

**Avaliação da Recuperação das Perturbações do
Comportamento Alimentar: Validação para a
População Portuguesa do Eating Disorders Recovery
Questionnaire (EDRQ)**

Maria Inês da Silva Carvalho



Maria Inês da Silva Carvalho

**Avaliação da Recuperação das
Perturbações do Comportamento
Alimentar: Validação para a População
Portuguesa do Eating Disorders Recovery
Questionnaire (EDRQ)**

Universidade do Minho
Escola de Psicologia





Maria Inês da Silva Carvalho

**Avaliação da Recuperação das Perturbações do
Comportamento Alimentar: Validação para a
População Portuguesa do Eating Disorders
Recovery Questionnaire (EDRQ)**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em
Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Rita Vaz
e do
Professor Doutor Paulo Machado

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

“Unir-se é um bom começo, manter a união é um processo e trabalhar em conjunto é a vitória.” Henry Ford. Como estes anos foram um trabalho de equipa, começo por agradecer a todos aqueles que ao longo destes anos se cruzaram comigo e tornaram possível que hoje esteja aqui. Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para que este percurso tivesse um desfecho tão feliz!

Em primeiro lugar, agradeço aos meus orientadores, Professora Doutora Ana Rita Vaz e Professor Doutor Paulo Machado. Foi um privilégio trabalhar e aprender convosco nestes últimos dois anos. Agradeço a partilha de conhecimento, a disponibilidade e a ajuda, mas sobretudo agradeço a paciência. Estou muito grata por tudo o que me ensinaram!

Agradeço também à equipa do GEPA, por me acolherem, mas em especial a Doutora Tânia Rodrigues por toda a paciência e ajuda nesta fase final.

Aos meus pais, um agradecimento especial aos meus pais, a eles devo-lhes tudo! Sem eles nada disto era possível! São os meus exemplos de força, resiliência, esforço e trabalho. Obrigada por tudo! Mãe, sei que nem tudo foi fácil, mas obrigada por nunca desistires. Amo-te!

À minha irmã pela ajuda, paciência e companheirismo. Obrigada por acreditares sempre em mim. Quero continuar a ser o teu exemplo a seguir!

Agradeço a toda a minha família pelas palavras e pelo apoio. Um agradecimento especial à minha madrinha, um exemplo de luta, amor e de mulher a seguir. A Bé pelo apoio incondicional, pelos concelhos, por ser o meu apoio e pelos dois bombons que me deu!

Às minhas amigas, Lara e Xana pela preocupação, por me ajudarem e por estarem sempre comigo e por acreditarem sempre em mim. Obrigada, amigas!

À Ana, à Ângela e à Bárbara por aturarem meus áudios in-ter-mi-ná-veis. Amigas, sem vocês estes anos não tinham sido os mesmos! Bárbara obrigada por toda a ajuda, sempre que precisei nestes cinco anos.

E, finalmente, Rafinha, obrigada! Obrigada por seres o meu porto seguro, o meu saco de boxe. Obrigada por todo o apoio, ajuda, mas sobretudo agradeço a paciência e o amor. Sei que este ano testei os limites! Obrigada, meu amor!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, Braga, 6 de junho de 2022

Lnês Carvalho

Avaliação da Recuperação das Perturbações do Comportamento Alimentar: Validação para a População Portuguesa do Eating Disorders Recovery Questionnaire (EDRQ)

Resumo

Objetivos. Os objetivos do estudo eram avaliar as propriedades psicométricas e a estrutura fatorial do *Eating Disorders Recovery Questionnaire* (EDRQ) para a população portuguesa, bem como estabelecer um ponto de corte.

Métodos. Os participantes de uma amostra comunitária (N = 322) foram convidados a preencher o EDRQ e um conjunto de questionários. O EDRQ é um instrumento de autorrelato de 28 itens desenvolvido para avaliar a recuperação das perturbações do comportamento alimentar, através de quatro subescalas.

Resultados. Neste estudo a estrutura fatorial original foi confirmada, revelando um ajuste adequado do modelo. O EDRQ revelou excelentes propriedades psicométricas com alta consistência interna, boa validade convergente com o EDE-Q, o CIA, o EADS-21 e o FSCRS. Pela análise da curva ROC estabeleceu-se um ponto de corte de 120,5. Através de uma amostra comunitária que apresentava comportamento alimentar disfuncional, observou-se diferenças significativas entre as respostas ao EDRQ daqueles que não apresentavam comportamento alimentar disfuncional.

Conclusão. O EDRQ revelou-se uma medida de autorrelato confiável e válida da recuperação das perturbações do comportamento alimentar.

Palavras-chave. EDRQ, Perturbações do Comportamento Alimentar, Recuperação

Evaluation of The Recovery of Eating Disorders: Validation for the Portuguese Population of the Eating Disorders Recovery Questionnaire (EDRQ)

Abstracts

Purpose. The purpose of the study was to explore the psychometric properties and factorial structure of the Eating Disorders Recovery Questionnaire (EDRQ) of the Portuguese population, as well as to establish cut-off scores.

Methods. Participants from a nonclinical sample (N = 322) were invited to complete the EDRQ and a set of questionnaires. The EDRQ is a 28-item self-reported instrument developed to evaluate recovery from eating disorders using four subscales.

Results. In this study, the original factorial structure was confirmed, revealing an adequate fit of the model. The EDRQ revealed excellent psychometric properties with high internal consistency, good convergent validity with the EDE-Q, the CIA, the EADS-21 and the FSCRS. By analyzing the ROC curve, a cut-off points of 120.5 was established. Through a community sample that showed dysfunctional eating behavior, it was observed that significant differences between the answers to EDRQ of those that didn't show dysfunctional eating behavior.

Conclusion. The EDRQ proved to be a reliable and valid self-report measure of recovery from eating disorders.

Keywords. EDRQ, Eating Disorders, Recovery.

Índice

Introdução	8
Método	12
Participantes	12
Instrumentos	12
Procedimento	14
Análise de Dados.....	15
Resultados.....	16
Análise Fatorial Confirmatória	17
Consistência Interna	18
Validade Convergente	18
Validade Discriminante	20
Discussão.....	22
Conclusão	24
Referências Bibliográficas	26
Anexos	30

Lista de Tabelas

Tabela 1	16
Tabela 2	18
Tabela 3	18
Tabela 4	19
Tabela 5	20
Tabela 6	22

Lista de Figuras

Figura 1.....	17
Figura 2.....	21

Introdução

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) são perturbações cuja psicopatologia fundamental que as distingue é a sobrevalorização do peso e da forma corporal e a competência percebida no seu controlo. A maioria dos pacientes teme o aumento de peso e a possibilidade de tornar-se “gordo”. Estas perturbações emergem, tipicamente, a meio da adolescência, com o início da restrição alimentar, afetando principalmente jovens e adultos do sexo feminino (Keski-Rahkonen et al., 2007; Wilson, Grilo & Vitousek, 2007).

Apesar do elevado número de estudos acerca da recuperação das PCA, ainda não existe consenso na literatura de uma definição abrangente e universal para o tema, nem a identificação dos melhores preditores de recuperação. Por consequência, não existe um padrão para definir a recuperação destas perturbações, o que gera um elevado número de possíveis definições e possíveis critérios de recuperação que vão depender de investigador para investigador (Herzog, Keller & Lavori, 1988). Assim, a inexistência de uma definição clara para a recuperação das PCA limita, por um lado a comparação entre os resultados terapêuticos entre estudos e, por outro lado, dificulta na determinação do momento exato em que a recuperação é atingida e na identificação de quais os fatores que contribuíram para essa recuperação.

Ao longo do tempo, vários investigadores tentam colmatar esta lacuna e vários estudos foram desenvolvidos ressaltando a importância de definir um padrão genérico para a recuperação nas PCA. Nos estudos realizados denota-se uma tendência para avaliar alguns fatores comuns, como o peso corporal, o índice de massa corporal (IMC), evidenciar ou não os critérios de diagnóstico, a regularidade do ciclo menstrual, a existência ou não de compulsão alimentar e a presença ou não de comportamentos compensatórios (restrição alimentar, vômito, uso de laxantes, uso de diuréticos e o exercício físico excessivo) (Morgan & Russell, 1975; Strober, Freeman & Morrell, 1997; Theander, 1985). Apesar de já terem sido identificados há muito tempo, estes critérios de recuperação dos sintomas de PCA continuam, atualmente, a ser utilizados como critérios de recuperação do modelo médico associados aos sintomas de diagnóstico.

O DSM-5 foca-se em estabelecer os critérios de diagnóstico para as PCA e não apresenta critérios para a recuperação, todavia propõe o conceito de remissão completa para qualquer diagnóstico estabelecido. Define que a remissão completa de PCA é atingida “após terem estado preenchidos os critérios de diagnóstico, nenhum dos critérios se encontra presente durante um longo período de tempo.” (American Psychiatric Association, 2013).

Pioneiros nesta área, Morgan e Russell (1975) estabeleceram critérios de resultados globais e definiram três possíveis estados de recuperação para a anorexia nervosa (AN). Consideravam o resultado bom (*good outcome*) se houvesse o restabelecimento de cerca de 15% do peso corporal e a regularização da menstruação; o resultado era considerado intermédio (*intermediate outcome*) se houvesse o restabelecimento de cerca de 15% do peso corporal (mas ainda não estava regularizado ou mantido no tempo) e/ou a menstruação ainda não fosse regular e o resultado poderia ser mau (*poor outcome*) se o peso corporal fosse inferior a pelo menos 15% do peso médio dos restantes indivíduos e a amenorreia estivesse presente.

Mais tarde, Kordy e colaboradores (2002) estabeleceram critérios para a definição de recuperação através da validação empírica dos critérios de remissão do DSM-IV e definiram doze meses como o período mínimo de manutenção da recuperação desses sintomas. Assim, operacionalizaram que a recuperação de AN é atingida se o IMC for superior a 19 kg/m²; se o medo de ganhar peso não for considerado extremo pelo indivíduo, se o indivíduo já não recorrer ao uso de laxantes ou ao vômito como estratégia de controlo de peso (na AN tipo restritivo) e na ausência de episódios de compulsão (na AN tipo ingestão compulsiva/purgativo). Para a recuperação de bulimia nervosa (BN) é necessário que os episódios de compulsão estejam extintos, que preocupação com a forma corporal não seja extrema e a não recorrência ao vômito ou ao uso de laxantes.

Bachner-Melman, Zohar e Ebstein (2006) definiram que a recuperação é atingida comportamentalmente se o IMC for igual ou superior a 19 kg/m², se menstruação for regular por pelo menos 3 meses e na ausência de sintomas de compulsão e purga por pelo menos durante 8 semanas consecutivas. Acrescentaram que se classifica como "totalmente recuperado comportamental e cognitivamente" se atender aos critérios anteriormente mencionados e na ausência de medo de ganho de peso e distorção da imagem corporal.

Apesar de ser importante atender à recuperação dos critérios de diagnóstico estabelecidos no DSM-5 e à extinção dos sintomas físicos tal como indica o modelo médico (Anthony, 1993), a literatura acrescenta a importância de ir para além do modelo médico, adicionando componentes sociais, emocionais e psicológicos (Bachner-Melman et al., 2006; Couturier & Lock, 2006; Strober et al., 1997), uma vez que "a recuperação é descrita como um processo único e profundamente pessoal de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objetivos, habilidades e/ou papéis." (Anthony, 1993).

Na tentativa de compreender a recuperação das PCA, alguns autores criaram questionários que avaliam a recuperação, por exemplo, Marinilli-Pinto e colaboradores (2006) desenvolveram o *Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire* (EDRSQ), um questionário de autorrelato que avalia a

autoeficácia alimentar normativa (confiança para comer sem se envolver em comportamentos alimentares disfuncionais ou experienciar sofrimento) e a autoeficácia da imagem corporal (associada à manutenção de uma imagem corporal realista, não associada à magreza extrema). Todavia, este é um questionário que se foca no modelo médico, descartando as restantes problemáticas associadas às PCA.

Bachner-Melman e colaboradores (2006) numa tentativa de compreender os critérios para a recuperação da AN, descobriram que comprando mulheres recuperadas comportamentalmente (que apresentavam um IMC igual ou superior a 19 kg/m², menstruação regular pelo menos há 3 meses e ausência de compulsão ou sintomas de purga por pelo menos 8 semanas consecutivas) com mulheres recuperadas cognitivamente (ausência de medo de ganho de peso e de distorção da imagem corporal), estas últimas pontuavam valores semelhantes ao controlo. Logo, concluíram que, os critérios de recuperação têm de ser estabelecidos atendendo também às cognições que os sujeitos apresentam.

No mesmo sentido, Noordenbos e Seubring (2006) através de uma lista de 52 critérios de recuperação (referentes ao comportamento alimentar, à atitude corporal, à recuperação física, ao bem-estar psicológico, ao estado emocional e ao ajuste social) avaliaram um conjunto de ex-pacientes com PCA. Os autores perceberam que para se atingir uma recuperação completa e evitar a recaída é necessário avaliar os sintomas referentes ao comportamento alimentar disfuncional e ao peso, mas é igualmente indispensável atender a critérios psicológicos, emocionais e sociais.

Bardone-Cone e colaboradores (2010) compararam um grupo totalmente recuperado (IMC normal, ausência de critérios de diagnóstico e pontuações abaixo do ponto de corte no EDE-Q) com indivíduos parcialmente recuperados (IMC igual ou superior a 18,5 kg/m², inexistência de compulsão alimentar, purga ou jejum nos últimos 3 meses, mas pontuam pelo menos 1 DP acima da norma, em pelo menos uma subescala do EDE-Q). Os resultados confirmaram que o grupo recuperado pontuava semelhante ao grupo que não apresentava qualquer sintoma de PCA. Sendo a diferença principal entre os grupos clínicos, comparativamente ao grupo controlo, relativa à imagem corporal, cujo grupo parcialmente recuperado pontuava significativamente superior aos grupos totalmente recuperado e controlo.

Mais recentemente, Bachner-Melman e colaboradores (2018) desenvolveram um questionário de 56 itens, focado nas cognições, nos comportamentos e nas crenças acerca da recuperação, de forma a obter uma medida de autorrelato completa e multinível, a partir da avaliação de um conjunto de participantes, desde indivíduos com PCA, familiares e médicos. A partir das quatro escalas do EDREQ, concluíram que o maior preditor de recuperação é a ausência de comportamento sintomático (ACS, lack of symptomatic behavior), seguido da aceitação de si e do corpo (ASC, acceptance of self and body), a

conexão social e emocional (CSE, social and emotional connection) e finalmente saúde física (SF, physical health) estas descobertas são semelhantes aos resultados de Noordenbos e Seubring (2006). Apontaram que a recuperação é um processo moroso, contínuo e não linear, cuja “avaliação periódica dos níveis de recuperação durante a terapia e acompanhamento usando o EDREQ como uma ferramenta clínica pode fornecer feedback clínico regular e relevante para pacientes, terapeutas e familiares indicativos da trajetória de recuperação” (Bachner-Melman et al., 2018).

Todavia, em 2018, não foi estabelecido um questionário capaz de avaliar a recuperação, por isso, Bachner-Melman e colaboradores (2021), adaptaram o EDREQ e desenvolveram o *Eating Disorders Recovery Questionnaire* (EDRQ), um instrumento sistemático que organiza os conceitos principais para avaliar a recuperação de uma forma mais específica. Perceberam que controlos clínicos e indivíduos já recuperados pontuam valores semelhantes na sintomatologia, em experiências corporais positivas, nos sintomas depressivos e no afeto positivo e negativo e por isso, acrescentam que uma recuperação completa deve ser estabelecida quando o indivíduo apresenta um perfil comportamental, cognitivo e psicológico idêntico aos dos controlos saudáveis.

Todos estes resultados são consistentes com os encontrados por de Vos e colaboradores (2017) que numa revisão sistemática que englobava 18 estudos, perceberam que é necessário incluir também, dimensões como o bem-estar psicológico, os relacionamentos positivos, o crescimento pessoal e a resiliência, para além dos critérios de remissão da patologia alimentar.

De forma geral, a literatura defende que para haver a recuperação das PCA é sempre necessário não satisfazer os critérios estabelecidos pelo DSM-5 para essa perturbação, a recuperação e/ou manutenção de um peso saudável e o IMC normal (maior que 18,5 kg/m² e menor que 24,5 kg/m²), a inexistência de comportamentos compensatórios e de compulsão (Bachner-Melman et al., 2006; Bardone-Cone et al., 2010; Morgan & Russell, 1975; Strober et al., 1997; Theander, 1985). Todos estes são fatores importantes na recuperação pois deverão indicar que o comportamento alimentar do indivíduo melhorou. No entanto, como relatado anteriormente, a redução dos sintomas e a melhoria do funcionamento não são por si só suficientes para a recuperação de uma PCA, uma vez que mesmo que um indivíduo esteja recuperado comportamentalmente (apresente um IMC normal, não apresente compulsão ou purga, nem comportamentos compensatório), este ainda pode apresentar alguns fatores que potenciem a recaída, como ter pensamentos recorrentes acerca da alimentação, autoavaliação influenciada pelo peso e forma corporal, insatisfação com a imagem corporal, sentimentos de “estar gorda” (Keel et al., 2005). Por isso, torna-se necessário considerar fatores não comportamentais, como a relação com a alimentação, peso e forma corporal, a aceitação corporal e crenças mais positivas acerca

de si mesmo, pois são fatores primordiais na recuperação (Bachner-Melman et al., 2006; Bardone-Cone et al., 2010; de Vos et al., 2017; Noordenbos & Seubring, 2006).

Assim, no sentido de aumentar o conhecimento acerca da recuperação das PCA, o estudo tem o objetivo de validar para a população portuguesa o *Eating Disorders Recovery Questionnaire* (EDRQ; Bachner-Melman et al., 2021), para avaliar as propriedades psicométricas numa amostra não clínica. Também, se pretende testar a estrutura fatorial do questionário estabelecida no artigo original. De forma complementar, o estudo pretende estimar a validade discriminante do questionário, através da comparação da validade da análise entre indivíduos que, a partir dos resultados do EDE-Q pontuam acima (apresentam comportamento alimentar disfuncional) e abaixo (não apresentam comportamento alimentar disfuncional) do ponto de corte, pois espera-se que participantes destes dois diferentes grupos apresentem pontuações distintas.

Este estudo partilha hipóteses semelhantes ao artigo original de Bachner-Melman e colaboradores (2021), sendo elas: 1) a estrutura de construto do EDRQ para a população portuguesa é derivada da estrutura do EDRQ original; 2) “as subescalas do EDRQ correlacionam-se significativamente com medidas de construtos semelhantes” (Bachner-Melman et al., 2021); e finalmente 3) os participantes com comportamento alimentar disfuncional pontuariam mais baixo nas subescalas do EDRQ do que os participantes que não apresentam comportamento alimentar disfuncional.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 322 participantes não clínicos (sendo 273 do sexo feminino) com idade entre 18 e 62 anos ($M = 24,29$; $DP = 8,72$), com um índice médio de massa corporal (IMC) de 23,44 ($DP = 4,08$), com base no peso e altura autorreferidos. A maioria da amostra tem nacionalidade portuguesa (95,7%), é solteira (86,3%), estudante (71,4%) e com o ensino superior completo (59%). Era necessário que atualmente ou no passado, os participantes não apresentassem diagnóstico de PCA diagnosticável a partir do DSM-5.

Os participantes foram recrutados através diversas plataformas, nomeadamente a plataforma de creditação da Escola de Psicologia, o e-mail institucional da Universidade do Minho, redes sociais, entre outros.

Instrumentos

O *Eating Disorders Recovery Questionnaire* (EDRQ; Bachner-Melman et al., 2021) é um questionário de autorrelato de 28 itens, recentemente adaptado do *Eating Disorders Recovery Endorsement Questionnaire* (EDREQ) (Bachner-Melman et al., 2018). Avalia de forma multidimensional

a recuperação das PCA a partir de uma escala de Likert de 7 pontos desde 0 (não concordo) até 6 (concordo completamente). Divide-se em quatro subescalas, a ausência de comportamento sintomático (ACS) relacionada com a inexistência de sintomas, a aceitação de si e do corpo (ASC) para avaliar a satisfação corporal e à autoaceitação geral, a subescala saúde física (SF), ou seja, os aspetos físicos da recuperação e a última subescala é a conexão social e emocional (CSE) associada aos relacionamentos e à regulação emocional. A pontuação final obtida varia entre 0 e 168, e quanto maior a pontuação mais perto está da recuperação.

O *Eating Disorder Examination – Questionnaire* (Fairburn & Beglin, 2008) é uma medida de 28 itens que avalia, nos últimos 28 dias, a psicopatologia associada à PCA e comportamentos alimentares disfuncionais. Divide-se em quatro subescalas: a preocupação com a alimentação ($\alpha = 0,89$ e $\omega = 0,83$), a preocupação com a forma corporal ($\alpha = 0,91$ e $\omega = 0,91$), a preocupação com o peso ($\alpha = 0,83$ e $\omega = 0,84$) e a restrição alimentar ($\alpha = 0,86$ e $\omega = 0,88$). A resposta a este questionário é baseada numa escala Likert de 7 pontos (0 = nenhum e 6 = todos os dias), cujos scores mais elevados estão associados a maior gravidade da PCA e/ou atitudes alimentares mais disfuncionais. O presente estudo utilizou a versão em português do EDE-Q (Machado et al., 2014). Para o presente estudo, no score total, o alfa de Cronbach e o ómega de McDonald de foram de 0,92, sendo excelentes valores de consistência interna.

A *Depression Anxiety Stress Scales* (Lovibond & Lovibond, 1995) avalia a ansiedade, a depressão e o stress. Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa (EADS-21) (Pais-Ribeiro et al., 2004), que se divide em três subescalas com sete itens cada: subescala da depressão, subescala da ansiedade e subescala do stress. Os participantes classificam quanto o item se aplicou a eles na semana anterior ao preenchimento do questionário, numa escala de Likert de 4 pontos, sendo 0 “não se aplicou nada a mim” e 3 “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A confiabilidade da consistência interna, alfa de Cronbach e ómega de McDonald, para a amostra atual foi boa ou excelente. A subescala da depressão, da ansiedade e do stress, os valores do alfa de Cronbach foram de 0,92, 0,87 e 0,92 e os valores do ómega de McDonald foram 0,92, 0,87 e 0,92, respetivamente.

O *Clinical Impairment Assessment* (Bohn et al., 2008) é um instrumento de autorrelato, de 16 itens, que descreve os comportamentos alimentares a partir de uma escala de Likert que varia entre 0 (nada) e 3 (muito) pontos. Avalia o impacto da prática de exercício físico, dos hábitos alimentares e dos sentimentos em relação à alimentação, à forma corporal e ao peso nos domínios: pessoal (humor e auto percepção), cognitivo (funcionamento cognitivo), social (relacionamento interpessoal e desempenho no trabalho). Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa do CIA (Vaz et al., 2020). Relativamente à consistência interna, os valores do alfa de Cronbach são 0,94, 0,88, 0,90 e 0,95 e os valores do ómega

de McDonald são 0,94, 0,88, 0,90 e 0,96 para as subescalas do comprometimento pessoal, cognitivo e social e para o score total, respetivamente. Estes valores indicam boa consistência interna, congruente com o encontrado na validação do questionário para português.

A *Forms of Self-Criticism and Self-Reassurance Scale* (Gilbert et al., 2004) avalia o autocrítico e a capacidade de autoapaziguamento perante contratempos e falhas, a partir de 22 itens, com uma escala Likert de 5 pontos (0 “nada parecido comigo” e 4 “extremamente parecido comigo”). Utilizou-se a versão portuguesa neste estudo (Castilho & Pinto Gouveia, 2011). Tal como na versão portuguesa, neste estudo os valores de consistência interna da amostra foram bons ou excelente, sendo o alfa de Cronbach e o ómega de McDonald, respetivamente, de 0,93 e 0,93 na subescala do “eu inadequado”, 0,92 e 0,92 na subescala do “eu tranquilizador” e 0,81 e 0,81 na subescala do “eu detestado”.

Um questionário sociodemográfico foi desenvolvido para avaliar idade, sexo, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias (já completas) e situação profissional atual. O peso e a altura autorreferidos foram recolhidos através do preenchimento do questionário EDE-Q e calculou-se o IMC com os respetivos dados.

Procedimento

O questionário EDRQ foi traduzido para a língua portuguesa a partir da versão original em inglês (Bachner-Melman et al., 2021). Posteriormente, a primeira versão foi revista e ajustada apropriadamente pela equipa, de modo que os itens do EDRQ em português correspondesse aos itens da versão original.

A recolha de dados do presente estudo foi realizada via online, através do software Google Forms. Os participantes foram recrutados utilizando diversas plataformas, nomeadamente a plataforma de creditação da escola de Psicologia, o e-mail institucional da Universidade do Minho e ainda, pela partilha nas redes sociais, que ajudou na divulgação e no aumento da amostra para o estudo.

A participação era de carácter voluntário e todo o processo de recolha estava de acordo com os critérios éticos e deontológicos. Para a participação no estudo, todos os participantes deveriam ler e aceitar o consentimento informado, para posteriormente proceder ao preenchimento individual dos testes de autorrelato. Inicialmente os participantes responderam a algumas questões sociodemográficas e seguidamente responderam aos questionários de autorrelato, sendo eles: EDRQ traduzido para português, o EDE-Q (Machado et al., 2014), o EADS-21 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004), o CIA (Vaz et al., 2020) e o FSCRS (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Neste estudo, foram definidos alguns critérios de exclusão como a incapacidade de entender as perguntas ou não falar e escrever em português e a presença, atual ou passada de diagnóstico de PCA.

O estudo foi realizado atendendo às orientações e recomendações da Comissão de Ética da Universidade do Minho. Previamente foi apresentado o propósito global da investigação, informação acerca do procedimento, os riscos e os benefícios da participação, a confidencialidade dos dados, o tempo exigido, entre outros.

Análise de Dados

Inicialmente realizaram-se análises de estatística descritiva, para caracterização da amostra e das variáveis a considerar no presente estudo.

Relativamente ao EDRQ, realizaram-se análises descritivas (média, desvio padrão, curtose e assimetria) para compreender as respostas aos diferentes itens.

De forma a confirmar a estrutura fatorial apresentada no estudo original da validação deste questionário, foi efetuada uma análise fatorial confirmatória (AFC) dos dados. A presença de outliers foi determinada pela distância quadrática de Mahalanobis (p_1 e $p_2 < 0,001$). Os parâmetros de ajuste considerados para indicar um bom ajuste foram: CMIN (χ^2) não é significativo ($p < 0,001$) e CMIN/DF ≥ 2 para amostras grandes; o erro quadrático médio de aproximação radicular (RMSEA) $< 0,08$; residual quadrático médio radicular padronizado (SRMR) $< 0,08$; o índice de ajuste comparativo (CFI) $> 0,09$ e índice de Tucker-Lewis (TLI) $> 0,09$ (Marôco, 2021).

A consistência interna foi analisada através do alfa de Cronbach e o ómega de McDonalds dos scores totais e das subescalas de cada questionário.

De forma a compreender como as diferentes subescalas do EDRQ interagem entre si, foram realizadas correlações a partir do coeficiente de correlação de Pearson e foram calculadas as respetivas médias e desvios-padrão, para as diferentes subescalas e para o score total. Para avaliar se as principais variáveis em análise se correlacionam significativamente, recorreu-se à análise da validade convergente, obtendo o coeficiente de correlação de Pearson entre as subescalas e respetivos scores totais dos questionários EDRQ e EDE-Q; medidas de depressão, ansiedade e stress (EADS-21); comprometimento pessoal, cognitivo e social (CIA); e autocrítico e autotranquilização (FSCRS). Sendo que, foram ainda efetuadas as análises das correlações das variáveis entre si.

Uma vez que não foi possível recolher amostra clínica, dividiu-se a amostra em duas subamostras através da cotação total ao EDE-Q. Pelo artigo validado para a população portuguesa, valores superiores a 2,12 indicam que o funcionamento é mais semelhante ao dos indivíduos com PCA (Machado et al., 2014). Para o efeito, calculou-se as médias e os desvios-padrão e realizaram-se correlações de Pearson e análises multivariadas de variância (MANOVA). Também foi realizada a análise

da característica operacional do recetor (ROC), de forma atestar a capacidade do EDRQ em prever o status do caso.

As análises estatísticas e a AFC foram realizadas utilizando o IBM® SPSS® Statistics 28.0.0.0 e o IBM® SPSS® AmosTM 27.0, respetivamente. Os níveis de significância estabelecidos neste estudo foram $p < 0,05$ e $p < 0,01$.

Resultados

Na Tabela 1 estão representadas as médias, os desvios-padrão, a curtose e a assimetria para os itens da escala em estudo. O score total médio neste estudo foi de 130,71 (DP = 23,25). Através dos valores de curtose e de assimetria, percebemos que os dados seguem a distribuição normal, uma vez que segundo Kline (2005) os coeficientes de curtose e de assimetria são inferiores a $|10|$ e a $|3|$, respetivamente.

Tabela 1

Média, desvio padrão, assimetria e curtose para cada item do EDRQ

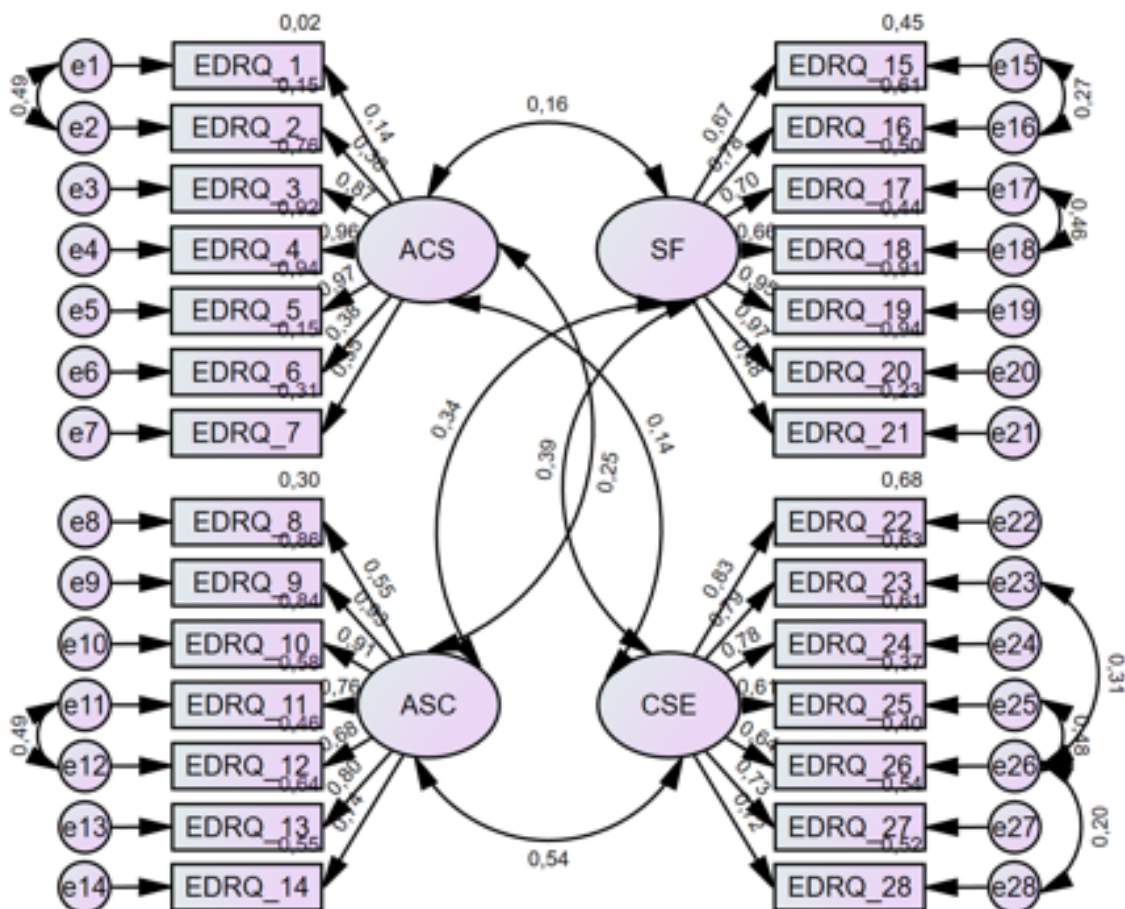
	Itens	Média (DP)	Curtose	Assimetria
1	A minha ingestão calórica é normal.	1,13 (1,64)	- 0,184	- 0,650
2	Eu não como compulsivamente.	0,43 (1,15)	- 0,690	- 0,680
3	Eu não vomito depois de uma refeição.	1,35 (1,85)	4,827	- 2,551
4	Eu não uso laxantes.	0,73 (1,56)	6,118	- 2,783
5	Eu não tomo dietéticos nem uso diuréticos.	0,57 (1,38)	6,021	- 2,764
6	Eu não restrinjo a minha ingestão de alimentos.	1,82 (2,26)	- 0,166	- 0,881
7	Eu não faço exercício físico excessivo.	0,41 (1,07)	1,663	- 1,682
8	Não me sinto mais gordo(a) do que sou.	0,43 (1,12)	- 0,755	- 0,634
9	Eu experiencio o meu corpo de uma forma positiva.	0,64 (1,44)	- 0,440	- 0,527
10	Eu aceito a minha aparência.	1,43 (2,02)	- 0,162	- 0,716
11	Não sinto necessidade de emagrecer excessivamente.	2,02 (2,22)	- 0,335	- 0,933
12	Eu não sou obcecado(a) com a comida e o peso.	1,91 (2,30)	0,401	- 1,140
13	Eu tenho autoestima adequada.	2,49 (4,66)	- 0,472	- 0,611
14	A minha autoestima não depende do meu peso.	1,54 (3,44)	- 1,029	- 0,349
15	A minha pressão arterial está normal.	1,82 (3,97)	3,099	- 1,729
16	Os meus valores endocrinológicos são normais.	0,08 (0,85)	2,402	- 1,538
17	A minha temperatura corporal está normal.	0,12 (1,07)	9,508	- 2,790

18	O meu batimento cardíaco está normal.	0,77 (3,41)	5,215	- 2,149
19	Os meus valores de potássio são normais.	0,26 (0,72)	1,349	- 1,405
20	Os meus eletrólitos estão normais.	0,95 (1,58)	1,285	- 1,394
21	A minha pele não está excessivamente seca.	0,53 (1,17)	0,271	- 1,114
22	Eu sou capaz de expressar minhas emoções em palavras.	1,65 (1,85)	0,611	- 0,987
23	Eu sou capaz de lidar com emoções negativas.	1,80 (1,86)	0,260	- 0,689
24	Eu sou capaz de lidar com emoções positivas.	1,25 (1,81)	0,379	- 0,961
25	Atrevo-me a expressar uma opinião diferente.	2,29 (1,89)	0,858	- 1,060
26	Eu sou capaz de lidar com conflitos.	2,59 (1,86)	0,858	- 0,856
27	Estou em contato com meus próprios sentimentos.	12,19 (1,90)	1,860	- 1,239
28	Eu sou capaz de fazer contato com outras pessoas.	1,94 (2,00)	3,299	- 1,503

Análise Fatorial Confirmatória

Figura 1

Análise Fatorial Confirmatória: EDRQ



Ausência de comportamento sintomático (ACS); aceitação de si e do corpo (ASC); saúde física (SF); conexão social e emocional (CSE)

O EDRQ é constituído por quatro subescalas que se correlacionam entre si: a ausência de comportamento sintomático (ACS), a aceitação de si e do corpo (ASC), a saúde física (SF) e a conexão social e emocional (CSE).

Inicialmente, realizou-se a análise confirmatória de dados, para um total de 322 participantes, todavia não revelou índices de bom ajustamento, por isso, pela distância quadrática de Mahalanobis eliminou-se os outliers. Os dados obtidos inicialmente foram: CMIN = 1459,211 DF = 334; $p < 0,001$; CMIN/DF = 4,242; RMSEA = 0,100; CFI = 0,811; TLI = 0,792.

A AFC de dados revelou índices de bom ajustamento para o modelo testado e reespecificado para um total de 298 participantes: CMIN = 870,422 DF = 337; $p < 0,001$; CMIN/DF = 2,583; RMSEA = 0,073; CFI = 0,911; TLI = 0,900. Os índices de modificação permitiram, por outro lado, uma correlação entre os resíduos 1 e 2; 11 e 12; 15 e 16; 17 e 18; 23 e 26; 25 e 26; 26 e 28. Os dados obtidos revelam que o modelo testado também pode ser confirmado pelos dados obtidos no presente estudo.

Consistência Interna

A versão em português do EDRQ mostrou propriedades psicométricas adequadas, apresentadas na tabela 2.

Tabela 2

Consistência interna do score total e das subescalas do EDRQ

	Score total	ACS	ASC	SF	CSE
Alfa de Cronbach	0,92	0,82	0,91	0,88	0,88
Ómega de McDonald	0,91	0,81	0,91	0,88	0,88

Ausência de comportamento sintomático (ACS); aceitação de si e do corpo (ASC); saúde física (SF); conexão social e emocional (CSE)

Validade Convergente

A cotação do questionário é através da soma do score total, todavia, também podem ser calculadas as somas dos itens que constituem as quatro subescalas. Na tabela 3 são apresentadas as correlações, as médias e os desvios-padrão das subescalas do EDRQ, para a amostra completa. As correlações foram positivas entre as subescalas do EDRQ.

Tabela 3

Correlações entre as Subescalas do EDRQ e Respetivas Médias e Desvios-padrão

	ACS	ASC	SF	CSE	Score Total
ASC	0,53**				

SF	0,31**	0,38**		
CSE	0,24**	0,44**	0,45**	
Score Total	0,73**	0,85**	0,68**	0,68**
Média (DP)	33,66 (8,18)	27,85 (10,02)	36,25 (6,39)	32,96 (5,56) 130,71 (23,25)

Ausência de comportamento sintomático (ACS); aceitação de si e do corpo (ASC); saúde física (SF); conexão social e emocional (CSE)

***.* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades), todos os níveis com ajustamento de Bonferroni de 0,005 por teste [0,05/10]).

A Tabela 4 apresenta as correlações entre o score global e as subescalas da EDRQ e o EDE-Q, para a amostra total. Todas as correlações apresentadas são significativas. A subescala aceitação de si e do corpo (ASC) do EDRQ tem correlações fortes, mas negativas com a subescala da preocupação com o peso (PP), com a subescala da preocupação com a forma (PF) e com o score total, na medida em que, quanto menor a preocupação com a forma e com o peso corporal e quanto menor a sintomatologia geral associada à psicopatologia alimentar, melhor a pessoa se aceita a si mesma e ao seu corpo. Também os scores totais de ambos os resultados apresentam fortes correlações, uma vez que quanto menor a pontuação no EDE-Q, menos sintomas os indivíduos apresentam e por isso pontuam resultados maiores no EDRQ e conseqüentemente, mais perto da recuperação se encontram.

Tabela 4

Correlações entre os scores totais e as subescalas do EDRQ e do EDE-Q

		EDE-Q				
		RA	PA	PP	PF	Score Total
EDRQ	ACS	-0,33**	-0,36**	-0,33**	-0,34**	-0,42**
	ASC	-0,56**	-0,62**	-0,78**	-0,82**	-0,77**
	SF	-0,19**	-0,39**	-0,36**	-0,37**	-0,40**
	CSE	-0,22**	-0,44**	-0,38**	-0,42**	-0,39**
	Score Total	-0,47**	-0,62**	-0,66**	-0,69**	-0,70**

EDRQ: ausência de comportamento sintomático (ACS); aceitação de si e do corpo (ASC); saúde física (SF); conexão social e emocional (CSE). EDE-Q: restrição alimentar (RA); preocupação com a alimentação (PA); preocupação com o peso (PP); preocupação com a forma (PF).

***.* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades), todos os níveis com ajustamento de Bonferroni de 0,002 por teste [0,05/25]).

A Tabela 5 apresenta as correlações e respectivos valores de p, entre o score total e as subescalas do EDRQ com os scores totais e as respectivas subescalas dos questionários EADS-21, CIA e FSCRS. De forma geral, o EDRQ apresenta boas correlações e negativas com os restantes questionários. No estudo era esperado que as correlações fossem negativas em todas as subescalas e scores dos questionários medidas de construtos semelhantes, exceto na subescala eu tranquilizador (T) do FSCRS, uma vez que os itens se referem a atitudes positivas e calorosas, de compaixão para com o self. Todas as correlações são significativas ao nível do $p < 0,001$, exceto entre a subescala ausência de comportamento sintomático do EDRQ e a subescala do eu inadequado do FSCRS, cujo valor-p = 0,02.

Tabela 5

Correlações e valores de p entre o score total e as subescalas do EDRQ com os scores totais e as subescalas do EADS-21, do CIA e do FSCRS

		EDRQ				
		ACS	ASC	SF	CSE	Score Total
EADS-21	D	-0,23**	-0,47**	-0,34**	-0,62**	-0,55**
	A	-0,23**	-0,37**	-0,38**	-0,52**	-0,49**
	S	-0,21**	-0,41**	-0,33**	-0,56**	-0,50**
CIA	P	-0,31**	-0,68**	-0,37**	-0,50**	-0,65**
	C	-0,36**	-0,48**	-0,43**	-0,48**	-0,59**
	S	-0,32**	-0,54**	-0,41**	-0,47**	-0,59**
	Score Total	-0,35**	-0,65**	-0,43**	-0,53**	-0,67**
FSCRS	I	-0,13	-0,52**	-0,28**	-0,60**	-0,51**
	T	0,22**	0,46**	0,29**	0,51**	0,49**
	D	-0,26**	-0,49**	-0,35**	-0,57**	-0,56**

EDRQ: ausência de comportamento sintomático (ACS); aceitação de si e do corpo (ASC); saúde física (SF); conexão social e emocional (CSE). EADS-21: depressão (D); ansiedade (A); stress (S). CIA: comprometimento pessoal (P); comprometimento cognitivo (C); comprometimento social (S). FSCRS: eu inadequado (I); eu tranquilizador (T); eu detestado (D).

***.* Todos os valor-p < 0,01, todos os níveis com ajustamento de Bonferroni de 0,001 por teste [0,05/50].

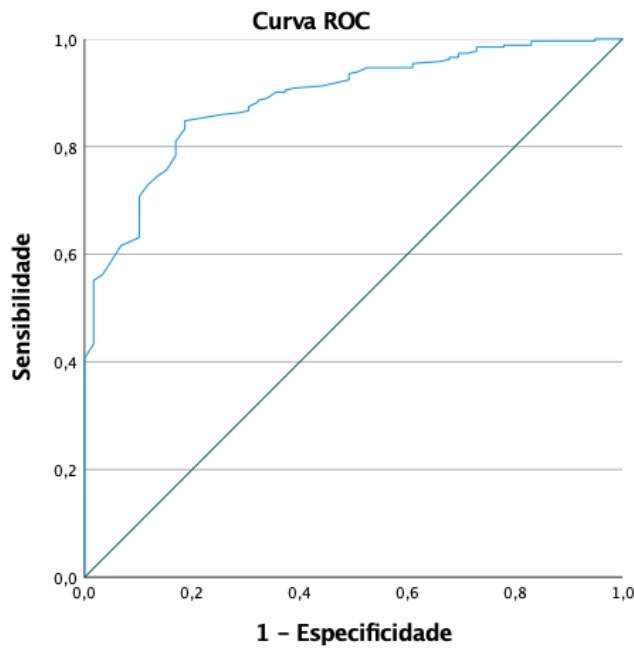
Validade Discriminante

A ROC mostrou uma Área Sob a Curva (AUC) de 0,888 (SE = 0,021; $p \leq 0,001$; IC 95% 0,848 a 0,929), sugerindo, assim, que o EDRQ tem bom poder discriminante, ou seja, o modelo é capaz de

distinguir entre pacientes com PCA ativa e PCA recuperada. Para o score total, os resultados produziram uma sensibilidade de 0,848 e uma especificidade de 0,814 para um valor de corte de 120,5.

Figura 2

Roc Curve



Os segmentos diagonais são produzidos por empates.

De forma a comparar os resultados do questionário com um possível grupo de indivíduos com PCA, dividiu-se a amostra pelas respostas do score total ao EDE-Q. Assim, indivíduos cujo score total no EDE-Q era superior a 2,12 foram alocados ao grupo “com comportamento alimentar disfuncional”, enquanto os que cotaram menos de 2,12 foram atribuídos ao grupo “sem comportamento alimentar disfuncional”. Na tabela 6 estão apresentadas as comparações entre estes dois grupos e é possível observar que tanto para as subescalas como para o score total o grupo sem comportamento alimentar disfuncional pontua sempre bastante superior ao grupo com comportamento alimentar disfuncional, o que vai de acordo com o esperado (indivíduos sem comportamento alimentar disfuncional pontuam valores superiores a indivíduos com comportamento alimentar disfuncional).

Para confirmar estes resultados foram realizadas MANOVAs, cuja variável independente foi a existência ou não de comportamento alimentar disfuncional (o score total do EDE-Q ser inferior ou superior a 2,12) e as variáveis dependentes foram as subescalas e o score total do EDRQ. Os resultados multivariados revelaram diferenças significativas entre os grupos com e sem comportamento alimentar disfuncional, confirmadas λ de Wilks = 0,59, $Z(4, 317) = 55,472$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,412$, assim, as médias de nível entre os fatores são significativamente diferentes umas das outras em todas as respostas

do modelo. Da mesma forma, os testes univariados confirmou diferenças significativas em todas as subescalas: ACS: $Z(1, 320) = 43,191$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,119$; ASC: $Z(1, 320) = 211,141$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,398$; SF: $Z(1, 320) = 43,626$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,120$; CSE: $Z(1, 320) = 29,963$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,086$.

Tabela 6

Consistência Interna do EDRQ, Atendendo aos Resultados do EDE-Q

	Grupo Comunitário (< 2,12)			Comportamento Alimentar Disfuncional (> 2,12)		
	Média (DP)	Max-Min	N	Média (DP)	Max-min	N
ACS	34,99 (7,87)	2 - 42	263	27,71 (6,78)	10 - 39	59
ASC	30,84 (7,68)	2 - 42	263	14,53 (8,27)	0 - 35	59
SF	37,29 (5,26)	18 - 42	263	31,58 (8,61)	5 - 42	59
CSE	33,87 (5,68)	10 - 42	263	28,92 (8,47)	9 - 42	59
Score Total	136,98 (18,40)	62 - 168	263	102,73 (22,09)	49 - 144	59

Ausência de comportamento sintomático (ACS); aceitação de si e do corpo (ASC); saúde física (SF); conexão social e emocional (CSE)

Discussão

Os objetivos principais do presente estudo eram confirmar a estrutura fatorial original do EDRQ, avaliar as propriedades psicométricas do questionário para a população portuguesa, pela comparação das correlações do score total e das subescalas do EDRQ com variáveis relacionadas.

A estrutura de quatro subescalas e o score total proposta por Bachner-Melman e colaboradores (2018), foi replicada no presente estudo e confirmada pela AFC. As dimensões ausência de comportamento sintomático (ACS), aceitação de si e do corpo (ASC), saúde física (DF) e conexão social e emocional (CSE) apresentam um bom ajuste para o modelo testado.

O EDRQ apresentou bom indicador de fidelidade e validade, mostrando valores excelentes de consistência interna para a amostra comunitária, o que está de acordo com estudos anteriores de Bachner-Melman e colegas (2018, 2021). Para o score total, os valores de alfa de Cronbach ($\alpha = 0,918$) e de ómega de McDonald ($\omega = 0,911$), revelam excelentes propriedades psicométricas para que possa ser devidamente validado para a população portuguesa, e ainda para estudos futuros.

A validade convergente encontrada é boa, sobretudo da score total do EDRQ com as subescalas e o score total do EDE-Q, tal como encontrado no artigo original (Bachner-Melman et al., 2021). Tal como se esperava, as correlações entre estes questionários (tanto em score total como nas subescalas) são negativas, pelo que se considera que o EDRQ é capaz de avaliar a recuperação nas PCA. Uma vez que

o EDE-Q avalia a existência de comportamento alimentar disfuncional e o EDRQ avalia a recuperação do comportamento alimentar disfuncional. Assim, estes resultados estão de acordo com Anthony (1993), cuja recuperação é alcançada quando o indivíduo é capaz de gerir os seus próprios sintomas, recuperar o controlo da sua vida e sobretudo é capaz de viver com um novo comportamento internalizado.

Relativamente à interação entre o EDRQ e alguns construtos avaliados, todos eles estavam de acordo com o esperado. Ou seja, quanto maior a psicopatologia alimentar disfuncional apresentada, menor os scores do EDRQ. No que diz respeito à depressão e ansiedade, os resultados encontrados são congruentes com os resultados de Eckert e colaboradores (1982), à medida que os sintomas de PCA melhoravam (neste caso, o aumento do peso em AN), os sintomas depressivos diminuía. Também foi encontrado, para a BN, que ao longo do tratamento a redução dos sintomas alimentares é acompanhada pela diminuição dos sintomas depressivos (Arcelus et al., 2009; Bäck et al., 2020). Resultados semelhantes foram encontrados para a ansiedade (Trottier et al., 2017). No presente estudo, foram encontradas correlações entre as subescalas do EADS-21 e a subescala conexão social e emocional (CSE) do EDRQ, que avalia itens acerca da capacidade de expressão emocional.

Verificou-se que a subescala da aceitação de si e do corpo (ASC) tem boas correlações com o score total do CIA e respetivas subescalas. Estes resultados eram esperados, dado que indivíduos recuperados, evidenciam pouca ou nenhuma sintomatologia alimentar disfuncional (Bachner-Melman et al., 2021) e conseqüente, a ausência de psicopatologia alimentar culmina em níveis menores de comprometimento pessoal, social e cognitivo (Vaz et al., 2020).

O estudo aponta para a associação entre a recuperação e o autocriticismo, cujas pontuações maiores de recuperação, sobretudo a nível emocional, são preditores de menor autocriticismo. Por outro lado, quanto maiores as respostas à subescala eu tranquilizador (T) do FSCRS, maiores os níveis de recuperação.

Apesar de no estudo original apenas referir que quanto mais alto o score total, mais recuperado o indivíduo se encontra e não ter sido calculado o ponto de corte que identifica a recuperação, neste estudo realizou-se a análise ROC que demonstrou uma distinta concisão na discriminação de uma pontuação global para o EDRQ, cujo ponto de corte é 120,5, com sensibilidade de 0,848 e especificidade de 0,814.

Não obstante aos resultados, o presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A inexistência de grupos clínicos (um grupo que atualmente cumpra todos os critérios do DSM-5 para PCA e outro que se encontre recuperado desses critérios), impossibilita comparações dos scores entre um grupo comunitário e grupos clínicos. Assim, não foi possível avaliar a discriminação do

EDRQ na determinação de indivíduos com PCA recuperado de indivíduos com perturbação ativa, ou seja, não se destrinçou o ponto de corte das variáveis que retrata a relação entre estes dois grupos. Também não foi possível compreender se os participantes recuperados apresentam respostas e scores semelhantes aos indivíduos do grupo comunitário. Estudos futuros devem avaliar grupos comunitários, clínicos ativos e recuperados, uma vez que, com este questionário e à semelhança de estudos anteriores, espera-se encontrar que participantes recuperados apresentem um desempenho similar aos participantes não clínicos, uma vez que já não apresentam critérios para PCA (Bachner-Melman et al., 2021; Bardone-Cone et al., 2010). Da mesma forma, era importante que estudos futuros, através de um estudo longitudinal, avaliassem sujeitos antes e após o tratamento e com períodos de follow up após tratamento, permitindo, assim, estudar o processo de recuperação, bem como quais os aspetos que podem prever a recuperação ou quais os aspetos da recuperação não alcançados que podem prever a recaída.

Outras limitações do estudo, é o facto do número de indivíduos do sexo masculino ser bastante inferior ao número de indivíduos de sexo feminino e também o facto de ser uma população muito jovem, recrutada sobretudo na universidade, como consequência os dados não representam a comunidade geral. Deste modo seria interessante, em estudos futuros, avaliar a invariância de género e de idade da estrutura fatorial do EDRQ. Finalmente, uma última limitação do estudo assenta na AFC, que segundo Marôco (2021) os *square multiple correlation* deveriam ser superiores a 0,25. Todavia o mesmo não acontece nos itens 1, 2 e 6. Por isso, segundo Hair e colaboradores (2010) esses itens deveriam ser retirados da escala. Contudo, devido à informação recolhida através dos mesmos, considera-se que esses itens são essenciais para compreender a recuperação das PCA, visto que o itens 1, 2 e 6 se referem a ingestão calórica normal, não comer compulsivamente e a não restrição da ingestão de alimentos, respetivamente.

Conclusão

À semelhança de estudos anteriores, este ensaio destaca que para se avaliar a recuperação das PCA é indubitável uma avaliação que não se centre apenas na recuperação dos sintomas médicos da perturbação estabelecidos pelo DSM-5, todavia deve invariavelmente reputar critérios psicológicos, emocionais e sociais (Bachner-Melman et al., 2006; Couturier & Lock, 2006; Strober et al., 1997).

O presente estudo confirmou a hipóteses estabelecidas inicialmente e por isso 1) a estrutura de 4 fatores original foi confirmada; 2) as subescalas do EDRQ correlacionam-se com o EDE-Q, o EADS-21, o CIA e o FSCRS; e 3) os participantes com e sem comportamento alimentar disfuncional pontuaram

significativamente diferente, sendo que os participantes com comportamento alimentar disfuncional pontuaram valores baixos nas subescalas e no score total do EDRQ.

Em suma, o estudo presente fornece um suporte preliminar para o uso do *Eating Disorders Recovery Questionnaire* (EDRQ) como uma medida válida para a avaliação da recuperação das PCA para a população portuguesa, visto que apresentou boas características psicométricas. Mesmo na ausência de amostra clínica, o presente estudo proporciona um maior conhecimento acerca da recuperação das PCA, uma vez que, revela fortes correlações com as variáveis psicopatológicas em estudo. Por isso, é de extrema relevância que trabalhos futuros continuem a investir no estudo da recuperação das PCA, sobretudo na comparação do EDRQ em amostras clínicas e não clínicas.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arcelus, J., Whight, D., Langham, C., Baggott, J., McGrain, L., Meadows, L., & Meyer, C. (2009). A case series evaluation of a modified version of interpersonal psychotherapy (IPT) for the treatment of bulimic eating disorders: a pilot study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 17(4), 260–268. <https://doi.org/10.1002/erv.932>
- Bachner-Melman, R., Lev-Ari, L., Zohar, A. H., & Lev, S. L. (2018). Can Recovery From an Eating Disorder Be Measured? Toward a Standardized Questionnaire. *Frontiers in psychology*, 9, 2456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02456>
- Bachner-Melman, R., Lev-Ari, L., Zohar, A. H., & Linketsky, M. (2021). The Eating Disorders Recovery Questionnaire: psychometric properties and validity. *Eating and weight disorders*, 26(8), 2633–2643. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01139-y>
- Bachner-Melman, R., Zohar, A. H., & Ebstein, R. P. (2006). An examination of cognitive versus behavioral components of recovery from anorexia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(9), 697–703. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000235795.51683.99>
- Bäck, M., Falkenström, F., Gustafsson, S. A., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2020). Reduction in depressive symptoms predicts improvement in eating disorder symptoms in interpersonal psychotherapy: results from a naturalistic study. *Journal of eating disorders*, 8, 33. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00308-1>
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R., & Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour research and therapy*, 48(3), 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.001>
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., & Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour research and therapy*, 46(10), 1105–1110. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.06.012>
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-

- Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, (54), 63–86. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_3
- Couturier, J., & Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa?. *The International journal of eating disorders*, 39(7), 550–555. <https://doi.org/10.1002/eat.20309>
- de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 5, 34. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Eckert, E. D., Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Casper, R. C., & Davis, J. M. (1982). Depression in anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 12(1), 115–122. <https://doi.org/10.1017/s003329170004335x>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008) Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1037/t03974-000>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British journal of clinical psychology*, 43, 31–50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.) Pearson.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., & Lavori, P. W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *The Journal of nervous and mental disease*, 176(3), 131–143. <https://doi.org/10.1097/00005053-198803000-00001>
- Keel, P. K., Dorner, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C., & Herzog, D. B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 162(12), 2263–2268. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2263>
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H., Susser, E., Linna, M., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American journal of psychiatry*, 164(8), 1259–1265. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). Guilford Press.
- Kordy, H., Krämer, B., Palmer, R. L., Papezova, H., Pellet, J., Richard, M., & Treasure, J. (2002). Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: conceptualization and illustration of a validation strategy. *Journal of clinical psychology*, 58(7), 833–846. <https://doi.org/10.1002/jclp.2013>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the

- Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Machado, P. P., Martins, C., Vaz, A. R., Conceição, E., Bastos, A. P., & Gonçalves, S. (2014). Eating disorder examination questionnaire: psychometric properties and norms for the Portuguese population. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 22(6), 448–453. <https://doi.org/10.1002/erv.2318>
- Marinilli Pinto, A., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & Diclemente, C. C. (2006). Development of the eating disorder recovery self-efficacy questionnaire. *The International journal of eating disorders*, 39(5), 376–384. <https://doi.org/10.1002/eat.20256>
- Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações* (3rd ed.). ReportNumber.
- Morgan, H. G., & Russell, G. F. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological medicine*, 5(4), 355–371. <https://doi.org/10.1017/s0033291700056981>
- Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eating disorders*, 14(1), 41–54. <https://doi.org/10.1080/10640260500296756>
- Pais Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Strober, M., Freeman, R., & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *The International journal of eating disorders*, 22(4), 339–360. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199712\)22:4<339::aid-eat1>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199712)22:4<339::aid-eat1>3.0.co;2-n)
- Theander S. (1985). Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations, compared with those of a Swedish long-term study. *Journal of psychiatric research*, 19(2-3), 493–508. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(85\)90059-7](https://doi.org/10.1016/0022-3956(85)90059-7)
- Trottier, K., Monson, C. M., Wonderlich, S. A., & Olmsted, M. P. (2017). Initial Findings From Project Recover: Overcoming Co-Occurring Eating Disorders and Posttraumatic Stress Disorder Through Integrated Treatment. *Journal of traumatic stress*, 30(2), 173–177. <https://doi.org/10.1002/jts.22176>
- Vaz, A. R., Conceição, E., Pinto-Bastos, A., Silva, D., & Machado, P. (2020). Validation of the Portuguese

version of the Clinical Impairment Assessment (CIA) in eating disorders' patients. *Eating and weight disorders: EWD*, 25(3), 627–635. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00661-4>

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *The American psychologist*, 62(3), 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>

Anexos



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 008/2022

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Avaliação da Recuperação das Perturbações de Comportamento Alimentar*

Equipa de Investigação: Maria Inês da Silva Carvalho (IR), Mestrado Integrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Ana Rita Rendeiro Ribeiro Vaz e Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado (Orientadores), Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Avaliação da Recuperação das Perturbações de Comportamento Alimentar*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto nos termos apresentados no Formulário de Identificação e Caracterização do Projeto, que se anexa, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 9 de fevereiro de 2022.

O Presidente da CEICSH

(Acílio Estanqueiro Rocha)

Anexo: Formulário de identificação e caracterização do projeto