retraimento em situações sociais” (Garner, 2004, p. 15). *7 itens</p> <p>3.2. <u>Alienação Interpessoal</u>: “avalia desapontamento, distância, estranhamento e falta de confiança em relacionamentos” (Garner, 2004, p. 15). *7 itens Total = 14 itens</p>

Dimensão	alfa de <i>Cronbach</i>		Escala
	EUA	Internacional	
4. Problemas Afetivos (17 itens)	0,88	0,82	<p>4.1. <u>Déficit Interoceptivo</u>: “mensura confusão relacionada a reconhecer e responder com clareza a estados emocionais” (Garner, 2004, p.16). *9 itens</p> <p>4.2. <u>Desregulação Emocional</u>: “mensura a tendência a humor instável, impulsividade, imprudência, raiva e autodestruição” (Garner, 2004, p. 16) *8 itens</p> <p>Total = 17 itens</p>
5. Controle Excessivo (13 itens)	0,85	0,78	<p>5.1. <u>Perfeccionismo</u>: “avalia a extensão em que a pessoa valoriza o alcance de metas altas e os padrões mais elevados de realização pessoal” (Garner, 2004, p. 16). *6 itens</p> <p>5.2. <u>Asceticismo</u>: “acessa a tendência a alcançar a virtude por meio da busca de ideais pessoais, como autodisciplina, abnegação, auto restrição, auto sacrifício e controle de impulsos corporais” (Garner, 2004, p. 17). *7 itens</p> <p>Total = 13 itens</p>

Dimensão	alfa de <i>Cronbach</i>		Escala
	EUA	Internacional	
6. Desajuste Psicológico (65 itens)	0,96	0,93	6.1. <u>Baixa Autoestima</u> : vide 2.1. 6.2. <u>Alienação Pessoal</u> : vide 2.2. 6.3. <u>Insegurança Interpessoal</u> : vide 3.1. 6.4. <u>Alienação Interpessoal</u> : vide 3.2. 6.5. <u>Déficit Interoceptivo</u> : vide 4.1. 6.6. <u>Desregulação Emocional</u> : vide 4.2. 6.7. <u>Perfeccionismo</u> : vide 5.1. 6.8. <u>Asceticismo</u> : vide 5.2. 6.9. Medo da Maturidade: “avalia o desejo em retornar à segurança da infância” (Garner, 2004, p. 17). *8 itens Total = 65 itens

Nota. O alfa de *Cronbach* da amostra internacional foi calculado considerando, conjuntamente, respondentes da Austrália, Canadá, Itália, Holanda e Suécia.

^a O cálculo dos valores do índice de alfa de *Cronbach* da dimensão Risco para Transtorno Alimentar foi realizado considerando separadamente as amostras de sujeito diagnosticados com anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.

2.4 Procedimento

Em termos gerais, os instrumentos que compõem o inventário *Eating Disorder Inventory-3* foram submetidos aos seguintes procedimentos:

- **EDI-3 SC** – (a) tradução e análise semântica das questões do instrumento; (b) verificação da conformidade do conteúdo do instrumento com o

conteúdo da versão mais recente do DSM – a saber DSM-5 (2013; 2014), a fim de identificar mudanças nos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares avaliados. Destaca-se que, considerando que o EDI-3 SC não é um instrumento psicométrico e sim um *checklist* baseado em sintomas padronizados pelo DSM, não é necessário verificar sua adequação fatorial. Por isso, não foi realizada coleta de dados utilizando este instrumento.

- **EDI-3** – (a) tradução e análise semântica dos itens do instrumento; (b) coleta de dados; (c) análise psicométrica dos dados.

Os procedimentos de tradução, análise semântica, coleta e análise de dados serão detalhados adiante.

2.4.1 Tradução e análise semântica dos itens dos instrumentos

Para a adaptação do EDI-3 e do EDI-3 SC, foram consideradas as diretrizes e procedimentos de adaptação transcultural de instrumentos propostos pela *International Test Commission* (ITC, 2005). Na literatura nacional foram consideradas as diretrizes apontadas por Borsa, Damásio e Bandeira (2012). Os instrumentos foram traduzidos por dois psicólogos bilíngues, foi feita a tradução reversa por um indivíduo bilíngue, com fluência em português e inglês, e, em seguida, foi realizada análise semântica com cinco sujeitos pertencentes ao estrato mais baixo em termos de nível educacional da população alvo (a saber, ensino médio incompleto).

Primeiramente, foram confrontados os resultados das traduções independentes feitas pelos psicólogos bilíngues. Nesta etapa, não foram identificadas diferenças marcantes entre a semântica das versões, exceto pela escolha de vocabulário com maior ou menor formalidade. Optou-se por manter palavras mais informais, de modo a ampliar o escopo de compreensão do conteúdo do instrumento. Em seguida, o

instrumento foi encaminhado via e-mail ao indivíduo bilíngue, que atualmente reside na Irlanda, para prosseguimento à tradução reversa. Não houve correspondência exata entre os termos utilizados na versão retraduzida e os termos apresentados pelo instrumento original. Contudo, isso já era esperado, dadas as peculiaridades linguísticas do inglês praticado na Irlanda e nos Estados Unidos da América, país onde o EDI-3 foi elaborado. Tendo em vista que o sentido original dos itens e frases do instrumento foi mantido na versão retraduzida, considerou-se que a tradução para o português estava adequada. A análise semântica foi realizada coletivamente, na residência de um dos avaliadores. Todos os avaliadores já se conheciam, tinham 18 anos e cursavam o final do terceiro ano do ensino médio. Esta etapa resultou em 41 alterações na redação dos itens do instrumento EDI-3, conforme ilustra o quadro 1. Nenhuma sugestão de modificação atingiu o conteúdo da EDI-3 SC.

Quadro 1

Comparação entre o item original, a tradução inicial e a redação final dos itens do EDI-3

Item original	Tradução inicial	Redação final
1. I eat sweets and carbohydrates without feeling nervous.	1. Eu como doces e carboidratos sem me sentir nervosa(o).	Eu não me sinto nervoso(a) ou ansioso(a) ao comer doces e carboidratos.
2. I think that my stomach is too big.	2. Eu acho o meu estômago muito grande.	Eu acho que o meu estômago é grande demais.
6. I wish that I could be younger.	6. Eu gostaria de poder ser mais jovem.	Eu gostaria de poder ser mais jovem do que sou.
8. I get frightened when my feelings are too strong.	8. Eu me sinto assustada(o) quando os meus sentimentos são muito fortes.	Eu me sinto assustado(a) quando os meus sentimentos são muito intensos.
9. I think that my thighs are too large.	9. Eu acho que as minhas coxas são muito grandes.	Eu acho que as minhas coxas são grossas demais.
10. I feel ineffective as a person.	10. Eu me sinto ineficaz como pessoa.	Eu me sinto insuficiente como pessoa.
16. I am terrified of gaining weight.	16. A possibilidade de ganhar peso me aterroriza.	Eu tenho medo de engordar.
20. I feel generally in control of things in my life.	20. No geral, eu me sinto no controle das coisas da minha vida.	Eu sinto que tenho controle sobre a minha vida.
21. I get confused about what emotion I am feeling.	21. Eu me sinto confusa(o) sobre as emoções que eu estou sentindo.	Eu me sinto confuso(a) a respeito das minhas emoções.
22. I would rather be an adult than a child.	22. Eu preferiria ser um adulto a ser uma criança.	Eu prefiro ser um adulto a ser uma criança.

Item original	Tradução inicial	Redação final
28. I have gone on eating binges where I felt that I could not stop.	28. Eu como compulsivamente até sentir que eu não consigo mais parar.	Eu sinto que eu não consigo parar de comer compulsivamente.
31. I like the shape of my buttocks.	31. Eu gosto do formato do meu quadril.	Eu gosto do tamanho do meu bumbum.
36. I hate being less than best at things.	36. Eu odeio não ser a(o) melhor nas coisas.	Eu odeio não ser o(a) melhor naquilo que eu faço.
38. I think about bingeing (overeating).	38. Eu penso em comer compulsivamente.	Eu penso em comer exageradamente.
39. I feel happy that I am not a child anymore.	39. Eu me sinto feliz em não ser mais uma criança.	Eu me sinto feliz por não ser mais criança.
41. I have a low opinion of myself.	41. Eu tenho uma opinião baixa sobre mim mesma(o).	Eu tenho opiniões ruins sobre mim.
42. I feel that I can achieve my standards.	42. Eu sinto que eu posso atingir os meus padrões.	Eu sinto que eu consigo atingir os padrões que eu estabeleço para mim.
46. I eat moderately in front of others and stuff myself when they are gone.	46. Eu como moderadamente na frente dos outros, mas me encho com comida quando eles vão embora.	Eu como moderadamente na frente dos outros, mas me encho com comida quando estou sozinho(a).
48. I feel that people are happiest when they are children.	48. Eu sinto que as pessoas são mais felizes quando são crianças.	Eu acho que as pessoas são mais felizes quando são crianças.
49. If I gain a pound, I worry that I will keep gaining.	49. Se eu ganho um pouco e peso, eu me preocupo se ganharei mais ainda.	Quando eu engordo um pouco, me preocupo se engordarei ainda mais.
53. I have the thought of trying to vomit in order to lose weight.	53. Eu penso em vomitar para tentar perder peso.	Eu penso em vomitar para tentar emagrecer.
54. I need to keep people at a certain distance (feel uncomfortable if someone tries to get too close).	54. Eu tenho a necessidade de manter as pessoas a uma certa distância (me sinto desconfortável se alguém tenta estabelecer uma relação muito próxima).	Eu me sinto desconfortável se alguém tenta estabelecer uma relação muito íntima comigo.
55. I think that my thighs are just the right size.	55. Eu acho que as minhas coxas têm o tamanho adequado.	Eu gosto do tamanho das minhas coxas.
57. I can talk about personal thoughts or feelings.	57. Eu consigo falar sobre pensamentos ou sentimentos pessoais.	Eu consigo conversar sobre pensamentos ou sentimentos pessoais com as outras pessoas.
58. The best years of your life are when you become an adult.	58. Os melhores anos da vida são quando nos tornamos adultos.	Os melhores anos das nossas vidas são aqueles da vida adulta.
64. When I am upset, I worry that I will start eating.	64. Quando estou chateada(o), me preocupo se vou começar a comer.	Quando eu estou chateado(a), me preocupo se começarei a comer.
66. I am ashamed of my human weaknesses.	66. Eu me sinto envergonhada(o) da minha fraqueza humana.	Eu me sinto envergonhado(a) pelas minhas fraquezas.
67. Other people would say that I am emotionally unstable.	67. As outras pessoas diriam que eu sou emocionalmente instável.	As outras pessoas diriam que eu estou emocionalmente instável.
68. I would like to be in total control of my bodily urges.	68. Eu gostaria de ter total controle dos meus impulsos corporais.	Eu gostaria de ter total controle das necessidades do meu corpo.
70. I say things impulsively that I regret having said.	70. Eu falo coisas impulsivamente e me arrependo posteriormente.	Eu falo coisas por impulso e me arrependo depois.
71. I go out of my way to experience pleasure.	71. Eu saio do meu caminho para sentir prazer.	Eu “saio de mim” para sentir prazer.

Item original	Tradução inicial	Redação final
74. I feel trapped in relationships.	74. Eu me sinto preso em relacionamentos.	Relacionamentos fazem eu me sentir preso(a).
75. Self-denial makes me feel stronger spiritually.	75. Autonegação faz com que eu me sinta espiritualmente forte.	Eu me sinto espiritualmente mais forte ao negar os meus problemas para mim mesmo(a).
79. I am prone to outbursts of anger or rage.	79. Eu sou propensa(o) a acessos de raiva ou fúria.	Eu sou propenso(a) a ter surtos de raiva ou ira.
80. I feel that people give me the credit I deserve.	80. Eu sinto que as pessoas me dão o crédito que eu mereço.	Eu sinto que eu mereço a confiança que os outros depositam em mim.
83. Others would say that I get irritated easily.	83. As outras pessoas me dizem que eu fico irritada(o) facilmente.	Os outros diriam que eu me irrito facilmente.
84. I feel like I am losing out everywhere.	84. Eu sinto que eu estou perdendo em todos os lugares.	Eu me sinto perdido(a).
85. I experience marked mood shifts.	85. Eu vivencio mudanças de humor acentuadas.	Eu tenho mudanças de humor acentuadas.
86. I am embarrassed by my bodily urges.	86. Eu me sinto envergonhada(o) pelos meus impulsos corporais.	As necessidades fisiológicas do meu corpo me envergonham.
88. Suffering makes you a better person.	88. O sofrimento nos torna uma pessoa melhor.	O sofrimento nos torna pessoas melhores.
90. I feel like I must hurt myself or others.	90. Eu sinto que eu preciso machucar a mim mesma(o) ou aos outros.	Eu sinto que eu devo machucar a mim mesmo(a) ou aos outros.

2.4.2 Coleta de dados

O instrumento EDI-3 foi aplicado em sujeitos com idade a partir de 18 anos. A coleta de dados ocorreu *online*. Seguiu-se as instruções de aplicação descritas no Manual Profissional do EDI-3 (Garner, 2004). Importante ressaltar que o referido manual não restringe a aplicação do EDI-3 a especialistas; no entanto, há a necessidade de que o profissional responsável pelo cálculo dos escores seja devidamente habilitado.

2.5 Análise de dados

Os dados coletados com a aplicação do instrumento foram analisados com auxílio de *softwares* estatísticos IBM® SPSS® versão 20, IBM® SPSS® Amos versão 21 e R *Statistical Package*. Inicialmente, foram calculadas as estatísticas descritivas para organização das informações da amostra e verificação dos pressupostos estatísticos

por meio do *software* IBM® SPSS® versão 20. A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi realizada por meio do IBM® SPSS® Amos versão 21 e as análises de calibração dos itens da Teoria de Resposta ao Item (TRI) foram realizadas a partir do *software* R, com uso do pacote *mirt* (Chalmers, 2012). Para obtenção de evidências de validade de construto por AFC foram considerados os índices de variância média extraída e confiabilidade composta (Valentini & Damásio, 2016). Os índices de ajuste geral do modelo também foram considerados (GFI, AGFI, CFI, NFI, RMSEA). A verificação de evidências de validade de critério do instrumento foi realizada a partir da diferenciação dos escores de sujeitos da população geral e de sujeitos da amostra clínica: foram utilizados testes não paramétricos de comparação de médias, conforme análise dos pressupostos estatísticos.

Para estimação das propriedades psicométricas dos itens por meio da TRI foi utilizado o modelo logístico de 2 parâmetros de *Samejima*, enquanto que para a estimação de evidências de fidedignidade dos instrumentos foram utilizados o coeficiente Alfa de *Cronbach*, além dos índices de variância média extraída (VME) e confiabilidade composta (CC), conforme já indicado. Os intervalos de confiança foram estimados com um nível de 95% de confiança e todas as análises também consideraram os tamanhos dos efeitos.

Capítulo 3 – RESULTADOS

Os resultados das análises confirmatórias realizadas são apresentados para cada uma das seis dimensões do EDI-3, a saber: Risco para Transtorno Alimentar (RT), Ineficácia (IC), Problemas Interpessoais (PI), Problemas Afetivos (PA), Controle Excessivo (CE) e Desajuste Psicológico (DP), respectivamente. Essas análises tentaram corroborar a estrutura fatorial testada por Lima (2018) e Tenório (2018). Inicialmente, são indicados os resultados da exploração do instrumento a partir da técnica de correlação item-total. Em seguida, são detalhados os resultados das Análises Fatoriais Confirmatórias, considerando as escalas correspondentes às respectivas dimensões. São ainda apresentados os resultados obtidos a partir da TRI e, então, são destacados aspectos da reformulação dos modelos, quando cabível. Por último, sugere-se um modelo final de instrumento, idealizado a partir da combinação dos resultados das análises realizadas.

Importante salientar que na Análise Fatorial Confirmatória (AFC), considerando o tamanho da amostra ($n = 87$) e o número de variáveis do instrumento, foi necessário testar cada dimensão do EDI-3 separadamente, de modo a possibilitar a identificação do modelo de mensuração. Ao testar o modelo completo, não foi possível identificá-lo, visto que a quantidade de parâmetros a estimar continuou maior que a quantidade de dados empíricos (Pasquali, 2012). O mesmo ocorreu com a dimensão Desajuste Psicológico (DP) que, por contemplar um grande número de itens, também não foi identificada. Assim, serão descritos apenas os parâmetros das análises fatoriais confirmatórias referentes às dimensões (a) Risco para Transtorno Alimentar, (b) Ineficácia, (c) Problemas Interpessoais, (d) Problemas Afetivos e (e) Controle Excessivo. Sabe-se, portanto, que os resultados aqui apresentados não representam adequadamente a estrutura fatorial do EDI-3. Sobretudo, o tamanho amostral do estudo

impossibilitou conclusões dessa natureza. Todavia, os resultados encontrados servem como indicativos iniciais da qualidade do instrumento.

Os valores de referência utilizados para avaliar a qualidade do ajuste dos modelos fatoriais e para interpretar o coeficiente Alfa de *Cronbach* estão explicitados na Tabela 2, acompanhados de suas devidas fontes bibliográficas. Os valores dos coeficientes de confiabilidade composta e variância média extraída foram avaliados conforme indicações de Hair Jr., Black, Babin e Anderson (2009) e Fornell e Larcker (1981), respectivamente, tendo como norteadoras as reflexões de Valentini e Damásio (2016).

Tabela 2

Valores de referência para avaliação da qualidade do ajuste do modelo em AFC e para interpretação do coeficiente alfa de Cronbach

Índice de ajuste/Coeficiente	Valor de referência
GFI	> 0,95 (Shevlin & Miles, 1998)
AGFI	> 0,90 (Hair Jr., Anderson, Tatham, & Black, 2005)
NFI	> 0,95 (Tabachnick & Fidell, 2013)
RFI	≥ 0,90 (Homburg and Baumgartner, 1995 conforme citado em Verworn, 2009)
Alfa de <i>Cronbach</i>	$\alpha > 0,90$ = excelente (George & Mallery, 2002) $0,89 > \alpha > 0,80$ = bom (George & Mallery, 2002) $0,79 > \alpha > 0,70$ = aceitável (George & Mallery, 2002) $0,69 > \alpha > 0,60$ = questionável (George & Mallery, 2002) $0,59 > \alpha > 0,50$ = ruim (George & Mallery, 2002) $\alpha < 0,50$ = inaceitável (George & Mallery, 2002)

Nota. GFI = *Goodness-of-fit Index*; AGFI = *Adjusted Goodness-of-fit Index*; NFI = *Normed Fit Index*; RFI = *Relative Fit Index*.

3.1 Correlação item-total

Visando a compreensão da relação entre os itens do EDI-3, foram estimados parâmetros de correlação item-total. A partir dos resultados dessa análise, identificou-se onze itens com correlação item-total < 0,30 (Tabela 3). Estes itens foram deletados do modelo final do instrumento, conforme indicações da literatura acerca do ponto de corte

nesse tipo de análise (Field, 2013; Pasquali, 2012). Contudo, optou-se por primeiro estimar os parâmetros da AFC e da TRI considerando o modelo completo, incluindo os itens com correlação item-total $< 0,30$, a fim de obter maiores informações sobre o funcionamento do instrumento. Os referidos itens foram retirados após tais análises.

Tabela 3

Estatísticas de correlação item-total dos itens do EDI-3

Item	Média da escala (item deletado)	Variância da escala (item deletado)	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach (item deletado)
v1	113,23	3780,11	0,42	0,97
v2	112,86	3783,00	0,41	0,97
v3	113,06	3720,92	0,72	0,97
v4	112,71	3714,44	0,72	0,97
v5	112,56	3757,37	0,57	0,97
v6	113,31	3782,33	0,43	0,97
v7	112,30	3758,17	0,51	0,97
v8	112,89	3733,96	0,64	0,97
v9	112,75	3714,59	0,64	0,97
v10	113,17	3729,82	0,80	0,97
v11	112,79	3720,89	0,69	0,97
v12	112,52	3747,39	0,59	0,97
v13	113,40	3820,41	0,26	0,97
v14	113,08	3783,82	0,45	0,97
v15	112,60	3794,64	0,39	0,97
v16	111,98	3742,84	0,56	0,97
v17	112,95	3808,16	0,33	0,97
v18	113,18	3747,90	0,66	0,97
v19	112,11	3730,68	0,71	0,97
v20	112,49	3735,11	0,77	0,97
v21	112,93	3727,74	0,78	0,97
v22	113,01	3777,97	0,49	0,97
v23	113,23	3785,67	0,48	0,97
v24	113,47	3752,95	0,67	0,97
v25	113,25	3775,26	0,50	0,97
v26	113,00	3774,49	0,60	0,97
v27	113,29	3746,23	0,71	0,97
v28	113,21	3733,86	0,68	0,97
v29	112,53	3802,93	0,27	0,97
v30	113,55	3809,41	0,34	0,97
v31	113,02	3762,42	0,51	0,97

Item	Média da escala (item deletado)	Variância da escala (item deletado)	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach (item deletado)
v32	112,92	3752,26	0,57	0,97
v33	113,26	3747,85	0,67	0,97
v34	112,86	3751,40	0,62	0,97
v35	111,85	3774,29	0,49	0,97
v36	112,53	3737,25	0,64	0,97
v37	112,55	3743,44	0,66	0,97
v38	113,05	3730,77	0,73	0,97
v39	112,62	3787,05	0,44	0,97
v40	113,16	3745,37	0,68	0,97
v41	113,07	3731,72	0,79	0,97
v42	112,43	3776,88	0,51	0,97
v43	113,02	3828,00	0,17	0,97
v44	112,94	3734,89	0,67	0,97
v45	113,20	3760,55	0,51	0,97
v46	113,57	3757,92	0,61	0,97
v47	113,07	3726,81	0,67	0,97
v48	113,17	3779,19	0,51	0,97
v49	112,29	3742,16	0,59	0,97
v50	113,40	3769,92	0,60	0,97
v51	113,44	3782,41	0,49	0,97
v52	112,71	3796,42	0,32	0,97
v53	114,09	3814,04	0,38	0,97
v54	113,67	3804,92	0,49	0,97
v55	112,80	3754,28	0,57	0,97
v56	113,52	3758,44	0,66	0,97
v57	112,75	3778,47	0,49	0,97
v58	112,67	3776,53	0,52	0,97
v59	113,54	3778,48	0,47	0,97
v60	113,51	3768,09	0,66	0,97
v61	113,78	3780,43	0,55	0,97
v62	112,64	3754,60	0,51	0,97
v63	112,80	3832,11	0,12	0,97
v64	113,56	3759,83	0,61	0,97
v65	113,30	3780,56	0,52	0,97
v66	113,07	3733,65	0,72	0,97
v67	113,41	3758,39	0,60	0,97
v68	111,89	3769,13	0,46	0,97
v69	112,52	3778,51	0,47	0,97
v70	112,99	3791,22	0,40	0,97
v71	113,67	3800,67	0,38	0,97
v72	113,92	3818,91	0,28	0,97

Item	Média da escala (item deletado)	Variância da escala (item deletado)	Correlação item-total corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> (item deletado)
v73	112,78	3819,15	0,22	0,97
v74	113,68	3817,17	0,26	0,97
v75	113,94	3805,10	0,47	0,97
v76	112,31	3769,33	0,64	0,97
v77	113,45	3770,32	0,56	0,97
v78	113,53	3753,21	0,65	0,97
v79	113,82	3810,20	0,38	0,97
v80	113,40	3788,87	0,50	0,97
v81	113,95	3834,88	0,17	0,97
v82	114,14	3829,40	0,36	0,97
v83	113,40	3784,34	0,45	0,97
v84	113,20	3742,09	0,72	0,97
v85	113,43	3759,97	0,58	0,97
v86	113,83	3791,52	0,51	0,97
v87	113,32	3820,87	0,25	0,97
v88	113,24	3863,77	-0,07	0,97
v89	113,13	3769,60	0,60	0,97
v90	114,17	3839,77	0,20	0,97
v91	112,67	3766,34	0,53	0,97

Nota. As linhas em negrito indicam os itens com correlação item-total < 0,30.

3.2 Dimensão Risco para Transtorno Alimentar – RT

De maneira geral, a dimensão Risco para Transtorno Alimentar (RT), cujo modelo incluiu como fatores as escalas Busca pela Magreza (BM), Bulimia (B) e Insatisfação com o Corpo (IC), apresentou ajuste adequado em todos os índices, com exceção do *Normed Fit Index – NFI*, cujo valor ficou abaixo de 0,95 (GFI = 0,95; AGFI = 0,94; NFI = 0,94; RFI = 0,93), conforme demonstra a Tabela 4. Cabe destacar que, embora a estimativa do índice NFI esteja muito próxima do valor de referência utilizado, este parâmetro é superestimado em amostras com menos de 200 sujeitos ($n < 200$) (Tabachnick & Fidell, 2013), como é o caso deste estudo.

Tabela 4

Índices de ajuste do modelo para a dimensão Risco para Transtorno Alimentar

Índice de ajuste					
AFC	GFI	AGFI	NFI	RFI	-
	0,95	0,94	0,94	0,93	-
TRI	AICc	RMSEA	IC 95% RMSEA	TLI	CFI
	4.322,27	0,14	0,13-0,16	0,55	0,6

Nota. GFI = *Goodness-of-fit Index*; AGFI = *Adjusted Goodness-of-fit Index*; NFI = *Normed Fit Index*; RFI = *Relative Fit Index*; AICc = critério de informação de *Akaike* corrigido; RMSEA = *Root-Mean-Square Error of Approximation*; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; TLI = *Tucker Lewis Index*; CFI = *Comparative Fit Index*.

Entretanto, dado que o GFI, o AGFI e o RFI indicaram ajuste, considerou-se o modelo como ajustado e prosseguiu-se à verificação da fidedignidade das escalas referentes aos fatores que o compõem. Os resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Indicadores de fidedignidade para as escalas da dimensão Risco para Transtorno Alimentar (RT)

Escola	Alfa de Cronbach	CC ¹	VME ²
Busca pela Magreza (BM)	0,88	0,90	0,57
Bulimia (B)	0,89	0,87	0,47
Insatisfação com o Corpo (IC)	0,89	0,89	0,47

Nota. ¹Confiabilidade Composta; ²Variância Média Extraída

Este modelo exibiu itens com cargas fatoriais padronizadas variando entre 0,41 e 0,85, com covariâncias de 0,75 entre Busca pela Magreza e Insatisfação com o Corpo, 0,87 entre Bulimia e Insatisfação com o Corpo e 0,88 entre Busca pela Magreza e Bulimia. O item com menor carga fatorial foi o item 53 (“eu penso em vomitar para tentar emagrecer”), que é parte da escala Bulimia, e o com maior carga fatorial foi o item 11 (“eu me sinto extremamente culpado(a) após comer muito”), que compõe a escala Busca pela Magreza.

Os valores do coeficiente Alfa de *Cronbach* mostraram-se bons em todas as escalas, variando entre 0,88 e 0,89. Adicionalmente, as estimativas para Confiabilidade Composta também foram adequadas, com valores próximos a 0,90. Ou seja, muito superiores ao valor de referência ($CC \geq 0,70$). O parâmetro VME foi o que apresentou resultados menos satisfatórios: tanto a escala Bulimia, quanto a escala Insatisfação com o Corpo tiveram índices insuficientes neste parâmetro, com valores levemente inferiores a 0,50. Assim, a escala Busca pela Magreza apresentou os melhores resultados, com todos os parâmetros indicando a fidedignidade do instrumento.

Na TRI, os parâmetros estimados para a dimensão RT indicaram que o conjunto de itens apresentou uma discriminação suficiente, com valores dos parâmetros variando de 0,981 a 3,365 (Tabela 6), sendo observado valor abaixo de 1,0 apenas para o item 62 (“eu acho que o meu quadril tem o tamanho adequado”).

No tocante à abrangência dos itens em relação ao *theta* observou-se, a partir dos valores do parâmetro *b*, que estes são abrangentes, variando de -1,147 a 2,571. O item com menor área de informação foi o item 62 (“eu acho que o meu quadril tem o tamanho adequado”) e o mais informativo foi o item 28 (“eu sinto que eu não consigo parar de comer compulsivamente”).

No total, esta dimensão apresentou área de informação de 97,80 e confiabilidade de 0,95. A quantidade máxima de informação está no *theta* igual a aproximadamente 1,0, sendo a informação maior que o erro no intervalo de *theta* entre -1,8 e 4,0 (Figura 1).

Tabela 6

Parâmetros estimados para os itens da dimensão Risco para Transtorno Alimentar (RT)

Itens	a	b1	b2	b3	b4	I(θ ; -6; +6)
it1	1,22	0,044	0,771	1,543	1,967	2,140
it7	1,94	-1,145	-0,398	0,507	0,741	4,140
it11	2,51	-0,375	0,143	0,844	1,108	5,420
it16	2,32	-1,197	-0,410	-0,027	0,313	4,850
it25	1,28	-0,279	0,890	1,567	2,571	2,760
it32	1,74	-0,616	0,418	1,028	1,349	3,580
it49	1,84	-1,221	-0,225	0,355	0,673	3,820
it4	2,21	-0,613	0,163	0,657	0,928	4,580
it5	1,70	-1,147	-0,020	0,744	1,334	3,910
it28	3,37	-0,099	0,749	0,955	1,254	7,760
it38	2,86	-0,327	0,288	1,010	1,427	7,190
it46	2,16	0,569	1,139	1,472	1,847	4,080
it53	1,94	1,886	1,990	2,357	2,524	2,730
it61	1,95	0,781	1,442	1,730	2,213	3,710
it64	2,92	0,394	0,944	1,315	1,614	6,220
it2	1,17	-0,929	0,565	1,151	1,978	2,430
it9	2,10	-0,145	0,367	0,450	0,706	3,320
it12	1,75	-0,703	-0,377	0,439	1,581	3,890
it19	2,37	-1,270	-0,564	0,205	0,817	5,960
it31	1,26	-0,249	0,437	1,305	1,829	2,340
it45	1,36	0,058	0,714	1,280	1,737	2,370
it47	1,78	-0,097	0,642	1,082	1,300	3,200
it55	1,56	-0,698	0,207	0,868	1,739	3,430
it59	1,27	0,466	1,303	1,876	2,221	2,190
it62	0,98	-0,700	-0,120	0,618	1,929	1,800

Nota. a= parâmetro de discriminação; b1, b2, b3, b4 – *Thresholds*;

I (θ ; -6; +6) – Área de informação entre os *thetas* -3 e +3.

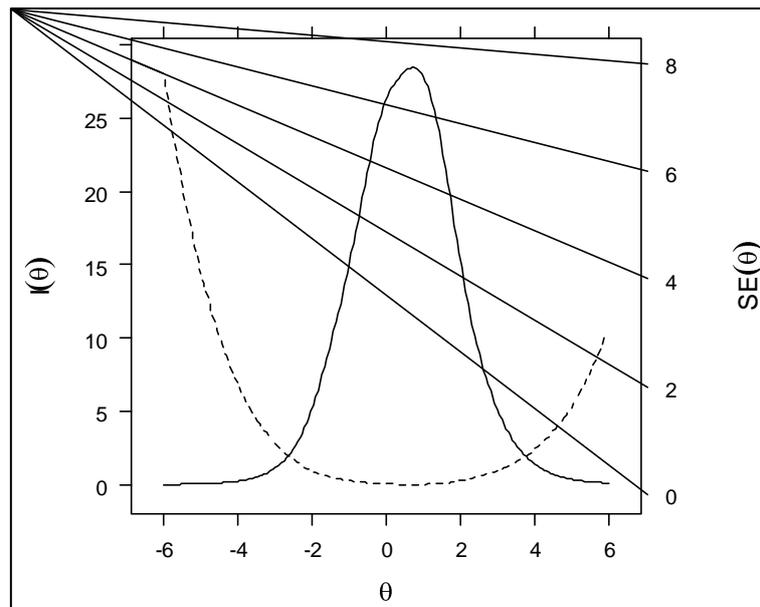


Figura 1. Curva de informação total (linha contínua) e curva de erro (linha pontilhada) em função do traço latente θ da dimensão RT. Elaborada pela autora.

A avaliação do comportamento dos itens quanto à curva característica dos itens (CCI) (Figura 2) evidenciou que apenas os itens 2 e 62 não fornecem informação. Os demais itens foram satisfatórios quanto à discriminação e curva de informação. As curvas de informação dos itens podem ser observadas na Figura 3.

Assim, considerando os resultados satisfatórios da AFC, optou-se por não retirar nenhum item da dimensão, visto que o modelo completo foi o mais plausível. Todavia, ainda assim este não apresentou bom ajuste do modelo aos dados, conforme explicitado na Tabela 4. Por isso, não foi possível estabelecer conclusões sobre a estrutura fatorial da dimensão RT.

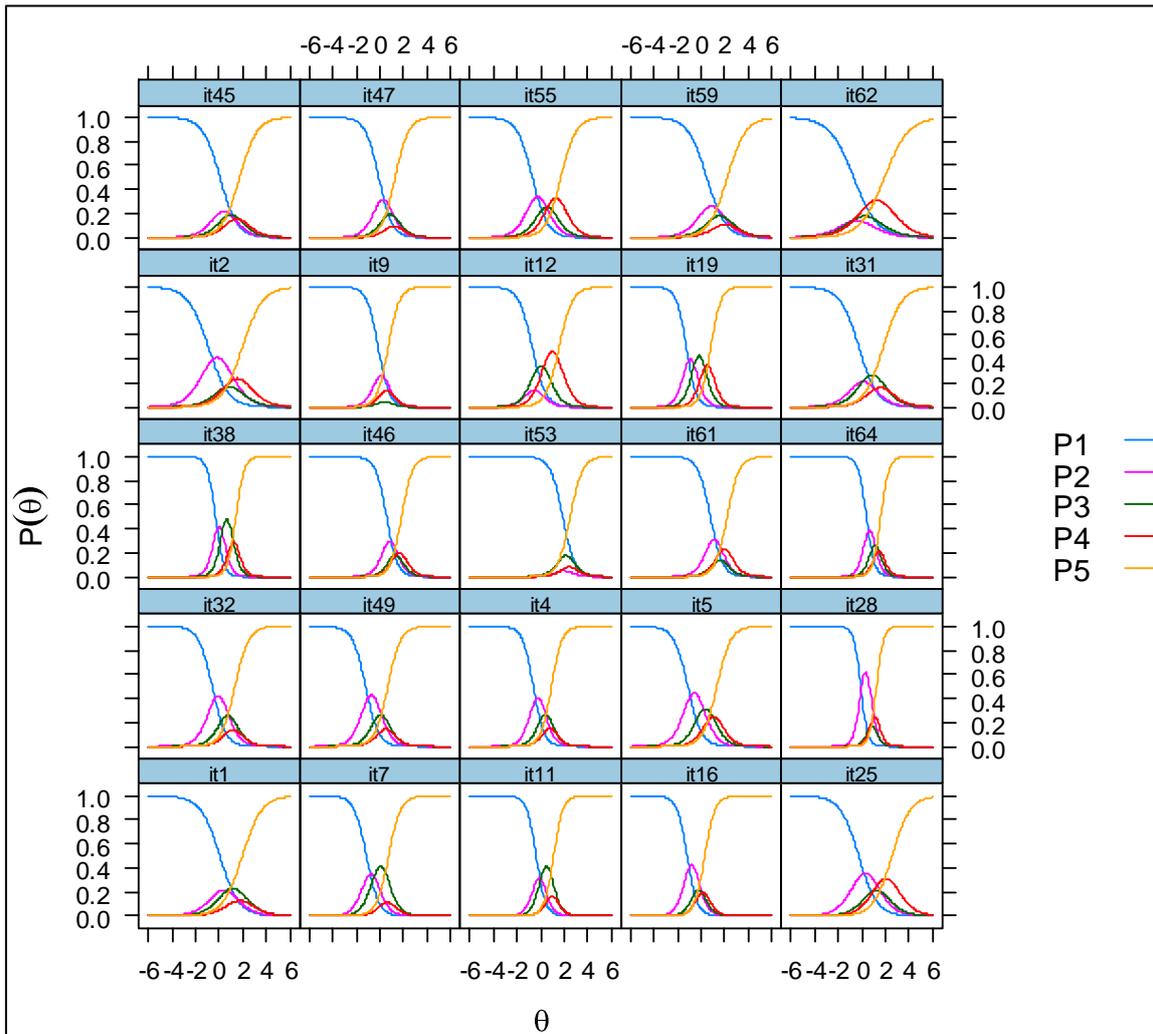


Figura 2. Curvas características dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão RT. P1, P2, P3, P4 e P5 representam as categorias de respostas. Elaborada pela autora.

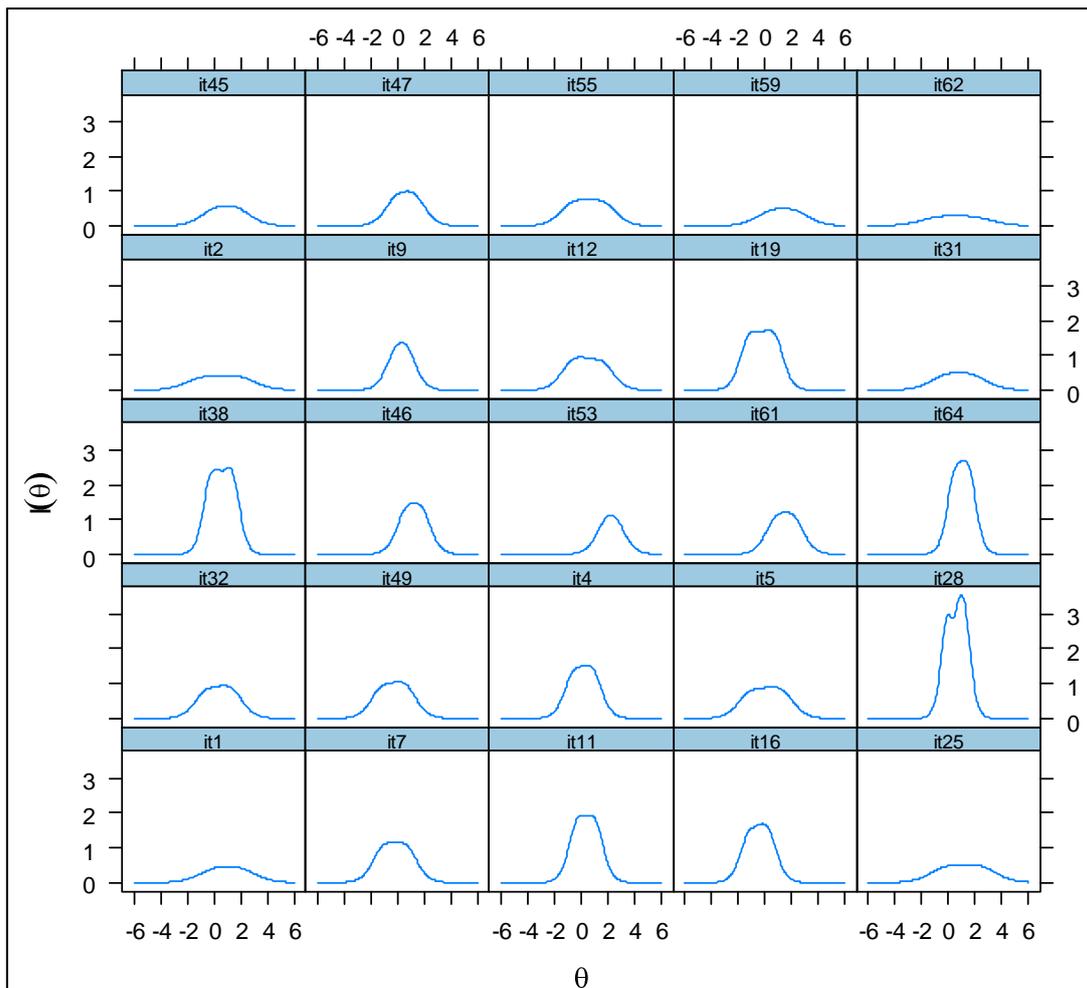


Figura 3. Curvas de informação dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão RT. Elaborada pela autora.

3.3 Dimensão Ineficácia – IC

Do modelo estrutural da dimensão Ineficácia, fizeram parte as escalas Baixa Autoestima e Alienação Pessoal. Dentre os cinco modelos testados, este foi o que apresentou melhor ajustamento, com todos os índices de ajuste próximos a 1,0 ($df = 66$) e superando os seus respectivos valores de referência, como indica a Tabela 7.

Tabela 7
Índices de ajuste do modelo para a dimensão Ineficácia

Índice de ajuste					
AFC	GFI	AGFI	NFI	RFI	-
	0,99	0,99	0,99	0,98	-
TRI	AICc	RMSEA	IC 95% (RMSEA)	TLI	CFI
	2.952,86	0,11	0,11-0,12	0,81	0,81

Nota. GFI = *Goodness-of-fit Index*; AGFI = *Adjusted Goodness-of-fit Index*; NFI = *Normed Fit Index*; RFI = *Relative Fit Index*; AICc = critério de informação de Akaike corrigido; RMSEA = *Root-Mean-Square Error of Approximation*; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; TLI = *Tucker Lewis Index*; CFI = *Comparative Fit Index*.

As cargas fatoriais padronizadas de seus itens variaram de 0,53 a 0,91, sendo os itens 42 (“eu sinto que eu consigo atingir os padrões que eu estabeleço para mim”) e 41 (“eu tenho opiniões ruins sobre mim”), ambos da escala Baixa Autoestima, os que apresentaram menor e maior carga fatorial, respectivamente. A covariância entre Baixa Autoestima e Alienação Pessoal foi de 0,96, indicando a possibilidade de que ambos os fatores possam ser agregados. Assim como ocorreu com os índices de ajuste, os resultados dos indicadores de fidedignidade também foram os melhores dentre todas as escalas avaliadas. Os resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8
Indicadores de fidedignidade para as escalas da dimensão Ineficácia

Escala	Alfa de Cronbach	CC¹	VME²
Baixa Autoestima	0,89	0,89	0,57
Alienação Pessoal	0,89	0,90	0,56

Nota. ¹Confiabilidade Composta; ²Variância Média Extraída

As estimativas dos coeficientes alfa foram boas, com índices apenas um centésimo (0,01) abaixo da excelência. A Confiabilidade Composta e a Variância Média Extraída também indicaram, com folga, a fidedignidade das escalas ($CC \geq 0,70$; $VME \geq 0,50$).

A avaliação dos parâmetros estimados com uso da TRI indicou que o conjunto de itens apresenta boa discriminação, com seus valores variando de 1,346 a 3,846 (Tabela 9). Destaca-se que não foi observado nenhum valor abaixo de 1,0. Ademais, a abrangência dos itens em relação a θ variou de -1,478 a 3,072, sinalizando que estes são abrangentes. O item menos informativo foi o item 42 (“eu sinto que eu consigo atingir os padrões que eu estabeleço para mim”) e o mais informativo foi o item 41 (“eu tenho opiniões ruins sobre mim”). Interessante lembrar que estes também foram os itens que apresentaram, respectivamente, menor e maior carga fatorial na AFC.

Tabela 9

Parâmetros estimados para os itens da dimensão Ineficácia

Itens	a	b1	b2	b3	b4	I(θ ; -6; +6)
it10	3,846	-0,238	0,492	1,082	1,531	11,210
it27	3,186	-0,123	0,663	1,050	1,805	8,780
it37	2,661	-0,778	-0,365	0,729	1,158	6,590
it41	4,803	-0,398	0,370	1,061	1,430	15,420
it42	1,346	-1,478	-0,461	0,500	2,428	3,430
it50	2,307	-0,021	0,655	1,405	2,491	6,230
it18	2,253	-0,386	0,776	1,147	1,502	5,060
it20	3,187	-0,848	-0,467	0,610	1,451	9,370
it24	2,709	0,122	0,885	1,407	1,654	6,140
it56	2,438	0,085	1,163	1,363	1,825	5,450
it80	1,594	-0,177	0,868	2,007	3,072	4,100
it84	3,203	-0,325	0,689	1,181	1,434	8,190
it91	1,908	-0,648	-0,220	0,754	1,799	4,600

Nota. a= parâmetros de discriminação; b1, b2, b3, b4 – *Thresholds*; I (θ ; -6; +6) – Área de informação entre os θ s -3 e +3.

A área de informação total da dimensão IC foi de 94,58 e a sua confiabilidade foi de 0,93. A quantidade máxima de informação está no θ igual a aproximadamente 1,5, com informação maior que o erro no intervalo de θ entre -2,0 e 3,5 (Figura 4).

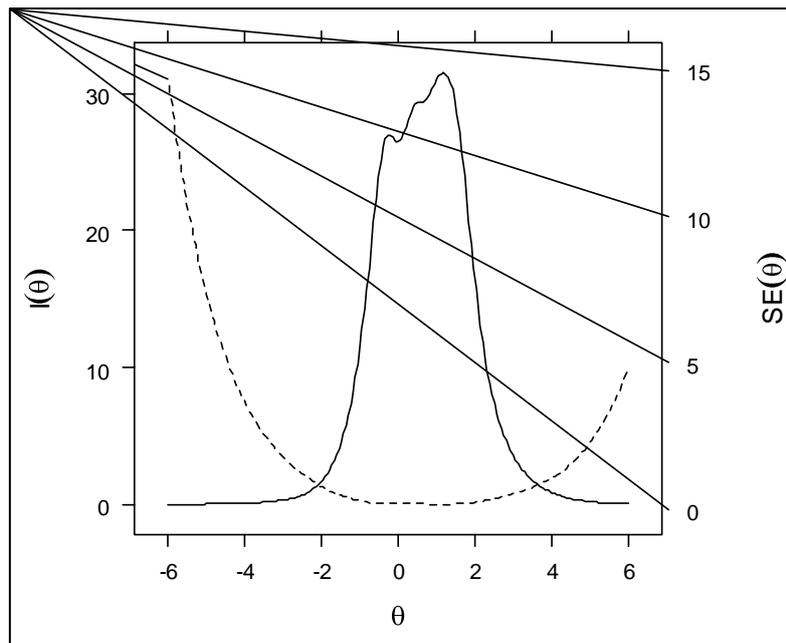


Figura 4. Curva de informação total (linha contínua) e curva de erro (linha pontilhada) em função do traço latente θ da dimensão Ineficácia (IC). Elaborada pela autora.

A avaliação do comportamento dos itens considerando a curva característica dos itens (Figura 5) apontou que, com exceção dos itens 42 e 80, praticamente não forneceram nenhuma informação. Os demais itens foram satisfatórios quanto à discriminação e curva de informação. As curvas de informação podem ser observadas na Figura 6.

A partir do confronto entre os resultados da AFC e da TRI, decidiu-se não retirar nenhum item desta dimensão, dado que, assim como ocorreu na dimensão Risco para Transtorno Alimentar, o modelo completo foi o mais plausível. Mesmo com valores de ajuste pouco desejáveis (Tabela 7), este foi o que apresentou melhor ajustamento, quando comparado com modelos cujos itens foram eliminados. Todavia, salienta-se que, novamente, não é possível fazer afirmações acerca da estrutura fatorial desta dimensão, considerando que o seu ajustamento foi ruim.

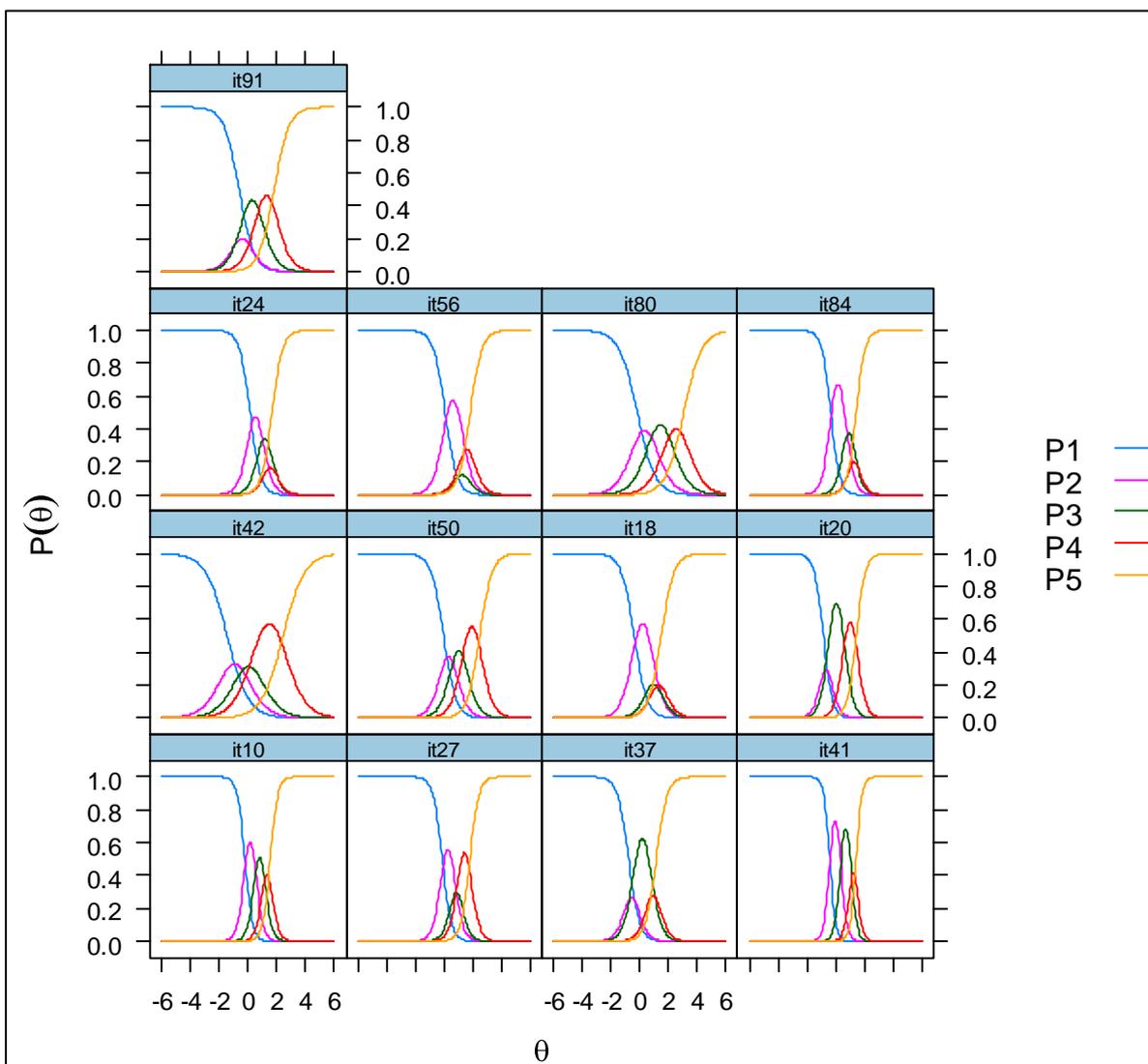


Figura 5. Curvas características dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão Ineficácia (IC). P1, P2, P3, P4 e P5 representam as categorias de respostas. Elaborada pela autora.

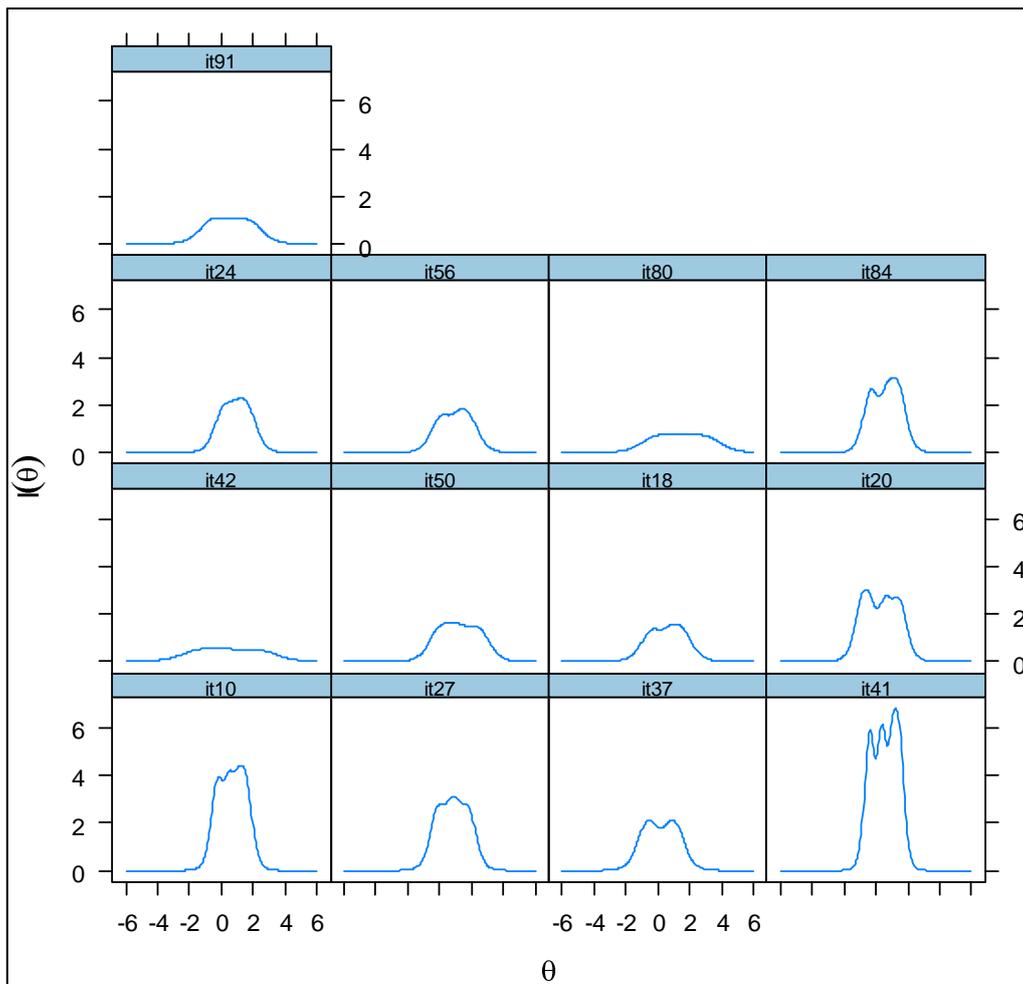


Figura 6. Curvas de informação dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão Ineficácia (IC). Elaborada pela autora.

3.4 Dimensão Problemas Interpessoais – PI

A dimensão Problemas Interpessoais foi formada pelas escalas Insegurança Interpessoal e Alienação Interpessoal. Seu modelo não teve um bom ajuste, dado que apenas o índice AGFI superou o seu valor de referência. Os resultados podem ser observados na Tabela 10. O parâmetro GFI ficou um centésimo (0,01) abaixo de seu valor de referência, enquanto o parâmetro RFI ficou dois centésimos (0,02) abaixo de seu valor de referência. O NFI apresentou o pior resultado, estando cinco centésimos (0,05) abaixo de seu valor de referência.

Tabela 10*Índices de ajuste do modelo para a dimensão Problemas Interpessoais*

Índice de ajuste						
AFC	Modelo	GFI	AGFI	NFI	RFI	-
	PI	0,94	0,92	0,90	0,88	-
TRI	Modelo	AICc	RMSEA	IC 95% (RMSEA)	TLI	CFI
	PI	3697,092	0,084	0,039-0,122	0,623	0,728
	PI1	2986,431	0,119	0,070-0,167	0,417	0,643

Nota. GFI = *Goodness-of-fit Index*; AGFI = *Adjusted Goodness-of-fit Index*; NFI = *Normed Fit Index*; RFI = *Relative Fit Index*; AICc = critério de informação de Akaike corrigido; RMSEA = *Root-Mean-Square Error of Approximation*; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; TLI = *Tucker Lewis Index*; CFI = *Comparative Fit Index*.

Seguiremos aqui com as análises dos indicadores de fidedignidade que o modelo não teve um bom ajuste. Todavia, uma nova sugestão de modelo para esta dimensão será exibida a posteriori, tendo como critério para a sua proposição não apenas os resultados da AFC, mas também os resultados da TRI.

Tabela 11*Indicadores de fidedignidade para as escalas da dimensão Problemas Interpessoais em seu modelo não ajustado*

Escala	Alfa de Cronbach	CC¹	VME²
Insegurança Interpessoal	0,82	0,84	0,43
Alienação Interpessoal	0,75	0,79	0,37

Nota. ¹Confiabilidade Composta; ²Variância Média Extraída

O modelo não ajustado exibiu cargas fatoriais padronizadas que variaram de 0,24 a 0,90, com covariância de 0,71 entre as escalas. O item com menor carga fatorial foi o item 74 (“relacionamentos fazem eu me sentir preso(a)”) da escala Alienação Interpessoal e o item com maior carga fatorial foi o item 17 (“eu confio nos outros”), integrante da mesma escala.

Consoante à Tabela 11, o coeficiente Alfa da escala Insegurança Interpessoal foi considerado bom, mas o coeficiente Alfa da escala Alienação Interpessoal foi classificado como aceitável. Os índices de Confiabilidade Composta foram adequados

para ambas as escalas. Contudo, as estimativas para a Variância Média Extraída foram insatisfatórias nas duas escalas, sinalizando ausência de fidedignidade.

Os parâmetros da TRI sinalizaram que a maioria dos itens do modelo PI não ajustado apresentou boa discriminação, com valores acima de 1,0 para os parâmetros a (Tabela 12). Todavia, os itens 65 (“as pessoas das quais eu gosto muito acabam me desapontando”) e 74 (“relacionamentos fazem eu me sentir preso(a)”) apresentaram valores menores que 0,80 nesse parâmetro, indicando baixa discriminação. Os itens foram abrangentes, com b variando de -2,348 a 4,669, sendo os itens 74 (“relacionamentos fazem eu me sentir preso(a)”) e 34 (“eu tenho dificuldade em expressar as minhas emoções para os outros”) aqueles que apresentaram menor e maior informação, respectivamente.

Tabela 12
Parâmetros estimados para os itens da dimensão PI

Itens	a	b1	b2	b3	b4	I(θ ; -6: +6)
it15	1,421	-1,247	-0,279	0,758	2,495	3,660
it23	1,640	-0,221	0,329	1,625	3,038	4,210
it34	2,388	-0,66	0,394	0,753	1,531	6,040
it57	2,080	-0,735	-0,104	0,827	2,009	5,560
it69	1,259	-1,123	-0,709	0,883	2,158	2,840
it73	1,143	-0,981	-0,139	1,223	2,905	2,700
it87	1,258	-0,568	1,178	2,160	2,931	2,940
it17	1,254	-1,126	0,145	1,489	3,564	3,400
it30	1,713	0,211	0,963	1,764	3,341	4,390
it54	1,396	0,047	1,648	2,975	NA	3,060
it65	0,756	-0,967	1,883	2,928	3,501	1,520
it74	0,636	1,105	2,961	3,456	4,669	1,080
it76	1,219	-2,348	-1,134	0,923	2,211	3,210
it89	1,563	-0,584	0,383	1,669	2,571	3,910

Nota. a= parâmetros de discriminação; b1, b2, b3, b4 – *Thresholds*;

I (θ ; -6; +6) – Área de informação entre os *thetas* -3 e +3.

No total a dimensão PI apresentou área de informação de 48,53 e confiabilidade de 0,88. A quantidade máxima de informação está no *theta* igual a aproximadamente

1,0, sendo a informação maior que o erro no intervalo de θ entre -3,0 e 5,0 (Figura 7).

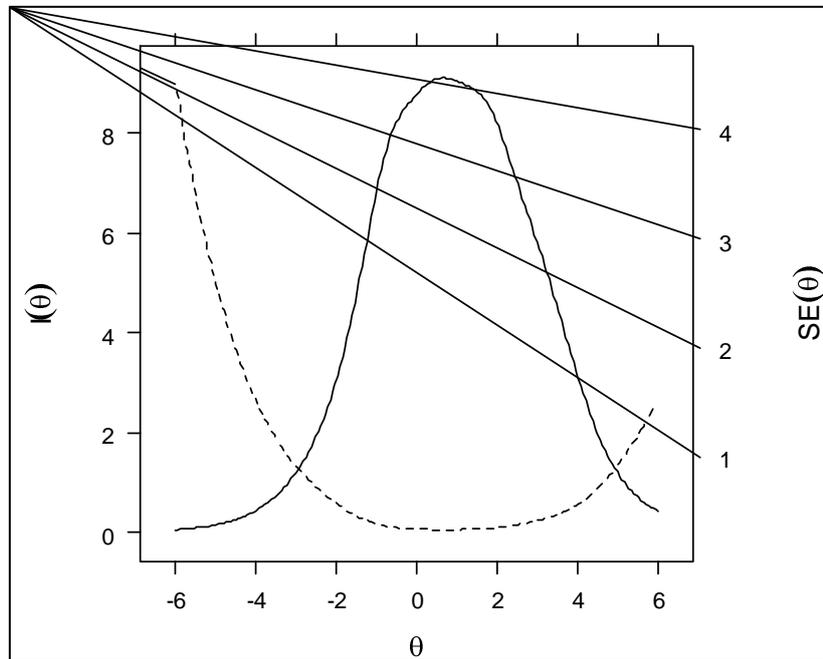


Figura 7. Curva de informação total (linha contínua) e curva de erro (linha pontilhada) em função do traço latente θ da dimensão Problemas Interpessoais. Elaborada pela autora.

A avaliação do comportamento dos itens quanto a curva característica dos itens (Figura 8) evidenciou que alguns itens não foram satisfatórios quanto a discriminação e curva de informação, como é o caso dos itens 65 e 74 (Figura 9). Assim, optou-se por aplicar o modelo novamente, sem os supracitados itens, estimando novos parâmetros. O novo modelo (PI1) foi menos plausível, segundo os critérios de seleção adotados (AICc; Tabela 10). Somente o AICc melhorou, em função da diminuição do número de itens; os demais índices de ajuste apresentaram valores piores.

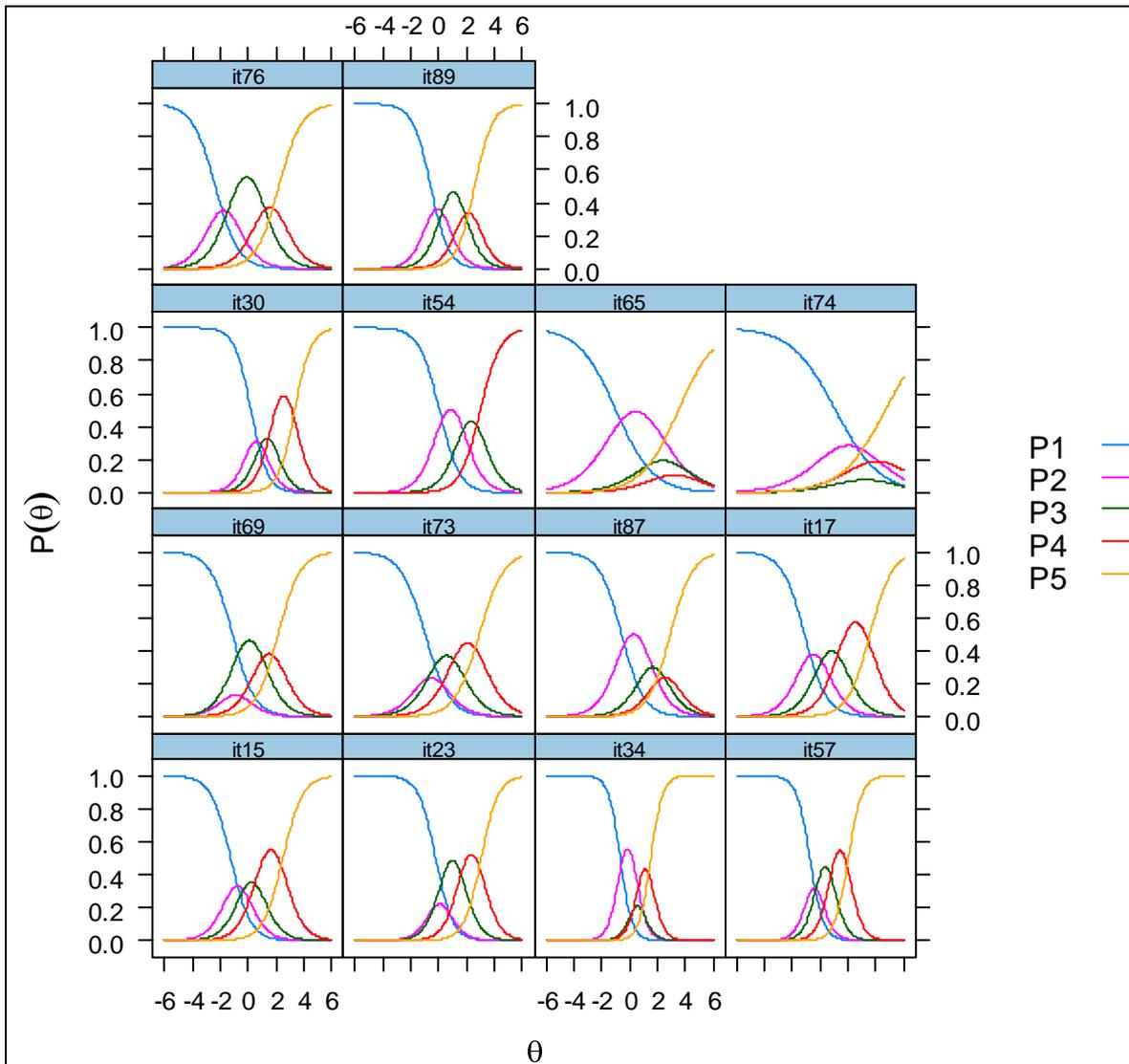


Figura 8. Curvas características dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão PI. P1, P2, P3, P4 e P5 representam as categorias de respostas. Elaborada pela autora.

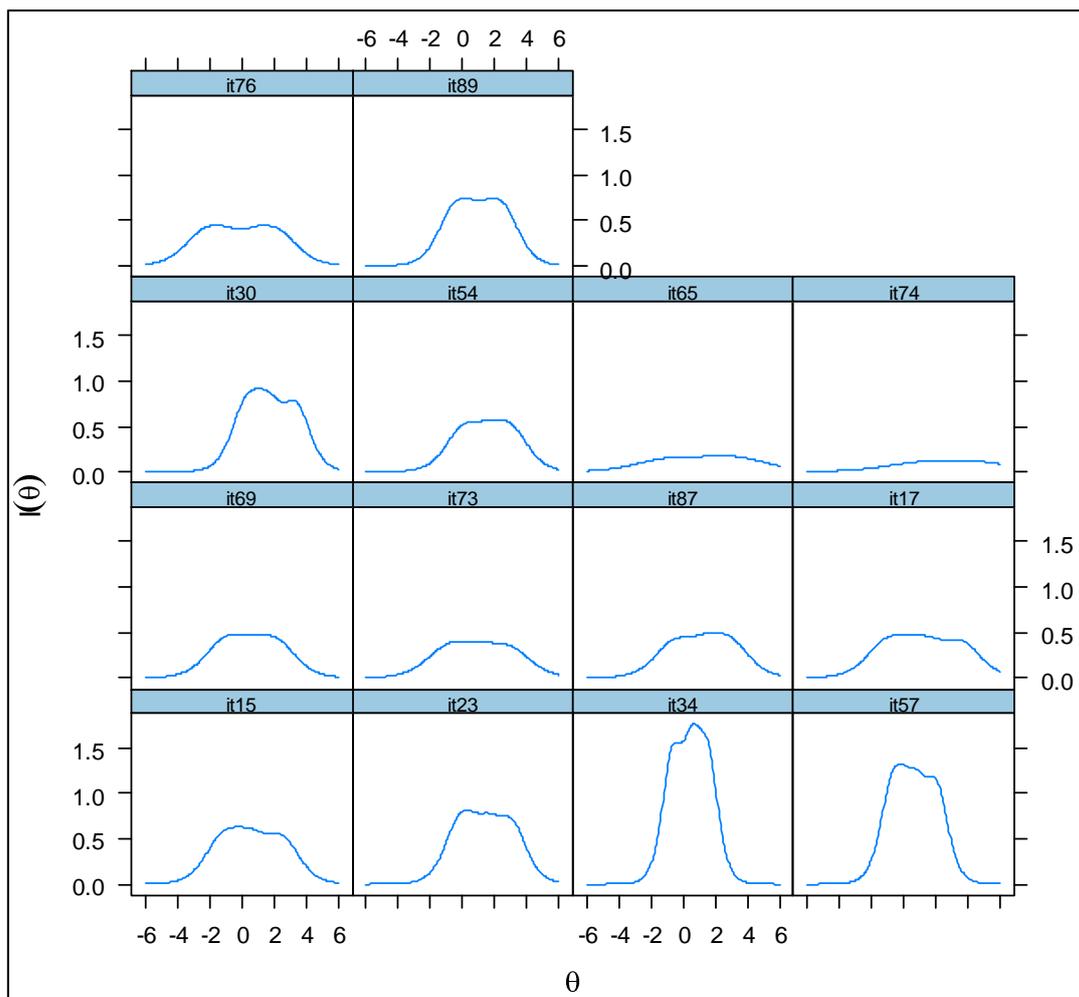


Figura 9. Curvas de informação dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão Problemas Interpessoais. Elaborada pela autora.

No modelo com menos itens os valores do parâmetro a (discriminação) foram todos maiores que 1,0. Os resultados podem ser observados na Tabela 13. A confiabilidade se manteve em 0,88.

Tabela 13

Parâmetros estimados para os itens da dimensão PI após a exclusão de itens

Itens	a	b1	b2	b3	b4
it15	1,444	-1,238	-0,278	0,750	2,468
it23	1,666	-0,217	0,329	1,611	3,005
it34	2,308	-0,664	0,402	0,767	1,552
it57	2,176	-0,719	-0,099	0,817	1,978
it69	1,263	-1,125	-0,710	0,884	2,153
it73	1,183	-0,960	-0,137	1,194	2,835

Itens	a	b1	b2	b3	b4
it87	1,248	-0,569	1,186	2,173	2,948
it17	1,254	-1,126	0,146	1,492	3,557
it30	1,737	0,212	0,961	1,754	3,307
it54	1,353	0,046	1,674	3,024	NA
it76	1,175	-2,411	-1,162	0,949	2,265
it89	1,522	-0,587	0,398	1,705	2,611

Nota. a= parâmetros de discriminação; b1, b2, b3, b4 – *Thresholds*.

3.5 Dimensão Problemas Afetivos – PA

Fizeram parte do modelo da dimensão Problemas Afetivos as escalas Déficit Interoceptivo e Desregulação Emocional. Este modelo apresentou bom ajustamento (NFI = 0,97; AGFI = 0,96; NFI = 0,96; RFI = 0,95), com todos os índices de ajuste superando os seus respectivos valores de referência. Os resultados podem ser observados na Tabela 14.

Tabela 14

Índices de ajuste do modelo para a dimensão Problemas Afetivos

		Índice de ajuste				
AFC	Modelo	GFI	AGFI	NFI	RFI	-
	PA	0,97	0,96	0,96	0,95	-
TRI	Modelo	AICc	RMSEA	IC 95% (RMSEA)	TLI	CFI
	PA	7.890,02	0,092	0,06-0,12	0,69	0,75
	PA1	3.458,89	0,093	0,05-0,13	0,79	0,85

Nota. GFI = *Goodness-of-fit Index*; AGFI = *Adjusted Goodness-of-fit Index*; NFI = *Normed Fit Index*; RFI = *Relative Fit Index*; AICc = critério de informação de Akaike corrigido; RMSEA = *Root-Mean-Square Error of Approximation*; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; TLI = *Tucker Lewis Index*; CFI = *Comparative Fit Index*.

As cargas fatoriais padronizadas dos itens das escalas variaram de 0,17 a 0,84, com a menor carga fatorial no item 81 (“eu preciso ser cuidadosa(o) com a minha tendência em abusar de álcool”) e a maior carga fatorial no item 85 (“eu tenho mudanças de humor acentuadas”) da escala Desregulação Emocional. A covariância entre Déficit Interoceptivo e Desregulação Emocional foi de 0,81. Na Tabela 15 são

apresentados os resultados referentes ao Alfa de *Cronbach*, Confiabilidade Composta e Variância Média Extraída.

Tabela 15

Indicadores de fidedignidade para as escalas da dimensão Problemas Afetivos

Escala	Alfa de Cronbach	CC¹	VME²
Déficit Interoceptivo	0,88	0,88	0,45
Desregulação Emocional	0,80	0,79	0,36

Nota. ¹Confiabilidade Composta; ²Variância Média Extraída

Conforme exposto na Tabela 15, tanto o coeficiente Alfa de *Cronbach*, quanto a Confiabilidade Composta indicaram a fidedignidade das escalas, sendo que os valores do coeficiente Alfa foram classificados como bons. Porém, a VME indicou problemas na fidedignidade em ambas as escalas. Em vista disso, uma reformulação do modelo da dimensão Problemas Afetivos será proposta posteriormente, de modo a verificar se este é, de fato, o melhor modelo.

Na TRI, os parâmetros estimados para a dimensão PA indicaram que alguns itens não apresentam uma boa discriminação, com valores dos parâmetros abaixo de 0,80 para os itens 72, 81 e 90 (Tabela 16). As áreas de informação para estes itens, como esperado, foram as mais baixas.

Tabela 16

Parâmetros estimados para os itens da dimensão PA

Itens	a	b1	b2	b3	b4	I(θ;-6:+6)
it8	2,122	-0,459	0,387	0,799	1,148	4,390
it21	2,977	-0,664	0,373	0,858	1,386	8,100
it26	1,488	-0,804	-0,093	1,527	NA	3,000
it33	1,709	-0,246	1,015	1,467	1,923	3,640
it40	1,436	-0,429	0,796	1,535	2,161	3,110
it44	2,135	-0,475	0,393	0,810	1,440	4,840
it51	1,584	-0,012	1,126	1,669	2,379	3,460
it60	1,719	-0,023	1,051	1,788	2,929	4,360

Itens	a	b1	b2	b3	b4	$I(\theta; -6: +6)$
it77	1,818	0,028	1,153	1,539	1,940	3,760
it67	2,193	0,119	0,752	1,342	1,715	4,630
it70	1,112	-1,076	0,598	1,619	2,333	2,420
it72	0,764	1,979	2,840	3,634	4,243	1,190
it79	1,722	0,689	1,375	2,286	3,409	4,190
it81	0,458	3,059	4,875	5,855	9,931	0,670
it83	1,371	0,037	0,968	1,616	2,431	2,810
it85	2,652	0,189	0,729	1,165	1,730	6,050
it90	0,655	3,560	4,942	7,130	NA	1,050

Nota. a = parâmetros de discriminação; b1, b2, b3, b4 – *Thresholds*;

$I(\theta; -6; +6)$ – Área de informação entre os *thetas* -3 e +3.

No total, a dimensão PA apresentou área de informação de 61,67 e confiabilidade de 0,91. A quantidade máxima de informação está no *theta* igual a aproximadamente 1,0, sendo a informação maior que o erro no intervalo de *theta* entre -2,0 e 5,0 (Figura 10).

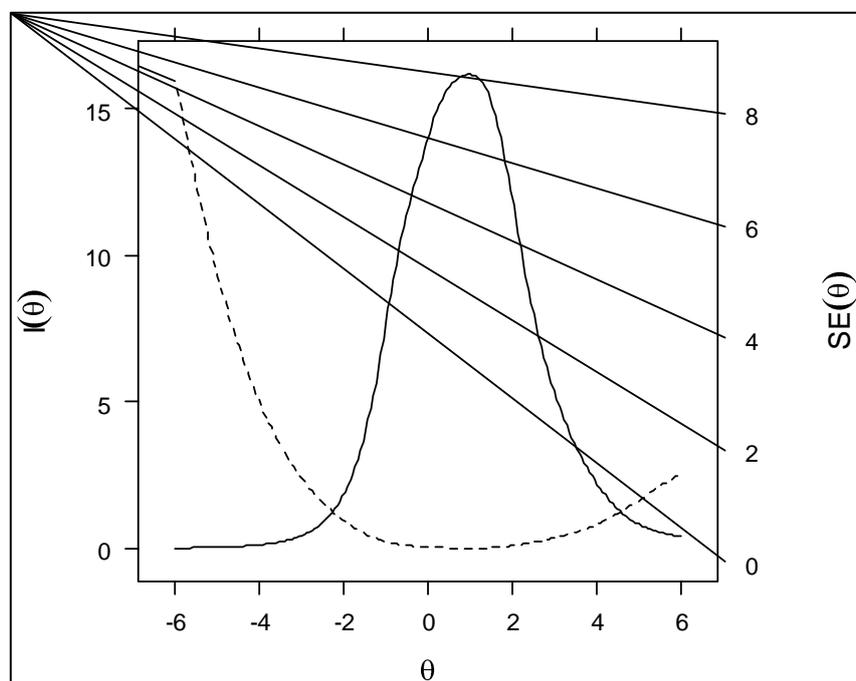


Figura 10. Curva de informação total (linha contínua) e curva de erro (linha pontilhada) em função do traço latente θ da dimensão PA. Elaborada pela autora.

A avaliação do comportamento dos itens quanto à curva característica dos itens (Figura 11) evidenciou que os itens 72, 81 e 90 não foram satisfatórios quanto à discriminação e curva de informação (Figura 12). Assim, optou-se por retirar aqueles itens da dimensão e estimar novamente os parâmetros. O novo modelo (PA1) foi mais plausível, segundo os critérios adotados para seleção (AICc). Os resultados podem ser observados na Tabela 14.

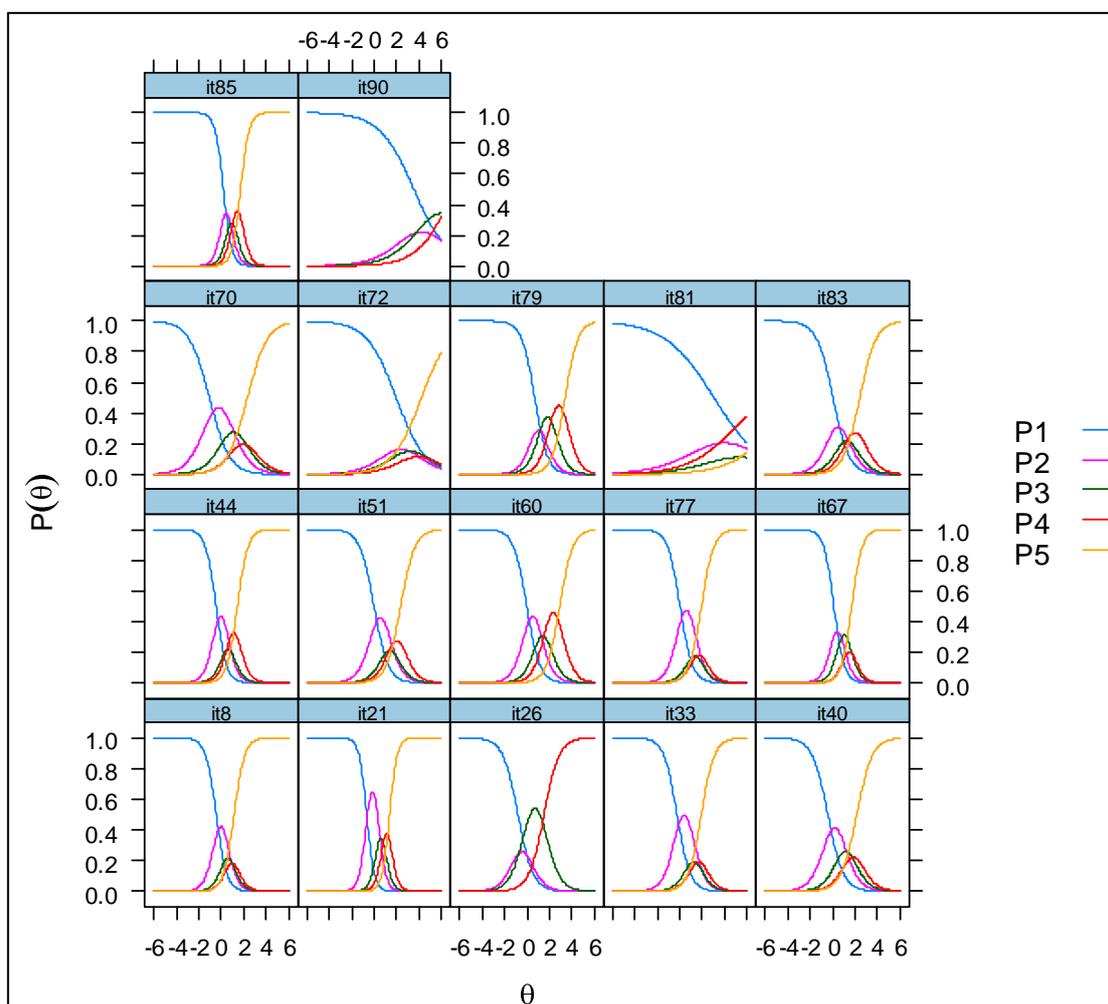


Figura 11. Curvas características dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão Problemas Afetivos. P1, P2, P3, P4 e P5 representam as categorias de resposta. Elaborada pela autora.

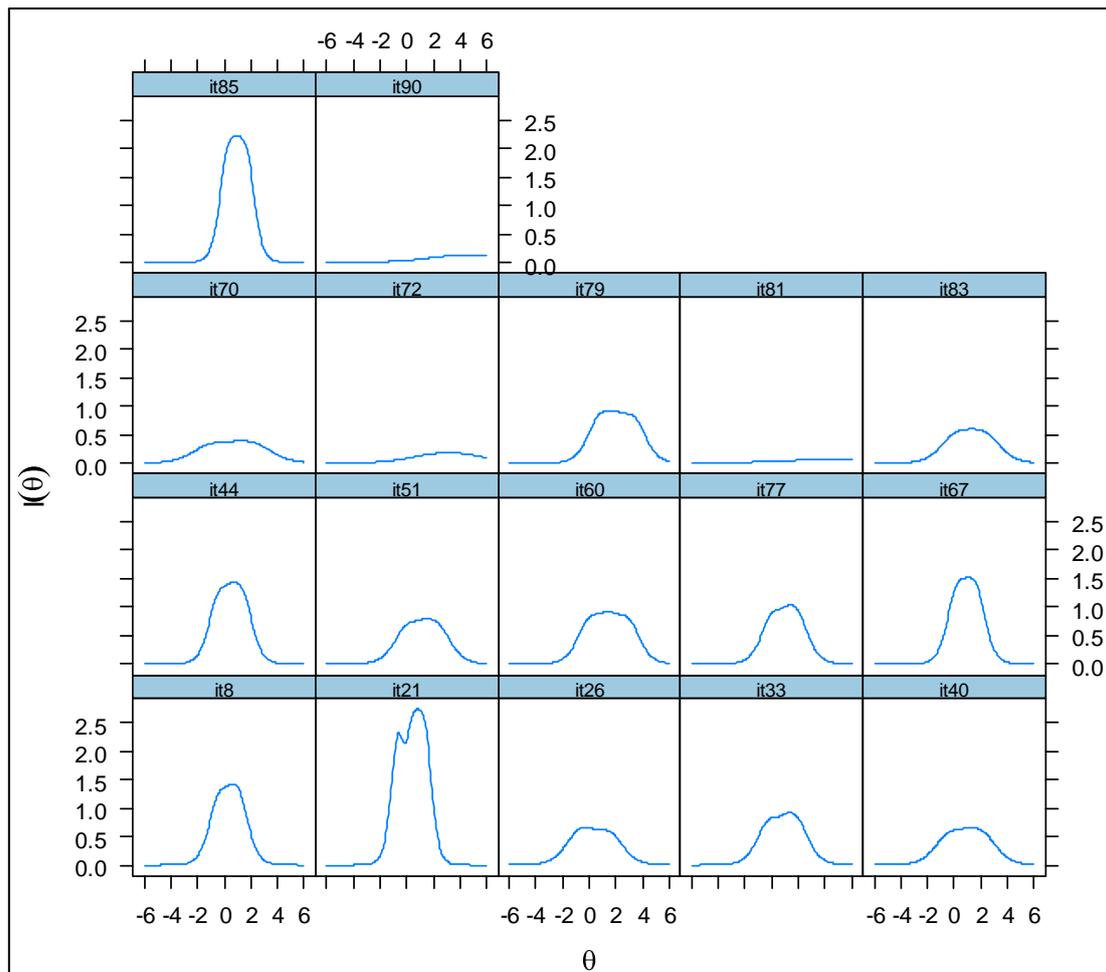


Figura 12. Curvas de informação dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão PA. Elaborada pela autora.

No modelo com menos parâmetros os valores do parâmetro a (discriminação) foram todos maiores que 1,0. Os resultados são apresentados na Tabela 17. A confiabilidade se manteve em 0,91.

Tabela 17

Parâmetros estimados para os itens da dimensão PA após a exclusão de itens

Itens	a	b1	b2	b3	b4
it8	2,139	-0,455	0,385	0,795	1,141
it21	3,022	-0,656	0,373	0,852	1,376
it26	1,508	-0,795	-0,090	1,515	NA
it33	1,731	-0,245	1,008	1,457	1,908
it40	1,468	-0,423	0,785	1,514	2,132
it44	2,192	-0,467	0,390	0,801	1,422
it51	1,608	-0,011	1,116	1,652	2,357

Itens	a	b1	b2	b3	b4
it60	1,726	-0,021	1,046	1,780	2,926
it77	1,830	0,028	1,146	1,531	1,933
it67	2,196	0,117	0,749	1,341	1,715
it70	1,101	-1,082	0,600	1,627	2,346
it79	1,703	0,689	1,378	2,294	3,433
it83	1,336	0,037	0,981	1,639	2,467
it85	2,574	0,191	0,734	1,174	1,746

Nota. a = parâmetros de discriminação; b1, b2, b3, b4 – *Thresholds*.

3.6 Dimensão Controle Excessivo – CE

Dentre os cinco modelos testados, o modelo da dimensão Controle Excessivo, formado pelas escalas Perfeccionismo e Asceticismo, foi o que apresentou o pior ajustamento. Nenhum de seus valores de índice de ajuste superou o seu respectivo valor de referência. Ainda, NFI e RFI apresentaram-se muito abaixo de 1,0 (NFI = 0,78; RFI = 0,74). Os resultados são apresentados na Tabela 18.

Tabela 18

Índices de ajuste do modelo para a dimensão Controle Excessivo

		Índice de ajuste				
AFC	Modelo	GFI	AGFI	NFI	RFI	-
	CE	0,91	0,87	0,78	0,74	-
TRI	Modelo	AICc	RMSEA	IC 95% (RMSEA)	TLI	CFI
	CE	3.236,27	0,093	0,05-0,14	0,43	0,61
	CE1	1.662,27	-	-	-	0,00

Nota. GFI = *Goodness-of-fit Index*; AGFI = *Adjusted Goodness-of-fit Index*; NFI = *Normed Fit Index*; RFI = *Relative Fit Index*; AICc = critério de informação de Akaike corrigido; RMSEA = *Root-Mean-Square Error of Approximation*; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; TLI = *Tucker Lewis Index*; CFI = *Comparative Fit Index*.

Embora o modelo não tenha apresentado ajuste, discorreremos agora sobre as cargas fatoriais de seus itens e sobre os seus indicadores de fidedignidade. A sua proposta de reformulação será explicitada adiante, nesta seção.

Tabela 19

Indicadores de fidedignidade para as escalas da dimensão Controle Excessivo em seu modelo não ajustado

Escala	Alfa de Cronbach	CC¹	VME²
Perfeccionismo	0,71	0,77	0,38
Asceticismo	0,66	0,70	0,28

Nota. ¹Confiabilidade Composta; ²Variância Média Extraída

O modelo não ajustado da dimensão Controle Excessivo exibiu cargas fatoriais padronizadas que variaram entre 0,07 e 0,95, sendo que o item 88 (“O sofrimento nos torna pessoas melhores”) da escala Asceticismo apresentou a menor carga fatorial e o item 13 (“Na minha família, apenas um desempenho excepcional é o suficiente”) da escala Perfeccionismo apresentou a maior carga fatorial. A covariância entre os dois fatores do modelo foi de 0,65.

Nenhum dos indicadores de fidedignidade das escalas deste modelo apresentou resultados ideais (Tabela 19). O coeficiente Alfa da escala Perfeccionismo foi aceitável, ao passo que o seu valor na escala Asceticismo foi questionável. A CC apresentou os melhores índices em ambas as escalas, embora muito próximos do valor de referência. A VME apontou ausência de fidedignidade tanto em Perfeccionismo, quanto em Asceticismo. Esta última escala obteve os piores indicadores de fidedignidade dentre todas escalas analisadas.

Na TRI, os parâmetros estimados para a dimensão Controle Excessivo indicaram que alguns itens não apresentam uma boa discriminação, com valores dos parâmetros a abaixo de 0,90 (itens 13, 29, 43 e 63), inclusive com o item 88 apresentando valor de a negativo (Tabela 20). A informação fornecida por estes itens, como esperado, também foi a mais baixa.

Tabela 20

Parâmetros estimados para os itens da dimensão CE

Itens	A	b1	b2	b3	b4	I(θ;-6:+6)
it13	0,720	-0,363	1,417	3,394	5,512	1,640

it29	0,847	-1,023	-0,494	0,702	1,979	1,540
it36	1,972	-0,964	-0,038	0,378	1,047	4,400
it43	0,656	-1,295	0,612	2,717	4,543	1,430
it52	1,203	-1,094	0,134	0,882	1,706	2,490
it63	0,608	-1,65	0,626	1,650	3,048	1,150
it66	2,431	-0,348	0,345	0,953	1,595	5,960
it68	0,975	-2,043	-1,073	-0,004	0,564	1,780
it75	0,972	1,250	2,605	3,779	4,246	1,870
it78	1,389	0,317	1,385	1,977	2,197	2,540
it82	1,939	1,395	2,614	2,888	NA	3,570
it86	1,146	1,019	2,023	2,961	3,467	2,180
it88	-0,094	7,359	-12,970	-19,601	-27,793	0,050

Nota. Nota. a = parâmetros de discriminação; b1, b2, b3, b4 – *Thresholds*;

I (0; -6; +6) – Área de informação entre os *thetas* -3 e +3.

No total, a dimensão CE apresentou área de informação de 30,62 e confiabilidade de 0,82. A quantidade máxima de informação está no *theta* igual a aproximadamente 1,0, sendo a informação maior que o erro no intervalo de *theta* entre -2,0 e 4,5 (Figura 13).

A avaliação do comportamento dos itens quanto a curva característica dos itens (Figura 14) evidenciou que os itens 13, 29, 43, 63 e 88 não foram satisfatórios quanto à discriminação e curva de informação (Figura 15). Assim, optou-se por retirar aqueles itens da dimensão e estimar novamente os parâmetros. O novo modelo (CE1) foi mais plausível, segundo os critérios adotados para a seleção (AICc). Os resultados dos índices de ajuste podem ser observados na Tabela 18.

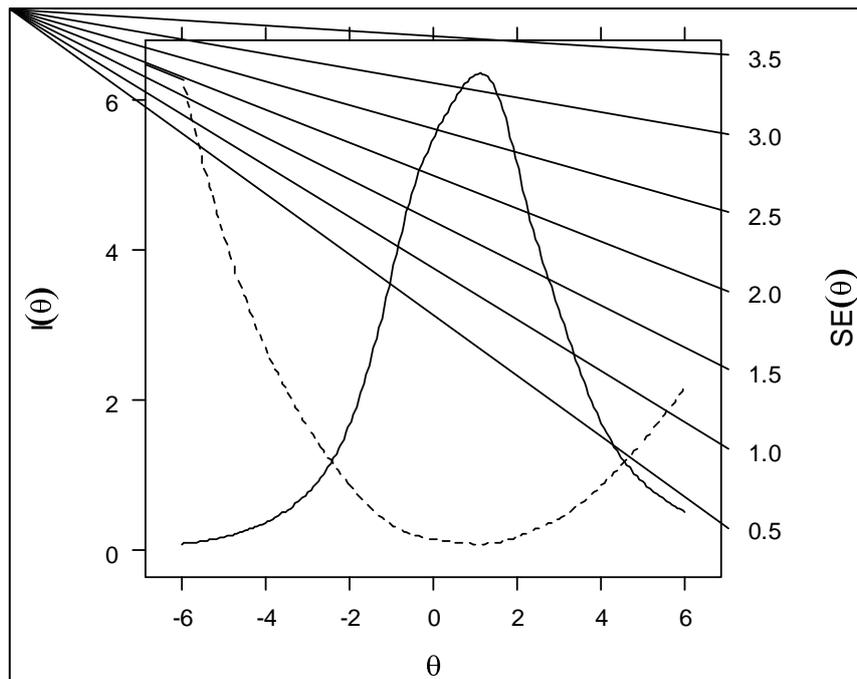


Figura 13. Curva de informação total (linha contínua) e curva de erro (linha pontilhada) em função do traço latente θ da dimensão Controle Excessivo. Elaborada pela autora.

No modelo reduzido, os valores do parâmetro a (discriminação) foram todos maiores que 0,94 (Tabela 21). A confiabilidade foi de 0,81.

Tabela 21

Parâmetros estimados para os itens da dimensão CE, após a exclusão de itens

Itens	A	b1	b2	b3	b4
it36	1,901	-0,987	-0,027	0,389	1,062
it52	0,942	-1,287	0,176	1,052	2,020
it66	2,853	-0,335	0,334	0,914	1,526
it68	0,991	-2,011	-1,048	0,006	0,563
it75	1,087	1,145	2,386	3,469	3,899
it78	1,570	0,291	1,287	1,850	2,060
it82	1,863	1,425	2,682	2,958	NA
it86	1,193	0,998	1,978	2,896	3,383

Nota. a = parâmetros de discriminação; b1, b2, b3, b4 – Thresholds.

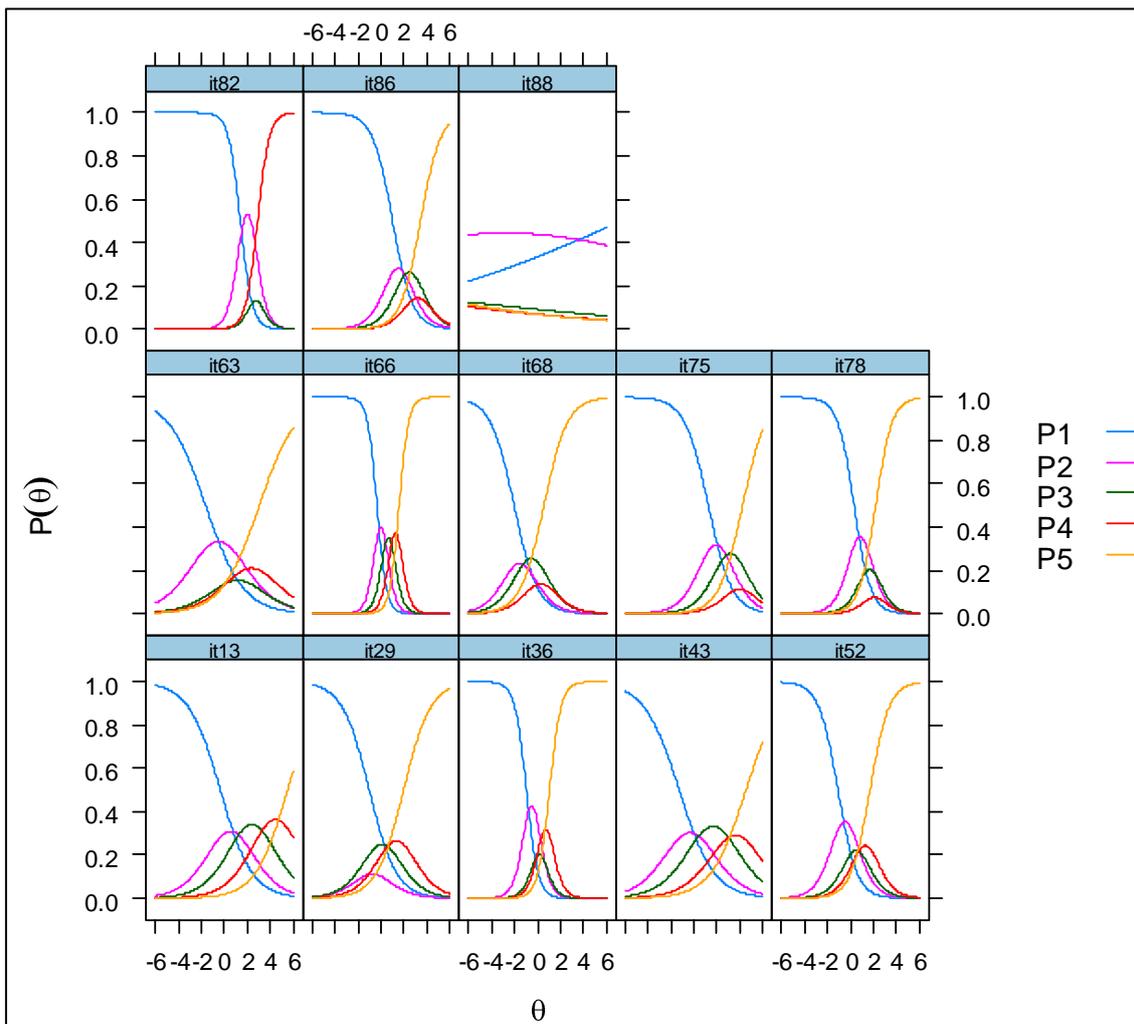


Figura 14. Curvas características dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão CE. P1, P2, P3, P4 e P5 representam as categorias de respostas. Elaborada pela autora.

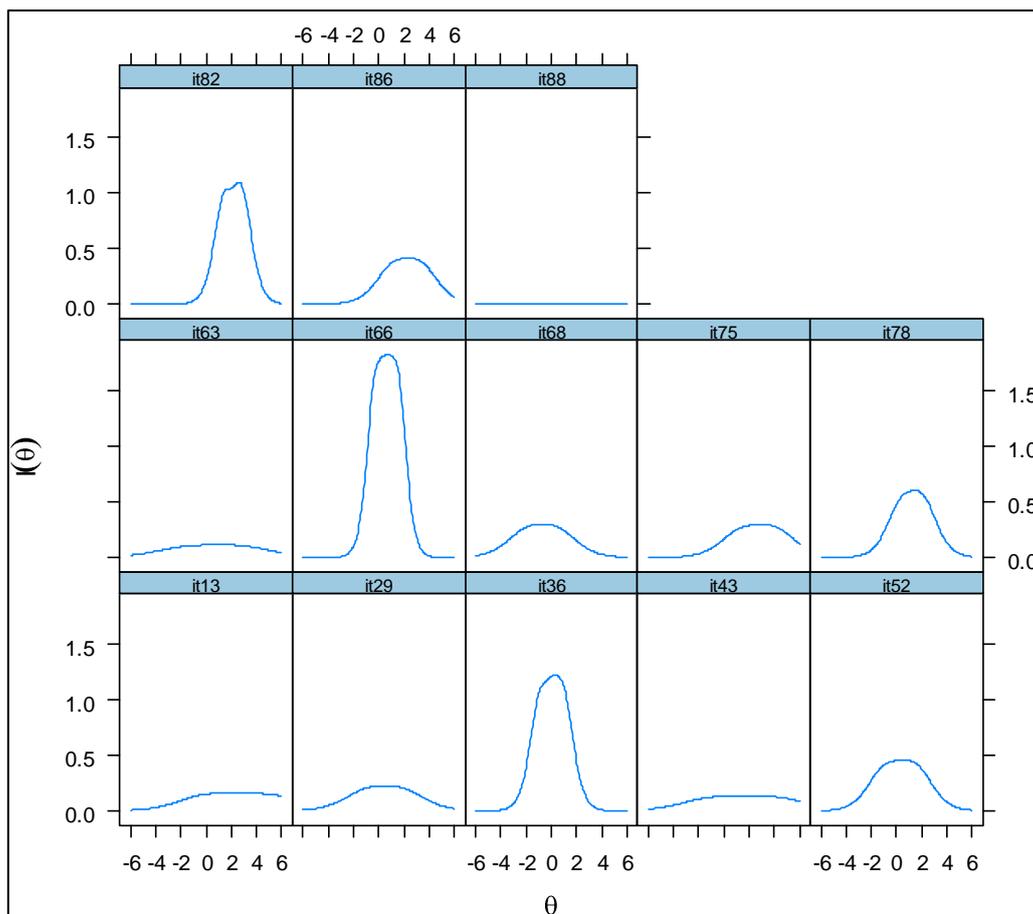


Figura 15. Curvas de informação dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão CE. Elaborada pela autora.

3.7 Dimensão Desajuste Psicológico – DP

A dimensão DP é a que inclui o maior número de itens. Na TRI, os parâmetros estimados para DP indicaram que vários itens não apresentaram uma boa discriminação, com valores dos parâmetros abaixo de 0,50 (itens 72, 74, 81, 43, 52 e 63) e valor negativo para o item 88 (Tabela 22). Quanto à informação, o item 20 foi o que apresentou maior valor (10,32) e o item 63 foi o menos informativo, com apenas 0,07.

Tabela 22

Parâmetros estimados para os itens da dimensão DP

Itens	a	b1	b2	b3	b4	$I(\theta; -6; +6)$
it10	2,802	-0,307	0,494	1,182	1,683	7,420
it27	2,415	-0,173	0,691	1,125	2,006	6,180

Itens	a	b1	b2	b3	b4	I(θ ;-6:+6)
it37	2,103	-0,877	-0,414	0,800	1,278	4,920
it41	3,294	-0,455	0,359	1,124	1,548	9,380
it42	1,192	-1,592	-0,516	0,512	2,629	2,970
it50	1,980	-0,056	0,689	1,499	2,681	5,160
it18	2,195	-0,420	0,776	1,173	1,556	4,980
it20	3,403	-0,897	-0,496	0,630	1,440	10,320
it24	2,159	0,115	0,969	1,568	1,850	4,660
it56	2,377	0,064	1,206	1,413	1,884	5,340
it80	1,422	-0,195	0,918	2,154	3,348	3,600
it84	2,909	-0,368	0,700	1,201	1,484	7,300
it91	1,823	-0,688	-0,239	0,775	1,855	4,370
it15	1,058	-1,466	-0,324	0,918	3,049	2,580
it23	1,078	-0,325	0,424	2,122	3,934	2,570
it34	1,849	-0,737	0,399	0,808	1,757	4,410
it57	1,141	-1,008	-0,151	1,166	2,880	2,690
it69	1,018	-1,270	-0,800	1,001	2,495	2,220
it73	0,568	-1,727	-0,289	2,085	5,182	1,220
it87	0,613	-0,954	2,009	3,737	5,203	1,300
it17	0,842	-1,476	0,180	1,951	4,829	2,160
it30	0,825	0,340	1,545	2,874	5,746	1,900
it54	1,233	0,006	1,760	3,274	NA	2,690
it65	0,880	-0,860	1,675	2,606	3,117	1,800
it74	0,437	1,475	4,057	4,772	6,553	0,670
it76	1,675	-1,876	-0,936	0,788	1,879	4,670
it89	1,523	-0,582	0,372	1,698	2,648	3,800
it8	1,538	-0,510	0,479	0,960	1,360	2,940
it21	2,877	-0,682	0,368	0,892	1,386	7,730
it26	1,845	-0,738	-0,087	1,408	NA	3,900
it33	1,982	-0,236	0,936	1,377	1,8	4,390
it40	1,279	-0,444	0,881	1,673	2,332	2,700
it44	1,923	-0,482	0,432	0,858	1,497	4,200
it51	1,103	-0,028	1,368	2,045	2,938	2,250
it60	1,869	-0,015	1,008	1,698	2,772	4,790
it77	1,702	0,030	1,180	1,581	2,001	3,470
it67	1,403	0,168	0,974	1,666	2,108	2,640
it70	0,651	-1,594	0,928	2,449	3,547	1,320
it72	0,425	3,388	4,881	6,239	7,277	0,550
it79	0,934	1,023	2,006	3,366	5,202	2,060
it81	0,485	2,919	4,650	5,575	9,416	0,750
it83	0,874	0,040	1,278	2,148	3,281	1,670
it85	1,734	0,265	0,931	1,385	1,997	3,410
it90	0,709	3,326	4,606	6,633	NA	1,170
it13	0,507	-0,427	2,005	4,688	7,606	1,030
it29	0,447	-1,755	-0,841	1,223	3,438	0,750
it36	1,601	-1,071	0,006	0,466	1,194	3,410

Itens	a	b1	b2	b3	b4	I(θ ; -6: +6)
it43	0,392	-2,073	0,955	4,361	7,335	0,730
it52	0,495	-2,172	0,377	1,857	3,467	0,910
it63	0,106	-8,588	3,704	9,091	16,423	0,070
it66	2,243	-0,333	0,423	1,012	1,598	5,260
it68	0,864	-2,232	-1,122	0,059	0,665	1,560
it75	1,220	1,081	2,220	3,194	3,592	2,410
it78	1,384	0,327	1,378	1,975	2,192	2,520
it82	0,971	2,109	3,902	4,344	NA	1,610
it86	1,285	0,960	1,862	2,699	3,14	2,440
it88	-0,214	3,218	-5,739	-8,637	-12,233	0,250
it3	2,252	-0,122	0,408	0,819	1,332	4,610
it6	0,864	-0,121	1,403	2,252	2,644	1,520
it14	1,194	-0,877	0,953	1,462	2,298	2,570
it22	1,270	-0,596	0,121	1,544	2,489	2,820
it35	1,248	-2,404	-0,953	0,000	0,891	2,840
it39	1,165	-1,112	-0,680	1,293	2,717	2,700
it48	1,087	-0,900	1,130	2,076	2,460	2,280
it58	1,454	-1,095	-0,424	1,182	2,251	3,560

Nota. a = parâmetros de discriminação; b1, b2, b3, b4 – *Thresholds*;

I(θ ; -6; +6) – Área de informação entre os *thetas* -3 e +3.

No total, a dimensão DP apresentou área de informação de 207,07 e confiabilidade de 0,97. A quantidade máxima de informação está no *theta* igual a aproximadamente 1,5, sendo a informação maior que o erro no intervalo de *theta* entre -2,0 e 4,0 (Figura 16).

A avaliação do comportamento dos itens quanto a curva característica dos itens (Figura 17) evidenciou que vários itens não foram satisfatórios quanto a discriminação e curva de informação (Figura 18). Assim, optou-se por retirar 19 itens da dimensão (itens 73, 87, 17, 30, 65, 74, 70, 72, 79, 81, 90, 13, 29, 43, 52, 63, 82, 88 e 6) e estimar novamente os parâmetros. O novo modelo (DP1) foi mais plausível, segundo os critérios adotados para seleção (AICc). Os resultados dos índices de ajuste podem ser observados na Tabela 23.

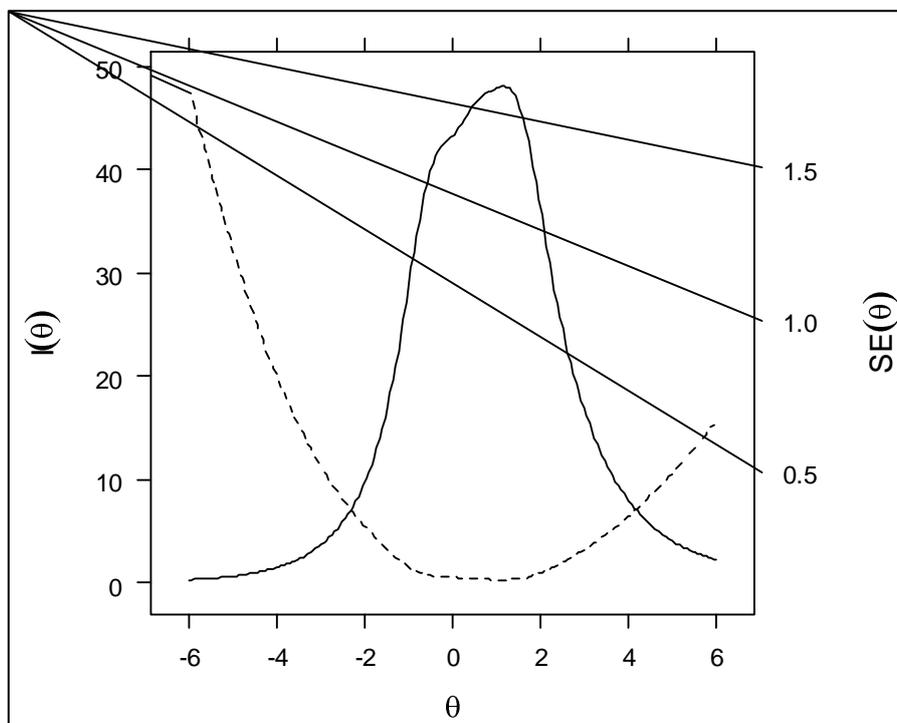


Figura 16. Curva de informação total (linha contínua) e curva de erro (linha pontilhada) em função do traço latente θ da dimensão Desajuste Psicológico. Elaborada pela autora.

Tabela 23

Resultado do ajuste do modelo para a dimensão DP

Modelo	AICc	RMSEA	IC 95% (RMSEA)	TLI	CFI
DP	12.690,32	0,08	0,08-0,09	0,84	0,85
DP1	8.849,66	0,08	0,07-0,08	0,91	0,92

Nota. AICc = critério de informação de Akaike corrigido; RMSEA = Root-Mean-Square Error of Approximation; IC = Intervalo de Confiança; TLI = Tucker Lewis Index; CFI = Comparative Fit Index.

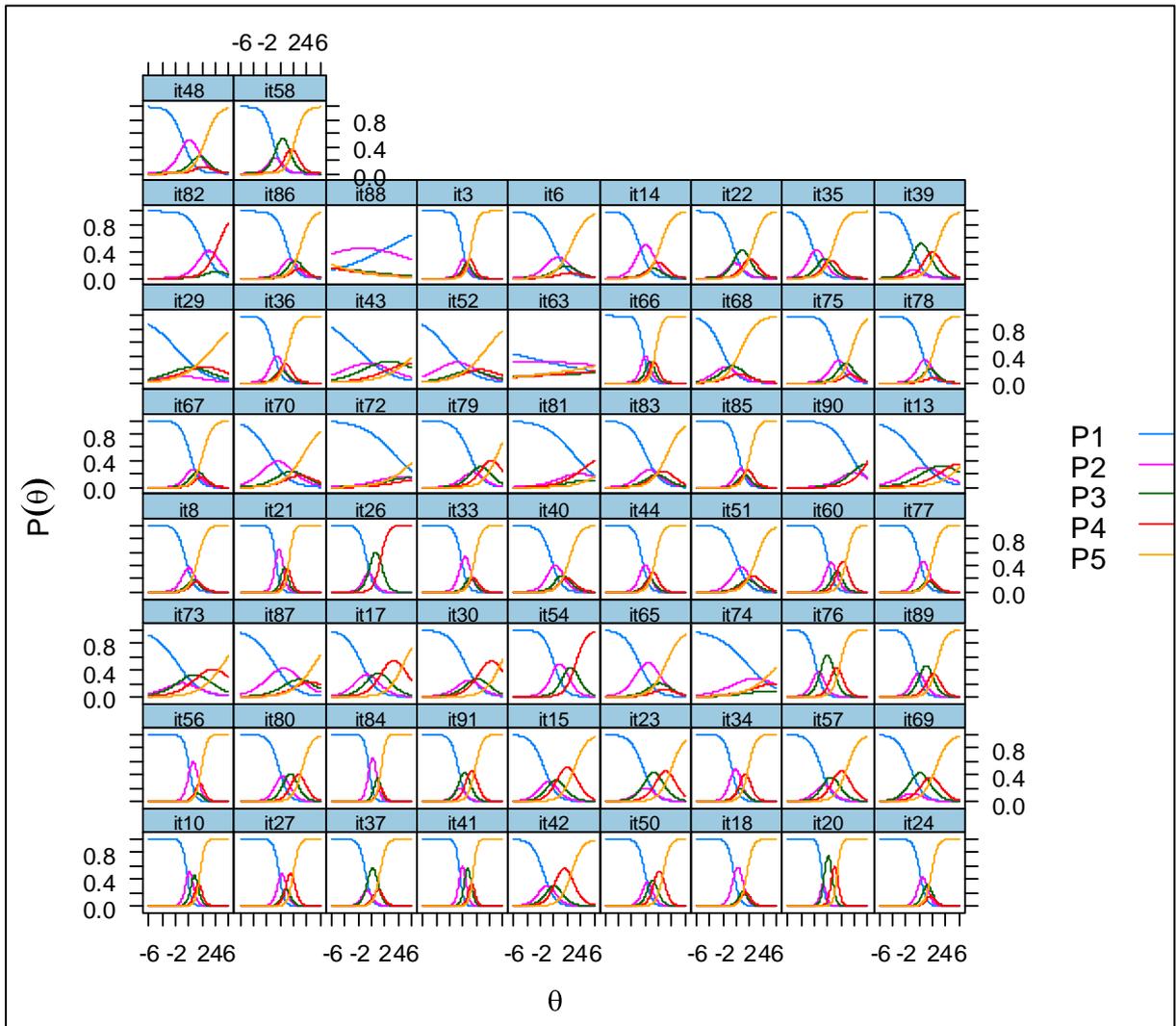


Figura 17. Curvas características dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão DP. P1, P2, P3, P4 e P5 representam as categorias de respostas. Elaborada pela autora.

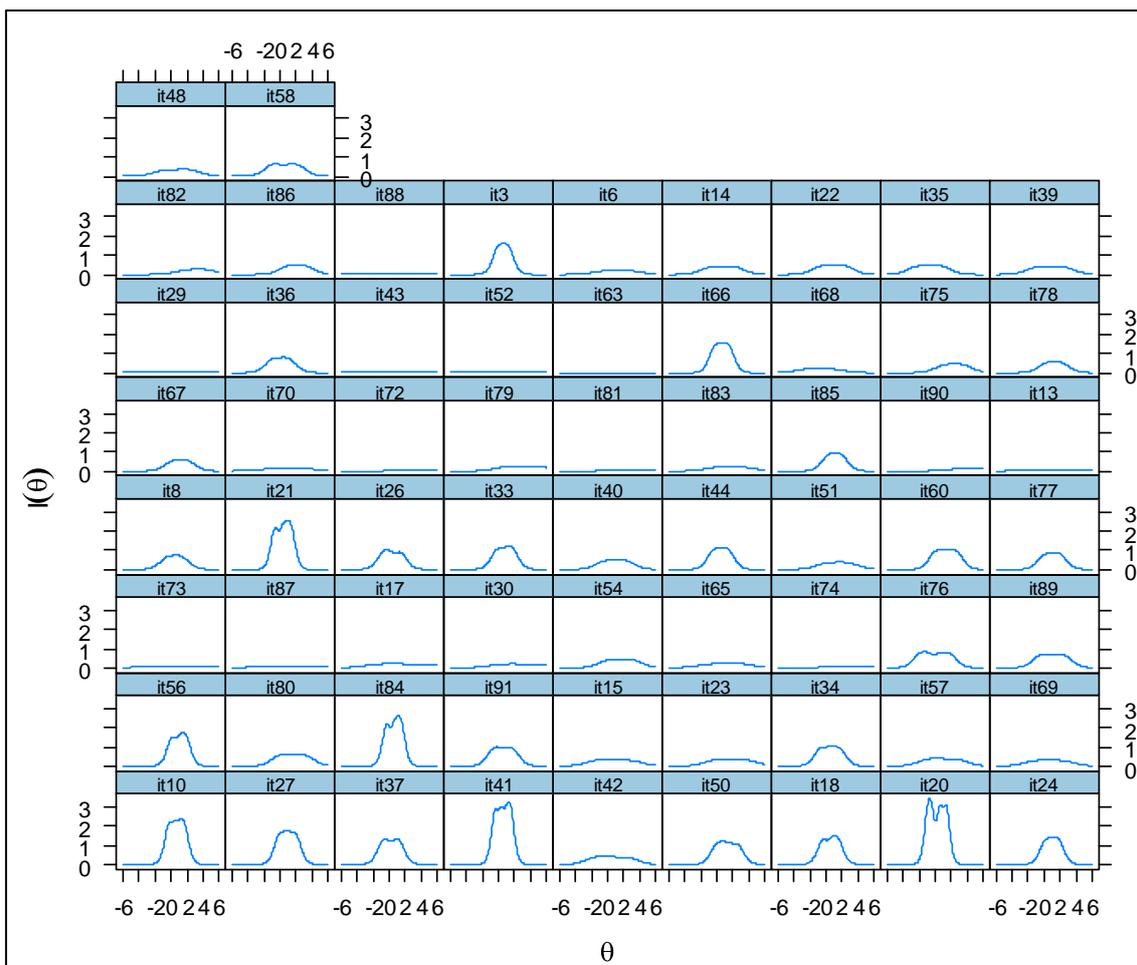


Figura 18. Curvas de informação dos itens (it) em função do traço latente θ da dimensão DP. Elaborada pela autora.

No modelo reduzido, os valores do parâmetro a (discriminação) foram maiores do que 1,0 para a grande maioria dos itens, com exceção dos itens 83 e 68, cujo os valores estimados foram 0,83 e 0,85, respectivamente (Tabela 24). A confiabilidade se manteve em 0,97.

Tabela 24

Parâmetros estimados para os itens da dimensão DP, após a exclusão de itens

Itens	a	$b1$	$b2$	$b3$	$b4$
it10	2,837	-0,297	0,498	1,183	1,677
it27	2,440	-0,165	0,692	1,124	1,993
it37	2,206	-0,860	-0,403	0,788	1,254
it41	3,433	-0,442	0,360	1,119	1,532

Itens	a	b1	b2	b3	b4
it42	1,245	-1,551	-0,498	0,503	2,545
it50	2,005	-0,051	0,689	1,491	2,650
it18	2,195	-0,413	0,780	1,178	1,559
it20	3,446	-0,890	-0,485	0,635	1,440
it24	2,242	0,120	0,958	1,545	1,820
it56	2,403	0,068	1,196	1,403	1,873
it80	1,468	-0,188	0,906	2,114	3,271
it84	3,026	-0,354	0,700	1,195	1,473
it91	1,897	-0,671	-0,228	0,765	1,822
it15	1,037	-1,485	-0,324	0,937	3,096
it23	1,035	-0,334	0,439	2,188	4,060
it34	1,816	-0,739	0,406	0,818	1,772
it57	1,114	-1,021	-0,152	1,186	2,935
it69	1,019	-1,269	-0,797	1,002	2,490
it54	1,202	0,007	1,785	3,324	NA
it76	1,628	-1,910	-0,950	0,803	1,906
it89	1,479	-0,588	0,383	1,729	2,687
it8	1,515	-0,508	0,487	0,970	1,372
it21	2,849	-0,675	0,371	0,896	1,389
it26	1,861	-0,728	-0,079	1,405	NA
it33	1,957	-0,232	0,943	1,387	1,812
it40	1,272	-0,445	0,881	1,673	2,333
it44	1,867	-0,482	0,443	0,873	1,517
it51	1,095	-0,026	1,377	2,055	2,948
it60	1,807	-0,007	1,030	1,723	2,807
it77	1,717	0,034	1,177	1,575	1,992
it67	1,365	0,174	0,994	1,696	2,143
it83	0,833	0,044	1,331	2,234	3,407
it85	1,701	0,276	0,944	1,399	2,013
it36	1,605	-1,070	0,011	0,471	1,194
it66	2,191	-0,328	0,434	1,024	1,610
it68	0,848	-2,267	-1,141	0,057	0,672
it75	1,192	1,103	2,260	3,244	3,646
it78	1,383	0,330	1,376	1,971	2,188
it86	1,304	0,951	1,842	2,671	3,106
it3	2,252	-0,117	0,413	0,826	1,336
it14	1,199	-0,873	0,956	1,465	2,297
it22	1,328	-0,576	0,122	1,502	2,414
it35	1,253	-2,394	-0,945	0,005	0,893
it39	1,198	-1,086	-0,661	1,275	2,667
it48	1,099	-0,893	1,125	2,063	2,442
it58	1,466	-1,087	-0,419	1,183	2,243

Nota. a = parâmetros de discriminação; b1, b2, b3, b4 – *Thresholds*.

3.8 Identificação da capacidade de classificação dos *thetas* nos grupos clínico e não-clínico

A inspeção gráfica possibilitou afirmar que os *thetas* diferiram entre os grupos clínico e não-clínico em todas as dimensões, mas diferiram pouco entre os sexos e não apresentaram correlação com a idade em nenhuma das dimensões (Figura 19).

Considerando como variáveis os grupos, as dimensões e os *thetas*, foi possível, ainda, verificar que houve diferença entre os grupos clínico e não-clínico em todas as dimensões da versão adaptada do EDI-3, com o grupo clínico apresentando maiores valores para o *theta* (Figura 20). No entanto, não foi possível testar a significância dessas diferenças, visto que não há teste não-paramétrico equivalente à Anova de 2 fatores (*Anova two-way*).

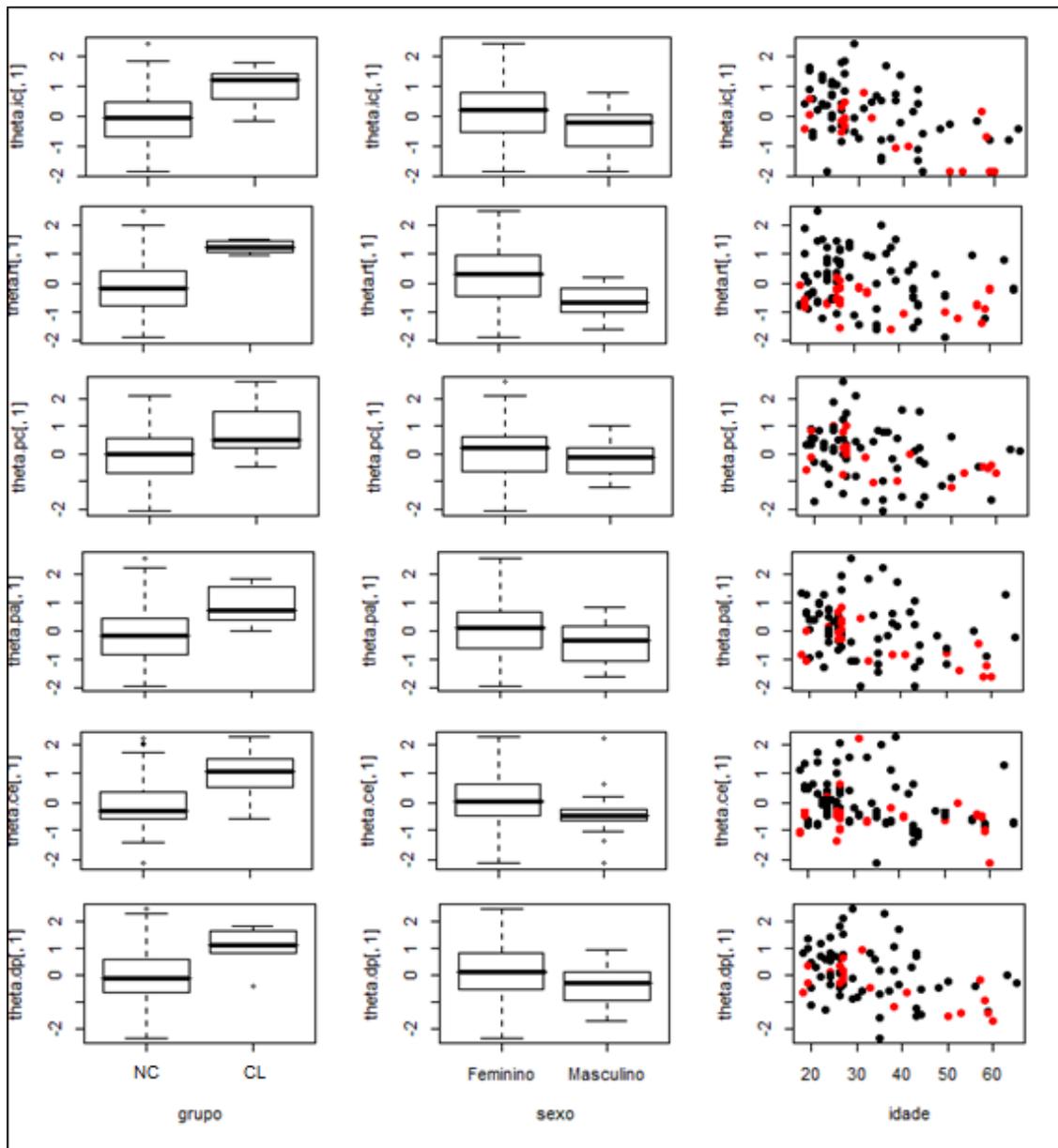


Figura 19. Gráficos das relações entre os *thetas* em função dos grupos não-clínico (NC) e clínico (CL), sexo e idade, para cada uma das dimensões do instrumento. Elaborada pela autora.

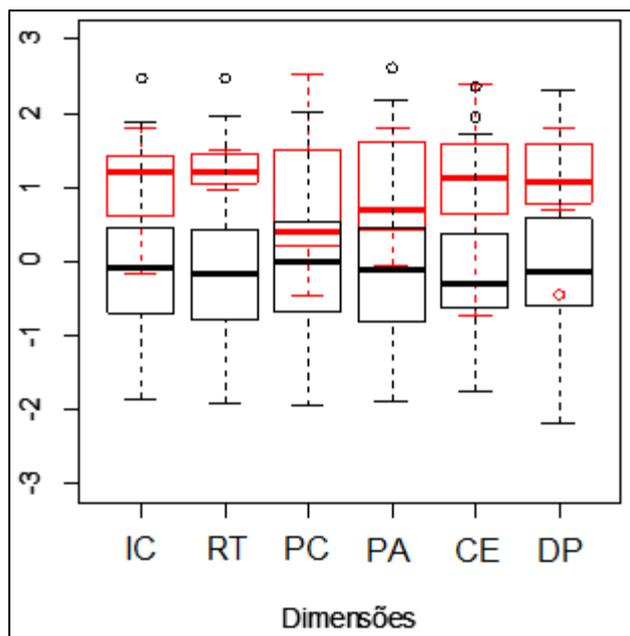


Figura 20. Boxplot da relação entre os *thetas* nas diferentes dimensões. Vermelho = grupo clínico; preto = grupo não-clínico. Elaborada pela autora.

3.9 Modelo Geral

Os parâmetros para modelos gerais, com todos os itens independente das dimensões, foram estimados e os *thetas* (que refletem o conjunto das dimensões) comparados entre o grupo clínico e não-clínico para avaliar se o teste discrimina estes grupos pelo resultado dos escores. Três modelos foram comparados: o modelo completo (sem os itens excluídos na análise por dimensão – modelo 1); o modelo excluindo os itens de Perfeccionismo da dimensão CE (modelo 2), pois estes não se comportaram bem, e o modelo excluindo todos os itens da dimensão CE (modelo 3).

O modelo mais plausível foi o modelo sem os itens da escala Perfeccionismo (Tabela 25) que, apesar de ter o AICc levemente maior que o modelo sem a dimensão Controle Excessivo, possui ajuste um pouco melhor.

Tabela 25*Índices de ajuste de três modelos gerais*

Modelos	AICc	RMSEA	InC (RMSEA) 95%	TLI	CFI
Modelo 1	15.708,35	0,11	0,103 -0,113	0,81	0,82
Modelo 2	15.208,07	0,11	0,107-0,116	0,81	0,81
Modelo 3	14.252,71	0,12	0,116-0,125	0,78	0,79

Nota. 1 = modelo completo; 2 = modelo excluindo os itens da escala Perfeccionismo;

3 = modelo excluindo todos os itens da dimensão CE.

AICc = critério de informação de *Akaike* corrigido; RMSEA = *Root-Mean-Square Error of Approximation*; InC = Intervalo de Confiança; TLI = *Tucker Lewis Index*; CFI = *Comparative Fit Index*.

Quando comparados os *thetas*, estimados pelo modelo 2, entre os grupos através do teste não-paramétrico de *Wilcoxon* para amostras independentes, observou-se uma diferença significativa entre eles ($W = 74, p < 0,01$), indicando que a média de *theta* no grupo clínico é significativamente maior que a média de *theta* no grupo não-clínico (Figura 21). Destaca-se que no grupo clínico só se observou escores positivos maiores que 0,07.

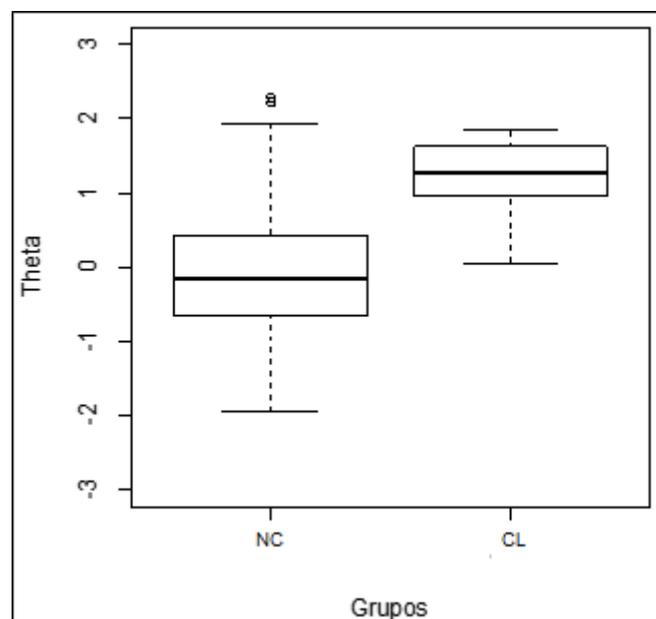


Figura 21. Boxplot dos *thetas* estimados pelo modelo geral, sem os itens da escala Perfeccionismo, em função do grupo não-clínico (NL) e clínico (CL). Elaborada pela autora.

Capítulo 4 – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1 Discussão

Este estudo foi desenhado de modo a examinar evidências iniciais de validade e de fidedignidade do *Eating Disorder Inventory-3*, em sua versão adaptada para o Brasil. Os resultados aqui apresentados e discutidos devem ser interpretados com cautela, uma vez que foram estimados com um elevado grau de incerteza para um intervalo de confiança de 95%, devido ao pequeno tamanho da amostra (N=87). Ademais, os 87 sujeitos do estudo são apenas uma porcentagem mínima da população brasileira e, certamente, não contemplam a variabilidade de contextos e comportamentos expressos nas diferentes regiões geográficas deste país. Importante ressaltar que os TAs sofrem forte influência dos aspectos culturais (Keel & Klump, 2003; Sopezki & Vaz, 2014), característica que torna ainda mais importante um delineamento amostral heterogêneo e suficiente. Todavia, esses resultados são importantes indicadores do funcionamento do EDI-3 no Brasil e podem sinalizar modelos a serem testados futuramente, em outros estudos. Somados a conclusões de pesquisas com amostras distintas, esses resultados podem corroborar a adequação do uso do EDI-3 no contexto brasileiro.

De maneira geral, os parâmetros aqui estimados apresentaram resultados satisfatórios, com bons ajustes nos modelos originais das dimensões Risco para Transtorno Alimentar, Ineficácia e Problemas Interpessoais. Essas mesmas dimensões também exibiram evidências de fidedignidade em suas escalas, bem como itens discriminantes e informativos. Por outro lado, as dimensões Problemas Afetivos, Controle Excessivo e Desajuste Psicológico necessitaram de alterações, especialmente as duas últimas. É possível que os resultados insuficientes da dimensão Desajuste Psicológico tenham decorrido da combinação entre a grande quantidade de itens carregados nesta dimensão e o tamanho da amostra do estudo.

Na dimensão controle excessivo, o conteúdo dos itens das escalas chama a atenção. Recordamos aqui que o EDI-3 foi desenvolvido no contexto cultural dos Estados Unidos da América, onde a pressão pelo alcance de resultados extraordinários e o foco na produtividade são traços marcantes. No Brasil, esses traços parecem não ser tão relevantes quanto nos EUA. Uma suposição é que esse contraste cultural tenha tornado o teor dos itens dessa dimensão pouco relevante em terras brasileiras. Neste caso, características perfeccionistas e ascetas ainda seriam relevantes no modelo, mas os itens que as mensuram precisariam de reformulação, de modo a indicar situações e pensamentos que tenham sentido cultural para este país. Outra possibilidade é a de que o perfeccionismo não é relevante no modelo brasileiro dos transtornos alimentares. Um estudo acerca do modelo etiológico dos TAs, realizado com meninas adolescentes brasileiras, concluiu que o perfeccionismo não teve aderência ao modelo na amostra pesquisada (Fortes, Filgueiras, Oliveira, Almeida, & Ferreira, 2016). Sugere-se que estudos posteriores se atentem especialmente a essa questão.

Do ponto de vista estatístico, a disparidade entre o N da amostra clínica e o N da amostra não-clínica tornou difícil a comparação entre esses sujeitos. Ainda assim, verificou-se diferenças significativas entre as médias dos *thetas* desses grupos, através do teste de *Wilcoxon*. Devido à condição de saúde física e psicológica debilitada, não é fácil acessar, via *internet*, sujeitos em tratamento para transtornos alimentares. Também não é fácil acessá-los pessoalmente, uma vez que serviços especializados são escassos no Brasil. Por isso, o ideal é que pesquisadores do tema se unam em uma rede ampla, onde quem está próximo a centros de tratamento especializados dê suporte à coleta de dados presencial.

Não obstante a limitação do N amostral, após ajustes o EDI-3 demonstrou evidências preliminares de validade e fidedignidade no contexto brasileiro. Para ser

futuramente utilizado no Brasil, o EDI-3 necessitará não somente de mais pesquisas que ratifiquem estas evidências, mas também atender às exigências da Resolução CFP n. 009/2018, conforme assinalam Andrade e Valentini (2018), e passar pela aprovação do Satepsi. Cumpridas essas condições, o instrumento poderá ser utilizado em avaliação compulsória, especificamente, na avaliação para cirurgia bariátrica. Apesar das perspectivas de expansão e da necessidade social, esse contexto de avaliação ainda carece de instrumentos com evidências de validade.

4.2 Considerações finais

Apesar das limitações impostas, principalmente, pelo N amostral insuficiente e pela dificuldade em compor a amostra clínica, o estudo apresentou indícios preliminares de adequação do instrumento *Eating Disorder Inventory-3* no Brasil. Estudos mais amplos são necessários, a fim de refutar ou corroborar as modificações aqui sugeridas.

Referências

- Abreu, C. N. de, & Cangelli Filho, R. (2005). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 153–165. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400010>
- Alves, T. C. H. S., Santana, M. L. P., Silva, R. C. R., Pinto, E. J., & Assis, A. M. O. (2012). Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador, Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(2), 55–63.
- American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], and National Council on Measurement in Education [NCME] (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders*. (1th ed.). USA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II™ - Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2nd ed.). USA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-II™ - Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed.). USA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR™ - Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V™ - Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, J. M., & Valentini, F. (2018). Diretrizes para a construção de testes psicológicos : a resolução CFP nº 009 / 2018 em destaque. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(núm. esp.), 28–39.

- Araújo, A. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVI(1), 67–82.
- Bal, Z. E., & Dikencik, M. C. (2013). Anorexia nervosa as a modern disease : a comparative study of different disciplines. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 492–495. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.298>
- Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2015). Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder : Associations with personality disorder and eating disorder pathology. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 159–164. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.016>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas : algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423–432. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Calazans, R., & Kyrillos Neto, F. (2012). DSM: nova versão, velhas questões, antigas pretensões. In Kyrillos Neto, F., & Calazans, R. (Eds.), *Psicopatologias em debate: controvérsias sobre os DSMs*. (pp. 9-15). Barbacena: EdUEMG.
- Campana, A. N. N. B., Tavares, M. C. G. C. F., & Garcia Júnior, C. (2012). Preocupação e insatisfação com o corpo , checagem e evitação corporal em pessoas com transtornos alimentares. *Paidéia*, 22(53), 375–381.
- Caponi, S. (2014). O DSM-V como dispositivo de segurança. *Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 741–763. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>
- Chalmers, R. P. (2012). Mirt: a multidimensional item response theory package for the R environment. *Journal of Statistical Software*, 48(6), 1-29. [doi:10.18637/jss.v048.i06](https://doi.org/10.18637/jss.v048.i06)
- Conti, M. A., Cordás, T. A., & Latorre, M. do R. D. O. (2009). A study of the validity and reliability of the Brazilian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ) among adolescents. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(3), 331–338.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987), The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating*

Disorders, 6, 485-494. doi:10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O

- Cordás, T. A. (2004). Classification and diagnosis of eating disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 154–157. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400003>
- Cordás, T. A., & Claudino, A. M. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl III), 3–6.
- Costa, A. J. R. B., & Pinto, S. L. (2015). Transtorno da compulsão alimentar periódica e qualidade de vida de pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 28(Supl I), 52–55.
- Costa, M. B., & Melnik, T. (2016). Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas. *Einstein*, 14(2), 235–277. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016RW3120>
- Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive – compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1651–1660.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). SAGE Publications.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, XVIII(February), 39–50.
- Fortes, L. de S., Cipriani, F. M., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2014). Eating disorder symptoms: Association with perfectionism traits in male adolescents. *Archives of Clinical Psychiatry*, 41(5), 117–120. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000024>
- Fortes, L. de S., Filgueiras, J. F., Oliveira, F. da C., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2016). Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em adolescentes brasileiros do sexo feminino. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), 1–11. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0102->

311X00024115

- Fortes, L. de S., Vieira, L. F., Paes, S. T., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2016). Comportamentos de risco para os transtornos alimentares e traços perfeccionistas em atletas de atletismo. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 30(3), 815–822.
- Freitas, S., Gorenstein, C., & Appolinario, J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(SUPPL. 3), 34–38. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700008>
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. doi:10.1017/S0033291700049163
- Garner, D. M. (1983). *Eating Disorder Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: PAR, Inc.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory of anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2)
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3: Professional manual*. Lutz, FL: PAR, Inc.
- George, D., & Mallery, P. (2002). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47–55.
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2017). Binge eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 40, 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.003>
- Guerra, A. M. C. (2012). Adolescência e infração: classificar é simples, complexo é operar com as classificações. In F. Kyrillos Neto, & R. Calazans (Eds.), *Psicopatologias em debate: Controvérsias sobre os DSMs*. (pp. 75-93). Barbacena: EdUEMG.

- Hair Jr., J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. & Black, W.C. (2005). *Análise multivariada de dados*. (5a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analysis*. (7th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Henderson, M., & Freeman, C. P. L. (1987). A self-rating scale for bulimia: the BITE. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 18–24.
- IBM Corp. (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- IBM Corp. (2012). IBM SPSS Amos for structural equation modeling, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 747–769. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.747>
- Leal, G. V. da S., Philippi, S. T., Polacow, V. O., Cordás, T. A., & Alvarenga, M. S. (2012). O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *62*(1), 62–75.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. dos. (2012). Imagem corporal e hábitos alimentares na anorexia nervosa: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *25*(3), 550–558. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300015>
- Lima, K. S. (2018). *Aplicação da teoria de resposta ao item na validação do Inventário de Desordem Alimentar* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba).
- Manochio-Pina, M. G., Ganero, A. M., Silva, L. F., & Pessa, R. P. (2018). Prática de atividade física em mulheres com transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, *12*(72), 542–549.
- Melo, P. G. (2013). *Compulsão alimentar periódica em mulheres com obesidade grave: prevalência e fatores associados* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Goiás). Recuperado de <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tde/3032>
- Mitchell, J. E., King, W. C., Pories, W., Wolfe, B., Flum, D. R., Spaniolas, K., Bessler,

- M., Devlin, M., Marcus, M. D., Kalarchian, M., Engel, S., Khandelwal, S., & Yanovski, S. (2015). Binge eating disorder and medical comorbidities in bariatric surgery candidates. *International Journal of Eating Disorders*, *48*, 471–476. <https://doi.org/10.1002/eat.22389>
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(Suppl. 3), 18–23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>
- Moser, C. M., Lobato, M. I. R., Rosa, A. R., Thomé, E., Ribar, J., Primo, L., Santos, A. C. F., & Brunstein, M. G. (2013). Impairment in psychosocial functioning in patients with different subtypes of eating disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *35*(2), 111–118. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000200004>
- Moura, F. E. G. de A., Santos, M. A. dos, & Ribeiro, R. P. P. (2015). A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *32*(2), 233–247. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200008>
- Nunes, M. A., Camey, S., Olinto, M. T. A., & Mari, J. J. (2005). The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *38*, 1655–1662.
- Nunes, C. H. S. S., & Primi, R. (2005). Impacto do tamanho da amostra na calibração de itens e estimativa de escores por teoria de resposta ao item. *Avaliação Psicológica*, *2*(2), 141-153.
- Oliveira, L. L., & Hutz, C. S. (2010). Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, *15*(3), 575–582. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000300015>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2018). CID-11: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.
- Pasquali, L. (2012). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM.
- Quadflieg, N., & Fichter, M. M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa.

- European Child & Adolescent Psychiatry*, 109(Suppl 1), 99–109.
<https://doi.org/10.1007/s00787-003-1113-9>
- Quiles-cestari, L. M., & Ribeiro, R. P. P. (2012). Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 1-8.
- R Core Team. (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. URL: <http://www.R-project.org/>.
- Shevlin, M., & Miles, J. N. V. (1998). Effects of sample size, model specification and factor loadings on the GFI in confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 25, 85-90.
- Silva, M. M. X., Damiani, D., & Cominato, L. (2013). Avaliação da densidade mineral óssea em adolescentes do sexo feminino com transtorno alimentar. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 57(7), 527–532.
- Silva, V. B., Silva, R. B., Prud'homme, A., Campan, P., Azorin, J. M., & Belzeaux, R. (2018). Association between binge eating disorder and psychiatric comorbidity profiles in patients with obesity seeking bariatric surgery. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 79–83. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.09.004>
- Sopezki, D., & Vaz, C. E. (2014). Transtornos alimentares, autoestima e Técnica de Rorschach. *Interação em Psicologia*, 18(2), 121–130.
- Souza, A. P. L. de, & Pessa, R. P. (2016). Tratamento dos transtornos alimentares: fatores associados ao abandono. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 60–67. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000104>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. (6th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Tenório, J. M. V. (2018). *Adaptação e validação do Inventário de Desordem Alimentar para o contexto brasileiro* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba).
- Tirico, P. P., Stefano, S. C., & Blay, S. L. (2010). Qualidade de vida e transtornos alimentares : uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3), 431–449.

- Tomaz, R., & Zanini, D. S. (2009). Personalidade e coping em pacientes com transtornos alimentares e obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 447–454. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000300016>
- Vale, A. M. O., Kerr, L. R. S., & Bosi, M. L. M. (2011). Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 121–132.
- Valentini, F., & Damásio, B. F. (2016). Variância média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322225>
- Veras, J. L. A., Ximenes, R. C. C., Vasconcelos, F. M. N., Medeiros, B. F., & Sougey, E. B. (2018). Relação entre comportamento suicida e transtornos alimentares: uma revisão sistematizada. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 10(1), 289–294. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.289-294>
- Verworn, B. (2009). A structural equation model of the impact of the “fuzzy front end” on the success of new product development. *Research Policy*, 38(10), 1571-1581. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2009.09.006>

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “ADAPTAÇÃO DO INVENTÁRIO DE TRANSTORNO ALIMENTAR-3 (EDI-3) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO”, de responsabilidade de Mariana Mateus Penha, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações da Universidade de Brasília (UnB).

O objetivo desta pesquisa é identificar se o Inventário de Transtorno Alimentar (EDI-3) é adequado para uso no contexto brasileiro. Espera-se que os seus resultados colaborem para a adequada mensuração dos fatores de risco para Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar no Brasil, fornecendo assim subsídios para prevenção, diagnóstico e tratamento desses transtornos alimentares. Gostaria, portanto, de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade em cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pelo estudo.

A coleta de dados será realizada por meio do preenchimento de um questionário eletrônico. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco previsível, é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você pode recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A recusa ou desistência em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios para você.

Esclarecemos que não serão geradas conclusões individuais a respeito de sua saúde com base nas suas respostas ao questionário de pesquisa. Os dados coletados serão tratados apenas de forma coletiva. Os resultados da pesquisa serão publicados na comunidade científica, resguardando sempre o sigilo da identidade de todos os participantes. Por isso, ao concordar com a participação na pesquisa, você também autoriza a publicação dos resultados do estudo em revistas científicas e a sua divulgação em eventos científicos.

Se você tiver qualquer dúvida ou desconforto em relação à pesquisa, poderá contatar a responsável pelo estudo através do e-mail mpenhamariana@gmail.com.

* Você declara que foi devidamente esclarecido, concorda em participar da pesquisa e autoriza que os resultados coletivos sejam publicados, sendo garantido que a sua identidade e as suas respostas não serão identificadas?

Sim

Não

Se desejar, insira no espaço abaixo as iniciais do seu nome completo e a sua data de nascimento, incluindo apenas dia e mês, conforme o exemplo a seguir:

José Ferreira Silva, nascido em 01 de janeiro de 1991 = JFS0101

Com esse código será possível localizar as suas respostas e retirá-las da pesquisa, caso você solicite.

**APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico, conforme apresentado aos
participantes do estudo**

Informações									
<p>* Idade:</p> <input type="text"/>									
<p>* Gênero:</p> <p><input type="radio"/> Feminino</p> <p><input type="radio"/> Masculino</p> <p><input type="radio"/> Outro (especifique)</p> <input type="text"/>									
<p>* Estado Civil:</p> <p><input type="radio"/> Solteiro(a)</p> <p><input type="radio"/> Casado(a)</p> <p><input type="radio"/> Divorciado(a)</p> <p><input type="radio"/> Separado(a)</p> <p><input type="radio"/> Viúvo(a)</p> <p><input type="radio"/> Mora com o(a) companheiro(a)</p> <p><input type="radio"/> Outro (especifique)</p> <input type="text"/>									
<p>* Escolaridade:</p> <table><tbody><tr><td><input type="radio"/> Ensino Fundamental Incompleto</td><td><input type="radio"/> Ensino Superior Incompleto</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo</td><td><input type="radio"/> Ensino Superior Completo</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Ensino Médio Incompleto</td><td><input type="radio"/> Pós-Graduação Incompleta</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Ensino Médio Completo</td><td><input type="radio"/> Pós-Graduação Completa</td></tr></tbody></table>		<input type="radio"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="radio"/> Ensino Superior Incompleto	<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Ensino Superior Completo	<input type="radio"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="radio"/> Pós-Graduação Incompleta	<input type="radio"/> Ensino Médio Completo	<input type="radio"/> Pós-Graduação Completa
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Incompleto	<input type="radio"/> Ensino Superior Incompleto								
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Ensino Superior Completo								
<input type="radio"/> Ensino Médio Incompleto	<input type="radio"/> Pós-Graduação Incompleta								
<input type="radio"/> Ensino Médio Completo	<input type="radio"/> Pós-Graduação Completa								
<p>Ocupação:</p> <p><input type="radio"/> Estudante do Ensino Médio</p> <p><input type="radio"/> Estudante Universitário(a)</p> <p><input type="radio"/> "Concurseiro(a)"</p> <p><input type="radio"/> Outro (especifique)</p> <input type="text"/>									

* Em qual Estado você mora?

* Você já foi diagnosticado com algum Transtorno Alimentar?

- Sim, fui diagnosticado(a) há **menos** de 1 ano
- Sim, fui diagnosticado(a) há **mais** de 1 ano
- Não

* Qual foi o diagnóstico?

Atenção: é possível selecionar mais de uma resposta.

- Anorexia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Transtorno de Compulsão Alimentar
- Outro (especifique)

* Atualmente, você faz acompanhamento com profissional de saúde visando tratar um Transtorno Alimentar?

- Sim
- Não, mas já fiz no passado
- Não, nunca fiz

* Você gostaria de responder algumas perguntas complementares?

- Sim
- Não