



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Adaptação do *Eating Disorder Inventory – 3* para o Brasil: Novas evidências de
validade e fidedignidade

Gustavo Roquete de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade

Brasília, DF

Novembro de 2021

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Adaptação do *Eating Disorder Inventory – 3* para o Brasil: Novas evidências de
validade e fidedignidade

Gustavo Roquete de Oliveira

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia Social, do
Trabalho e das Organizações (PPG-
PSTO/UnB) como requisito parcial à
obtenção ao título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade

Brasília, DF

Novembro de 2021

Adaptação do *Eating Disorder Inventory* – 3 para o Brasil: Novas evidências de
validade e fidedignidade

Dissertação apresentada e avaliada por banca examinadora constituída por:

Professor Doutor Josemberg Moura de Andrade (Presidente)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações -
UnB

Professora Doutora Cristiane Faiad de Moura (Membro Interno)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações -
UnB

Professor Doutor Makilin Nunes Baptista (Membro Externo)

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – USF

Professora Doutora Elaine Rabelo Neiva (Membro Suplente)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações -
UnB

**“...As palavras dos sábios
são como agulhões e como
estacas fincadas pelos chefes
de rebanhos; são colocadas
pelo mesmo pastor. Além
disso, meu filho, fique
atento: fazer livros é um
trabalho sem fim, e muito
estudo cansa o corpo.”**

Eclesiastes, capítulo 12, versos 11 e 12.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pela vida, salvação e suporte diário. Em segundo lugar à minha família, que são a materialização de muitas bênçãos recebidas das mãos Dele. Agradecimentos especiais ao Professor Josemberg pela oportunidade e aprendizados ímpares, e à Professora Daniela S. Zanini (PUC-GO) pelo auxílio e contribuições relevantes. Sou muito grato a Enya, Professora Elza, irmão Ademílson e familiares que me ajudaram na conclusão dessa jornada. E a colegas do PPG-PSTO e irmãos da IPJB pelo companheirismo na caminhada.

Agradecimentos à Editora Hogrefe pela parceria e ao CNPq pelo apoio financeiro e incentivo à pesquisa.

Sumário

Resumo	10
Abstract	11
Introdução	12
Anorexia Nervosa (AN)	14
Bulimia Nervosa (BN)	15
Compulsão Alimentar (CA)	16
Outro Transtorno Alimentar Especificado (OTAE).....	16
Instrumentos de rastreio de TA	18
<i>Eating Attitudes Test</i> - EAT	19
<i>Bulimic Investigatory Test, Edinburgh</i> – BITE.....	19
<i>Binge Eating Scale</i> – BES.....	20
<i>Eating Disorder Inventory</i> (EDI)	21
Diretrizes de tradução e adaptação de instrumentos	26
Estudos da estrutura fatorial do EDI	28
Estudos de Análise Fatorial Exploratória.....	29
Estudos de Análise Fatorial Confirmatória	44
Método	53
Estudo 1.....	53
Estudo 2.....	55
Resultados	58
Estudo 1.....	58
Estudo 2.....	59
Considerações finais	67
Referências	69

Lista de Siglas

Akaike's Information Criterion – AIC

American Psychological Association – APA

Análise Fatorial Exploratória – AFE

Análises Fatoriais Exploratórias – AFEs

Análise Fatorial Confirmatória – AFC

Análises Fatoriais Confirmatórias – AFCs

Anorexia Nervosa – AN

Bulimia Nervosa – BN

Comparative Fit Index – CFI

Compulsão Alimentar – CA

Disability Adjusted Life Years – DALYs

Desvio Padrão – DP

Differential Item Functioning – DIF

Graus de Liberdade – g.l.

Kaiser-Meyer-Olkin – KMO

Outro Transtorno Alimentar Especificado – OTAE

Root Mean Square Error of Approximation – RMSEA

Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos – Satepsi

Standardized Root Mean Square Residual – SRMR

Teoria de Resposta ao Item – TRI

Teoria Clássica dos Testes – TCT

Transtorno alimentar – TA

Transtornos alimentares – TAs

Tucker-Lewis Index – TLI

Lista de Tabelas

Tabela 1. Definição das escalas primárias do EDI – 3.

Tabela 2. Escalas primárias e compostas do EDI-3.

Tabela 3. Referência, nacionalidade, tipo da amostra, N amostral, média de idade e desvio padrão de pesquisas que realizaram AFE no EDI.

Tabela 4. Estrutura fatorial EDI-3 com amostra de mulheres adultas norte americanas.

Tabela 5. Estrutura fatorial EDI-2 adolescentes Ensino Médio.

Tabela 6. Estrutura fatorial EDI-3, amostra de adolescentes população geral.

Tabela 7. Estrutura fatorial EDI-3, amostra de mulheres adolescente da população geral.

Tabela 8. Estrutura fatorial EDI-3, amostra adolescentes e adultos população geral.

Tabela 9. Referência, nacionalidade, tipo da amostra, N amostral, média de idade e desvio padrão de pesquisas que realizaram AFC no EDI.

Tabela 10. Modelos de estrutura fatorial do EDI e índices de ajuste dos modelos.

Tabela 11. Alfas de Cronbach e número de itens por fator.

Tabela 12. Variância explicada e variância explicada acumulada por fator.

Tabela 13. Organização dos fatores, cargas fatoriais e variância única dos itens.

Tabela 14. Correlação entre os fatores.

Lista de figuras

Figura 1. Gráfico de sedimentação dos autovalores dos dados simulados (*Simulated*) e dos dados reais (*Data*).

Resumo

O *Eating Disorder Inventory-3* (EDI – 3) é um instrumento de rastreio de transtornos alimentares amplamente utilizado no mundo por mais de 35 anos, reunindo diversas evidências de validade e fidedignidade. A presente dissertação objetivou produzir uma nova versão adaptada do EDI-3 para o contexto brasileiro. Para isso, foram conduzidos dois estudos. O primeiro realizou a tradução e adaptação do EDI-3, seguindo diretrizes nacionais e internacionais com vistas a adequação do instrumento ao contexto brasileiro, preservando características do instrumento original. Foram realizadas duas traduções independentes, uma análise de juízes especialistas, duas traduções reversas e uma validação semântica. No estudo 2, a versão adaptada do EDI-3 foi aplicada em uma amostra de 200 respondentes, sendo a maioria mulheres (77,5%) e residentes no Centro-Oeste (86,5%). Foi realizada uma análise fatorial exploratória, utilizando análise paralela como método de retenção de fatores. O KMO foi de 0,857, e sete fatores foram retidos. Os alfas de Cronbach dos fatores variaram de 0,685 a 0,948. Conclui-se que o padrão de composição fatorial encontrado neste estudo apresenta paralelo com estudos internacionais e são bons indicadores da qualidade da versão brasileira e do aspecto transcultural dos transtornos alimentares.

Palavras-chave: EDI-3; transtornos alimentares; evidências de validade; análise fatorial exploratória; fidedignidade.

Abstract

The Eating Disorder Inventory-3 (EDI – 3) is an eating disorder screening tool that has been widely used in the world for over 35 years, bringing together several evidences of validity and reliability. This essay aimed to produce a new adapted version of the EDI-3 for the Brazilian context. Three studies were conducted. The first carried out the translation and adaptation of the EDI-3, following national and international guidelines targeting adapt the instrument to the Brazilian context, preserving characteristics of the original instrument. Two independent translations, a specialists analysis, two back translations and a semantic validation were performed. The second study applied the adapted version of the EDI-3 to a sample of 200 respondents, most of them women (77.5%) and residents of the Midwest (86.5%). An exploratory factor analysis was performed, using parallel analysis as a factor retention method. The KMO was 0.857, and seven factors were retained. The Cronbach's alphas of the factors ranged from 0.685 to 0.948. It is concluded that the factor composition pattern found in this study presented similarities with international studies and are good quality indicators of the Brazilian version and the cross-cultural aspect of eating disorders.

Keywords: EDI – 3; eating disorders; validity evidence; exploratory factor analysis; reliability.

Introdução

O manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, na sua quinta edição (APA, 2013), define os transtornos alimentares (TAs) como perturbações na alimentação ou em comportamentos associados que comprometem o consumo ou absorção de alimentos resultando em prejuízos significativos na saúde física ou no funcionamento psicossocial. Essa definição procura abarcar um grande número de condições específicas que acometem os indivíduos e a sua relação com a comida, sendo a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e a compulsão alimentar (CA) os seus principais representantes.

A etimologia da palavra Anorexia, aponta pelos seus radicais: “An”, falta de; e “Orexia”, apetite, para a observação de pessoas que deixavam de se alimentar, tendo seus primeiros registros históricos datando do século I antes de Cristo. O primeiro relato médico dessa condição foi realizado no século XVII, por Morton, e adquiriu delineamentos mais próximos das descrições modernas nos registros posteriores de William Gull, no século XIX (Dell’Osso et al., 2016).

De semelhante forma, alguns comportamentos característicos dos critérios diagnósticos atuais do transtorno de BN remontam às culturas do antigo Egito e da Grécia antiga, como o vômito autoinduzido. Do século XV ao XVIII há registros médicos, de formatos similares se referindo a indivíduos com um grande apetite, por toda Europa. Mas a descrição da condição bulímica nervosa, como a conhecemos na modernidade, é atribuída a Russel, que em 1979 publicou um artigo descrevendo a bulimia como uma variante da AN (Cordás & Claudino, 2002; Russell, 1979).

Alguns anos depois, Spitzer et al. (1992) publicam a sistematização dos critérios diagnósticos do transtorno de CA, síndrome que se diferenciava da BN pela ausência dos comportamentos compensatórios característicos deste transtorno. Essa publicação é resultado da coletânea de novas evidências desde o primeiro relato de Stunkard (1959).

Em 1959, ele descreveu as características comportamentais e emocionais relacionadas ao episódio de alimentação compulsiva ao observar os padrões alimentares que seus pacientes obesos apresentavam, sendo mais bem descrita em sua publicação de 1976 (Spitzer et al., 1992).

Estimativas de 2019 acusam 55,5 milhões de pessoas diagnosticadas com TAs no planeta, o que acarreta um forte impacto na saúde da população (Santomauro et al., 2021). Os esforços de combate destes transtornos incluem aprimoramentos no tratamento (Agras, 2019; Pissetsky, et al., 2019), no desenvolvimento de programas de prevenção eficazes (Stice et al., 2012; Stice et al., 2019; Wilfley et al., 2013), de identificação de indivíduos acometidos (Ardoom et al., 2012; Marek et al., 2015; Segura-García et al., 2015; Trindade et al., 2019) e de investigação da etiologia dos mesmos (Weissman, 2019; Podar & Allik, 2009). Em todas essas frentes, os instrumentos de rastreio de TAs são ferramentas úteis no auxílio ao cumprimento dessas metas.

Com o objetivo de produzir uma nova versão adaptada do *Eating Disorder Inventory-3* (EDI-3) para o contexto brasileiro, esta dissertação foi dividida em dois estudos. O primeiro trata da tradução e adaptação do instrumento seguindo orientações internacionais (AERA et al., 2017; ITC, 2017) e nacionais (Andrade & Valentini, 2018; Borsa et al., 2012) de adaptação de instrumentos. O segundo estudo busca obter evidências de validade baseadas na estrutura interna do instrumento e fidedignidade em uma amostra brasileira.

No intuito de contextualizar estes resultados, apresentou-se as características dos TAs, estudos de prevalência em diferentes populações, os impactos na saúde de pessoas que desenvolveram esses transtornos e estudos sobre tratamento e prevenção. A seguir foi apresentado três instrumentos já disponíveis no Brasil, o EDI-3 e vantagens que ele pode oferecer. Posteriormente são discutidos estudos que investigaram a estrutura fatorial

do instrumento por meio de análises fatoriais exploratórias (AFEs) e confirmatórias (AFCs).

Anorexia Nervosa (AN)

A anorexia possui três características marcantes: severa restrição no consumo calórico, uma fobia intensa de ganhar peso, e uma alteração na percepção da própria silhueta ou peso. Geralmente indivíduos acometidos com esse transtorno têm sua estima dependente do seu peso. Muitas vezes seu baixo peso e magreza são percebidas como conquistas e prova de disciplina, e falham em reconhecer as implicações de saúde de seu estado nutricional (APA, 2013).

Estimativas apontam que em 2003, esse transtorno acometia em média 0,3% das mulheres jovens (Hoek & van Hoeken, 2003). Keski-Rahkonen e Mustelin (2016) encontraram taxas que variaram de < 1–4%, entre mulheres, e um estudo indicou uma variação ainda menor, de 0,67% até 1,2% nas taxas de prevalência pontual (Lindvall Dahlgren et al., 2017). Enquanto esses valores foram encontrados em revisões de países em sua maioria da Europa e América do Norte, uma revisão realizada na América Latina encontrou uma prevalência média de 0,1%, (95% I.C. [0,02, 0,23]) (Kolar et al., 2016). Os autores sugerem que elementos da cultura Latina podem funcionar como fator protetivo contra a AN.

No geral, as complicações médicas da AN são um resultado direto da perda de peso e desnutrição. Os fatores de risco dessas complicações são a severidade da perda de peso e o tempo de duração do transtorno (Mehler & Brown, 2015). Essas complicações afetam a pele, com ressecamento, manchas, coceiras, sangramentos, intolerância ao frio e uma coloração azulada nas pontas dos dedos, nariz e orelhas. O sistema gastrointestinal apresenta condições como gastroparesia, disfunção motora gástrica, lentidão no trânsito do intestino delgado e constipação. São observados

também osteoporose, desnutrição, desequilíbrio de eletrólitos, hipomagnesemia e cegueira por falta de vitamina A (Mehler & Brown, 2015; Mitchell & Crow, 2006)

Bulimia Nervosa (BN)

A BN se manifesta em episódios de alimentação compulsiva, na qual uma quantidade grande de alimentos é ingerida em um curto espaço de tempo. O DSM-5 oferece limites flexíveis desses parâmetros, de modo que o profissional clínico exerça seu julgamento frente ao caso. Nesses episódios, o indivíduo experimenta uma sensação de falta de controle sobre o que está acontecendo, se alimenta rápido, ou sente que não consegue parar de comer. Com o intuito de evitar o ganho de peso e/ou alterações na sua forma física, o indivíduo se engaja em comportamentos compensatórios, como o vômito, uso de laxativos, jejuns, atividade física intensa ou uma combinação desses. A percepção de valor que o indivíduo faz de si mesmo é dependente da avaliação que faz do seu próprio corpo.

Com relação aos indivíduos acometidos de BN, a estimativa é de algo entre < 1% a 2% da população feminina (Hoek & van Hoeken, 2003; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Lindvall Dahlgren et al., 2017), incluindo a América Latina (Kolar et al., 2016) e algo em torno de 0,1% dos homens (Hoek & van Hoeken, 2003).

O estabelecimento da BN está associado a complicações de saúde do sistema gastrointestinal, cardíaco e pulmonar. Muitos desses impactos negativos estão associados aos comportamentos compensatórios, de vômito autoinduzido e/ou uso de laxantes. Alguns exemplos incluem sangramento da mucosa nasal, erosão dental, cáries, o sinal de Russel e complicações no esôfago e faringe (Mehler & Rylander, 2015; Mitchell & Crow, 2006).

Compulsão Alimentar (CA)

O transtorno de CA se caracteriza pelos episódios de alimentação compulsiva, na qual o indivíduo experiencia uma falta de controle sobre o que está acontecendo, ingerindo uma quantidade elevada de alimentos, em um curto espaço de tempo. Existe um sofrimento marcante sobre o episódio em si, e as pessoas sentem uma série de emoções negativas, como desgosto e culpa (APA, 2013). Essa classificação só foi oficialmente reconhecida na quinta edição do DSM, apesar da quarta edição já conter em seu apêndice sugestões de critérios diagnósticos (Walsh, 2019).

De acordo com alguns estudos de meta-análise, estimativas de prevalência pontual da CA variaram de 0,62%, em um estudo só com mulheres, até 3,6% em um estudo que considerou ambos os sexos (Lindvall Dahlgren et al., 2017). A prevalência durante a vida variou de 1% a 4% (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Com relação as complicações médicas da CA, Mitchell (2016) realizou uma revisão de estudos sobre o tema, indicando que eles são sugestivos, mas não definitivos. Os desenhos de pesquisa observados nos estudos não permitem atribuição de causalidade entre as complicações médicas observadas e a CA. O transtorno está associado a maior propensão à diabetes, obesidade e síndrome metabólica. Além de ter relação com dores no pescoço, ombros e lombar, dor muscular crônicas e complicações físicas após adequação de peso, em homens. A CA também parece agravar os quadros clínicos relacionados à obesidade.

Outro Transtorno Alimentar Especificado (OTAE)

Essa categoria diagnóstica é designada a indivíduos com perturbações clinicamente relevantes, mas que não preenchem completamente os critérios diagnósticos de algumas delas. O OTAE responde pelo diagnóstico de Transtorno Alimentar Não Específico no DSM-IV, que incluía as síndromes parciais de AN, BN e,

muitas vezes, casos de CA, categoria ausente do DSM-IV (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Dessa forma, a categoria inespecífica era o transtorno mais prevalente na população, e junto com o transtorno de CA, ainda é o transtorno mais comum na população, mesmo depois das revisões realizadas do DSM-IV para o DSM-5 (Lindvall Dahlgren et al., 2017; Fairburn & Harrison, 2003; Walsh, 2019).

No geral, considerando os principais transtornos, estima-se que o total de pessoas com TAs em 2019 foi de 55,5 milhões (IC 95% 38,7 – 75,2), incidência de 711,3 (IC 95% 500,4 – 972,1) em 100.000 pessoas (Santomauro et al., 2021). Ressalta-se, no entanto, que a baixa ocorrência de indivíduos acometidos com TAs na população geral pode ser devido a tendência dos mesmos de esconderem tais transtornos (Hoek, 2006).

As taxas de mortalidade associadas aos TAs são altas e no caso da AN é mais elevada que qualquer outro transtorno psiquiátrico (Arcelus et al., 2011). Considerando todos os problemas de saúde, as elevadas taxas de mortalidade e o percentual da população mundial diagnosticada, os TAs representam um forte impacto na saúde da humanidade.

Em um estudo que combinou meta regressão e simulação de dados, revisando estudos de prevalência de 26 países (Alemanha, Arábia Saudita, Austrália, Áustria, Brasil, Colômbia, China, Emirados Árabes, Escócia, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, Grécia, Holanda, Hungria, Inglaterra, Irã, Itália, Jordânia, México, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Suíça, Tanzânia e Turquia), Santomauro et al. (2021) estimaram que a carga dos TAs na população foi de 6,6 milhões (I.C. 95% 3,8 – 10,6) de anos de vida saudáveis perdidos por óbito precoce ou de vida adaptada à doença (DALY). O impacto dos TAs foi maior nas mulheres do que em homens (4,7 milhões [I.C. 95% 2,7 – 7,6] contra 2,0 milhões [I.C. 95% 1,1 – 3,2], e o pico da carga entre as

mulheres foi na faixa dos 25 - 29 anos, enquanto nos homens foi na faixa de 30 - 34 anos (Santomauro et al., 2021).

Entre os tratamentos de TAs com evidências de eficácia e duração de efeitos, pode-se citar a terapia cognitivo comportamental, terapia familiar, o método Maudsley e outros que combinam aspectos de terapias comportamentais com o apoio psicoterápico relacionados com os antecedentes emocionais dos sintomas (Agras, 2019; Gorrel et al., 2019; Waller & Raykos, 2019). Além desses, novas terapias estão sendo desenvolvidas, baseadas em neurocognição, regulação emocional, foco de atenção e algumas técnicas autoadministráveis (Pisetsky, et al., 2019; Yim & Schmidt, 2019).

Instrumentos de rastreio de TA

Existem hoje no Brasil alguns instrumentos de rastreio de TAs e de fatores associados disponíveis para utilização de profissionais da saúde e pesquisadores (Freitas et al., 2002). A utilização destes instrumentos de autorrelato apresenta diversas vantagens, como a sua administração rápida, de baixo custo e possível em larga escala. São bastante utilizados em estudos de prevalência que utilizam o método de dois estágios, na qual um instrumento de rastreio é aplicado em uma amostra grande da população e se segue à realização de entrevistas somente com aqueles indivíduos que obtiveram escores elevados, no intuito de confirmar quais destes possuem o diagnóstico. (Hoek & van Hoeken, 2003; Lindvall Dahlgren et al., 2017).

Dentre os instrumentos de autorrelato que acessam transtornos alimentares mais utilizados no contexto brasileiro, pode-se citar o *Eating Attitudes Test* – EAT (Garner & Garfinkel, 1979), o *Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* – BITE (Henderson & Freeman, 1987) e o *Binge Eating Scale* – BES (Gormally et al., 1982) (Trindade et al., 2019). Tais instrumentos são discutidos a seguir.

Eating Attitudes Test - EAT

O *Eating Attitudes Test* é um instrumento de autorrelato de 40 itens que tem o objetivo de medir sintomas de AN. Foi desenvolvido por Garner e Garfinkel, em 1979. Entre as evidências de validade apresentadas pelos autores, pode-se citar a estrutura interna de sete fatores, resultante de uma análise fatorial exploratória (AFE), correlações bisseriais entre os escores do teste e o pertencimento a grupo de pacientes ou controle, e outras variáveis como restrição alimentar, neuroticismo e flutuação de peso corporal.

Os sete fatores encontrados na solução fatorial foram: preocupação com comida, imagem corporal de magreza, uso de laxantes e vômitos, dietas, alimentação lenta, alimentação clandestina e pressão social percebida para ganhar peso. O alfa de Cronbach para a amostra de pacientes de AN foi 0,79 e para amostra total foi 0,94. Os autores chegaram à conclusão de que o EAT é um indicador objetivo e que apresentou evidências de validade para a avaliação de sintomas frequentemente observados na AN.

Bulimic Investigatory Test, Edinburgh – BITE

O objetivo de Henderson e Freeman (1987) era construir e validar um questionário que identificasse a bulimia, proovesse informações clínicas sobre aspectos cognitivos e comportamentais do transtorno e tivesse propriedades similares ao EAT. Do compilado final de 40 questões, sete itens dizem respeito a dietas, 27 tem relação com sintomas e comportamentos de compulsão alimentar e seis buscam informações mais específicas sobre a frequência dos comportamentos mais significativos.

O estudo de evidências de validade foi conduzido em uma amostra de 45 pessoas, 15 mulheres com compulsão alimentar e 40 pessoas no grupo controle, das quais 27 eram mulheres. Os escores foram contabilizados e estabelecido um ponto de corte de 20 pontos. Pessoas com escore acima de 20 foram classificadas como grupo de alta pontuação, e as pessoas abaixo desse escore foram classificadas como grupo de baixa pontuação. O grupo de alta pontuação continha 14 pessoas com compulsão

alimentar, e dois do grupo controle, e o grupo de baixa pontuação tinham 38 do grupo controle, e uma do grupo de compulsão alimentar.

A partir desses resultados os autores dividiram a escala em duas partes: a primeira parte é composta de 30 itens que descrevem sintomas, comportamentos e realização de dietas, chamada de Subescala de Sintomas. A segunda parte contém seis itens que medem a frequência dos comportamentos, e é chamada de Escala de Severidade.

Um segundo estudo foi realizado com 64 mulheres, divididas em dois grupos iguais de pacientes bulímicas e grupo controle. O alfa calculado a partir dessa amostra foi 0,96 para a escala de sintomas e 0,62 para a escala de severidade. Os autores conduziram ainda correlações com os instrumentos EDI e EAT, encontrando correlações significativas nas escalas *Drive for Thinness* (0,59), *Binge-eating* (0,68), *Body dissatisfaction* (0,32), *Ineffectiveness* (0,51), *Interoceptive awareness* (0,52) e *Maturity fears* (0,44) do EDI, e as escalas *Diet subscale* (0,62), *Binge subscale* (0,68) e o escore total do EAT (0,69). As correlações com as demais escalas não foram estatisticamente significativas. Foram realizados também aplicações em pacientes em tratamento, para identificar a sensibilidade do BITE a alterações clínicas e procedimentos teste-reteste, com correlações elevadas entre os escores.

Binge Eating Scale – BES

Neste estudo os autores (Gormally et al., 1982) intencionaram desenvolver um instrumento que medisse comportamentos, cognições e sentimentos relacionados com a CA, bem como terem uma medida da gravidade em que a compulsão se manifestava em obesos. Utilizando anos de prática clínica, e se valendo dos critérios descritos no DSM-III, os autores elencaram 16 características pertinentes a episódios de comer compulsivamente, sendo oito emoções e cognições, e outros oito referentes a manifestações comportamentais. Para cada uma dessas características foram feitos

quatro (04) itens, variando o grau de severidade da compulsão. Os próprios pesquisadores determinaram o peso de cada item, atribuindo um valor maior para o que fosse mais representativo de um grave problema de compulsão. O escore era dado a partir de um somatório dos itens selecionados pelo sujeito como sendo bons descritores do seu próprio comportamento. Foi utilizado uma avaliação de juízes treinados que avaliaram o último episódio de compulsão dos participantes, como referência para a gravidade dos episódios de compulsão. Os participantes foram classificados em três grupos: ausente, moderado e severo. Entre a amostra de 112 pessoas, 22% aparentaram não terem problemas de CA, enquanto 55% foram julgados como apresentando problemas moderados, e o restante 23% foram classificados com apresentando severos problemas de CA.

Além destes, existe um instrumento de rastreio de TA amplamente utilizado por pesquisadores e clínicos de diversos países, que agrega medidas de diferentes TAs e de componentes psicológicos associados, mas que ainda não está disponível para utilização no Brasil. Tal instrumento é o *Eating Disorder Inventory* (EDI) (Garner et al., 1983; Garner, 1991; Garner, 2004).

Eating Disorder Inventory (EDI)

A primeira versão publicada por Garner, Olmstead e Polivy em 1983 consistia de um inventário de 64 itens, agrupadas em oito subescalas, sendo elas: desejo de emagrecer, bulimia, insatisfação corporal, inefetividade, perfeccionismo, desconfiança interpessoal, consciência interoceptiva e medo de amadurecer. Os autores elaboraram este inventário em um contexto no qual muitas medidas diretas dos sintomas estavam sendo desenvolvidas, mas existia uma lacuna sobre as características associadas aos transtornos. As evidências de validade e precisão do referido instrumento incluem análises do alfa de Cronbach, em que os resultados variaram de 0,82 a 0,90, evidências de validade de critério, observando diferenças de médias entre diferentes grupos

diagnósticos, entre eles: anoréxicas, bulímicas, obesas, pacientes recuperadas da obesidade e anorexia, e homens e mulheres do grupo controle. Os autores ainda correlacionaram os escores de um subgrupo de pacientes com as avaliações de seus respectivos médicos, bem como realizaram uma análise de função discriminante para identificar se o EDI classificaria corretamente as pacientes dos controles, além de análises convergentes e discriminantes com outras escalas de atributos psicológicos medidos pelo EDI.

A primeira revisão deste instrumento foi realizada em 1991, e resultou em uma adição de 27 itens, e três novas escalas: *Social Insecurity*, *Impulse Regulation* e *Asceticism*. A segunda revisão, o EDI-3 (Garner, 2004) reorganizou os mesmos 91 itens da versão anterior em doze escalas. Três delas dizem respeito a TAs, que são: *Drive for Thinness*, *Bulimia* e *Body Dissatisfaction*. Juntas essas escalas representam o *Eating Disorder Risk Composite* (EDRC). As nove escalas restantes oferecem medidas de traços psicológicos associados com os TAs, sendo elas: *Low Self-Esteem* (LSE), *Personal Alienation* (PA), *Interpersonal Insecurity* (II), *Interpersonal Alienation* (IA), *Interoceptive Deficits* (ID), *Emotional Dysregulation* (ED), *Perfectionism* (P), *Asceticism* (A) e *Maturity Fears* (MF). A tabela 1 apresenta as definições de cada uma das escalas primárias.

Tabela 1. Definição das escalas primárias do EDI – 3.

Escala	Definição
Drive for Thinness (DT)	A escala versa sobre o desejo extremo de ser magro, preocupações com realização de dietas e com o peso, e um medo intenso de ganhar peso.
Bulimia (B)	Acessa a predisposição de pensar sobre e/ou engajar em episódios de alimentação compulsiva, além de se alimentar em resposta a estados emocionais negativos.

Body Dissatisfaction (BD)	Essa escala acessa a insatisfação geral com o formato e o tamanho de partes do corpo específicos.
Low Self-Esteem (LSE)	Agrega itens que medem autoavaliação negativa e sentimentos de inadequação e ineficácia.
Personal Alienation (PA)	Essa escala investiga um sentimento de vazio emocional, solidão e baixo autoconhecimento.
Interpersonal Insecurity (II)	A escala diz respeito a desconforto, apreensão em contextos sociais, e dificuldade de expressar pensamentos e sentimentos pessoais.
Interpersonal Alienation (IA)	A escala avalia distanciamento, estranhamento e falta de confiança em relacionamentos.
Interoceptive Deficits (ID)	Essa escala mede confusão em identificar precisamente e responder a estados emocionais.
Emotional Dysregulation (ED)	A escala mede propensão a instabilidade de humor, impulsividade, raiva e autodestruição.
Perfectionism (P)	A escala avalia quanto o indivíduo valoriza o atingimento das mais elevadas metas pessoais.
Asceticism (A)	Essa escala avalia a tendência de metas espirituais ligadas a autonegação, autodisciplina, autocontrole de impulsos corporais.
Maturity Fears (MF)	A escala mede o desejo de vivenciar estados psicológicos vivenciados na infância, como segurança e falta de preocupações.

Destas nove escalas primárias, quatro (04) escalas compostas são formadas pelo somatório de seus escores, como fatores de segunda ordem. São elas: *Ineffectiveness Composite* (IC = LSE + PA), *Interpersonal Problems Composite* (IPC = II + IA) e *Affective Problems Composite* (APC = ID + ED). Existe ainda a escala *General Psychological Maladjustment Composite* (GPMC), que é uma escala composta de terceira ordem, um agregado de todas as escalas psicológicas do inventário. A Tabela 2 apresenta o esquema de organização das escalas primárias e compostas no EDI-3.

Tabela 2. Escalas primárias e compostas do EDI-3.

Escala Composta	Composição
<i>Eating Disorder Risk Composite</i> (EDRC)	<i>Drive for Thinnes</i> (DT), <i>Bulimia</i> (B) e <i>Body Dissatisfaction</i> (BD)
<i>General Psychological Maladjustment Composite</i> (GPMC)	<i>Low Self-Esteem</i> (LSE), <i>Personal Alienation</i> (PA), <i>Interpersonal Insecurity</i> (II), <i>Interpersonal Alienation</i> (IA), <i>Interoceptive Deficits</i> (ID), <i>Emotional Dysregulation</i> (ED), <i>Perfectionism</i> (P), <i>Asceticism</i> (A) e <i>Maturity Fears</i> (MF)
<i>Ineffectiveness Composite</i> (IC)	<i>Low Self-Esteem</i> (LSE) e <i>Personal Alienation</i> (PA)
<i>Interpersonal Problems Composite</i> (IPC)	<i>Interpersonal Insecurity</i> (II) e <i>Interpersonal Alienation</i> (IA)
<i>Affective Problems Composite</i> (APC)	<i>Interoceptive Deficits</i> (ID) e <i>Emotional Dysregulation</i> (ED)
<i>Overcontrol Composite</i> (OC)	<i>Perfectionism</i> (P) e <i>Asceticism</i> (A)

Em suas revisões, o EDI não teve nenhum item excluído. Os 27 itens adicionados, em conjunto com os 64 da primeira versão foram mantidos na última revisão, o que favorece a comparação de dados entre as versões do EDI. Os autores ressaltam que o EDI não tem a intenção de ser uma ferramenta diagnóstica, e sim de escrutínio de pessoas com alto risco de desenvolver TA, sendo a entrevista clínica a ferramenta mais adequada para este fim (Brookings et al., 2021; Garner et al., 1983; Garner, 2004).

Ao se comparar os construtos que constituem os outros instrumentos de escrutínio disponíveis no Brasil e o EDI – 3, é possível indicar vantagens deste último para pesquisadores interessados em relacionar medidas de TA com fatores psicológicos

(Ackard et al., 201; Borges et al., 2002; Carvalho et al., 2017; Forbes et al., 2012). Além de já possuir essas medidas agregadas, o EDI – 3 é um instrumento que mede mais de um TA, em contraste com os apresentados anteriormente que apresentam medidas relacionadas a somente um TA.

De forma semelhante à situação de outras áreas do conhecimento (Guillemin et al., 1993), a maior parte das medidas de TAs são de língua inglesa e tem seu uso projetado para utilização em países falantes desse idioma. A utilização destes instrumentos em outros países e contextos requer, no mínimo, uma tradução dos itens, para que seu conteúdo seja acessível para a nova população. Mas os desafios se impõem, antes mesmo da fase de tradução, de forma que cuidados na realização destes procedimentos devem ser adotados de forma a gerar uma aferição válida e precisa do construto.

O EDI – 3 possui duas versões adaptadas em estudos anteriores, por Tenório et al. (2021) e Penha (2019). As duas adaptações seguiram as recomendações de Borsa et al. (2012), no entanto não realizaram a etapa de avaliação por juízes especialistas. Com relação à redação dos itens, cinco (05) apresentaram sentidos discrepantes entre si, com sentidos opostos em alguns casos. Outros 30 itens apresentaram alterações que representam alterações nas intensidades dos comportamentos descritos. No estudo de Tenório et al. (2021), a estrutura interna do instrumento foi investigada, e seus resultados foram comparados com outros estudos, como será apresentado neste estudo, mas que deixam inconclusivas evidências empíricas da qualidade do instrumento. No estudo de Penha (2019), o número baixo de participantes permitiu a autora averiguar a dimensionalidade de cada escala, em separado das demais. Levando em consideração estes aspectos, a presente pesquisa optou por realizar uma nova adaptação do EDI – 3 observando diretrizes internacionalmente reconhecidas.

Diretrizes de tradução e adaptação de instrumentos

Pode-se observar um aumento das adaptações dos mais diversos tipos de instrumentos para diversos fins e contextos: aplicações em colaboradores de multinacionais, comparações e certificação e licenciamento internacionais e de pesquisas transculturais (Guillemin et al., 1993; Hambleton & Patsula, 1998; Oakland, 2005; Podar & Allik, 2009; Rios & Sireci, 2014).

O uso dos testes adaptados pode ser sumarizado em três condições: 1) utilização em países diferentes dos quais foram desenvolvidos; 2) utilização de testes adaptados no mesmo país que foi desenvolvido para aumentar as evidências de validade dos escores de pessoas falantes de outros idiomas e oriundos de outras culturas; 3) utilização em dois (02) ou mais países com vistas a práticas transculturais (Oakland, 2005).

O conjunto de técnicas empregadas até o momento são o resultado de uma evolução de uma antiga preocupação com a qualidade dos testes de atributos psicológicos. Em 1895, a *American Psychological Association* (APA) instituiu um comitê para avaliar a qualidade dos testes, e em 1938 foi publicada a primeira edição de uma avaliação de todos os testes comercialmente disponíveis nos Estados Unidos, o *Buro's Mental Measurements Yearbook* (Evers, 2012).

Mais especificamente à adaptação, as Diretrizes para tradução e adaptação de testes da *International Test Commission* (2017) foram organizadas nas seguintes categorias: pré-condição, desenvolvimento de teste, confirmação, administração, pontuação das escalas e interpretação e documentação.

A categoria pré-condição versa sobre permissões e critérios de seleção do instrumento. É importante considerar as evidências de validade e fidedignidade que o instrumento possui previamente à nova tradução (Gudmundsson, 2009). Dentro da categoria desenvolvimento estão as diretrizes mais específicas sobre as etapas de

tradução e adaptação. No Brasil, Borsa et al. (2012) apresentaram um compilado de recomendações baseados nas publicações mais relevantes sobre o tema, resumindo o processo de tradução e adaptação de testes em seis etapas: traduções independentes para a língua da população alvo, síntese das versões traduzidas, análise da síntese por juízes especialistas, avaliação do instrumento por representantes da população alvo, tradução reversa e aplicação piloto.

Importante destacar que a tradução literal é uma má prática de tradução de instrumentos, descartada em consenso pelos pesquisadores na área (ITC, 2017; Sireci et al., 2006). Essa etapa deve buscar a equivalência semântica (significado das palavras e seus diversos sinônimos), idiomática (coloquialismos e expressões que não tem seu significado expresso em traduções literais), experiencial (o item corresponde a uma experiência na cultura original que pode não ser compartilhada na cultura da população alvo) e conceitual (conceitos como família podem se referir à família nuclear ou estendida em diferentes culturas, por exemplo) (Beaton et al., 2000). Os tradutores selecionados devem conhecer o idioma e a cultura do público-alvo, terem conhecimento sobre o conteúdo do teste e dos princípios da testagem psicológica. Além disso, duas ou mais traduções independentes devem ser conduzidas e uma versão final consolidada (Hambleton & Patsula, 1998; ITC, 2017). Essa versão final deverá ser traduzida para o idioma original do instrumento, para checagem de erros de conteúdo grosseiro (Beaton et al., 2000).

Gudmundsson (2009) assevera que discussões sobre os diferentes métodos de tradução são restringidos pela falta de dados empíricos sobre o assunto. Sireci et al. (2006) relataram uma pesquisa observando dois métodos de tradução diferentes: um feito por uma empresa em que os tradutores tinham anos de vivência no país alvo da tradução, a segunda contou com um treinamento dos tradutores, processos colaborativos

de decisão e documentação, e uma equipe multidisciplinar. Ao analisar as duas versões, de quatro itens que apresentaram funcionamento diferencial do item (*differential item functioning* – DIF), três tiveram seu funcionamento diferencial reduzido da primeira para a segunda tradução, e um deles apresentou o efeito inverso, acentuando o funcionamento diferencial do item na segunda tradução. Este exemplo ressalta a importância da etapa de confirmação (ITC, 2017).

Seguindo as etapas de adaptação descritas, os pesquisadores minimizam possibilidades de equívoco, mas não as eliminam por completo. Ademais, uma boa adaptação não implica equivalência entre as versões do instrumento em diferentes línguas (Robin et al., 2003; Sireci, 1997; Sireci, et al. 2006). Não se pode assumir que as propriedades psicométricas de um instrumento projetado em uma língua sejam transferíveis para outra língua e cultura. Evidências com relação à estrutura fatorial, sua relação com variáveis critério e com outros instrumentos devem ser fornecidas (Hambleton & Patsula, 1998). Um passo adiante nessa direção requer que as estruturas fatoriais do instrumento em suas diversas versões sejam semelhantes, incluindo uma análise item a item, para que seja possível a comparabilidade dos escores de populações diferentes submetidas ao teste. Caso a equivalência não seja o objetivo, evidências de validade baseadas na estrutura interna são suficientes para uso da versão adaptada em uma população (Gudmundsson, 2009).

A seguir serão apresentados dados de estudos que investigaram a estrutura fatorial do EDI. Estão incluídas pesquisas que realizaram análises fatoriais exploratórias (AFEs), e análises fatoriais confirmatórias (AFCs).

Estudos da estrutura fatorial do EDI

Com intuito de averiguar a replicabilidade da estrutura fatorial do EDI, diversos estudos foram conduzidos, tanto da primeira versão quanto das duas revisões posteriores (Brookings et al., 2021; Clausen et al., 2011; Eberenz & Gleaves, 1994; Elosua & López-Jáuregui, 2012; García-Grau et al., 2010; Lehmann et al., 2013; Limbert, 2004; Muro-Sans et al., 2006; Schaefer et al., 1998; Schoemaker et al., 1994; Welch et al., 1990; Wicks et al., 2004).

A estrutura apresentada por Garner (2004) no manual do teste é resultado de uma série de AFEs e AFCs realizadas com os seguintes tipos de amostras: mulheres adultas e adolescentes norte-americanas e mulheres adultas da Austrália, Canadá, Itália e Holanda. As AFE's foram realizadas em dois subgrupos do total de 91 itens. O primeiro grupo de itens agregou as escalas de EDRC, *Drive for Thinnes* (DT), *Bulimia* (B) e *Body Dissatisfaction* (BD), em cada uma das amostras, separadamente. O outro grupo de itens agrega as escalas GPMC, *Low Self-Esteem* (LSE), *Personal Alienation* (PA), *Interpersonal Insecurity* (II), *Interpersonal Alienation* (IA), *Interoceptive Deficits* (ID), *Emotional Dysregulation* (ED), *Perfectionism* (P), *Asceticism* (A) e *Maturity Fears* (MF).

Estudos de Análise Fatorial Exploratória

A seguir apresenta-se estudos que realizaram AFE em amostras de diferentes nacionalidades e com distintas condições com relação ao diagnóstico de TA, tendo como referência os resultados apresentados por Garner (2004). Foram considerados como grupo controle ou da população geral, participantes que não possuíam um diagnóstico de TA, ou participantes que foram cooptados em amostra de conveniência selecionada sem utilizar o critério de TA, como grupo de universitários, por exemplo. Fazem parte do grupo clínico aqueles sujeitos que possuíam algum diagnóstico de TA, e

foram classificados como pacientes aqueles que além do diagnóstico receberam algum tipo de tratamento. Na Tabela 3 são apresentados a nacionalidade, o tipo da amostra, o N de participantes, média e DP da idade de estudos que realizaram AFE no EDI-3.

Tabela 3. Referência, nacionalidade, tipo da amostra, N amostral, média de idade e desvio padrão de pesquisas que realizaram AFE no EDI

Referência	Nacionalidade da amostra	Tipo da Amostra	N	Média de Idade (DP)
Garner, 2004	Estados Unidos	Mulheres adultas (Clínico)	983	25,2 (8,1)
		Adolescentes mulheres (Clínico)	662	15,6 (1,3)
	Austrália, Canadá, Itália e Holanda	Internacional mulheres (Clínico)	335	25,10 (5,03) - 25,89 (6,65)
Muro-Sans et al., 2006	Espanha	Adolescentes (ambos sexos, Pop. Geral)	1258	13 (10 - 16)
García-Grau et al., 2010	Espanha	Adolescentes mulheres (Pop. Geral)	738	15,91 (1,4)
Rutzstein et al., 2013	Argentina	Adolescentes mulheres (Pop. Geral)	725	15,16 (1,34)
Tenório, 2018	Brasil	Adolescentes e adultos (Pop. Geral)	169	18,96 (4,4)

A Tabela 3 mostra quatro pesquisas realizadas com o EDI-3 e uma com o EDI-2, utilizando AFE com o intuito de replicar a estrutura fatorial proposta por Garner (2004). O estudo original contou com duas amostras dos Estados Unidos e uma amostra internacional. Para fins de comparação será apresentado somente o resultado da AFE realizada com a amostra de mulheres adultas norte americanas. Ademais serão apresentados os resultados de AFEs de dois estudos conduzidos na Espanha, um com 1.258 adolescentes de ambos os sexos, com média de idade de 13 anos (idade mínima 10 anos e máxima de 16 anos), e outro com 738 adolescentes do sexo feminino, com média de idade de 15,91 (DP = 1,4). Rutzstein (2013) realizou sua pesquisa na Argentina, com 725 adolescentes do sexo feminino, com média de idade de 15,16 anos

(DP = 1,34), e no Brasil foi realizado um estudo com 169 adolescentes e universitários da população geral, com uma amostra com média de idade de 18,96 anos (DP = 4,4), com aproximadamente metade dos participantes sendo do sexo feminino.

Os resultados da AFE realizada por Garner (2004) são apresentados na Tabela 4. Apesar de o autor ter realizada uma análise para cada amostra, apresentou-se somente os resultados da amostra de mulheres adultas norte americanas.

Tabela 4. Estrutura fatorial EDI-3 com amostra de mulheres adultas norte americanas.

Garner, 2004 Item (Escala original)	Carga fatorial dos itens em cada Fator										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item 62 (BD)	0,96										
Item 55 (BD)	0,86										
Item 59 (BD)	0,85										
Item 45 (BD)	0,82										
Item 31 (BD)	0,78										
Item 09 (BD)	0,73										
Item 19 (BD)	0,61										
Item 12 (BD)	0,50										
Item 02 (BD)	0,40		0,36								
Item 05 (B)		0,90									
Item 28 (B)		0,87									
Item 04 (B)		0,86									
Item 38 (B)		0,86									
Item 46 (B)		0,86									
Item 64 (B)		0,72									
Item 61 (B)		0,70									
Item 16 (DT)			0,89								
Item 49 (DT)			0,84								
Item 07 (DT)			0,68								
Item 32 (DT)			0,65								
Item 11 (DT)			0,61								
Item 25 (DT)			0,58								
Item 47 (BD)			0,58								
Item 01 (DT)			0,48								
Item 53 (B)		0,36	0,39								
Item 41 (LSE)				0,87							
Item 37 (LSE)				0,84							
Item 50 (LSE)				0,80							
Item 27 (LSE)				0,79							
Item 10 (LSE)				0,75							

Garner, 2004	Carga fatorial dos itens em cada Fator										
Item (Escala original)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item 42 (LSE)				0,68							
Item 20 (PA)				0,59							
Item 24 (PA)				0,58							
Item 91 (PA)				0,57							
Item 84 (PA)				0,48							
Item 56 (PA)				0,41							
Item 18 (PA)				0,41							
Item 69 (II)					0,58						
Item 73 (II)					0,60						
Item 23 (II)					0,73						
Item 15 (II)					0,71			-0,32			
Item 57 (II)					0,59						
Item 30 (IA)					0,57						
Item 34 (II)					0,52	0,49					
Item 54 (IA)					0,46						
Item 87 (II)					0,45						
Item 17 (IA)					0,43			0,38			
Item 60 (ID)						0,81					
Item 21 (ID)						0,80					
Item 51 (ID)						0,80					
Item 26 (ID)						0,70					
Item 33 (ID)						0,58					
Item 44 (ID)						0,41		0,33			
Item 40 (ID)						0,35					
Item 08 (ID)						0,33					
Item 22 (MF)							0,79				
Item 03 (MF)							0,78				
Item 14 (MF)							0,74				
Item 39 (MF)							0,72				
Item 48 (MF)							0,69				
Item 58 (MF)							0,58				
Item 06 (MF)							0,56				
Item 35 (MF)							0,35				
Item 79 (ED)								0,71			
Item 83 (ED)								0,63			
Item 70 (ED)								0,57			
Item 65 (IA)								0,56			
Item 67 (ED)				0,30				0,47			
Item 85 (ED)								0,43			
Item 80 (PA)				0,31				0,39			
Item 89 (IA)								0,37			
Item 74 (IA)								0,33			
Item 88 (A)									0,71		
Item 75 (A)									0,58		

Garner, 2004	Carga fatorial dos itens em cada Fator										
Item (Escala original)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item 78 (A)									0,56		
Item 82 (A)									0,52		
Item 86 (A)									0,43		
Item 90 (ED)									0,39		
Item 66 (A)				0,31					0,37		
Item 68 (A)									0,31		
Item 43 (P)										0,87	
Item 13 (P)										0,82	
Item 29 (P)										0,58	
Item 52 (P)										0,49	
Item 63 (P)									0,34	0,50	
Item 36 (P)									0,36	0,51	
Item 72 (ED)											0,79
Item 81 (ED)											0,71
Item 71 (-)											
Item 76 (IA)											
Item 77 (ID)											

Como é possível observar, as três escalas do EDRC tiveram sua estrutura confirmada, com os itens carregando nas escalas que foram pretendidas, com uma clara diferenciação entre elas. Vale citar os itens 02 e 53, que obtiveram carga acima do critério em mais de um fator, e o item 47, que compunha a escala BD e carregou na escala DT. Com relação às escalas psicológicas, as escalas LSE e PA se agruparam em um mesmo fator, e os itens da escala IA se dividiram entre as escalas II e ED. As escalas ID, MF, A e P mantiveram sua estrutura definida. O décimo primeiro fator é formado por somente dois itens da escala ED.

Em 2006, Muro-Sans et al. (2006) publicaram os resultados de uma pesquisa conduzida em 14 escolas de Barcelona, utilizando o EDI-2. Após observarem que a solução forçada de 11 fatores não correspondeu com a solução proposta pelo autor do instrumento, outras soluções foram testadas até chegarem a uma solução que acharam satisfatória, com cinco fatores. Como este instrumento possui o mesmo grupo de 91 itens do EDI-3, os resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Estrutura fatorial EDI – 2 adolescentes Ensino Médio

Muro-Sans et al., 2006 -Estrutura de 5 fatores				
Fator	Composição dos itens	Variância explicada	Itens incluídos	alfa de Cronbach
Autopercepção negativa	6/10 itens de Inefetividade, 5/6 itens de Perfeccionismo, 8/9 itens de Consciência interoceptiva, 2/5 itens de Desconfiança interpessoal, 4/8 itens de Asceticismo, 8/11 itens de Regulação de impulso, 1/8 de Medo de amadurecer e 2/8 itens de Insegurança social.	16,06%	36	0,90
Obsessão pela imagem corporal	Todos os itens Insatisfação corporal e Desejo de emagrecer, exceto por 1 item, 1/7 itens de Bulimia, 1/10 itens de Consciência interoceptiva, e 1/8 de Asceticismo.	6,06%	18	0,93
Autopercepção positiva	4/10 itens de Inefetividade, 1/6 de Perfeccionismo, 5/7 itens de Desconfiança interpessoal, 1/9 itens Consciência interoceptiva, 1/8 itens de Asceticismo, e 6/8 itens de Insegurança social.	5,20%	18	0,80
Medo de amadurecer	1/7 item Desejo de emagrecer e 7/8 itens de Medo de amadurecer.	2,86%	8	0,63
Perda de controle alimentar	6/7 itens de Bulimia, 2/8 itens de Asceticismo e 3/11 de Regulação de impulso.	2,35%	11	0,69

A Tabela 5 apresenta que somente as escalas Desejo de Emagrecer (DT), Insatisfação corporal (BD), Medo de amadurecer (MF) e Bulimia (B) permaneceram coesas, mesmo que em conjunto com outras escalas. As demais escalas psicológicas tiveram seus itens espalhados pelos fatores. Pode-se notar também que os 91 itens obtiveram cargas fatoriais relevantes em algum fator.

Uma amostra de 738 estudantes do sexo feminino, cursando o Ensino Médio participou deste estudo, realizado na região da Catalunha, Espanha (García-Grau et al.,

2010). Os pesquisadores performaram três AFCs testando o ajuste do modelo proposto por Garner (2004), em cada versão do EDI. Como não encontraram índices satisfatórios, realizaram uma AFE com o intuito de propor uma estrutura fatorial ajustada à amostra em questão. Após forçarem uma solução de 11 fatores, e outra com 12 fatores sem um ajuste adequado, sugeriram uma solução de sete fatores como apresentada na Tabela 6. O critério de carga fatorial mínima adotado neste estudo foi de 0,40.

Tabela 6. Estrutura fatorial EDI-3, amostra de adolescentes população geral

García-Grau et al., 2010 Item (Escala original)	Carga fatorial dos itens em cada Fator						
	1	2	3	4	5	6	7
Item 32 (DT)	0,77						
Item 07 (DT)	0,75						
Item 19 (BD)	0,75						
Item 59 (BD)	0,73						
Item 45 (BD)	0,72						
Item 09 (BD)	0,70						
Item 55 (BD)	0,68						
Item 49 (DT)	0,65						
Item 62 (BD)	0,65						
Item 16 (DT)	0,64						
Item 25 (DT)	0,62						
Item 11 (DT)	0,61						
Item 31 (BD)	0,59						
Item 12 (BD)	0,56						
Item 02 (BD)	0,50						
Item 41 (LSE)	0,45						
Item 17 (IA)		0,56					
Item 73 (II)		0,55					
Item 80 (PA)		0,52					
Item 15 (II)		0,50					
Item 89 (IA)		0,49					
Item 23 (II)		0,48					
Item 30 (IA)		0,47					
Item 69 (II)		0,47					
Item 76 (IA)		0,47					
Item 34 (II)		0,44					
Item 57 (II)		0,42					
Item 05 (B)			0,56				
Item 38 (B)			0,56				
Item 28 (B)			0,53				

García-Grau et al., 2010 Item (Escala original)	Carga fatorial dos itens em cada Fator						
	1	2	3	4	5	6	7
Item 46 (B)			0,46				
Item 04 (B)			0,45				
Item 61 (B)			0,45				
Item 64 (B)			0,45				
Item 60 (ID)				0,55			
Item 33 (ID)				0,52			
Item 51 (ID)				0,49			
Item 44 (ID)				0,45			
Item 56 (PA)				0,43			
Item 84 (PA)				0,40			
Item 43 (P)					0,58		
Item 13 (P)					0,57		
Item 63 (P)					0,48		
Item 36 (P)					0,45		
Item 52 (P)					0,42		
Item 48 (MF)						0,57	
Item 58 (MF)						0,53	
Item 22 (MF)						0,52	
Item 14 (MF)						0,47	
Item 39 (MF)						0,45	
Item 81 (ED)							0,82
Item 72 (ED)							0,70
Item 01 (DT)	-						
Item 03 (MF)	-						
Item 06 (MF)	-						
Item 08 (ID)	-						
Item 10 (LSE)	-						
Item 18 (PA)	-						
Item 20 (PA)	-						
Item 21 (ID)	-						
Item 24 (PA)	-						
Item 26 (ID)	-						
Item 27 (LSE)	-						
Item 29 (P)	-						
Item 35 (MF)	-						
Item 37 (LSE)	-						
Item 40 (ID)	-						
Item 42 (LSE)	-						
Item 47 (BD)	-						
Item 50 (LSE)	-						
Item 53 (B)	-						
Item 54 (IA)	-						
Item 65 (IA)	-						
Item 66 (A)	-						

García-Grau et al., 2010 Item (Escala original)	Carga fatorial dos itens em cada Fator						
	1	2	3	4	5	6	7
Item 67 (ED)	-						
Item 68 (A)	-						
Item 70 (ED)	-						
Item 71 (-)	-						
Item 74 (IA)	-						
Item 75 (A)	-						
Item 77 (ID)	-						
Item 78 (A)	-						
Item 79 (ED)	-						
Item 82 (A)	-						
Item 83 (ED)	-						
Item 85 (ED)	-						
Item 86 (A)	-						
Item 87 (II)	-						
Item 88 (A)	-						
Item 90 (ED)	-						
Item 91 (PA)	-						

A composição das escalas mostra que os itens de BD e DT se fundiram no primeiro fator, e as escalas II e IA se fundiram no segundo fator. A escala de B foi replicada integralmente no terceiro fator. As escalas de ID, P e MF foram parcialmente replicadas nos demais fatores. O sétimo fator foi composto pelos itens 81 e 72, os mesmos itens que compuseram o décimo primeiro fator de Garner, 2004. Dos 91 itens analisados, 39 deles não obtiveram valores acima da carga fatorial mínima estipulada pelos autores em nenhum fator.

Seguindo com os estudos sobre a estrutura fatorial do EDI, Rutzstein et al. (2013) investigaram 725 adolescentes mulheres entre 13 e 19 anos de escolas públicas e privadas de Buenos Aires, capital da Argentina. Os autores realizaram uma AFE com todos os itens, o que resultou em uma estrutura fatorial inadequada. Desta forma, seguindo o procedimento adotado por Garner (2004), realizaram duas AFEs: uma com os itens que compõem o EDRC e outra com o grupo de itens que compõem o GPMC. A

composição dos fatores, bem como as cargas fatoriais dos itens são apresentadas a seguir. A carga fatorial mínima adotada neste estudo foi de 0,30.

Tabela 7. Estrutura fatorial EDI-3, amostra de mulheres adolescente da população geral.

Rutzstein et al., 2013	Carga fatorial dos itens em cada Fator										
Item (Escala original)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item 49 (DT)	0,86										
Item 16 (DT)	0,84										
Item 25 (DT)	0,78										
Item 11 (DT)	0,77										
Item 07 (DT)	0,74										
Item 32 (DT)	0,73										
Item 64 (B)	0,59										
Item 53 (B)	0,55										
Item 01 (DT)	0,49										
Item 02 (BD)	0,38		0,37								
Item 47 (BD)	0,31										
Item 28 (B)		0,76									
Item 05 (B)		0,75									
Item 38 (B)		0,72									
Item 04 (B)		0,52									
Item 46 (B)		0,48									
Item 61 (B)		0,44									
Item 62 (BD)			0,87								
Item 55 (BD)			0,87								
Item 09 (BD)			0,57								
Item 12 (BD)			0,56								
Item 45 (BD)			0,56								
Item 19 (BD)			0,56								
Item 31 (BD)			0,53								
Item 59 (BD)			0,47								
Item 57 (II)				0,69							
Item 17 (IA)				0,67							
Item 15 (II)				0,67							
Item 73 (II)				0,65							
Item 76 (IA)				0,54							
Item 23 (II)				0,52							
Item 30 (IA)				0,49							
Item 69 (II)				0,48							
Item 34 (II)				0,42			0,32				
Item 89 (IA)				0,42					0,35		
Item 54 (IA)				0,40							
Item 87 (II)				0,39							

Rutzstein et al., 2013	Carga fatorial dos itens em cada Fator										
Item (Escala original)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item 06 (MF)										0,49	
Item 39 (MF)										0,40	
Item 22 (MF)										0,33	
Item 81 (ED)											0,95
Item 72 (ED)											0,76
Item 35 (MF)											
Item 65 (IA)											
Item 71 (-)											
Item 74 (IA)											
Item 88 (A)											

Os fatores que compõem o EDRC tiveram suas estruturas fatoriais confirmadas, principalmente as escalas de B e BD, que não obtiveram itens de outras escalas carregando nesses fatores. No entanto, apesar de todos os itens da escala DT agregarem no mesmo fator, ele recebeu itens da escala de B e BD. Com relação as escalas psicológicas, as escalas II e IA se fundiram no mesmo fator, e as escalas de LSE, PA e P tiveram seus itens pulverizados entre os quinto e nono fatores, majoritariamente. O sétimo fator é composto de quase todos os itens de ID mais um item de PA. A escala MF preservou a maior parte dos seus itens no décimo fator, exceto por um item que carregou no fator 6 e outro que não obteve carga acima do critério. Os itens 81 e 72, da escala de ED, à semelhança de resultados apresentados anteriormente, carregaram no décimo primeiro fator. Nove itens carregaram em mais de um fator, quatro itens não obtiveram carga fatorial acima de 0,30 em nenhum fator, e o item 71 não foi incluído na análise.

Em 2018, na dissertação de mestrado de Tenório (2018), posteriormente publicada por Tenório et al. (2021), foi conduzida uma investigação com adolescentes e adultos da população geral, performando AFEs separadas na escala EDRC e GPMC. A análise paralela (Horn, 1965) foi utilizada como critério de retenção de fatores. Nas escalas do EDRC a análise paralela indicou três fatores, e nas escalas do GPMC, a

análise paralela sugeriu uma solução de sete fatores, e a autora preferiu utilizar o critério teórico e reter oito fatores. A Tabela 8 contém a estrutura fatorial do EDI-3 do estudo de Tenório (2018).

Tabela 8. Estrutura fatorial EDI-3, amostra adolescentes e adultos população geral.

Tenório, 2018 Item (Escala original)	Carga fatorial dos itens em cada Fator										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item 45 (BD)	0,78										
Item 59 (BD)	0,76										
Item 09 (BD)	0,67										
Item 53 (B)	0,66		-0,31								
Item 61 (B)	0,59		-0,47								
Item 32 (DT)	0,55	0,53	-0,48								
Item 46 (B)	0,55		-0,43								
Item 64 (B)	0,54		-0,74								
Item 28 (B)	0,54		-0,52								
Item 25 (DT)	0,53	0,30	-0,30								
Item 47 (BD)	0,49		-0,44								
Item 49 (DT)	0,39	0,57	-0,44								
Item 11 (DT)	0,37	0,50	-0,46								
Item 16 (DT)	0,35	0,56	-0,34								
Item 02 (BD)	0,32	0,64	-0,36								
Item 19 (BD)		0,78									
Item 62 (BD)		0,72									
Item 12 (BD)		0,68									
Item 07 (DT)		0,62	-0,31								
Item 31 (BD)		0,61									
Item 55 (BD)		0,54									
Item 05 (B)			-0,36								
Item 38 (B)			-0,60								
Item 04 (B)			-0,67								
Item 44 (ID)				0,69							
Item 21 (ID)				0,68							
Item 33 (ID)				0,66							
Item 56 (PA)				0,65							
Item 60 (ID)				0,61							
Item 08 (ID)				0,59							
Item 67 (ED)				0,59							
Item 41 (LSE)				0,59						0,38	
Item 27 (LSE)				0,58			-0,31				

Tenório, 2018		Carga fatorial dos itens em cada Fator										
Item (Escala original)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Item 51 (ID)				0,57		0,45						
Item 18 (PA)				0,57		-0,46						
Item 85 (ED)				0,55					-0,30			
Item 79 (ED)				0,54								
Item 66 (A)				0,52						-0,39		
Item 77 (ID)				0,52								
Item 74 (IA)				0,49								
Item 84 (PA)				0,49	-0,31						0,33	
Item 10 (LSE)				0,49			-0,55					
Item 34 (II)				0,47								
Item 87 (II)				0,46			0,32					
Item 24 (PA)				0,46								
Item 78 (A)				0,46								
Item 88 (A)				0,46								
Item 65 (IA)				0,45								
Item 83 (ED)				0,41								
Item 86 (A)				0,41							0,38	
Item 40 (ID)				0,40		0,34						
Item 54 (IA)				0,39		-0,47						
Item 26 (ID)				0,39	0,45							
Item 70 (ED)				0,37		0,36						
Item 50 (LSE)				0,36		-0,52					0,34	
Item 37 (LSE)				0,36	0,48		-0,36					
Item 03 (MF)				0,35		0,36		0,53				
Item 91 (PA)				0,34	0,41							
Item 42 (LSE)				0,33	0,37		-0,51					
Item 23 (II)				0,32	0,35							
Item 13 (P)				0,32					0,34		0,37	
Item 52 (P)				0,31				-0,31	0,52			
Item 36 (P)				0,31					0,36			
Item 58 (MF)					0,67			0,63				
Item 76 (IA)					0,67							
Item 39 (MF)					0,57			0,68				
Item 22 (MF)					0,55			0,62				
Item 80 (PA)					0,53							
Item 15 (II)					0,52							
Item 20 (PA)					0,50							
Item 17 (IA)					0,50	-0,37	0,35					
Item 68 (A)					0,49							
Item 89 (IA)					0,46							
Item 57 (II)					0,38	-0,36						
Item 73 (II)					0,32	-0,53						

Tenório, 2018	Carga fatorial dos itens em cada Fator										
Item (Escala original)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item 81 (ED)					-0,35					0,55	-0,38
Item 06 (MF)					-0,40						
Item 72 (ED)					-0,41					0,46	-0,37
Item 90 (ED)					-0,67						
Item 71 (A)						0,48					
Item 75 (A)						0,40			0,41		
Item 48 (MF)								0,57			
Item 14 (MF)								0,56			
Item 82 (A)									0,32		
Item 43 (P)									-0,37	0,31	
Item 63 (P)									-0,44		
Item 01 (DT)											
Item 69 (II)											

Como pode-se observar na Tabela 08, 46 itens apresentaram cargas acima do critério estabelecido em mais de um fator, sendo que 16 deles carregaram em três fatores. Com relação a escala composta EDRC, a maior parte dos itens carregou em mais de um fator. Não existe uma replicação clara das escalas. É curioso perceber o comportamento das cargas fatoriais do terceiro fator, pois todas são negativas. Observando a estrutura das escalas psicológicas observa-se que o quarto fator é composto por 29 itens, e agrega itens de todas as nove escalas. Não possui uma definição clara da sua estrutura no que diz respeito à filiação de itens aos fatores conforme sugerido pelo autor do teste. Dezesseis itens de seis escalas compõem o quinto fator, com um número excessivo de itens com carga fatorial em mais de um fator.

Considerando os resultados de todas as AFEs, pode-se observar que aquela que mais se aproximou da estrutura de Garner (2004) foi Rutzstein et al. (2013), utilizando procedimentos similares, performando uma AFE para as escalas do EDRC e GPMC. As três escalas do EDRC se diferenciaram, e apresentaram aglutinações semelhantes das escalas psicológicas, como a união das escalas II e IA, e da escala LSE com a PA. A

tendência dos itens da escala de II e IA carregarem no mesmo fator foi observada no estudo de García-Grau et al. (2010). Pode ser o caso também no estudo de Muro-Sans et al. (2006), mas como o EDI-2 tinha outra nomenclatura de escalas, e o autor não publicou a matriz de cargas fatoriais, não foi possível a conferência dos itens. No entanto, como as escalas do EDRC são as mesmas, os dois estudos apresentaram outra semelhança, união das escalas de BD e DT. Outra informação extra desses estudos é a de quais escalas contribuíram para maior variância na amostra. Como realizaram uma AFE conjunta, com todos os itens do inventário, pode-se perceber que no estudo de Muro-Sans et al. (2006), as escalas psicológicas foram responsáveis pela maior variância entre todos os fatores, enquanto no estudo de García-Grau et al. (2010), foram as escalas BD e DT, relacionadas à percepção corporal. Exceto pelo estudo de Tenório (2018), a escala MF foi consistente entre todas as amostras, com seus itens carregando no mesmo fator e com mínima participação de itens de outras escalas.

Estudos de Análise Fatorial Confirmatória

Outros pesquisadores optaram por confirmar as estruturas fatoriais do EDI-3 em versões adaptadas em diversos países, testando o ajuste dos modelos de fatores de segunda ordem, das escalas compostas e de modelos mais simples, como doze escalas primárias correlacionadas entre si (Brookings, et al. 2020; Clausen et al., 2011; Elosua & López-Jáuregui, 2012; García-Grau et al., 2010; Garner, 2004; Lehmann et al., 2013; Tenório et al., 2021). A seguir, na Tabela 9 são apresentados as nacionalidades, tipo, N, média de idade e DP da idade das amostras pesquisadas.

Tabela 9. Referência, nacionalidade, tipo da amostra, N amostral, média de idade e desvio padrão de pesquisas que realizaram AFC no EDI

Referência	Nacionalidade da amostra	Tipo da Amostra	N	Média Idade (DP)
------------	--------------------------	-----------------	---	------------------

Garner, 2004	Estados Unidos	Mulheres adultas (Clínico)	866	25,2 (8,1)
		Adolescentes mulheres (Clínico)	650	15,6 (1,3)
García-Grau et al., 2010	Espanha	Adolescentes mulheres (Pop. Geral)	738	15,91 (1,4)
Clausen et al., 2011	Dinamarca	Mulheres pacientes	561	24,8 (5,7)
		Mulheres controle	878	25,8 (3,6)
Elosua e López-Jáuregui, 2012	Espanha	Mulheres (Clínico)	394	20,8 (6,61)
Lehmann et al., 2013	Holanda	Mulheres pacientes	514; 150 + 364	25,3 (7,2); 25,7 (6,6)
		Mulheres universitárias (Controle)	270	20 (2,7)
Tenório et al., 2021	Brasil	Adolescentes adultos (Controle)	583	22,33 (5,63)
		Adolescentes adultos (Clínico)	81	28,68 (8,05)
Brookings et al. 2020	Estados Unidos	Mulheres pacientes	821	25,7 (9,1)
		Adolescentes mulheres (Pacientes)	385	15,8 (1,6)

Estes estudos contaram com adolescentes e adultos da população geral e diagnosticados com TA e em alguns casos recebendo tratamento, originários dos Estados Unidos, Espanha, Dinamarca Holanda e Brasil. A média de idade mais baixa foi observada na pesquisa de Garner (2004), de 15,6 anos (DP = 1,3) e a mais elevada foi de 28,68 anos (DP = 8,05), observada no estudo de Tenório et al. (2021).

Em tais estudos foram utilizados inúmeros índices para avaliar o ajuste de modelo em uma AFC. Optou-se por apresentar somente aqueles índices que possuem valores reportados em mais de um estudo: X^2 em conjunto com os graus de liberdade e o quociente X^2/gl , o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative*

Fit Index (CFI), Akaike's Information Criterion (AIC), Tucker-Lewis Index (TLI) e o *Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)*. Os valores de referência adotados foram CFI e TLI maiores ou iguais a 0,95, SRMR menor que 0,08 (Hu & Bentler, 1999) e RMSEA menor ou igual a 0,05 (Browne & Cudeck, 1993). A Tabela 10 apresenta os resultados dos estudos de estrutura fatorial do EDI-3 utilizando AFC, em termos de modelos testados e os respectivos índices de ajuste de modelos.

Tabela 10. Modelos de estrutura fatorial do EDI e índices de ajuste dos modelos

Estudo	Modelo Testado	Índices de ajuste do modelo							
		X^2	gl	X^2/gl	RMSEA	CFI	AIC	TLI	SRMR
Garner (2004)	M1 - GPMC > (9 escalas) (Adultos Clínicos)	370,313	27	13,715	0,121	0,908	-	-	-
	M1 - GPMC > (9 escalas) (Adolescentes Clínicos)	118,141	27	4,376	0,107	0,942	-	-	-
	M2 - IC, IPC, AC, OC (Adultos Clínicos)	130,605	14	9,329	0,098	0,967	-	-	-
	M2 - IC, IPC, AC, OC (Adolescentes Clínicos)	36,89	14	2,635	0,075	0,985	-	-	-
García-Grau et al. (2010)	M1 - 8 fatores (64 itens)	11038	1,92	5,740	0,080	0,620	-	-	-
	M2 - 11 fatores (91 itens)	4635	3,94	1,170	0,010	0,980	-	-	-
	M3 - 12 fatores (91 itens)	4541	3,93	1,150	0,010	1,000	-	-	-
Clausen et al. (2011)	M1 - 12 fatores não correlacionados (Pacientes)	17986	3915	4,59	0,080	0,921	18346	-	-
	M1 - 12 fatores não correlacionados (Controle)	30355	3915	7,75	0,088	0,948	30715	-	-
	M2 - 1 fator de segunda ordem > (12 escalas) (Pacientes)	11768	3903	3,02	0,060	0,942	12152	-	-
	M2 - 1 fator de segunda ordem > (12 escalas) (Controle)	13960	3903	3,58	0,054	0,970	14344	-	-
	M3 - EDRC + GPMC > (9 escalas) (Pacientes)	11441	3902	2,93	0,059	0,945	11827	-	-
	M3 - EDRC + GPMC > (9 escalas) (Controle)	13462	3902	3,45	0,053	0,972	13847	-	-
	M4 - EDRC + (4 escalas) + (5 escalas) (Pacientes)	11168	3900	2,86	0,058	0,946	11558	-	-
	M4 - EDRC + (4 escalas) + (5 escalas) (Controle)	13304	3900	3,41	0,052	0,972	13694	-	-
	M5 - 12 escalas correlacionadas (Pacientes)	10614	3849	2,76	0,056	0,948	11106	-	-
	M5 - 12 escalas correlacionadas (Controle)	12541	3849	3,26	0,051	0,974	13033	-	-
	M6 - Aleatório (Pacientes)	31808	3849	8,26	0,114	0,874	32300	-	-
	M6 - Aleatório (Controle)	42592	3849	11,07	0,107	0,937	43083	-	-

Estudo	Modelo Testado	Índices de ajuste do modelo							
		X ²	gl	X ² /gl	RMSEA	CFI	AIC	TLI	SRMR
Elosua e López-Jáuregui (2012)	M1 - GPMC Geral	365,61	27	13,54	0,150	0,880	-	-	0,070
	M2 - IC, IPC, AC, OC	47,77	14	3,41	0,080	0,980	-	-	0,030
	M3 - GPMC > (IC, IPC, APC, OC)	75	16	4,69	0,100	0,960	-	-	0,040
	M4 - EDRC + GPMC > (IC, IPC, APC, OC)	163,38	39	4,19	0,100	0,920	-	-	0,060
Lehmann, et al. (2013)	M1 - 12 fatores correlacionados	9368	3849	2,43	0,053	-	-	0,743	0,075
	M2 -EDRC + (IC, IPC, APC, OC)	9729	3892	2,50	0,054	-	-	0,731	0,081
	M3 -EDRC + GPMC > (IC, IPC, APC, OC)	9879	3903	2,53	0,055	-	-	0,726	0,083
	M4 - Escore Geral	10109	3904	2,59	0,056	-	-	0,715	0,089
Tenório et al. (2021)	M1 - EDRC (Adolescentes)	-	-	1,04	0,026	0,991	-	0,991	0,114
	M1 - EDRC (Adultos)	-	-	1,85	0,064	0,949	-	0,944	0,077
	M1 - EDRC (Clínico)	-	-	1,63	0,000	1,000	-	1,034	0,081
	M1 - EDRC (Geral)	-	-	1,83	0,066	0,945	-	0,939	0,077
	M2 - GPMC > (9 fatores) (Adolescentes)	-	-	1,09	0,037	0,967	-	0,966	0,118
	M2 - GPMC > (9 fatores) (Adultos)	-	-	1,93	0,044	0,938	-	0,935	0,065
	M2 - GPMC > (9 fatores) (Clínico)	-	-	0,91	0,000	1,000	-	1,015	0,100
	M2 - GPMC > (9 fatores) (Geral)	-	-	1,92	0,047	0,932	-	0,929	0,065
Brookings, et al. (2020)	M0 - Modelo nulo	57153	4005	14,27	-	-	-	-	-
	M1 - 12 fatores correlacionados	13602	3849	3,53	0,046	0,816	5904,3	0,809	-
	M1a - 12 fatores correlacionados + 5 erros correlacionados	12340	3844	3,21	0,043	0,840	4652,2	0,833	-

Estudo	Modelo Testado	Índices de ajuste do modelo							
		X^2	gl	X^2/gl	RMSEA	CFI	AIC	TLI	SRMR
	M2 - 12 fatores correlacionados com 10 erros correlacionados	13127	3897	3,37	0,044	0,826	5332,7	0,822	-
	M3 - EDRC + GPMC > (9 escalas)	14392	3902	3,69	0,047	0,803	6588,1	0,797	-
	M3a - EDRC + GPMC > (9 escalas) + 5 erros correlacionados	13127	3897	3,37	0,044	0,826	5332,7	0,822	-
	M4 - 12 fatores correlacionados + um bifator	11207	3759	2,98	0,041	0,860	3688,9	0,851	-
	M4a - 12 fatores correlacionados + um bifator mais 5 erros correlacionados	9921,8	3754	2,64	0,037	0,884	2413,8	0,846	-

Apesar dos valores de referência apresentados por Hu e Bentler (1999) serem amplamente utilizados como pontos de corte que segregam os modelos bem ajustados dos modelos que devem ser rejeitados, os próprios autores relatam que é difícil fazer tais designações, uma vez que um ponto de corte universal terá efeitos diferentes em cada índice. Sivo et al. (2006) afirmaram que os pontos de corte podem variar de acordo com o tamanho da amostra e as taxas dos erros do Tipo I e do Tipo II que cada pesquisador pode adotar em sua pesquisa. Marsh et al. (2004) argumentaram que existem problemas lógicos e inconsistências no estudo de Hu e Bentler (1999) que invalidam a pertinência de se ter valores de referência generalizáveis entre pesquisas com tamanhos de amostras e complexidades de modelos diferentes. Além disso, estes autores recobram uma ênfase (Marsh et al., 2004) de que a maioria dos índices de ajuste são mais hábeis em distinguir entre modelos alternativos dentro de um mesmo grupo de dados do que estabelecer valores de corte.

Optou-se, portanto, por identificar os modelos melhor ajustados dentro do mesmo estudo, sem comparar os valores absolutos dos índices apresentados na Tabela 9. No estudo de Garner (2004), o modelo M2 que possui as escalas compostas obtiveram os melhores ajustes para as duas amostras, de adultos e adolescentes do grupo clínico, com os menores valores de X^2 , X^2/gf e RMSEA, e os valores mais altos de CFI. García-Grau et al. (2010) testaram três modelos: M1 representou a estrutura fatorial do EDI, com oito fatores e 64 itens, M2 reproduziu a estrutura fatorial do EDI-2, com onze fatores e 91 itens, e M3 reproduziu a estrutura o EDI-3, com doze fatores e 91 itens. Destes três, o modelo M3 foi o melhor ajustado, com índices muito próximos do modelo M2, mas com valores menores de X^2 ($M2 = 4635$, $M3 = 4541$) e X^2/gf ($M2 = 1,170$, $M3 = 1,150$), e melhores índices de CFI ($M2 = 0,98$, $M3 = 1,0$). O valor de RMSEA foi igual para os dois modelos (0,010).

Clausen et al. (2011) fizeram uma extensa investigação que incluiu um modelo de 12 fatores não correlacionados (M1), um fator de segunda ordem composto pelas doze escalas (M2), outro que incluiu a escala EDRC, composta pelas três escalas DT, B e BD, mais a escala GPMC composta pelas nove escalas psicológicas (M3). Além destes, foram também comparados um modelo com EDRC e dois (02) fatores de segunda ordem, uma composta por quatro escalas psicológicas (ED, P, A e ID) e outra com as cinco escalas restantes (LSE, PA, II, IA e MF), um com as doze escalas intercorrelacionadas (M5) e um modelo aleatório (M6). O modelo que obteve os melhores índices de ajuste, tanto para o grupo de pacientes quanto para o grupo controle, foi o modelo M5 que considerou a estrutura de doze escalas correlacionadas entre si, com os menores valores de X^2 (pacientes = 10614; controle = 12541), de X^2/gl (pacientes = 2,76; controle = 3,26), RMSEA (pacientes = 0,056; controle = 0,051) e AIC (pacientes = 11106; controle = 13033) e os valores mais altos de CFI (pacientes = 0,948; controle = 0,974).

Dentre as estruturas testadas por Elosua e Lopez-Jáuregui (2012), observa-se que o modelo com os melhores indicadores foi o modelo M2, de quatro escalas compostas do GPMC, com os menores valores de X^2 (47,77), X^2/gl (3,41), RMSEA (0,08) e SRMR (0,03) e o maior valor de CFI (0,980). O modelo M3, que é a estrutura fatorial do GPMC com as nove escalas psicológicas, e o modelo M4, que é a estrutura geral proposta para o EDI-3, apresentaram valores de ajuste piores que o modelo M2. O modelo M1 era um fator de segunda ordem GPMC com as nove escalas psicológicas e obteve o pior ajuste ($X^2=365,61$; $X^2/gl = 13,54$; RMSEA = 0,150; CFI = 0,88; SRMR = 0,07). Lehmann et al. (2013) testaram quatro estruturas fatoriais, sendo o modelo M1, de doze fatores correlacionados que obteve os melhores índices de ajuste ($X^2 = 9368$; $X^2/gl = 2,43$; RMSEA = 0,053; TLI = 0,743; SRMR = 0,075). O modelo M2 testou uma

estrutura parcial do EDI-3, com a escala EDRC e as quatro escalas psicológicas compostas, e o modelo M3 avaliou a estrutura completa. O modelo M4, que obteve os piores índices de ajuste, acrescentou um fator de terceira ordem, um Escore Geral, agregando os escores das escalas EDRC e GPMC ($X^2 = 10109$; $X^2/g1 = 2,59$; RMSEA = 0,056; TLI = 0,715; SRMR = 0,089). No contexto brasileiro, Tenório et al. (2021) testaram o ajuste da EDRC no modelo M1 e do GPMC no modelo M2, em três amostras, de forma independente e conjunta. Na amostra de adolescentes, a escala EDRC se ajustou melhor ($X^2/g1 = 1,04$; RMSEA 0,026; CFI = 0,991; TLI = 0,991; SRMR = 0,114). Na amostra de adultos, os índices $X^2/g1$, CFI e TLI apresentaram valores melhores no modelo M1 ($X^2/g1 = 1,85$; CFI = 0,949 e TLI = 0,944) do que no modelo M2 ($X^2/g1 = 1,93$; CFI = 0,938 e TLI = 0,935). Observou-se que os índices RMSEA e SRMR no modelo M1 (RMSEA = 0,064 e SRMR = 0,077) foram piores que no modelo M2 (RMSEA = 0,044 e SRMR = 0,065). Na amostra clínica, os índices foram muito próximos, sendo o modelo M1 que melhor se ajustou ($X^2/g1 = 1,63$; RMSEA 0,000; CFI = 1,000; TLI = 1,034; SRMR = 0,081). Considerando todas as amostras na mesma análise, os índices se comportaram da mesma forma que na amostra de adultos, em que os valores do $X^2/g1$, CFI e TLI apresentaram valores melhores no modelo M1 ($X^2/g1 = 1,83$; CFI = 0,945 e TLI = 0,939) do que no modelo M2 ($X^2/g1 = 1,92$; CFI = 0,932 e TLI = 0,929). O inverso observou-se nos índices RMSEA e SRMR, no qual o modelo M1 (RMSEA = 0,066 e SRMR = 0,077) apresentou piores indicadores que o modelo M2 (RMSEA = 0,047 e SRMR = 0,065). No estudo realizado por Brookings et al. (2020), o modelo mais bem ajustado a amostra foi o M4a, de 12 fatores correlacionados mais um bifator e cinco erros correlacionados oriundos de correções de uma rodada anterior ($X^2 = 9921,8$; $X^2/g1 = 2,64$; RMSEA = 0,037; CFI = 0,884; AIC = 2413,8; TLI = 0,846). O modelo M4 obteve os segundos melhores índices

($X^2 = 9921,8$; $X^2/g1 = 2,64$; $RMSEA = 0,037$; $CFI = 0,884$; $AIC = 2413,8$; $TLI = 0,846$), seguido pelo modelo M1a, que é o modelo com 12 escalas correlacionadas com 5 erros correlacionados ($X^2 = 9921,8$; $X^2/g1 = 2,64$; $RMSEA = 0,037$; $CFI = 0,884$; $AIC = 2413,8$; $TLI = 0,846$). Os modelos M2, M3a, M1 e M3 obtiveram os piores indicadores, nessa sequência.

Considerando as estruturas fatoriais testadas, observa-se que a estrutura de doze fatores intercorrelacionados, sem fatores de segunda ordem obteve os melhores ajustes. No estudo de Brookings et al. (2020), em que o modelo melhor ajustado incluiu um bifator, o modelo de 12 fatores intercorrelacionados foi o segundo mais bem ajustado.

Diante do exposto, levando em consideração: a) o elevado sofrimento e as comorbidades associadas dos TAs, b) a importância dos questionários de autorrelato nos mais variados esforços de mitigar o impacto negativo dos TAs, c) os instrumentos disponíveis no contexto brasileiro e d) as qualidades psicométricas e evidências de validade do EDI-3, este estudo se propõe a:

- Traduzir e adaptar o EDI-3 para a língua e o contexto brasileiros;
- Comparar a nova versão do EDI-3 com as versões anteriores do EDI-3 dos estudos brasileiros;
- Obter evidências de validade baseadas na estrutura interna.

A seção seguinte expõe o método utilizado nos três estudos, bem como suas bases teóricas.

Método

Estudo 1

Procedimento de tradução e adaptação

O EDI-3 foi submetido a duas traduções independentes. Os tradutores eram brasileiros, um com curso superior e outro com título de PhD em país de língua inglesa. Ambos com conhecimentos de técnicas de construção e adaptação de instrumentos e dos construtos aferidos no EDI-3. As duas versões foram consolidadas em uma única versão por um comitê composto de estudantes de graduação, mestrado e doutorado, além do professor pesquisador responsável pela pesquisa. Esta versão unificada foi então submetida à análise de quatro juízes especialistas, dos quais três possuíam título de doutor e um era PhD. Dos quatro juízes, três deles tinham formação em Psicologia e um tinha formação em Nutrição. Eles foram solicitados a analisar a versão unificada quanto à clareza da redação, abrangência do item em relação ao construto avaliado, pertencimento do item ao fator proposto, além de outras questões pertinentes como diagramação, tamanho da letra, entre outros. As avaliações e sugestões dos especialistas foram avaliadas pelo grupo responsável pela pesquisa e consolidadas em uma única versão. Essa versão foi traduzida da língua portuguesa para a língua inglesa (procedimento *back translation*), por dois tradutores diferentes: uma brasileira residente nos Estados Unidos por mais de 15 anos, sem conhecimento sobre os objetivos da pesquisa, e uma brasileira falante de língua inglesa com conhecimentos sobre psicometria.

Foi selecionada uma amostra da população alvo para avaliação da compreensão das instruções, da clareza e compreensão dos itens e da escala de respostas. Essa etapa consistiu de entrevistas, realizadas de forma remota, nas quais as instruções, a escala e os itens da versão consolidada do EDI-3 eram lidos pelo pesquisador e o entrevistado respondia qual a compreensão que teve do que foi lido. Caso a compreensão fosse diferente da pretendida, o pesquisador fazia uma breve explicação sobre o entendimento que era pretendido pelo item. A seguir, o entrevistado poderia sugerir alterações na

redação do item. Foram entrevistados 13 participantes, dez (10) mulheres e três (03) homens. Destes, sete (07) participantes tinham 16 e 17 anos e um participante de 22, 31, 35, 37, 48 e 69 anos. Nove (09) tinham o Ensino Médio, dois (02) eram graduados e dois (02) tinham pós-graduação. Ainda, dois (02) eram de estados da região Norte do Brasil, um (01) da região Nordeste, quatro (04) da região Centro-Oeste, três (03) da região Sudeste e três (03) da região Sul. Um (01) participante tinha diagnóstico de Bulimia, dois (02) eram considerados de alto risco e dez (10) não possuíam nenhum diagnóstico. Após as considerações dessa etapa foi realizada uma aplicação piloto. Esta etapa aconteceu por meio de uma aplicação *online* da versão adaptada do EDI-3 em conjunto com um questionário sociodemográfico. O formulário foi disponibilizado numa plataforma de coletas *online*, e foi divulgado por meio de redes sociais.

Estudo 2

Amostra

Nessa etapa do estudo 200 participantes responderam ao instrumento, e 84% (168) o fizeram por aparelhos celulares, 9% (18) responderam em *laptops* ou *notebooks*, 6% (12) utilizaram computadores *desktops*, e 1% (2) utilizaram *Tablets*. Desse total, 77,5% (155) eram do sexo feminino, 21% (42) eram do sexo masculino e 1,5% (3) não informaram. A média de idade foi de 38,08 anos e o desvio padrão foi de 14,34. Acerca da sua cor/etnia, 48% (96) se autodeclararam brancos, 38,5% (77) se autodeclararam como pardos, 10,5% informaram que eram pretos, 1% (2) informaram que eram indígenas, e 2% (4) não forneceram essa informação. A maioria eram casados, representando 52,5% (105) e 38% (76) eram solteiros. Os divorciados e/ou separados perfizeram 7% (14), e os viúvos 1,5% (3).

A respeito da escolaridade, 30,5% (61) eram de participantes pós-graduados, 25,5% (51) possuíam ensino superior incompleto, 23,5% (47) possuíam ensino superior

completo. Em menor quantidade se apresentaram participantes com Ensino Médio completo, com 14% (28), pós-graduação incompleto, com 4% (8), ensino fundamental completo com 1% (2) e apenas 0,5% (1) da amostra com ensino médio incompleto.

Aqueles que nunca foram diagnosticados com TAs representaram 93,5% (187), e 6,5% (13) informaram que foram diagnosticados há mais de um ano. Desses que receberam o diagnóstico, 76,9% (10) foram diagnosticados com compulsão alimentar. Um participante foi diagnosticado com BN, um participante com OTE e outro com outro diagnóstico.

A maior parte da amostra foi composta por residentes do Distrito Federal, com 64% (128) e 22,5% (45) residem no Goiás. Afirmaram residir no Paraná 4,5% (9) dos respondentes e 3% (6) em São Paulo. Relataram residir em Minas Gerais 1% (2), no Espírito Santo 1% (2), e em Pernambuco 1% (2). Os estados do Ceará, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Santa Catarina e Tocantins foram representados por um (0,5%) participante cada.

Procedimentos

O objetivo deste estudo foi investigar a estrutura fatorial do EDI-3 em uma amostra brasileira. A versão adaptada do EDI- 3, em conjunto com o questionário sociodemográfico, foi disponibilizada em uma plataforma de coleta *online*. O *link* de acesso foi então divulgado em redes sociais, junto com um convite à participação, bem como à divulgação da pesquisa, de forma que quem recebesse o *link* era livre para divulgar a pesquisa para outras pessoas. Os participantes poderiam responder o instrumento em diversos dispositivos eletrônicos, como computadores, *desktops*, *notebooks* e celulares.

Instrumento

A versão adaptada resultados dos procedimentos do Estudo 1 foi disponibilizada numa plataforma de coleta *online*. As instruções seguiram o mesmo padrão do instrumento original, adaptando somente a instrução de marcação da resposta. A escala de respostas é uma escala tipo *Likert* de frequência, que inclui as categorias *Nunca*, *Raramente*, *Às vezes*, *Frequentemente*, *Quase sempre* e *Sempre*. O sistema de pontuação adotado foi de 1 até 6, na qual a categoria *Nunca* recebeu o valor 1, e a pontuação aumentou sucessivamente até a categoria *Sempre*, que recebeu pontuação 6.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi apresentado antes do instrumento e inclui a opção de o participante deixar a página da pesquisa caso não concordasse com o termo. O questionário socio demográfico foi apresentado ao fim do instrumento com questões sobre sexo, idade, escolaridade, histórico de diagnóstico de transtornos alimentares e unidade da federação brasileira em que reside.

Análise de dados

Foi realizada uma AFE com todos os itens do inventário, e utilizou-se a Análise Paralela (Horn, 1965) como critério de retenção e fatores. As análises foram realizadas no programa estatístico SPSS, na sua vigésima sexta versão, e no *Software* JASP, versão 0.13.1. O valor mínimo de carga fatorial adotado como critério neste estudo foi de 0,30. A seguir são apresentados os resultados dos três (03) estudos bem como as conclusões desses resultados.

Resultados

Estudo 1

Com relação a etapa de avaliação de juízes, eles foram unânimes sobre a clareza da redação de 75 itens, 82% do instrumento, e sobre a abrangência houve unanimidade em 82 itens, 90% do instrumento. Resultou dessa etapa 16 sugestões de redação, das quais cinco (05) itens foram redigidos de acordo pelo comitê.

A etapa de validação semântica resultou em 23 sugestões, das quais os itens 01 e 03 acumularam duas (02) sugestões cada. O item 03 teve sua redação alterada durante o processo de validação semântica por ter acumulado sugestões nas primeiras entrevistas. De 21 itens que receberam sugestões de alteração de redação, quatro tiveram suas redações alteradas pelo comitê de pesquisadores responsáveis pela pesquisa. Oito (08) sugestões foram dispensadas por sugerir a restrição da compreensão de um termo, eliminando uma possibilidade interpretativa presente no original. Como exemplo, pode-se citar o item 30, que não indica se o relacionamento é de cunho amoroso ou não, e o item 75 que não oferece explicações sobre o termo “espiritualmente forte”. Outras três (03) sugestões foram dispensadas pelo comitê por compreender que mudaria a intensidade do comportamento descrito, como por exemplo o item 47, no qual a expressão sugerida “muito cheio” é de uma intensidade menor que “estufado”. As outras sugestões diziam respeito a sinônimos de partes do corpo, mas que apresentavam mais um elemento de preferência do que de compreensão ou regionalismo, como o item 59, que foi sugerida a alteração do termo “bumbum” por “bunda”.

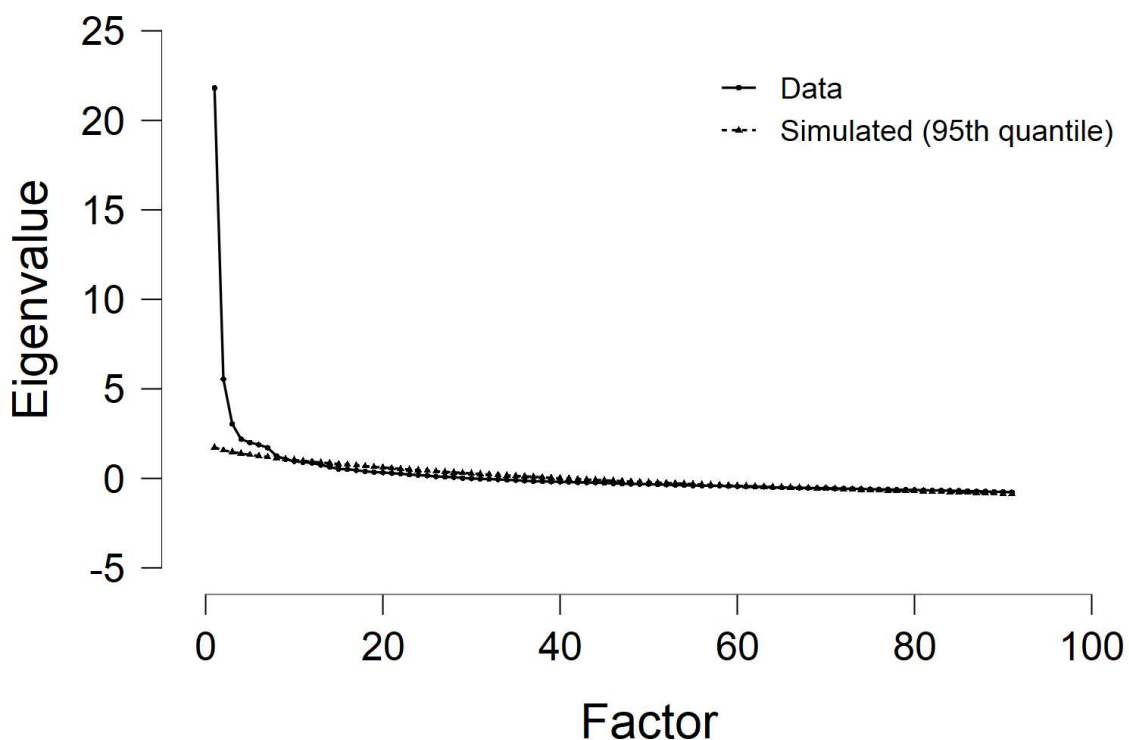
Esses resultados indicaram para uma tradução e adaptação de qualidade, aferida pelos resultados das validações, como o elevado percentual de itens que não sofreram sugestões de alteração nas etapas. Buscou-se abarcar indivíduos de diversas regiões do

Brasil, a fim de atender às peculiaridades linguísticas de cada região. É importante também ressaltar o caráter teórico dessas etapas: por mais que as sugestões ofereçam indicativos de problemas de tradução, elas precisam passar pelo crivo do comitê que tem ciência dos objetivos do instrumento. Algumas sugestões indicavam preferências de redação que iam contra a intenção original do item. No entanto, pode-se citar as alterações realizadas no item 03 como um exemplo do tipo de problemas que esses procedimentos buscam evitar. Quando os entrevistados eram arguidos sobre a compreensão desse item, a explicação era que a infância era cheia de traumas que a pessoa buscaria evitar, uma compreensão oposta ao proposto pelo item que pertence à escala MF.

Estudo 2

Esta seção apresenta dos resultados da AF a fim de se obter evidências de validade baseadas na estrutura interna. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou um p -valor menor que 0,001, indicando que a matriz de dados é fatorável. O índice de KMO foi de 0,857, considerado bom. Os fatores foram extraídos utilizando o método de resíduos mínimos, com rotação oblíqua *Oblimin*. A Figura 1 mostra o gráfico de sedimentação dos fatores dos dados reais, pela linha com marcação de círculos, e das matrizes aleatórias, indicada pela linha com marcação de triângulos.

Figura 1. Gráfico de sedimentação dos autovalores dos dados simulados (*Simulated*) e dos dados reais (*Data*).



A Figura 1 indicou que sete (07) fatores da matriz de dados reais obtiveram autovalores maiores do que das matrizes aleatórias, considerando o percentil 95. A Tabela 11 apresenta os alfas, as cargas fatoriais e as correlações entre os sete fatores.

Tabela 11. Alfas de Cronbach e número de itens por fator.

Fator	Alfa de Cronbach	N itens
Fator 1	0,948	23
Fator 2	0,907	10
Fator 3	0,884	13
Fator 4	0,835	08
Fator 5	0,739	07
Fator 6	0,758	10
Fator 7	0,685	08

Conforme observado na Tabela 11, dois (02) fatores apresentaram alfas de Cronbach superiores a 0,90, são eles: Fator 01 (0,948) e Fator 2 (0,907). Também dois (02) outros fatores apresentaram alfas entre 0,80 e 0,89, são eles: Fator 03 (0,884) e

Item (Escala Original)	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Var. Única
Item 21 (ID)	0,61							0,45
Item 27 (LSE)	0,60							0,45
Item 60 (ID)	0,55							0,35
Item 42 (LSE)	0,54							0,57
Item 24 (PA)	0,53							0,55
Item 08 (ID)	0,49							0,53
Item 26 (ID)	0,49							0,49
Item 50 (LSE)	0,46					0,33		0,50
Item 51 (ID)	0,46	0,32						0,40
Item 86 (A)	0,44				0,36			0,41
Item 20 (PA)	0,43							0,63
Item 36 (P)	0,42						0,35	0,45
Item 44 (ID)	0,41							0,43
Item 66 (A)	0,40						0,36	0,42
Item 67 (ED)	0,39				0,37			0,57
Item 56 (PA)	0,36							0,48
Item 77 (ID)	0,32							0,69
Item 05 (B)		0,78						0,38
Item 38 (B)		0,71						0,31
Item 64 (B)		0,70						0,31
Item 28 (B)		0,68						0,43
Item 04 (B)		0,61						0,51
Item 61 (B)		0,55						0,53
Item 47 (BD)		0,54						0,55
Item 46 (B)		0,54						0,54
Item 40 (ID)		0,49						0,47
Item 45 (BD)		0,39	0,33					0,55
Item 49 (DT)			0,75					0,37
Item 16 (DT)			0,69					0,41
Item 07 (DT)			0,63					0,39
Item 32 (DT)		0,35	0,54					0,44
Item 01 (DT)			0,54					0,74
Item 25 (DT)			0,53					0,47
Item 11 (DT)		0,40	0,48					0,38
Item 09 (BD)			0,42					0,52
Item 12 (BD)			0,42				-0,40	0,52
Item 02 (BD)			0,41					0,58
Item 62 (BD)			0,35					0,59
Item 31 (BD)			0,31					0,71
Item 53 (B)			0,30					0,69
Item 22 (MF)				0,74				0,45
Item 14 (MF)				0,73				0,51
Item 03 (MF)				0,66				0,54
Item 48 (MF)				0,64				0,56

A Tabela 13 mostra os 23 itens que carregaram no primeiro fator, composto pela fusão das escalas psicológicas LSE, ID, PA e mais alguns itens das escalas A, P e ED. O segundo fator foi composto majoritariamente pelos itens da escala B, mais 2 itens da escala BD e um item da escala ID. O terceiro fator representa uma junção de itens das escalas da EDRC, DT e BD e um item da escala B. O quarto fator é composto basicamente pela escala MF, exceto pelo item 06, que pertence à escala, mas que não obteve carga fatorial relevante em nenhum fator, e um item da escala IA que carregou neste fator. O quinto fator é composto pela escala de ED, mais um item da escala de IA e um item da escala de A. O sexto fator foi composto pela fusão das escalas II e IA, mais o item 71, que não compõe nenhuma escala (Garner, 2004). Compuseram o sétimo fator quatro itens da escala de P, um item da escala IA, um item da escala de PA, um item da escala de ED e um item da escala de BD. Dos 79 itens com carga relevante nos fatores, 15 deles apresentaram carga acima do critério em dois fatores. Doze itens não apresentaram carga fatorial acima de 0,30 em nenhum fator. Desses, quatro itens são da escala de A, dois da escala de BD, um da escala de IA, um da escala de PA, um item da escala de MF, um item da escala P, outro da escala de ED e mais um item da escala de II. A Tabela 14 a seguir exibe a correlação entre os fatores.

Tabela 14. Correlação entre os fatores.

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7
Fator 1	1,00						
Fator 2	0,43	1,00					
Fator 3	0,26	0,42	1,00				
Fator 4	0,48	0,25	0,14	1,00			
Fator 5	0,36	0,35	0,21	0,29	1,00		
Fator 6	0,35	0,08	0,01	0,29	0,11	1,00	
Fator 7	0,24	0,15	-0,04	0,14	0,24	0,08	1,00

A correlação entre fatores mais alta foi de 0,48 entre os fatores 1 e 4, seguida pela correlação de 0,43 entre os fatores 1 e 2. As correlações entre os fatores 2 e 3 foi de 0,42, entre os fatores 1 e 5 foi de 0,36, e entre os fatores 1 e 6, e 2 e 5 foram de 0,35. O fator 7 apresentou, no geral, as correlações mais baixas entre os fatores. Os índices de ajuste apresentados foram o RMSEA, o TLI e o BIC, com valores de 0,061, 0,765 e - 3.462.027, respectivamente.

Em termos comparativos, a partir dos resultados se observa que a amostra era majoritariamente feminina, branca, de alto letramento e residente na região Centro-Oeste. A média de idade dos sujeitos da amostra do presente estudo é mais alta em comparação aos estudos anteriores que utilizaram AFE (Penha, 2019; Tenório et al., 2021). O estudo com a média mais elevada foi o de Garner (2004) com 25,89 anos (DP = 6,65).

Com relação à estrutura interna observada neste estudo, o padrão de junção das escalas LSE e PA foi observado nos estudos de Garner (2004) e Rutzstein et al. (2013). O padrão de união dos itens das escalas de II e IA foi observado também nos estudos de Garner (2004), Rutzstein et al. (2013) e García-Grau et al. (2010). A união dos itens das escalas de BD e DT foi observado nos estudos de Muro-Sans et al. (2006), García-Grau et al. (2010) e Tenório (2018). E a escala MF se diferenciou claramente como foi tendência em quase todos os estudos. Com relação ao número de fatores, o presente estudo obteve sete fatores como o estudo de García-Grau et al. (2010), apesar da composição das escalas ter se dado de forma distinta. Outro estudo que permitiu essa variação foi o de Muro-Sans et al. (2006), que encontrou uma solução de cinco fatores. Os outros fatores limitaram a obtenção desse tipo de informação ao forçarem a solução fatorial, ou performarem AFEs separadas das escalas EDRC e GPMC.

Dessa forma, a estrutura interna observada neste estudo apresentou paralelos com resultados em outras amostras com características diferenciadas. Essas semelhanças devem ser analisadas com cautela, pois não houve um estudo que apontasse evidências de equivalência entre as versões do EDI-3, o que impossibilita atribuir as diferenças observadas a características da amostra ou do instrumento. No entanto são indicadores promissores a respeito da qualidade da versão brasileira, e de características transculturais dos TAs.

A comparação com a outra amostra brasileira, do estudo de Tenório (2018) foi a menos promissora, tanto por ter se diferenciado bastante dos outros estudos, quanto por ter apresentado uma estrutura interna difusa, sem replicação clara das escalas. Além disso, apresentou uma grande quantidade de itens complexos, com cargas fatoriais acima do critério em mais de um fator. Como foi a única aplicação realizada desta versão adaptada do EDI-3, esses resultados também são inconclusivos.

Em relação aos estudos que realizaram AFEs comparando com os estudos que realizaram AFCs, podemos observar que, apesar das estruturas internas das AFEs indicarem que os modelos fatoriais que melhor se ajustaram às amostras são diferentes do modelo proposto pelo autor do inventário, o modelo de 12 fatores intercorrelacionados se mostrou robusto, com bons indicadores de ajuste em mais de um estudo.

Considerações finais

Os testes psicológicos são de grande importância para a atuação do(a) psicólogo(a), sendo essenciais para a condução de processos de avaliação psicológica (Bandeira et al., 2021). O presente estudo se situa neste contexto e objetivou contribuir para o avanço das investigações dos TAs no contexto brasileiro, oferecendo evidências de validade adicionais do EDI-3.

Destaca-se, também, que o presente estudo apresenta algumas limitações. O tamanho da amostra, o processo de amostragem por conveniência e a baixa representatividade de outras regiões do Brasil podem ser citados como características que impõem limitações à generalização dos resultados encontrados neste estudo. A intenção de se utilizar o EDI-3 como ferramenta de escrutínio de TAs por todo território nacional requer outros estudos que incluam: a) participantes em número suficiente para a realização de análises fatoriais por macrorregião brasileira; b) sujeitos diagnosticados com TA em número suficiente para a realização de AFEs ou AFCs por categoria diagnóstica; c) uma amostra com média de idade mais baixa do que a observada neste estudo, em consonância com estudos internacionais. Outra limitação imposta pela amostra foi a impossibilidade de realizar uma AFC que testasse alguns dos modelos propostos, principalmente o modelo de fatores de segunda ordem, nos moldes propostos pelo autor do inventário, e o modelo de 12 fatores intercorrelacionados, que obteve os melhores ajustes em diversos estudos.

Outro ponto fraco deste estudo foi o método de coleta de dados. A divulgação por meio de redes sociais pode ter ocasionado uma distorção na seleção do dispositivo utilizado para responder o questionário, favorecendo a utilização do celular em relação aos outros dispositivos eletrônicos. O número limitado de participantes utilizando os

outros dispositivos ainda impediu uma verificação de distorções de variância, ou de viés de resposta advindas dessa variável.

A respeito dos pontos fortes da pesquisa apresentada, pode-se citar a adesão das recomendações de adaptação de instrumentos psicológicos. Incluem as etapas de procedimentos, com atenção especial ao relato detalhado de características de participantes cruciais nos processos, como tradutores, juízes e participantes da população alvo.

A respeito dos procedimentos da AFE realizados, o critério de retenção de fatores escolhido, bem como a inclusão de todos os itens na mesma solução podem ser citados como qualidades deste estudo. A análise paralela (Horn, 1965) tem sido indicada como um critério de retenção de fatores superior aos mais comumente utilizados em pesquisa, como o autovalor maior que 1,0 e a análise gráfica do gráfico de sedimentação (Fabrigar et al., 1999; Hayton et al., 2004; Henson & Roberts, 2006).

Além das citadas anteriormente, deve-se incluir como indicações de pesquisas futuras estudos que busquem a replicação da estrutura interna da versão adaptada do EDI-3, evidências de validade com relação a outras variáveis, e evidências de equivalência entre as versões de língua inglesa, espanhola e de língua portuguesa.

Referências

Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slof Op't Landt, M. C., & Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating behaviors*, 13(4), 305–309.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.09.002>

Ackard, D. M., Fulkerson, J. A. & Neumark-Sztainer, D. (2011). Psychological and behavioral risk profiles as they relate to eating disorder diagnoses and symptomatology among a school-based sample of youth. *International Journal of Eating Disorders*, 44 (5), pp. 440 – 446.

Agras W. S. (2019). Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 169–179.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education - AERA, APA, NCME (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª edição). Artmed.

Andrade, J. M. de, Laros, J. A., & Gouveia, V. V. (2010). O uso da teoria de resposta ao item em avaliações educacionais: diretrizes para pesquisadores. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 421-435.

Andrade, J. M. de, Laros, J. A., & Lima, K. da S. (2021). Teoria de resposta ao item paramétrica e não paramétrica. In: C. Faiad, M. N. Baptista, R. Primi (Orgs), *Tutoriais em análise de dados aplicados à psicometria* (pp. 183 – 204). Editora Vozes.

- Andrade, J. M. de, & Valentini, F. (2018). Diretrizes para a construção de testes psicológicos: a resolução CFP nº 009/2018 em destaque. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(n.spe), 29-39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000208890>.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724–731.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Bandeira, D. R., Andrade, J. M. de, & Peixoto, E. M. (2021). O uso de testes psicológicos: formação, avaliação e critérios de restrição. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(spe1). <https://doi.org/10.1590/1982-3703003252970>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Borges, M. B. F., Jorge, M. R., Morgan, C. M., Silveira, D. X. & Custódio, O. (2002). Binge eating disorder in Brazilian women on weight-loss program. *Obesity Research*, 10 (11), pp. 1127 – 1134.
- Borsa, J., Damasio, B. & Bandeira, D. (2012). Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432.
10.1590/S0103-863X2012000300014
- Brookings, J.B., Jackson, D.L. & Garner, D.M. (2021). A Bifactor and Item Response Theory Analysis of the Eating Disorder Inventory-3. *J Psychopathol Behav Assess*, 43, 191–204. <https://doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s10862-020-09827-2>.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230–258.
<https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>

- Carvalho P. H. B., Alvarenga, M. dos S. & Ferreira, M. E. C. (2017). An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. *Appetite*, 116, pp. 164-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2017.04.037> 0195-6663.
- Clausen, L., Rosenvinge, J., Friberg, O. & Rokkedal, K. (2011). Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A comparison between 561 female eating disorders patients and 878 females from the general population. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 33(1), 101-110. DOI: 33. 101-110. 10.1007/s10862-010-9207-4.
- Cordás, T. A. & Claudino, A. M. (2002). Transtornos Alimentares: *Fundamentos Históricos*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl III), 3-6.
- 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. <https://doi.org/10.2147/NDT.S108912>
- Eberenz, K. P., & Gleaves, D. H. (1994). An examination of the internal consistency and factor structure of the Eating Disorder Inventory-2 in a clinical sample. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 371–379. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<371::AID-EAT2260160406>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<371::AID-EAT2260160406>3.0.CO;2-W)
- Elosua, P., & López-Jáuregui, A. (2012). Internal structure of the Spanish adaptation of the Eating Disorder Inventory-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(1), 25–31. <https://doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.1027/1015-5759/a000087>
- Evers, A. (2012). The Internationalization of Test Reviewing: Trends, Differences, and Results. *International Journal of Testing*, 12(2), 136-156. <https://doi.org/10.1080/15305058.2012.658932>

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272–299. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet* (London, England), 361(9355), 407–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)

Forbes, G.B., Jung, J., Vaamonde, J.D., Omar A., Paris L. & Formiga, N. S. (2012). Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Three Cultures: Argentina, Brazil, and the U.S.. *Sex Roles*, 66, pp. 677–694. <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0105-3>

Freitas, S., Gorenstein, C. e Appolinario, J. C. (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 24(suppl3), 34-38. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700008>

García-Grau, E., Fusté, A., Mas, N., Gómez, J., Bados, A. & Saldaña, C. (2010). Dimensionality of three versions of the Eating Disorder Inventory in adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 18(4), 318-27. <https://doi.org/10.1002/erv.995>. PMID: 20191663.

Garner, D. M. (2004). *The eating disorder inventory-3 professional manual*. Psychological Assessment Resources

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273–279. <https://doi.org/10.1017/s0033291700030762>

Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)

- Garner, D.M. (1991). *Eating disorder inventory-2: Professional manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa.
- Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 263–274. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Gorrell, S., Loeb, K. L., & Le Grange, D. (2019). Family-based Treatment of Eating Disorders: A Narrative Review. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 193–204. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.004>
- Gudmundsson, E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*, 61(2), 29-45. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.2.29>
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417–1432. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(93\)90142-n](https://doi.org/10.1016/0895-4356(93)90142-n)
- Hambleton, R. & Patsula, L. (1998). Adapting Tests for Use in Multiple Languages and Cultures. *Social Indicators Research*, 45, 153–171. <https://doi.org/10.1023/A:1006941729637>.
- Hayton, J. C., Allen, D. G., & Scarpello, V. (2004). Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: a Tutorial on Parallel Analysis. *Organizational Research Methods*, 7(2), 191–205. <https://doi.org/10.1177/1094428104263675>

Henderson, M., & Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *150*, 18–24.

<https://doi.org/10.1192/bjp.150.1.18>

Henson, R. K., & Roberts, J. K. (2006). Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research: Common Errors and Some Comment on Improved Practice. *Educational and Psychological Measurement*, *66*(3), 393–416.

<https://doi.org/10.1177/0013164405282485>

Hoek, H. W. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International journal of eating disorders*, *34*, 383-396.

<https://doi.org/10.1002/eat.10222>

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *19*, 389–394.

International Test Commission. (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes (Second edition). Translation authorized by Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP). <https://www.intestcom.org/>.

Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis.

Psychometrika, *30*, 179–185. <https://doi.org/10.1007/BF02289447>

Keski-Rahkonen, A. & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, *29*(6), 340-345.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>.

Kolar, D., Mejia Rodriguez, D., Mebarak, M., Hoek, H. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(1). <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>.

Lehmann, V., Ouwens, M. A., Braeken, J., Danner, U. N., van Elburg, A. A., Bekker, M. H. J., Breurkens, A., & van Strien, T. (2013). Psychometric Properties of the Dutch Version of the Eating Disorder Inventory–3. *SAGE Open*.

<https://doi.org/10.1177/2158244013508415>

Limbirt C. (2004). The Eating Disorder Inventory: a test of the factor structure and internal consistency in a nonclinical sample. *Health care for women international*, 25(2), 165–178. <https://doi.org/10.1080/07399330490267486>

Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L. & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, 5:56. DOI 10.1186/s40337-017-0186-7

Marsh, H. W, Hau, K. & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings, *Structural Equation Modeling*, 11:3, 320-341, DOI: 10.1207/s15328007sem1103_2

Mehler, P. S., & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa - medical complications. *Journal of eating disorders*, 3, 11. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8>

Mitchell, J. E., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 19(4), 438–443.

<https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e>

Mitchell, J.E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.*, 49: 319-323. <https://doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/10.1002/eat.22452>

Muro-Sans, P., Amador-Campos, J. A., & Peró-Cebollero, M. (2006). Factor structure of Eating Disorders Inventory-2 in a Spanish sample. *Eating and weight disorders: EWD*, 11(2), e42–e52. <https://doi.org/10.1007/BF03327759>

- Oakland, T. (2005). Selected ethical issues relevant to test adaptations. In R.K. Hambleton, P.F. Merenda, & C.D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for crosscultural assessment* (pp.65-92). Mahwah, New Jersey: LEA.
- Penha, M. M. (2019). Adaptação brasileira do Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) e evidências iniciais de validade e fidedignidade (Dissertação de mestrado), Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.
- Pisetsky, E. M., Schaefer, L. M., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2019). Emerging Psychological Treatments in Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 219–229. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.005>
- Podar, I., & Allik, J. (2009). A cross-cultural comparison of the Eating Disorder Inventory. *The International journal of eating disorders*, 42(4), 346–355. <https://doi.org/10.1002/eat.20616>
- Rios, J. A. & Sireci, S. G. (2014). Guidelines Versus Practices in Cross-Lingual Assessment: A Disconcerting Disconnect, *International Journal of Testing*, 14:4, 289-312. DOI: 10.1080/15305058.2014.924006
- Robin, F., Sireci, S. G., & Hambleton, R. K. (2003). Evaluating the equivalence of different language versions of a credentialing exam. *International Journal of Testing*, 3, 1–20. 3. 10.1207/S15327574IJT0301_1.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: na ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Rutzstein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M. L., Murawski, B., Elizathe, L., & Maglio, A. L. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios - 3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*,4(1), 1-14.

- Santomauro, D., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whiteford, H. & Ferrari, A. (2021). The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 8(4), 320-328. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00040-7.
- Schaefer, W. K., Maclennan, R. N., Yaholnitsky-Smith, S. A., & Stover, E. D. (1998). Psychometric evaluation of the eating disorder inventory (EDI) in a clinical group. *Psychology & Health*, 13(5), 873–881. <https://doi.org/10.1080/08870449808407437>
- Schoemaker, C., van Strien, T., & van der Staak, C. (1994). Validation of the Eating Disorders Inventory in a nonclinical population using transformed and untransformed responses. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 387–393. <https://doi.org/10.1002/eat.2260150409>
- Sireci, S. G. (1997). Problems and issues in linking tests across languages. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 16(1), 12-19.
- Sireci, S. G., Yang, Y., Harter, J., & Ehrlic, E. (2006). Evaluating guidelines for test adaptations: A methodological analysis of translation quality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37, 557–567. 37. 557-567. 10.1177/0022022106290478.
- Sivo, S. A., Fan, X., Witta, E. L., Willse, J. T. (2006). The search for “optimal” cutoff properties: fit index criteria in structural equation modeling. *The Journal of Experimental Education*, 74(3), 267–288
- Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191–203. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199204\)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199204)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S)

Stice, E., Johnson, S., & Turgon, R. (2019). Eating Disorder Prevention. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 309–318.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.012>

Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33, 284-29

Tenório, J. M. V. (2018). Adaptação e validação do Inventário de Desordem Alimentar para o contexto brasileiro (Dissertação de mestrado), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.

Tenório, J. M. V., Lima, K. S., Andrade, J. M., Coelho, H. F. C., & Galdino, M. K. C. (2021). Adaptação e Validação do Inventário de Desordem Alimentar para o Contexto Brasileiro. *Avaliação Psicológica*, 20(3), 263-273.

<http://dx.doi.org/10.15689/ap.2021.2003.19890.01>

Trindade, A. P., Appolinario, J. C., Mattos, P., Treasure, J., & Nazar, B. P. (2019). Eating disorder symptoms in Brazilian university students: a systematic review and meta-analysis. *Revista brasileira de psiquiatria*, 41(2), 179–187.

<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0014>

van de Vijver, F. J. R. & Leung, K. (2000). Methodological Issues in Psychological Research on Culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(1), 33–51.

<https://doi.org/10.1177/0022022100031001004>

Waller, G., & Raykos, B. (2019). Behavioral Interventions in the Treatment of Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 181–191.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.002>

Walsh, B. T. (2019). Diagnostic categories for eating disorders: Current status and what lies ahead. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42, 1–10.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.001>

Weissman R. S. (2019). The Role of Sociocultural Factors in the Etiology of Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(1), 121–144.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.009>

Welch, G., Hall, A. and Norring, C. (1990), The factor structure of the eating disorder inventory in a patient setting. *Int. J. Eat. Disord.*, 9, 79-85.

[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199001\)9:1<79::AID-EAT2260090109>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199001)9:1<79::AID-EAT2260090109>3.0.CO;2-E)

Wicks, L., Siegert, R. J., & Walkey, F. H. (2004). A confirmation of the eight factor structure of the eating disorders inventory in a non-clinical sample, with New Zealand norms. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(1), 3–7.

Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Taylor, C. B. (2013). Reducing the burden of eating disorders: a model for population-based prevention and treatment for university and college campuses. *The International journal of eating disorders*, 46(5), 529–532.

<https://doi.org/10.1002/eat.22117>

Yim, S. H., & Schmidt, U. (2019). Self-Help Treatment of Eating Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 231–241.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.006>