

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO  
INSTRUMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES:  
*EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE SHORT (EDE-QS)*

VITÓRIA  
2024

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO  
INSTRUMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES:  
*EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE SHORT (EDE-QS)*

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade Federal do Espírito Santo  
(UFES) como requisito para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Thiago Dias Sarti

Coorientador: Dra. Maria Carmen Viana

VITÓRIA

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

P372t

PEDROSA, MARIA, 1991-

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE SHORT (EDE-QS) / MARIA PEDROSA. - 2024.

88 p.: il.

Orientador: THIAGO SARTI.

Coorientadora: MARIA CARMEN VIANA.

Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. TRANSTORNOS ALIMENTARES. 2. SAUDE COLETIVA. 3. INSTRUMENTO DE RASTREIO. I. SARTI, THIAGO. II. VIANA, MARIA CARMEN. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 614

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO CURSO DE MESTRADO EM  
SAÚDE COLETIVA

ÀS NOVE HORAS DO DIA DOIS DE AGOSTO DE DOIS MIL E VINTE E QUATRO, EM AMBIENTE HÍBRIDO, FOI INSTALADA A SESSÃO PÚBLICA PARA JULGAMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA ELABORADA POR **MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA**, MATRICULADO SOB NÚMERO 2022230562, SOB O TÍTULO “*TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE SHORT (EDE-QS)*”. APÓS A ABERTURA DA SESSÃO, O PROF. DR. THIAGO DIAS SARTI, ORIENTADOR E PRESIDENTE DA BANCA JULGADORA, DEU SEGUIMENTO AOS TRABALHOS, APRESENTANDO OS DEMAIS EXAMINADORES, OS PROFESSORES DOUTORES: PROF. DR. THIAGO DIAS SARTI (ORIENTADOR), MARIA CARMEN MOLDES VIANA (CO-ORIENTADOR/A), PROF. DR. JOSÉ CARLOS CARLOS BORGES APPOLINARIO (MEMBRO EXTERNO), PROFA. DRA. ANA PAULA SANTANA COELHO ALMEIDA (MEMBRO INTERNO). FOI DADA A PALAVRA A AUTORA, QUE EXPÔS SEU TRABALHO E, EM SEGUIDA, OUVIU-SE A LEITURA DOS RESPECTIVOS PARECERES DOS INTEGRANTES DA BANCA. TERMINADA A LEITURA, PROCEDEU-SE À ARGUIÇÃO E RESPOSTAS DO ALUNO. AO FINAL, A BANCA, REUNIDA EM SEPARADO, RESOLVEU **APROVAR** A MESTRANDA. NADA MAIS HAVENDO A TRATAR, FOI ENCERRADA A SESSÃO E LAVRADA A PRESENTE ATA QUE SERÁ ASSINADA POR QUEM DE DIREITO. VITÓRIA, 02 DE AGOSTO DE 2024. CONSIDERAÇÕES DA BANCA DE DEFESA:

O PROJETO É RELEVANTE E ABORDA TEMÁTICA SENSÍVEL À SAÚDE PÚBLICA. A MESTRANDA FOI ELOGIADA POR SUA TRAJETÓRIA ACADÊMICA POR TODA A BANCA. REALIZAR PEQUENOS AJUSTES NO TÍTULO E NOS OBJETIVOS DA DISSERTAÇÃO. REVER O TIPO DE REVISÃO REALIZADA E ASPECTOS DE SUA INTRODUÇÃO E CONTEÚDO DE ALGUMAS TABELAS. ANALISAR A POSSIBILIDADE DE CONSTRUÇÃO DE UM TERCEIRO ARTIGO ORIUNDO DA DISSERTAÇÃO. ANALISAR A POSSIBILIDADE DE UMA DISCUSSÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO.

EM CONCLUSÃO, O MESTRANDO ESTÁ APTO PARA RECEBER O TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

**BANCA EXAMINADORA:**

**ORIENTADOR:** PROF. DR. THIAGO DIAS SARTI

**CORIENTADORA:** PROF.(A) DR.(A) MARIA CARMEN MOLDES VIANA

**MEMBRO EXTERNO:** PROF. DR. JOSÉ CARLOS CARLOS BORGES APPOLINARIO

**MEMBRO INTERNO:** PROF.(A) DR.(A) ANA PAULA SANTANA COELHO ALMEIDA

**DISCENTE:** MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por ANA PAULA SANTANA COELHO ALMEIDA - SIAPE 2975537 Departamento de Medicina Social - DMS/CCS Em 22/08/2024 às 16:30

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/976352?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por MARIA CARMEN MOLDES VIANA - SIAPE 1896407 Departamento de Medicina Social - DMS/CCS Em 17/09/2024 às 19:39

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/992469?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
FRANCIELE MARABOTTI COSTA LEITE - SIAPE 2534135  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em exercício  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC/CCS  
Em 17/09/2024 às 14:53

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/992215?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PROTOCOLO DE ASSINATURA**



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por  
THIAGO DIAS SARTI - SIAPE 1778382  
Departamento de Medicina Social - DMS/CCS  
Em 22/08/2024 às 13:43

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link:  
<https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/976138?tipoArquivo=O>

## **AGRADECIMENTOS**

Apesar das dificuldades, sou dotada de inúmeros privilégios, e é à partir deles que reflito e me mobilizo para buscar equidade por meio da produção acadêmica e ações políticas. Assim, agradeço à minha família, meus pais Ezio e Moema, minha irmã Marina e seu marido Gustavo Miranda, minha madrinha Ana e minha querida sobrinha Luiza, que me apoiam e certamente pautaram minhas escolhas e valores. Em especial, ao meu irmão Gustavo, cuja vivência me aproximou dos cuidados em saúde mental, do cuidado humanizado e da importância da construção do vínculo e da comunicação construída de maneira não verbal.

Agradeço aos meus amigos, pelos quais sempre fui agraciada em persistirem ao meu lado, incluindo a paciência e respeito às minhas ausências neste período em que priorizei o trabalho e vida acadêmica, não estando presente fisicamente em muitos momentos. Amizades são laços familiares não biológicos e em terras capixabas fui acolhida e cuidada, sendo essencial para conclusão deste momento. Destaco a importância dos vínculos construídos e sobrelevo a Família Zamprogno, Penha D'Ávila e meu orientador Thiago Dias Sarti, que me apoiou academicamente e como um grande amigo.

Construir políticas em saúde a partir do olhar da assistência amplia a possibilidade de um cuidado humanizado. Por isso agradeço àqueles que estiveram comigo nesses anos no Espírito Santo lutando pela saúde mental e pelo sistema público de saúde. Só com uma equipe multidisciplinar integrada se tornou possível esse trabalho no Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), no CAPS Moxuara, na coordenação da residência em Psiquiatria do Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação (ICEPi) com meu grande amigo Estevão Dente Rosa, e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Por fim, minha trajetória nos cuidados em Transtornos Alimentares só ocorreu por cada paciente que confiou seu cuidado durante meu aprendizado e por toda atenção e ensino do Prof. Dr. José Carlos Appolinário. Escrever sobre o tema faz parte da minha motivação em manter um legado de luta e dedicação. Acompanho de perto o Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA)/UFRJ e no AMBULIM/HC-USP, especialmente por profissionais que me auxiliam e inspiram

como Appolinário, Dra. Silvia de Freitas, Dr. Carlos Eduardo Moraes e Dr. Táki Cordás.

Saúde mental, produção social e qualidade de vida andam juntos, e a base para construção individual e coletiva é o investimento no conhecimento e educação. Dedico essa produção ao meu avô Nadim Accari, que não está entre nós, mas foi quem me ensinou a importância da educação para construção do meu desenvolvimento, identidade e autonomia.

"Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina".

Cora Coralina

## RESUMO

Os transtornos alimentares (TA) são condições que configuram um grande prejuízo na qualidade de vida do sujeito, tanto por repercussões psicossociais, como por complicações clínicas associadas. A Atenção Primária à Saúde (APS) é um importante polo de cuidado em saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), onde preconiza-se um cuidado integral e longitudinal do usuário. Entretanto, no contexto dos TA, a literatura internacional aponta algumas dificuldades referente a assistência primária, como: baixo reconhecimento dos sintomas, seja pelo conhecimento dos profissionais ou pela resistência do usuário em buscar auxílio, diagnóstico tardio diante de complicações, insegurança no manejo diante da complexidade dos quadros, no entanto, estudos demonstram que a capacitação e fornecimento de ferramentas profissionais auxiliam na realização diagnóstica e coordenação dos cuidados. O Brasil é um país continental, considerado de média renda, mas com expressiva desigualdade social e no acesso aos cuidados, incluído o de saúde, portanto, foi realizada uma revisão clínica de instrumentos disponíveis para rastreio de TA na APS, considerando as particularidades da assistência do nosso país. Diante da busca e da análise crítica, houve a identificação de um instrumento com as características almejadas: aplicação pelo não especialista, rápido e prático, bom poder discriminatório, registro de aplicabilidade em amostras diversas. Dessa forma, o trabalho teve como objetivo a tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa, do EDE-QS "Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE- QS)". Realizou-se um estudo de equivalência semântica, a partir das seguintes etapas: 1: tradução por dois tradutores bilíngues com língua-mãe portuguesa, 2: conciliação entre as versões por um terceiro tradutor, 3: tradução reversa da versão final preliminar 4: validação e conciliação da tradução reversa pelos autores originais ,5: validação cultural da versão final da tradução por painel de seis especialistas 6: Pré-teste em amostra não clínica para avaliação da compreensão das questões; e, por fim, a elaboração da versão final do instrumento As etapas de tradução acima foram concluídas conforme protocolo descrito. Na análise da validade de conteúdo por especialistas, as equivalências foram analisadas em nível de item e de escala, sendo S-CVI alcançados: 0,93 (semântica), 0,98 (idiomática), 0,98 (experiential), 0,98 (conceitual) (mínimo aceitável de 0,83). Na avaliação de compreensão, todos os itens receberam mais de 80% de entendimento, o tempo de aplicação foi de aproximadamente 10 minutos. A versão do EDE-QS na língua portuguesa apresentou adequada equivalência semântica, comparada à original. Na população alvo, demonstrou boa compreensão verbal em e praticidade relacionada ao tempo de aplicação. A disponibilização de ferramentas com aplicabilidade na APS é de extrema relevância para diagnóstico precoce e coordenação dos níveis de cuidado, possibilitando assim o cuidado integral do usuário em consonância com os princípios do SUS.

**Palavras-chave:** transtornos alimentares, assistência à saúde mental, Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Eating disorders (ED) are conditions that represent a great impairment in the quality of life of the subject, both due to psychosocial repercussions and associated clinical complications. Primary Health Care (PHC) is an important mental health care center of the Psychosocial Care Network (RAPS) of the Brazilian Unified Health System (SUS), where comprehensive and longitudinal care of the user is recommended. However, in the context of ED, the international literature points out some difficulties related to primary care, such as: low recognition of symptoms, either due to the knowledge of professionals or due to the user's resistance to seeking help, late diagnosis in the face of complications, insecurity in management due to the complexity of the conditions, however, studies show that training and the provision of professional tools help in the diagnosis and coordination of the Care. Brazil is a continental country, considered to be middle-income, but with significant social inequality and access to care, including health, therefore, a clinical review of the instruments available for ED screening in PHC was carried out, considering the particularities of care in our country. In view of the search and critical analysis, an instrument with the desired characteristics was identified: application by the non-specialist, fast and practical, good discriminatory power, record of applicability in different samples. Thus, the objective of this study was to translate and cross-culturally adapt the EDE-QS "Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS)". A semantic equivalence study was carried out, based on the following steps: 1: translation by two bilingual translators with Portuguese mother tongue, 2: reconciliation between the versions by a third translator, 3: reverse translation of the final preliminary version 4: validation and reconciliation of the back translation by the original authors, 5: cultural validation of the final version of the translation by a panel of six experts 6: Pre-test in a non-clinical sample to assess the understanding of the questions; and, finally, the elaboration of the final version of the instrument. The above translation steps were completed according to the protocol described. In the analysis of content validity by experts, equivalences were analyzed at the item and scale level, and S-CVI was reached: 0.93 (semantics), 0.98 (idiomatic), 0.98 (experiential), 0.98 (conceptual) (minimum acceptable of 0.83). In the comprehension assessment, all items received more than 80% of understanding, and the application time was approximately 10 minutes. The Portuguese version of the EDE-QS showed adequate semantic equivalence compared to the original. In the target population, it demonstrated good verbal comprehension and practicality related to the time of application. The availability of tools with applicability in PHC is extremely relevant for early diagnosis and coordination of levels of care, thus enabling comprehensive care for users in line with SUS principles.

**Keywords:** eating disorders, mental health care, Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### CAPÍTULO 5.1

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos.....	25
Tabela 1 - Descrição dos estudos da revisão.....	30

### CAPÍTULO 5.2

Quadro 1 - Relação de artigos sobre desenvolvimento e validação do EDE-QS.....	43
Quadro 2 - Relação de artigos que utilizaram o EDE-QS em seus protocolos de pesquisa.....	46

### CAPÍTULO 5.3

Figura 1 - Diagrama do processo de tradução e validação da versão do EDE-QS para língua português (versão brasileira) .....	62
Figura 2 - Resultado final do processo de tradução e validação da versão do EDE-QS para língua portuguesa/versão brasileira .....	63
Tabela 1 - Etapas 1 a 3 do processo de tradução e validação da versão do EDE-QS para língua portuguesa/versão brasileira .....	64
Tabela 2 - Análise de equivalência (I-CVI) e de nível de escala (S-CVI): etapa 4 do processo de tradução e validação da versão brasileira do EDE-QS. ....	67
Tabela 3 - Análise de compreensão da amostra: etapa 5 do processo de tradução e validação da versão brasileira do EDE-QS.....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN	Anorexia nervosa
BN	Bulimia nervosa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CHEDS	Change in Eating Disorder Symptoms
EAT	Eating Attitudes Test
EDE-Q	Eating Disorders Examination Questionnaire
EDE-QS	Eating Disorders Examination Short Form
GBD	Global burden disease
PES	Planejamento estratégico situacional
RAPS	Rede de atenção psicossocial
SCOFF	Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire
SDE	Screen for Disordered Eating
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtornos alimentares
TCA	Transtorno da Compulsão Alimentar
UBS/ESF	Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família
VA-BES	VA Binge Eating Screener

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
2.1	PROTAGONISMO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA GESTÃO DO CUIDADO.....	14
2.2	SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
2.3	DESAFIOS NOS CUIDADOS DOS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES NA APS.....	16
2.4	INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA APS.....	17
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	20
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	21
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	22
5.1	TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
5.2	REFERENCIAL TEÓRICO: <i>EATING DISORDERS EXAMINATION QUESTIONNAIRE SHORT</i> .....	42
5.3	TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: <i>EATING DISORDERS EXAMINATION QUESTIONNAIRE SHORT (EDE- QS)</i> .....	52
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	71
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	73
	<b>APÊNDICES</b> .....	77
	<b>ANEXOS</b> .....	84

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são agravos de saúde que contribuem de forma significativa para a carga global de doenças, tanto por sua alta prevalência como pelo grande comprometimento na qualidade de vida (Almeida Filho; Barreto, 2011). Dentre eles, destacamos os transtornos alimentares (TA), que são caracterizados por sintomas que interferem de maneira persistente na vivência e no comportamento alimentar, apresentando assim comprometimento físico, funcional e social ao indivíduo (American Psychiatric Association, 2013). Os TA centrais são anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA) (American Psychiatric Association, 2013).

A sintomatologia dos TA comumente tem seu início na adolescência e se manifesta de maneira insidiosa, podendo cursar durante anos com a permanência de comportamentos alimentares inadequados sem a busca de ajuda, seja pela psicopatologia egossintônica ou pelo próprio estigma dos transtornos mentais (Currin; Waller; Schmidt, 2007). Por isso, são muitas vezes detectados apenas diante de complicações clínicas secundárias, como as dentárias, pelo vômito auto-induzido; as gastrointestinais, pelos comportamentos purgativos; as metabólicas, devido a episódios recorrentes de compulsão ou a própria desnutrição, pelo comportamento restritivo (Pedrosa et al., 2019).

Além do expressivo impacto na qualidade de vida, e da AN representar a mais alta taxa de mortalidade dentre os transtornos mentais, destacam-se os gastos associados aos TA. Por exemplo, um estudo conduzido nos Estados Unidos (EUA) estimou os custos diretos dos TA com base na prevalência estimada em um ano, e os indiretos utilizando anos de vida ajustados por incapacidade. Demonstrou assim um gasto aproximado de 64,7 bilhões de dólares em custos diretos e de até 326,5 bilhões de dólares em custos indiretos, considerando o impacto global na qualidade de vida (Streatfeild et al., 2021).

Do ponto de vista epidemiológico, considerados os diagnósticos de AN e BN, o programa Global Burden Disease (GBD) estimou a prevalência de TAs em menos de 0,2% da população. Entretanto, com a inclusão dos TCA e Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE), os números foram questionados e os cálculos, revogados (Santomauro et al., 2021). Com tal ajuste, o número de casos globais de TA em 2019 foi de 41,9 milhões (95% UI 27,9–59,0) e elevou-se o índice de anos de vida

ajustado por incapacidade para 6,6 milhões (3,8–10,6). A nova métrica equivale a porcentagens de outros transtornos, como o transtorno por uso de substâncias, chegando a ser acima do transtorno bipolar e transtorno do espectro autista (Santomauro et al., 2021).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo garantir o acesso da população aos serviços e procedimentos necessários para a resolução de seus problemas, tendo como princípios a oferta universal de cuidados integrais à saúde individual e coletiva com vistas à redução das desigualdades em saúde e o aumento da qualidade de vida das pessoas (Brasil, 2011). Entretanto, mesmo nos grandes centros urbanos, não dispomos de serviços de atenção psicossocial suficientes para atender à necessidade com qualidade e em tempo oportuno.

Nesse sentido, um dos problemas no cuidado das pessoas com TA é a baixa qualificação dos profissionais de saúde, em especial a dos médicos, para o reconhecimento e manejo dos TAs. Percebemos assim que, apesar do impacto relatado, tais transtornos ainda permanecem com baixa prioridade nas políticas públicas, tanto na prevenção, quanto na promoção da saúde e na assistência à saúde (Almeida Filho; Barreto, 2011).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PROTAGONISMO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA GESTÃO DO CUIDADO

Um passo importante para a melhor gestão dos processos de trabalho é o desenvolvimento de diagnósticos nacionais, tornando possível a elaboração de projetos em que haja coerência, relevância e aplicabilidade local (Pessôa, 2011). Neste contexto, ressalta-se a problemática em território brasileiro de disparidades regionais do acesso em saúde, caracterizada por: distribuição desigual nas regiões do país de médicos na APS e concentrações de especialistas no setor privado (Oliveira et al., 2017).

Um dos grandes desafios na APS é a gestão de processos que possibilitem a ordenação equitativa e eficiente dos cuidados em saúde mental, visando melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde (Oliveira et al., 2017). Para isso, idealiza-se um cuidado interdisciplinar, fugindo do modelo tradicional médico-hegemônico, que permita a ordenação das complexidades de assistência, tendo a equipe da UBS/ESF como referências presentes nas etapas de diagnóstico, acompanhamento e coordenação do percurso terapêutico dos usuários em outros níveis, quando necessário (Calvo et al., 2019).

O planejamento estratégico situacional (PES) é uma ferramenta muito utilizada na gestão em saúde coletiva, que foi concebida na década de 80 pelo economista chileno Carlos Matus (Matus, 1997). Trata-se de planejamento construído por quatro momentos: explicativo, quando há o diagnóstico situacional das problemáticas; normativo, que avalia os objetivos em uma situação ideal; estratégico, quando se elenca o cenário de ação e as adversidades nele reconhecidas para aquele plano; e o último, tático-operacional, que contempla a execução e monitoramento das ações, envolvendo aqui a organização do trabalho (Matus, 1997).

Assim, buscando a efetividade da gestão dos cuidados, muitos protocolos de assistência existentes não são reproduzíveis no cenário real. Na saúde mental, por exemplo, são apontados alguns entraves do cuidado na APS, como: barreiras de acesso ao serviço (que demandam ações complementares à saúde, como sociais, econômicas, da educação e segurança), volume de demandas maior que a

disponibilidade de recursos humanos e de trabalho, além do estabelecimento de metas de atendimento baseadas em produção, implicando em limitação do tempo de contato com paciente (Oliveira et al., 2017).

Por isso, como proposto no PES, são de extrema relevância pública produções científicas que contemplem a avaliação do cenário para propostas de ferramentas do cuidado que sejam baseadas em evidência e exequíveis ao cenário de implementação (Pessoa, 2011). Dessa forma, o trabalho acadêmico pode auxiliar além dos "muros" da academia, embasando o planejamento e as etapas do processo de gestão, na medida em que constrói estratégias que permitam a qualificação da equipe da assistência e, conseqüentemente, repercutindo na qualidade dos processos de trabalho e cuidado do paciente.

## 2.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No contexto de saúde mental, a Portaria de Consolidação no. 03/2017 trata da rede de atenção psicossocial (RAPS) (Brasil, 2017), abordando a ampliação em um conjunto integrado e articulado de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental. São considerados pontos de assistência: unidade básica de saúde/estratégia saúde da família (UBS/ESF), centros de atenção psicossocial (CAPS), unidades de acolhimento (UA), serviços residenciais terapêuticos (SRT), programa De volta para casa (PVC), unidades de pronto atendimento (UA), SAMU, hospitais gerais e centros de convivência e cultura (Brasil, 2017).

Nesse contexto, o plano terapêutico individual do usuário em saúde mental implica na organização estratégica dos níveis de cuidado ofertados em cada dispositivo, retomando assim o desafio das desigualdades territoriais na assistência, principalmente de cuidados especializados. Para tanto, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM) - DAPE/SAS/MS já vinha desenvolvendo, desde 2001, diretrizes que envolviam o apoio matricial de saúde mental às equipes de ESF, buscando o aumento da capacidade resolutiva e a priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica (Tanaka; Ribeiro, 2009).

Dessa forma, espera-se que APS tenha o potencial na cobertura das principais demandas em saúde mental, sendo a base a detecção de sintomas

relacionados ao sofrimento psíquico, garantindo sua identificação e formulação de possibilidades terapêuticas (Brasil, 2007). Para efetividade da demanda, é essencial uma escuta qualificada e reconhecimento dos principais sinais e sintomas pela equipe do território, o que torna exposto algumas deficiências dos serviços, relacionadas tanto à formação da equipe, quanto à carência de instrumentos e apoio organizacional para a resolução e/ou encaminhamento (Tanaka; Ribeiro, 2009).

### 2.3 DESAFIOS NOS CUIDADOS DOS USUÁRIOS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES NA APS

A literatura internacional cita que aproximadamente metade de todos os casos de Transtornos Alimentares (TA) nunca são detectados pela Atenção Primária à Saúde (APS) (Lazare; Mehak; Telner, 2021). Como discutido, considerando os cuidados preconizados na APS, espera-se que a equipe forneça um plano terapêutico que contemple a longitudinalidade, integralidade e coordenação do caso (Brasil, 2007).

Pela própria natureza egossintônica do sintoma dos TA, o usuário raramente leva diretamente sua queixa, sendo de extrema importância a abordagem ativa dos profissionais para o reconhecimento precoce de sinais e sintomas, evitando a identificação apenas diante do aparecimento de complicações clínicas (Starfield, 2002).

Retomando a abordagem de planejamento estratégico situacional, além da detecção da situação problema (dificuldade no diagnóstico de TA na APS), faz-se necessário entender situações associadas a essa. Assim, alguns motivos apontados na literatura incluem o desconhecimento dos profissionais sobre o diagnóstico e suas complicações possíveis, bem como a própria dificuldade dos pacientes em procurar o serviço (seja por vergonha, estigma, minimização do problema, entre outros) (Lazare; Mehak; Telner, 2021).

Neste mesmo contexto, avaliando atendimentos dos TAs na APS da Austrália, foi demonstrado que na maioria das consultas onde houve a identificação de um TA pelo profissional (58,5%), o motivo da busca do serviço expresso pelo paciente foi outra queixa de saúde (Lazare; Mehak; Telner, 2021). Tendo em pauta os recursos para a identificação do sofrimento, um estudo inglês examinou a influência do

conhecimento e das atitudes dos médicos de cuidados primários em relação aos TA, e identificou que o estigma e a forma de comunicação dos profissionais em resposta aos sintomas expostos nas consultas são importantes barreiras do cuidado (Currin; Waller; Schmidt, 2007).

A familiaridade, pela maior vivência clínica, com os transtornos depressivos e ansiosos, pode implicar na facilitação do reconhecimento durante as consultas de tais sintomas, no entanto, esse fator pode implicar na não identificação em tempo oportuno das pessoas que sofrem com algum TA (Lazare; Mehak; Telner, 2021). Da mesma forma, alguns conceitos do profissional podem funcionar como um viés de detecção do usuário, ou seja, pacientes do sexo feminino são mais propensos a receber o diagnóstico de bulimia nervosa, enquanto pacientes do sexo masculino não recebem qualquer tipo de abordagem, limitando seu acesso a um tratamento eficaz (Currin; Waller; Schmidt, 2007).

Os profissionais da APS são, portanto, muitas vezes o primeiro e único contato do paciente com o sistema de saúde, podendo desenvolver um importante papel na detecção dos comportamentos alimentares alterados, na coordenação e transição dos cuidados entre níveis de atenção à saúde, incluindo o manejo de complicações e encaminhamento adequado para um serviço de saúde mental. Ressalta-se o papel essencial da equipe multidisciplinar nos atendimentos a essas pessoas, tanto no reconhecimento de sintomas como na construção do vínculo, tornando possível uma avaliação integral da saúde (Pedrosa et al., 2019).

#### 2.4 INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO NA APS

Um dos fatores apontados como preditor de melhor prognóstico nos quadros de TA é o diagnóstico e tratamento precoce, em uma abordagem interdisciplinar, sendo sintomas prolongados associados a maiores complicações clínicas, prejuízo global e pior desfecho (Shangvai, 2016). Assim, diagnóstico e condução adequada dos casos são objetivos a serem atingidos, diante da situação problema elencada. Após avaliação das possíveis barreiras associadas, no cenário onde o caso se apresenta, a equipe multidisciplinar da APS pode elaborar estratégias que visem

uma efetiva cobertura na avaliação dos comportamentos alimentares alterados (Neumark-Sztainer et al., 2011).

Estudos com gestores e gerentes apontam que uma das principais medidas para aumentar a resolutividade da APS é a ampliação de possibilidades de prova diagnóstica solicitadas diretamente pelo médico de família, assim como capacitações para desenvolvimento de competências técnicas, demonstrando a importância da mobilização de profissionais para vinculação com o objetivo proposto (Watari; Schiff, 2023). No âmbito da competência técnica, a utilização de instrumentos que permitam o rastreio e a estratificação de sintomas é uma estratégia que fornece ao não especialista uma forma segura de abordagem de sintomas para ordenação dos cuidados (Watari; Schiff, 2023).

Entretanto, considerando o objetivo essencial, o diagnóstico deve visar primariamente as necessidades do paciente de consolo e alívio, sendo fundamental o cuidado na escolha de um instrumento que traga qualidade e equidade diagnóstica, ou seja, que tenha reprodutibilidade na população (McDonald, 2022). A literatura elabora alguns pontos visando qualificar essa escolha:

- Observar a abrangência de características nas amostras utilizadas: idade, etnia, gênero, escolaridade, etc (McDonald, 2022);
- Impacto de fatores socioeconômicos e comportamentais nos resultados de saúde: necessário avaliar a validade da ferramenta por exemplo em países com determinantes sociais diferentes, pois muitas foram desenvolvidas em uma cultura específica, geralmente anglo-saxônica (Watari; Schiff, 2023);
- Rigor metodológico no processo de validação transcultural do instrumento: não se limita na tradução para a língua da população a ser aplicada, sendo necessário contemplar o contexto cultural, incluindo o ajuste de palavras e expressões idiomáticas e análise de compreensão (Gemma-Claire; Ryan; De Silva, 2016);
- Características do avaliador: para compor a rotina de profissionais da APS em países de baixa e média renda, a escolha de ferramentas breves, com fácil aplicação e sensibilidade adequada podem ser úteis, considerando o limitante de tempo de atendimento e aplicabilidade por um não especialista (Gemma-Claire; Ryan; De Silva, 2016);

- Objetivo clínico e educação continuada: ao fornecer uma visão geral sucinta dos sintomas que englobam não somente um transtorno, pode servir como suporte aos profissionais de saúde, auxiliando-os a o quê procurar e, assim, melhoram sua capacidade de detectar problemas de saúde mental (O'Dell, 2008).

### 3 JUSTIFICATIVA

Na ordenação dos cuidados em saúde mental na RAPS, espera-se que a APS cumpra alguns objetivos como: garantia de acesso; eficiência e eficácia para atender de forma resolutiva a maior parte dos problemas de saúde da população; e coordenação dos cuidados com os demais pontos de atenção, pressupondo a integralidade dos serviços (Oliveira et al., 2017). Para tanto, a realização de um diagnóstico situacional em saúde é parte, mas não o todo do processo de cuidado com o indivíduo, sendo importante que haja um planejamento estratégico que leve em conta as particularidades do local de implementação, para sua real aplicabilidade (O'Dell, 2008).

Dentre as demandas de saúde mental que a APS recebe, observa-se a não familiaridade das equipes com diagnóstico e assistência de transtornos alimentares, mesmo esses sendo responsáveis por desfechos clínicos e psíquicos desfavoráveis, como a anorexia nervosa, que tem a maior mortalidade dentre os transtornos mentais (Pedrosa et al., 2019).

Assim, considerando a gestão dos cuidados, instrumentos de rastreio e/ou diagnóstico podem representar uma ferramenta que abarca lacunas da APS apontadas na literatura, como o desconhecimento dos profissionais sobre o diagnóstico e suas complicações possíveis (Lazare; Mehak; Telner, 2021). Entretanto, a simples identificação de instrumentos que contemplem as características apontadas não é suficiente para a utilização no contexto do SUS. É importante que haja uma avaliação criteriosa dos instrumentos disponíveis para rastreio de TA, levando em conta as características da população a ser assistida, do local de cuidado pelo não especialista e particularidades de um país de baixa e média renda, além de um rigoroso processo de adaptação transcultural do instrumento.

Por isso, diante da evidência de não disponibilidade de instrumentos de rastreio de TA na APS, em língua portuguesa, faz-se necessária a identificação de instrumentos apropriados e a realização do processo de adaptação transcultural, com fins de garantir as equivalências conceitual e de itens, semântica, operacional e de mensuração entre o instrumento original e o adaptado ao novo idioma.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar adaptação transcultural para a Língua Portuguesa de um instrumento de rastreio de Transtornos Alimentares adequado para utilização na Atenção Primária à Saúde.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, dentre instrumentos de rastreio disponíveis na literatura internacional, o mais adequado para compor a rotina de avaliação de transtornos alimentares por equipes de Atenção Primária à Saúde de países de baixa e média renda;
- Investigar na literatura científica as características psicométricas e a aplicabilidade em amostras comunitárias e clínicas, do instrumento identificado como o mais adequado para compor a rotina de avaliação de transtornos alimentares por equipes de Atenção Primária à Saúde de países de baixa e média renda;
- Traduzir, seguindo protocolos internacionais de tradução, o instrumento escolhido para rastreio de transtornos alimentares na Atenção Primária à Saúde, avaliando a equivalência semântica e a compreensão verbal da versão traduzida.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção os resultados serão apresentados em três subseções, cada uma atendendo a um dos objetivos específicos. O primeiro objetivo específico será apresentado em formato de artigo, submetido a revista científica de renome internacional; o segundo objetivo específico será apresentado em texto dissertativo de revisão de literatura, intrínseca a esta dissertação; e, finalmente, o terceiro objetivo específico, por ser aquele que completa o alcance do objetivo geral deste estudo, será também apresentado em formato de artigo, nas versões em Português e Inglês.

### 5.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Transtornos alimentares na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de ferramentas diagnósticas.

Eating disorders in Primary Health Care: integrative review of diagnostic tools.

Trastornos de la conducta alimentaria en la Atención Primaria de Salud: revisión integrativa de herramientas diagnósticas.

MARIA A A PEDROSA<sup>[1]</sup>, ELIS C FRANCISCHETTO<sup>[2]</sup>, THIAGO D SARTI<sup>[3]</sup>

- Concepção e/ou delineamento do estudo: MAAP, TDS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: MAAP, ECF, TDS Redação preliminar: MAAP. Revisão crítica da versão preliminar: MAAP, TDS.
- Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho
- Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.
- Autora correspondente: Maria Amália Accari Pedrosa

### RESUMO

**Introdução:** Os transtornos alimentares (TA) estão associados a um significativo impacto na vida do sujeito, com possibilidades de complicações físicas, emocionais, sociais e cognitivas, sendo importante o reconhecimento precoce e seguimento adequado dos acometidos. A Atenção Primária à Saúde (APS) pela acessibilidade e acompanhamento longitudinal, é peça fundamental na identificação desses pacientes.

**Objetivo:** Identificar na literatura instrumentos disponíveis e viáveis para compor a rotina de avaliação dos TA na APS. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e IBECs entre os meses de março e abril de 2024, utilizando os descritores “eating disorders”, “primary care” e “questionnaire”. **Resultados:** Foram encontrados 185 artigos a todo e após exclusão dos artigos não elegíveis, foram selecionados 11. Alguns trouxeram discussões clínicas da importância do cuidado e identificação dos TA na APS, mas sem a indicação de uma ferramenta diagnóstica específica. Dentre os

instrumentos disponíveis para o uso, o mais citado foi o SCOFF, entretanto o mesmo não abarca diagnósticos atualizados do DSM-5, como o de TCA. Alguns foram elaborados considerando o contexto do não especialista e praticidade do uso, dentre eles o EDE-QS se destaca pois além de tais características, aborda os três TA principais e fornece a possibilidade de acompanhamento dos sintomas. **Conclusões:** Levando-se em conta as particularidades da APS, o fornecimento de ferramentas de TA que sejam breves e que abordem categorias diagnósticas atuais pode ser um incentivo ao não especialista para investigação, detecção precoce e gerenciamento do quadro, buscando uma linha de cuidado estruturada para esse público.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Saúde Pública. Assistência à Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Transtornos da Alimentação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Eating disorders (EDs) are associated with a significant impact on the subject's life, with the possibility of physical, emotional, social and cognitive complications, and early recognition and adequate follow-up of those affected are important. Primary Health Care (PHC), due to its accessibility and longitudinal follow-up, is a fundamental part in the identification of these patients. **Objective:** To identify in the literature available and viable instruments to compose the routine assessment of EDs in PHC. **Methods:** This is an integrative review carried out in the LILACS, MEDLINE, and IBECs databases between March and April 2024, using the descriptors eating disorders, primary care, and questionnaire. **Results:** A total of 185 articles were found and after excluding the ineligible articles, 11 were selected. Some brought clinical discussions of the importance of care and identification of ED in PHC, but without the indication of a specific diagnostic tool. Among the instruments available for use, the most cited was the SCOFF, although it does not include updated DSM-5 diagnoses, such as ACT. Some were elaborated considering the non-specialist context and practicality of use, among them the EDE-QS stands out because, in addition to such characteristics, it addresses the three main ED and provides the possibility of monitoring symptoms. **Conclusions:** Considering the particularities of PHC, the provision of ED tools that are brief and that address current diagnostic categories can be an incentive for non-specialists to investigate, detect early, and manage the condition, seeking a structured line of care for this public.

**Keywords:** Mental Health. Public Health. Mental Health Care. Primary Health Care. Feeding and Eating Disorders

## RESUMEN

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se asocian a un impacto significativo en la vida del sujeto, con la posibilidad de complicaciones físicas, emocionales, sociales y cognitivas, siendo importante el reconocimiento temprano y el seguimiento adecuado de los afectados. La Atención Primaria de Salud (APS), por su accesibilidad y seguimiento longitudinal, es parte fundamental en la identificación de estos pacientes. **Objetivo:** Identificar en la literatura disponible y viables instrumentos para componer la evaluación rutinaria de los TCA en APS. **Métodos:** Se realizó una revisión integradora en las bases de datos LILACS, MEDLINE e IBECs entre marzo y abril de 2024, utilizando los descriptores trastornos

de la alimentación, atención primaria y cuestionario. **Resultados:** Se encontraron un total de 185 artículos y después de excluir los artículos no elegibles, se seleccionaron 11. Algunos trajeron discusiones clínicas sobre la importancia de la atención y la identificación de los TCA en la APS, pero sin la indicación de una herramienta diagnóstica específica. Entre los instrumentos disponibles para su uso, el más citado fue el SCOFF, aunque no incluye diagnósticos actualizados del DSM- 5, como el ACT. Algunos fueron elaborados considerando el contexto no especializado y la practicidad de uso, entre ellos se destaca el EDE-QS porque, además de tales características, aborda los tres TCA principales y brinda la posibilidad de monitorear los síntomas. **Conclusiones:** Teniendo en cuenta las particularidades de la APS, la provisión de herramientas de SU, breves y que aborden las categorías diagnósticas actuales, puede ser un incentivo para que los especialistas investiguen, detecten precozmente y manejen la enfermedad, buscando una línea de atención estructurada para este público.

**Palabras clave:** Salud Mental. Salud Pública. Atención de Salud Mental. Atención Primaria. Trastornos de la conducta alimentaria.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por sintomas que interferem de maneira persistente na vivência e no comportamento alimentar, apresentando assim comprometimento físico, funcional e social do indivíduo<sup>1</sup>. Do ponto de vista epidemiológico, considerando apenas anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN), estima-se o acometimento de 13,6 milhões de pessoas com TA no mundo<sup>2</sup>. Entretanto, incluindo diagnósticos de transtorno da compulsão alimentar (TCA) e transtorno alimentar não especificado (TANE), há um ajuste da prevalência para 41,9 milhões (IC 95% 27,9-59,0), equivalente ao transtorno por uso de substâncias e maior que o transtorno de humor bipolar<sup>3</sup>.

O ajuste de dados epidemiológicos traz importantes implicações empriorização de pesquisa e cuidados no tema, sendo o primeiro passo para mobilização e reconhecimento dos quadros. Discute-se globalmente a importância da atenção primária à saúde (APS) para esse fim, pois ao construir vínculo em uma perspectiva sistêmica e longitudinal, tem um enorme potencial de detecção precoce de sintomas e gerenciamentos dos mesmos<sup>4</sup>. Entretanto, em levantamentos internacionais sobre o tema, como o da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA direcionada ao rastreamento de TA, foi demonstrado importantes lacunas de conhecimento sobre os TA pelos profissionais da APS, sugerindo mais estudos que abordem triagem e tratamento precoce em cuidados primários<sup>5</sup>.

No contexto brasileiro, diante da organização de uma rede de atenção psicossocial, a APS promove o cuidado integral do sujeito mediante a ação de uma equipe multidisciplinar. Apesar de não termos até o momento dados brasileiros sobre a assistência aos TA, neste cenário, a literatura levanta algumas dificuldades relacionadas ao tema: não reconhecimento de sintomas em 50% dos pacientes,<sup>6</sup> dificuldades de equipe diante da complexidade do tratamento, baixo uso de diretrizes ou protocolos publicados (apenas 4% dos médicos utilizaram em uma amostra britânica) e ausência de instrumentos adequados ao nível de assistência prestado, com foco, por exemplo, em elementos críticos da gestão do caso<sup>7</sup>.

Intencionando gerar estratégias, um estudo australiano evidenciou que ao disponibilizar para profissionais da APS uma ferramenta online de rastreio de TA, quase triplicou os encaminhamentos para avaliação (sendo que 81% dos pacientes encaminhados tinham TA e 6% quadros subclínicos), concluindo a importância de

elementos de iniciativa para não especialistas<sup>8</sup>. Contudo, apesar da globalização promover uma difusão de saberes, e também de padrões culturais, ao promover estratégias de avaliação faz-se necessária a análise das particularidades culturais, econômicas e sociais do local de implementação, para serem consoantes com a realidade local, especialmente ao se tratar de países de baixa e média renda<sup>9</sup>.

Enfatiza-se que, para finalidades clínicas na APS, beneficia-se de ferramentas para fins de rastreamento, mas também de formas que permitam familiarização e segurança na abordagem do tema, proporcionando a gradação dos sintomas para gerenciamento adequado dos níveis de cuidados necessários<sup>10</sup>. Diante do diagnóstico de problemas com o acolhimento dos pacientes com tal condição na APS, e buscando estratégias para familiarização dos sintomas por não especialistas considerando as particularidades do cenário, esse estudo pretende identificar na literatura instrumentos disponíveis para compor a rotina de avaliação de transtornos alimentares na Atenção Primária à Saúde, propondo a discutir inclusive variáveis que se adequem a utilização em países de baixa e média renda.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura visando identificar lacunas do conhecimento, a partir de análise de conceitos, revisão de evidências e síntese do conhecimento sobre o assunto deste trabalho<sup>11,37</sup>. Além dos fins acadêmicos, o estudo tem como norteador a ampliação do olhar para políticas públicas relacionadas ao tema. Dessa forma, a escolha dos critérios de inclusão foi desenhada para a identificação de instrumentos para fins clínicos e práticos aplicáveis ao cotidiano dos profissionais de saúde, educadores, gestores e demais atores envolvidos na organização de sistemas e serviços de saúde, em especial a APS.

No desenvolvimento desta revisão, foram percorridas as seguintes etapas: 1) definição do tema e formulação da questão de pesquisa; 2) Busca na literatura (incluindo escolha de bases de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, definição dos descritores); 3) extração dos dados e categorização; 4) análise crítica dos estudos; 5) interpretação dos dados; e 6) apresentação da revisão integrativa<sup>11</sup>.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de março e abril de 2024, sendo direcionada pela pergunta: "Quais instrumentos estão disponíveis na literatura para triagem diagnóstica de transtornos alimentares na Atenção Primária à Saúde?". Para fins de linguagem única na indexação, utilizou-se o DeCS/MeSH para definição dos descritores, sendo utilizados "eating disorders", "primary care" e "questionnaire". A conexão entre os descritores envolveu o operador booleano "AND". As bases de dados pesquisadas foram Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Medline (Medical Literature and Retrieval System Online) e Ibecs (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud).

Os critérios de inclusão adotados foram: estudos publicados nos últimos 10 anos (2014 a 2024), em qualquer língua (visando abarcar maior diversidade de artigos), que utilizaram ao menos um instrumento de triagem diagnóstica de transtornos alimentares no contexto da Atenção Primária à Saúde com vistas a identificação do TA, validação do instrumento em outro idioma e/ou população, ou seleção de casos objetivando orientação clínica, terapêutica ou acadêmica. Não foram incluídos nesta revisão cartas ao editor, editoriais, relatos de caso, projetos de pesquisa e demais materiais que não envolveram pesquisa com dados primários.

A gestão das referências bibliográficas obtidas na busca foi realizada com auxílio do software Zotero. Essa gestão inicial, incluindo a identificação de referências duplicadas, foi feita pela pesquisadora principal (MAAP). A análise dos títulos, resumos e textos completos dos trabalhos selecionados, tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão, foi realizada por MAAP e ECF. As discordâncias nessa fase foram discutidas por dois pesquisadores para que se obtivesse o consenso. O protocolo da revisão previa a participação de um terceiro pesquisador (TDS) para solucionar as discordâncias residuais, mas isso não foi necessário.

A extração dos dados e categorização foi realizada a partir da organização dos seguintes dados: título da pesquisa, ano e autoria, objetivo, metodologia, instrumentos, amostra, resultados e principais conclusões. Não se realizou, de forma sistemática, avaliação de qualidade metodológica e de risco de vieses dos estudos selecionados. Isso se deve ao fato desta revisão ser descritiva exploratória, não almejar ser categorizada como revisão sistemática e abranger estudos muito diversos em sua construção. Assim, optou-se por uma síntese e descrição narrativas dos achados, tendo por base os objetivos da revisão.

## RESULTADOS

Diante da busca, seguindo a metodologia descrita, foram encontrados 185 artigos, sendo 11 na Lilacs, 169 na Medline e 5 na Ibecs. Oito duplicatas foram removidas e 166 trabalhos foram excluídos a partir da leitura dos títulos, resumos e textos completos. Foram selecionados ao final um total de 11 artigos (Figura 1).

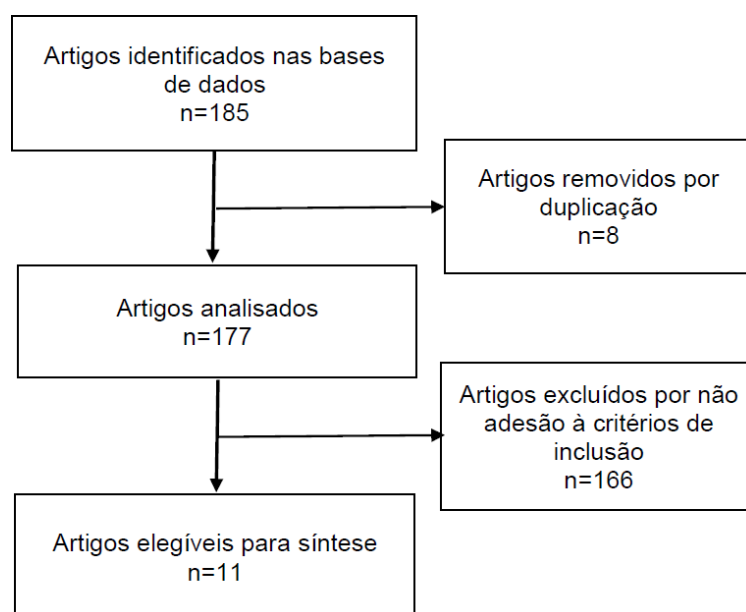


Figura 1 — Fluxograma de seleção dos artigos  
Fonte: Pedrosa. M.A et al (2024).

A Tabela 1 apresenta os achados dos artigos selecionados. Os trabalhos são oriundos de 5 países (Estados Unidos, Espanha, México, Suíça e Austrália), sendo a maioria produzidos nos Estados Unidos e publicados entre 2013 e 2016. Da América Latina, identificou-se apenas um artigo, do México, não havendo nenhuma produção do Brasil.

Os artigos abordavam avaliação e métodos de triagem (n=6) e seleção de casos objetivando orientação clínica, terapêutica ou acadêmica (n=5). Destacamos

que, dentre os 28 instrumentos identificados, havia entrevistas clínicas, instrumentos de autorrelato, e instrumentos para fins de rastreamento que contemplavam populações e sintomas específicos. Os mesmos estão descritos na Tabela 1 e serão discutidas suas especificidades. Entretanto, dentre os pontuados, não houve a descrição de um dos principais instrumentos, conforme nosso conhecimento, para fins de rastreamento: o Eating Disorders Examination Short Form (EDE-QS)<sup>23</sup>. Sendo assim, foi realizada uma busca complementar na literatura sobre as características do instrumento e sua utilização.

Quatro artigos abordam o cuidado às pessoas com TA na APS, contemplando dentre outras coisas o rastreamento destas condições<sup>11,12,13,14</sup>. Peat et al.<sup>11</sup> comentam sobre a carência de evidências sólidas sobre os benefícios de instituir um rastreamento do TA na APS, mas destacam o benefício de instrumentos que contemplem os critérios diagnósticos atualizados. Destacam que essas podem ser utilizadas para fins de educação e treinamento da equipe, mas também como auxílio na integração de serviços de saúde mental com a atenção primária à medida que possibilita uma maior familiarização com os sintomas dos TAs<sup>11</sup>.

Nicholas et al.<sup>12</sup> abordam a importância da identificação precoce e oportuna dos TA em locais com grande vulnerabilidade social e carência de serviços e profissionais de saúde, embora seus achados indiquem uso infrequente de instrumentos de rastreamento de TA pelos profissionais de saúde, sugerindo a necessidade de educação profissional permanente no assunto e organização dos recursos necessários para o cuidado efetivo das pessoas com TA<sup>12</sup>.

Suárez et al.<sup>13</sup> sugerem ser fundamental uma prática preventiva aos TA com orientação sólida em evidências e informação de qualidade com vistas a propiciar ao profissional de saúde uma compreensão adequada dos TA e uma habilidade e atitude de busca ativa de sinais e sintomas dessas condições e a identificação de problemas associados, como transtornos de humor<sup>13</sup>. Já Sangvai<sup>14</sup> aponta para a necessária adequação que os instrumentos de rastreamento de TA devem ter ao contexto assistencial, que no caso da APS significa um instrumento curto e prático<sup>14</sup>.

Desta forma, considera-se essencial para o rastreamento de TA na APS o uso de instrumentos adequados para não especialistas em saúde mental, praticidade na utilização, possibilidade de uso em amostras comunitárias não específicas e abordagem atualizada das categorias diagnósticas. Os achados foram divididos em dois eixos segundo a especificidade: Instrumentos atuais identificados para triagem diagnóstica dos TA e Instrumentos de fácil aplicabilidade por não especialista.

#### Características dos instrumentos atuais para fins de rastreamento:

Schaefer et al.<sup>15</sup> realizaram uma revisão sistemática que objetivou avaliar instrumentos utilizados para avaliação de TA nos últimos 5 anos<sup>15</sup>. Dentre eles, destaca-se o Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)<sup>16</sup>, uma medida de autorrelato de 28 itens, adaptado da entrevista clínica considerada padrão ouro (o Eating Disorders Examination) já validado e traduzido para língua portuguesa para fins de triagem diagnóstica. Entretanto, são pontuadas duas limitações deste instrumento: sintomatologia referente aos últimos 28 dias, não sendo possível a avaliação seriada dos sintomas e é relativamente longo.

Por outro lado, considerando a limitação da avaliação sessão por sessão, instrumentos como Change in Eating Disorder Symptoms (CHEDS)<sup>17</sup>, de 35 itens, se propõe por meio do autorrelato fornecer avaliações seriadas com uma pontuação que aborda tanto sintomatologia geral como específica de TA<sup>17</sup>.

Já em termos de praticidade, o Eating Attitudes Test (EAT)<sup>26</sup> é considerado rápido, com 26 itens, porém tem a limitação de abordar apenas AN e BN<sup>26</sup>.

Ainda em relação a brevidade e praticidade do uso, houve a elaboração de instrumentos de autorrelato mais curtos como: o Eating Disorder 15 (ED-15)<sup>18</sup>, o Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire (SCOFF)<sup>19</sup>, o Eating Disturbance Scale (EDS-5)<sup>20</sup>, além de versões reduzidas do próprio EDE-Q<sup>16</sup>. Autores portugueses realizaram um estudo que se propôs comparar a versão completa do EDE-Q com as três propostas curtas publicadas na ocasião: 7<sup>21</sup>, 8<sup>22</sup> e 18<sup>23</sup> itens, concluindo que os aspectos do desempenho psicométrico sugerem que formas mais curtas do EDE-Q pode ser uma alternativa viável e até preferível em certos contextos, mas demonstra limitações para determinação da superioridade de um dos instrumentos<sup>15</sup>.

Dentre eles, mas não citado no estudo anterior, temos o EDE-QS<sup>24</sup>, instrumento que possui 12 itens e aborda a psicopatologia alimentar dos TAs clássicos (AN, BN e TCA) nos últimos 7 dias. O instrumento demonstrou poder de distinção entre usuários com e sem TA, além de adequada confiabilidade interna teste-reteste<sup>14</sup>.

### Instrumentos de fácil aplicabilidade pelo não especialista

- **SCOFF:** desenvolvido por Morgan et al.<sup>19</sup>, é o instrumento de triagem para TA mais utilizado hoje na APS. Uma meta-análise de 25 estudos de validação avaliou a eficácia da ferramenta na APS, evidenciando níveis altos de sensibilidade para o diagnóstico de mulheres jovens com diagnóstico de AN e BN<sup>37</sup>. Ainda, um dos estudos identificados nesta revisão descreve a avaliação de AN, BN e TA do tipo não especificado por meio do SCOFF em 291 adolescentes no contexto da APS em Guadalajara, apresentando sensibilidade de 91,6% e especificidade de 91,0%<sup>28</sup>.

Contudo, a sensibilidade do instrumento foi menor em populações com predominância de TCA e em locais onde as taxas de obesidade tendem a ser mais altas<sup>37</sup>. Ressalta-se que a elaboração do SCOFF é anterior às modificações diagnósticas trazidas pelo DSM-5, portanto nenhum estudo usou padrões de referência que avaliaram todos os transtornos alimentares (como TCA e características purgativas em pacientes com AN)<sup>19,37</sup>.

- **Screen for Disordered Eating (SDE):** desenvolvido por Maguen et al.<sup>29</sup> visando rastrear TA na APS, demonstrou maior acurácia comparado aos existentes, SCOFF e Eating Disorders Screen for Primary Care (EDS-PC)<sup>29</sup>. Na amostra, de 407 mulheres veteranas, o SDE obteve bons resultados, classificando corretamente 87,2% (IC: 74,3%-95,2%) dos casos de TCA, todos os casos de BN e AN, e 90,5% (IC: 80,4%-96,4%) dos casos de TANE, com sensibilidade superior ao SCOFF<sup>29</sup>. Entretanto, não foram identificados mais estudos que utilizam o SDE que confirmassem em demais culturas e contextos clínicos, achados destacados pelos autores.

- **VA Binge Eating Screener (VA-BES) e Adolescent Binge Eating Scale:** tanto VA-BES<sup>30</sup> quanto o Adolescent Binge Eating Scale<sup>31</sup> são instrumentos desenvolvidos com o intuito de utilização por profissionais não especialistas em saúde mental, sendo adequados para o contexto da APS, contudo, são direcionados a transtornos específicos.

Dorflinger et al.<sup>30</sup> desenvolveram o VA-BES como instrumento de rastreamento de item único para avaliação de TCA, que demonstrou uma excelente

concordância com o QEWP-R (instrumento já bem estabelecido para avaliação de TCA). A amostra avaliada foi de veteranos inseridos em um programa de obesidade na APS, reduzindo a representatividade do instrumento para demais contextos clínicos<sup>30</sup>.

No mesmo sentido, Chamay-Weber et al.<sup>31</sup> desenvolveram o Adolescent Binge Eating Scale como um questionário de 10 itens direcionado ao diagnóstico de TCA em adolescentes atendidos por obesidade, obtendo resultados satisfatórios para o rastreio nesse público, podendo ser utilizado para o adequado encaminhamento de casos para o especialista em saúde mental<sup>31</sup>.

- **Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS):** foi formulado por Gideon et al.<sup>23</sup> como uma versão curta alternativa aos Eating Disorder Examination (EDE) e Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), sendo autoaplicável, para rastreamento e acompanhamento clínico sintomático de pessoas com TA. Possui 12 itens, aborda a sintomatologia central da AN, BN e TCA, utilizando o tempo recordatório do comportamento alimentar de 7 dias<sup>23</sup>.

Seus itens são estruturados em 4 respostas possíveis que questionam a frequência em que os sintomas abordados ocorreram na última semana, pontuando de maneira ascendente. Dois itens abordam sintomas de compulsão alimentar e os demais trabalham com comportamentos de restrição e preocupações com peso e imagem corporal<sup>24,32</sup>. O desenvolvimento do EDE-QS foi realizado a partir de uma amostra de 489 pacientes, internados e ambulatoriais, atendidos em três serviços de TA do Reino Unido entre abril de 2008 e janeiro de 2013, sendo a maioria do sexo feminino (90,2%) com idade de 18 a 72 anos (M = 31,5, DP = 11,5)<sup>24</sup>.

A avaliação psicométrica do EDE-QS demonstrou excelente consistência interna e confiabilidade teste-reteste, além da validade convergente com sua versão longa - o EDE-Q - tanto para pessoas com quanto sem TA, considerando-se um ponto de corte ideal de 15 (sensibilidade 0,83 e especificidade 0,85)<sup>32</sup>. Já há publicação sobre sua tradução e validação transcultural para a população chinesa (amostra de 1.068 estudantes, de 17 a 24 anos)<sup>33</sup> e persa (amostra de 302 estudantes, de 18 e 46 anos)<sup>34</sup>, obtendo em ambos contextos bons resultados de validade para medir a psicopatologia do TA<sup>34</sup>.

Tabela 1 – Descrição dos estudos da revisão.

AUTOR ANO	CARACTERÍSTICA	AMOSTRA (n)	OBJETIVO	INSTRUMENTOS	MÉTODO	LOCAL	COMENTÁRIOS
Nicholas JK et al <sup>12</sup> 2023	Avaliação de métodos de triagem para TA	n=242; n=33 médicos	Avaliar práticas de triagem e tratamento dos TA entre profissionais de saúde em um estado americano considerado carente	NA	Estudo observacional transversal	EUA, Kentucky, 2022	Apesar da maioria dos médicos relatarem conhecimento sobre ferramentas de triagem para TA, a maioria realiza apenas a entrevista clínica. Quase todos expressaram interesse em educação continuada sobre triagem e tratamento TA.
Martínez Suárez et al <sup>13</sup> 2022	Orientações clínicas/ terapêuticas/ Acadêmicas	n=158 artigos	Fornecer aos profissionais de saúde da atenção primária informações relevantes e atualizadas para a identificação precoce de transtornos alimentares (TAs)	NA	Revisão de Literatura	ESPANHA, Oviedo, 2022	Ressalta a atitude preventiva do profissional da APM que deve ser pautada na informação de qualidade, atualizando a sua formação periodicamente.
Pérez Martín et al <sup>28</sup> 2021	Avaliação de métodos de triagem para TA e epidemiologia	N=291 adolescentes, 5 unidades de saúde	Conhecer a porcentagem de pacientes adolescentes em risco de desenvolver TA; identificar a prevalência de risco de AN, BN e TANE, estudar a viabilidade da utilização de instrumentos para a detecção precoce na APS.	EAT-26, SCOFF, EDE-Q, EDE-12 (segunda fase)	Estudo observacional transversal	México, Guadalajara 2021	A prevalência geral de risco de transtornos alimentares foi de 17,5%. O SCOFF mostra-se um bom instrumento de triagem na APS para TA.

Kutz et al. <sup>37</sup> 2020	Avaliação de métodos de triagem para TA (AN, BN)	n=25 estudos	Avaliar a acurácia diagnóstica do questionário Sick, Control, One, Fat and Food (SCOFF) para TA DSM-5 na população em geral	SCOFF	Revisão Sistemática.	Estados Unidos, 2020	O SCOFF é uma ferramenta de triagem simples e útil para mulheres jovens em risco para AN e BN, no entanto, não há evidências suficientes para apoiar a utilização triagem de TA pelo DSM-5 na APS. Sugere-se exame mais aprofundado da sua validade ou desenvolvimento de uma nova ferramenta de triagem
Maguen et al. <sup>29</sup> 2018	Avaliação de métodos de triagem para TA (AN, BN e TCA)	N=407 mulheres veteranas	Desenvolver instrumento de triagem de TA para APS com maior precisão e maior potencial de generalização, em comparação às existentes.	Screen for Disordered Eating (SDE), Eating Disorders Screen for Primary Care (EDS-PC) SCOFF, EDE-Q	Estudo observacional transversal	Estados Unidos, 2018	A sensibilidade do SDE na amostra foi superior à do SCOFF, tendo como diferencial rastreamento, inclusive do TCA. Os resultados têm implicações para abordar o rastreamento TA na APS, baseado no achado desta amostra.
Dorflinger LM et al. <sup>30</sup> 2017	Avaliação de métodos de triagem para TA (TCA)	n=116 veteranos, programa de controle de peso na APS	Examinar a validade do VA Binge Eating Screener (VA-BES), uma medida de triagem de item único para compulsão alimentar.	VA-BES e QEWP-R	Estudo observacional transversal	Estados Unidos, 2017	Este estudo demonstrou a utilidade e validade de uma medida de item único para rastrear CA na APS na atenção primária. A amostra consiste em veteranos com comorbidade de obesidade.

Chamay-Weber C et al. <sup>31</sup> 2017	Avaliação de métodos de triagem para TA (TCA em adolescentes)	n=94 adolescentes (59,6% menina)	Investigar o desempenho de um questionário de 10 itens, Adolescent Binge Eating Scale (ADO-BED), para a predição do diagnóstico de TCA, em adolescentes atendidos por obesidade.	ADO-BED e Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)	Estudo observacional transversal	Suíça, Genebra, 2011-2014	O questionário demonstrou ser uma ferramenta de triagem potencial para identificar adolescentes com obesidade em alto risco de TCA e orientar o encaminhamento a um especialista
Sangvai D. <sup>14</sup> 2016	Orientações clínicas/terapêuticas/Acadêmicas	Não se aplica	Discorrer sobre diagnóstico ambulatorial e o tratamento de TA em adolescentes e populações adultas na APS	NA	Dissertativo	Estados Unidos, 2016	Orientações sobre os cuidados e tratamentos pela equipe da APS, em TA menos complexos, com pontos relevantes sobre o tema.
Peat CM, Feltner C. <sup>10</sup> 2022	Orientações clínicas/terapêuticas/Acadêmicas	n=57 artigos	Recomendar sobre a triagem de TA entre adolescentes e adultos APS, após análise e solicitação da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (USPSTF)	NA	Revisão Sistemática	Estados Unidos, 2022	Nenhum estudo avaliou diretamente os benefícios e malefícios do rastreamento. A revisão de evidências destaca lacunas importantes em nosso conhecimento sobre TA na APS. Ressalta a o benefício de educação e treinamento personalizados sobre o tema, assim como transtornos alimentares, ferramentas práticas e integração de serviços de saúde mental na APS.
Wade et al. <sup>8</sup> 2022	Orientações clínicas/terapêuticas/Acadêmicas	n=42 unidades de general practice (GP)	Examinar uma abordagem para aumentar a triagem e o impacto nos encaminhamentos dos TA na APS.	Ferramenta de Triagem online	Estudo Experimental	Austrália, 2020 a 2021	Os resultados sugerem que os três elementos da iniciativa (fornecimento de vias de avaliação e tratamento, acesso a uma ferramenta de triagem,

							fornecimento de informações sobre triagem) aumentaram a probabilidade de os médicos de clínica geral usarem uma ferramenta de triagem, levando a um aumento de quase três vezes nos encaminhamentos.
Schaefer et al. <sup>15</sup> 2021	Orientações clínicas/terapêuticas/Acadêmicas	n=70 estudos	Fornecer uma lista de avaliações psicometricamente validadas para adultos que estão disponíveis no campo dos TA.	-Eating Pathology Symptoms Inventory - Clinician Rated Version (EPSI-CRV); -Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0); -Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): 7-item EDE-Q version; 8-item EDE-Q version e 18-item; -Eating Disorder-15; -Frost Multidimensional Perfectionism Scale	Revisão da literatura	Estados Unidos, 2021	A revisão identificou várias novas medidas publicadas nos últimos 5 anos, que se relacionavam amplamente com quatro temas principais: adesão aos critérios do DSM-5, busca de ferramentas de avaliação breve, avaliação da patologia alimentar em grupos específicos e avaliação de características específicas comumente relacionadas a transtornos alimentares. Médicos e pesquisadores são incentivados a considerar uma série de fatores ao decidir sobre a medida certa para seus propósitos.

				(FMPS); -Eating Disorders Screen for Athletes (EDSA); -Disordered Eating Screen for Athletes (DESA-6); -Repetitive Eating Questionnaire (RepEAT-Q); -ESSCA Interview; -Muscularity oriented Eating Test (MOET); -Eating for Muscularity Scale (EMS); -Dietary Rules Inventory (DRI); -Eating Disorder Flexibility Index (EDFLIX); -Fear of Fat Scale (SI-FAT); -Physical Appearance Comparison Scale-3			
--	--	--	--	--	--	--	--

				(PACS-3); -Short Inventory of Grazing (SIG).			
--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Pedrosa. M.A et al (2024).

NA= Não se aplica, TA= transtornos alimentares, APS= atenção primária a saúde, TC = Transtorno da compulsão alimentar, NA= Anorexia Nervosa, BN = Bulimia Nervosa, TANE= Transtorno Alimentar não especificado, CA= compulsão alimentar.

## CONCLUSÃO

O pensamento sistêmico referente aos cuidados de saúde, envolve observar as particularidades do espaço de cuidado, baseado em variáveis como nível de assistência, disponibilidade de recursos, características políticas e geográficas<sup>4</sup>. Assim, o fornecimento de vias de avaliação e tratamento é enriquecido com um diagnóstico prévio do local onde será utilizado, evitando resultado de rastreamento falso-positivo com encaminhamentos e intervenções desnecessários.

Em um contexto de fortalecimento da assistência primária à saúde, estaremos se propôs a direcionar a análise dos instrumentos disponíveis que tragam robustez de evidência científica, mas também características que tornem seu uso viável para o não especialista<sup>29</sup>. Como ponto de partida, a revisão buscou o conhecimento de instrumentos disponíveis para compor a rotina de avaliação de sintomas alimentares, percebendo algumas limitações em relação a aplicabilidade: tempo longo de aplicações das entrevistas, direcionamento a uma população específica (por ex. não abordando diversidade de etnias e de gênero), e contemplação de transtornos específicos (por ex. somente BN e TCA).

Artigos que abordam as particularidades sociodemográficas, como de um país de baixa e média renda, ressaltam que a maioria dos estudos não avaliam a validade do conteúdo considerando diferenças culturais quanto ao país de elaboração<sup>25</sup>. O Brasil apresenta inúmeras disparidades geográficas e sociais, sendo essencial para fins tanto de pesquisa quanto de assistência, considerar aplicabilidade do instrumento no nosso contexto de APS e realizar adaptação cultural do mesmo<sup>25</sup>.

O EDE-Q, advindo da entrevista clínica padrão ouro, EDE, foi o mais descrito em características psicométricas<sup>26,16</sup>, entretanto pontua-se limitações quanto ao seu tamanho, considerado extenso para uso rotineiro na APS. Buscando formulações mais breves, destacamos o SCOFF já amplamente utilizado pelo não especialista, entretanto o mesmo não abarca diagnósticos atualizados do DSM-5, como o de TCA, assim como alguns instrumentos elaborados destinados apenas a um transtorno específico, como para TCA, VA Binge Eating Screener (VA-BES)<sup>30</sup>, Adolescent Binge Eating Scale<sup>31</sup>, ou avaliado apenas em populações específicas, como Screen for Disordered Eating<sup>29</sup>.

A partir do EDE-Q foram propostas versões com menos itens, que mantivessem a confiabilidade<sup>25</sup>. Dentre eles, destacamos o EDE-QS, que de acordo com os dados da literatura apresenta: fácil aplicação na APS por equipe multidisciplinar, abordagem dos três transtornos alimentares clássicos, ponto de corte descrito com bom poder discriminatório para fins de rastreamento, possibilidade do uso "sessão a sessão", com acompanhamento sintomático e gerenciamento do quadro, aplicação em amostras diversas<sup>25</sup>.

Dessa forma, quando pensamos na APS, precisamos criar estratégias viáveis que permitam a abordagem contínua dos sintomas em um contexto que não requer extensos recursos<sup>36</sup>. Do mesmo modo, do ponto de vista de gestão, a literatura sugere três elementos de iniciativa que aumentam a probabilidade da realização do rastreamento de TA na APS: fornecimento de vias de avaliação e tratamento, acesso a uma ferramenta de rastreamento, fornecimento de informações sobre rastreamento<sup>8</sup>.

Em um nível de assistência primária, na ausência de profissionais especializados, a disponibilização de um instrumento rápido, que aborde todos os transtornos clássicos, reduz a carga do paciente e do profissional<sup>8</sup>. Diante da revisão realizada e análise da literatura, é bem estabelecida a importância da detecção precoce de TA, sendo que ao vincular estratégias relacionadas no cuidado primário

à saúde podemos obter melhores desfechos e menores prejuízos na vida do indivíduo.

Encontramos diversos instrumentos na literatura direcionados ao diagnóstico de TA, entretanto, este trabalho tem como objetivo também a ampliação do olhar para políticas públicas relacionadas ao tema, sendo assim essencial a avaliação da viabilidade dos instrumentos na APS e no contexto de um país em desenvolvimento, para serem propostas de fato ferramentas que capacitem e auxiliem uma melhor assistência prestada.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, organizadores. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; ISBN-10. 8582710887; ISBN-13. 978-8582710883 2013. 947 p.
2. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990– 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *TheLancet* [Internet]. 2020 [citado 12 de julho de 2024];396(10258):1204–22. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620309259>
3. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 15 de maio de 2024];8(4):320–8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036621000407>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 1 jan 2024.
5. US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Chelmow D, et al. Screening for Eating Disorders in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* [Internet]. 15 de março de 2022 [citado 15 de maio de 2024];327(11):1061. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2789963>
6. Lazare K, Mehak A, Telner D. Exploring the primary care experiences of adult patients with eating disorders: a qualitative analysis. *Eating Disorders* [Internet]. 2 de janeiro de 2021 [citado 12 de julho de 2024];29(1):1–16. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10640266.2019.1605778>
7. Gabbay J, May AL. Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* [Internet]. 30 de outubro de 2004 [citado 15 de maio de 2024];329(7473):1013. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.329.7473.1013>
8. Wade TD, Johnson C, Cadman K, Cook L. Turning eating disorders screening in primary practice into treatment: A clinical practice approach. *Intl J Eating*

- Disorders [Internet]. 2022 [citado 15 de maio de 2024];55(9):1259–63. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23732>
9. What is global health? Global Health Action [Internet]. 2010 [citado 12 de julho de 2024];3(1):5142. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v3i0.5142>
  10. Peat CM, Feltner C. Addressing eating disorders in primary care: Understanding screening recommendations and opportunities to improve care. Intl J Eating Disorders [Internet]. 2022 [citado 30 de junho de 2024];55(9):1202–7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23786>
  11. Dantas HLDL, Costa CRB, Costa LDMC, Lúcio IML, Comassetto I. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. Revista Recien [Internet]. 13 de março de 2022 [citado 22 de junho de 2024];12(37):334–45. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/575>
  12. Nicholas JK, Penwell TE, Christian CB, Overberg-Wagoner K, Peiper NC, Levinson CA. Eating Disorder Screening and Treatment in a Medically Underserved Southern State: Data Collected by a Legislative Eating Disorder Council and Implications for Statewide Assessment. Adm Policy Ment Health [Internet]. 1º de março de 2023 [citado 12 de julho de 2024];50(2):342–55. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01240-z>
  13. Martínez Suárez V, Suárez González F, López Ufano ML. Prevention of eating disorders in primary care. Nutr Hosp [Internet]. 2022 [citado 12 de julho de 2024]; Disponível em: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/04186/show>
  14. Sangvai D. Eating Disorders in the Primary Care Setting. Primary Care: Clinics in Office Practice [Internet]. 2016 [citado 30 de junho de 2024];43(2):301–12. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0095454316000191>
  15. Schaefer LM, Crosby RD, Machado PPP. A systematic review of instruments for the assessment of eating disorders among adults. Current Opinion in Psychiatry [Internet]. 2021 [citado 15 de maio de 2024];34(6):543–62. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.1097/YCO.0000000000000746>
  16. Fairburn CG, Beglin SJ. Eating Disorder Examination Questionnaire [Internet]. 2011 [citado 12 de julho de 2024]. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t03974-000>
  17. Hwang AD, Spangler DL. Classifying symptom change in eating disorders: clinical significance metrics for the Change in Eating Disorder Symptoms Scale. Eating Behaviors [Internet]. 2016 [citado 15 de maio de 2024];21:33–40. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471015315300271>
  18. Rodrigues T, Vaz AR, Silva C, Conceição E, Machado PPP. Eating Disorder-15 (ED-15): Factor structure, psychometric properties, and clinical validation. Euro Eating Disorders Rev [Internet]. 2019 [citado 15 de maio de 2024];27(6):682–91. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2694>

19. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* [Internet]. 4 de dezembro de 1999 [citado 15 de maio de 2024];319(7223):1467–8. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.319.7223.1467>
20. Rosenvinge JH, Perry JA, Bjørgum L, Bergersen TD, Silvera DH, Holte A. A new instrument measuring disturbed eating patterns in community populations: development and initial validation of a five-item scale (EDS-5). *Euro Eating Disorders Rev* [Internet]. 2001 [citado 15 de maio de 2024];9(2):123–32. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/erv.371>
21. Grilo CM, Reas DL, Hopwood CJ, Crosby RD. Factor structure and construct validity of the eating disorder examination-questionnaire in college students: Further support for a modified brief version. *Intl J Eating Disorders* [Internet]. 2015 [citado 12 de julho de 2024];48(3):284–9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22358>
22. Kliem S, Mößle T, Zenger M, Strauß B, Brähler E, Hilbert A. The eating disorder examination-questionnaire 8: A brief measure of eating disorder psychopathology (EDE-Q8). *Intl J Eating Disorders* [Internet]. 2016 [citado 12 de julho de 2024];49(6):613–6. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22487>
23. Carey M, Kupeli N, Knight R, Troop NA, Jenkinson PM, Preston C. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms and psychometric properties in U.K. females and males. *Psychological Assessment* [Internet]. 2019 [citado 12 de julho de 2024];31(7):839–50. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/pas0000703>
24. Gideon N, Hawkes N, Mond J, Saunders R, Tchanturia K, Serpell L. Development and Psychometric Validation of the EDE-QS, a 12 Item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Takei N, organizador. *PLoS ONE* [Internet]. 3 de maio de 2016 [citado 12 de julho de 2024];11(5):e0152744. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0152744>
25. Ayala CO, Scarpatta C, Garizábalo-Davila CM, Valencia PAD, Irigaray TQ, Cañon-Montañez W, et al. Assessing eating disorder symptoms in low and middle-income countries: a systematic review of psychometric studies of commonly used instruments. *J Eat Disord* [Internet]. 23 de agosto de 2022 [citado 15 de maio de 2024];10(1):124. Disponível em: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00649-z>
26. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* [Internet]. 1979 [citado 15 de maio de 2024];9(2):273–9. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291700030762/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291700030762/type/journal_article)
27. Solmi F, Bould H, Lloyd EC, Lewis G. The shrouded visibility of eating disorders research. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 15 de maio de 2024];8(2):91–2. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036620304235>

28. Pérez Martín PS, Martínez JA, Valecillos AJ, Gainza García L, Galán Berasaluce M, Checa Díaz P. Detecção precoce y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. *Medicina de Familia SEMERGEN* [Internet]. 2021 [citado 30 de junho de 2024];47(4):230–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359321000599>
29. Maguen S, Hebenstreit C, Li Y, Dinh JV, Donalson R, Dalton S, et al. Screen for Disordered Eating: Improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. *General Hospital Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 30 de junho de 2024];50:20–5. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163834317303559>
30. Dorflinger LM, Ruser CB, Masheb RM. A brief screening measure for binge eating in primary care. *Eating Behaviors* [Internet]. 2017 [citado 30 de junho de 2024];26:163–6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471015316302008>
31. Chamay-Weber C, Combescure C, Lanza L, Carrard I, Haller DM. Screening Obese Adolescents for Binge Eating Disorder in Primary Care: The Adolescent Binge Eating Scale. *The Journal of Pediatrics* [Internet]. 2017 [citado 12 de julho de 2024];185:68-72.e1. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347617302676>
32. Prnjak K, Mitchison D, Griffiths S, Mond J, Gideon N, Serpell L, et al. Further development of the 12-item EDE-QS: identifying a cut-off for screening purposes. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 12 de julho de 2024];20(1):146. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02565-5>
33. He J, Sun S, Fan X. Validation of the 12-item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire in the Chinese context: confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2021 [citado 12 de julho de 2024];26(1):201–9. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s40519-019-00840-3>
34. Mousavi Asl E, Mahaki B, Khanjani S, Mohammadian Y. Assessment of eating disorder psychopathology: The psychometric properties of the Persian version of the Eating Disorder Examination Questionnaire Short Form. *J Res Med Sci* [Internet]. 2021 [citado 12 de julho de 2024];26(1):71. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.4103/jrms.JRMS 230 20>
35. Duffy ME, Calzo JP, Lopez E, Silverstein S, Joiner TE, Gordon AR. Measurement and construct validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire Short Form in a transgender and gender diverse community sample. *Psychological Assessment* [Internet]. 2021 [citado 12 de julho de 2024];33(5):459–63. Disponível em: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/pas0000996>
36. Hay P, Hart LM, Wade TD. Beyond screening in primary practice settings: Time to stop fiddling while Rome is burning. *Intl J Eating Disorders* [Internet]. 2022 [citado 15 de maio de 2024];55(9):1194–201. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23735>

37. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J GEN INTERN MED* [Internet]. 2020 [citado 13 de julho de 2024];35(3):885–93. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-019-05478-6>
38. Souza MTD, Silva MDD, Carvalho RD. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 [citado 20 de julho de 2024];8(1):102–6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&tlng=en)

## 5.2 REFERENCIAL TEÓRICO: *EATING DISORDERS EXAMINATION QUESTIONNAIRE SHORT*

Nesta sessão será apresentada revisão da literatura realizada para obter maior conhecimento do instrumento EDE-QS. O objetivo foi de investigar na literatura científica suas características psicométricas, assim como aplicabilidade em amostras comunitárias e clínicas.

Para fins de linguagem única na indexação, utilizou-se o DeCS/MeSH para definição dos descritores, sendo utilizados "EDE-QS", *Eating Disorders Examination Questionnaire Short*. Foram compilados artigos descritos nos Quadros 1 e 2.

Como já descrito, o *Eating Disorder Examination Questionnaire Short* (EDE-QS) teve seu desenvolvimento a partir do EDE-Q, realizado a partir de uma amostra de 489 pacientes, internados e ambulatoriais, atendidos em três serviços de TA do Reino Unido entre abril de 2008 e janeiro de 2013, sendo a maioria do sexo feminino (90,2%) com idade de 18 a 72 anos ( $M = 31,5$ ,  $DP = 11,5$ ). A avaliação psicométrica do EDE-QS demonstrou excelente consistência interna e confiabilidade teste-reteste, além da validade convergente com sua versão longa.

Os artigos encontrados demonstraram que foi aplicado clinicamente em trabalhos oriundos dos Estados Unidos (Nova Iorque, Califórnia, Texas, Nova Jersey, Oklahoma e Wyoming), Noruega, Islândia, Alemanha, Turquia, Reino Unido (Londres) e Austrália. Estas pesquisas contemplaram aplicação presencial e remota em amostras clínicas e/ou comunitárias com fins de rastreamento em amostras específicas (adolescentes, atletas, bailarinos profissionais e em população LGBTQ+) e avaliação da eficácia de tratamentos (ex. tratamento baseado na família aprimorado online, programa multidisciplinar para população com obesidade, intervenção digital de autoajuda em pacientes com AN, TCA e Transtorno Alimentar Restritivo).

**QUADRO 1: Relação de artigos sobre desenvolvimento e validação do EDE-QS.**

1	<b>TÍTULO:</b> Development and Psychometric Validation of the EDE-QS, a 12 Item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).	
	<b>AUTORES:</b> Gideon N, Hawkes N, Mond J, Saunders R, Tchanturia K, Serpell L	
	<b>OBJETIVO:</b> Desenvolvimento e análise psicométrica de uma versão reduzida do EDE-Q.	<b>AMOSTRA:</b> Amostra (1) clínica, de 489 pacientes, adultos, que foram atendidos em três serviços de TA do Reino Unido (2008 a 2013) e posterior amostra (2) 559 estudantes e voluntários recrutados online, adultos.
	<b>MÉTODO:</b> Na primeira amostra, clínica, foi realizada a análise Rasch em fatores identificados por meio de análise de componentes principais e de especialistas, para formação do EDE-QS. A confiabilidade, validade e sensibilidade do questionário abreviado foram avaliadas na amostra 2.	<b>RESULTADOS:</b> O novo instrumento apresentou alta consistência interna e estabilidade temporal, o senso foi altamente correlacionado com o EDE-Q original e outras medidas de transtorno alimentar e psicopatologia comórbida. Foi suficientemente sensível para distinguir entre pessoas com e sem transtornos alimentares.
2	<b>TÍTULO:</b> Further development of the 12-item EDE-QS: identifying a cut-off for screening purposes.	
	<b>AUTORES:</b> Prnjak K, Mitchison D, Griffiths S, Mond J, Gideon N, Serpell L, Hay P.	
	<b>OBJETIVO:</b> O objetivo foi determinar uma pontuação de corte para uso na triagem de Prováveis casos de TA em ambientes comunitários.	<b>AMOSTRA:</b> Análise da amostra de Gideon et al. (2016), 559 Estudantes e voluntários recrutados online, adultos. participantes,
	<b>MÉTODO:</b> Reanálise dos dados de Gideon et al. (2016), com 559 participantes, sendo comparados os resultados dos seguintes questionários: EDE-Q, EDE-QS, SCOFF e Avaliação de Imparidade Clínica (CIA).	<b>RESULTADOS:</b> Uma pontuação de 15 apresentou o corte com melhor sensibilidade (0,83), especificidade (0,85) e bom valor preditivo positivo (0,37), parecendo assim ser um instrumento com bom poder discriminatório que poderá ser utilizado para fins de rastreio de TA.
3	<b>TÍTULO:</b> Validation of the 12-item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire in the Chinese context: confirmatory factor analysis and Rasch analysis.	

	<b>AUTORES:</b> He J, Sun S, Fan X.	
	<b>OBJETIVO:</b> Validação do EDE-QS em uma amostra Chinesa.	<b>AMOSTRA:</b> 1.068 estudantes universitários chineses
	<b>MÉTODO:</b> Estudo descritivo, avaliando em amostra comunitária propriedades psicométricas da versão chinesa do EDE-QS, sob as estruturas da teoria clássica dos testes e da modelagem Rasch.	<b>RESULTADOS:</b> Na amostra apresentou-se como instrumento breve e psicometricamente sólido para medir os sintomas dos transtornos alimentares no contexto chinês. Aponta que estudos futuros são necessários para explorar a psicométrica e propriedades do C-EDE-QS.
4	<b>TÍTULO:</b> Measurement and construct validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire Short Form in a transgender and gender diverse community sample.	
	<b>AUTORES:</b> Duffy ME, Calzo JP, Lopez E, Silverstein S, Joiner TE, Gordon AR.	
	<b>OBJETIVO:</b> Avaliar a validade de construto do EDE-QS em uma amostra específica (transgênero e de gênero diversificado).	<b>AMOSTRA:</b> Não clínica, adultos, auto identificação como transgêneros e de gênero diverso (N = 71). Recrutados pelas redes sociais, organizações comunitárias e amostragem por referência em cadeia, parceria com Trans Folx Fighting Eating Disorders (T-FFED).
	<b>MÉTODO:</b> Estudo transversal, avaliação de medidas de autorrelato de dados demográficos, experiências relacionadas ao gênero e distúrbios alimentares/imagem corporal, por meio do EDE-QSA, Body Esteem – Weight Subscale (BE-Weight;). Foram avaliadas estatísticas descritivas, distribuições, correlações entre itens e estimativas de prevalência de itens para o EDE-QS.	<b>RESULTADOS:</b> Na amostra estudada, de pessoas transgênero e de gênero diversificado, foi demonstrada boa medição e validade de construto do EDE-QS. A descoberta fornece apoio inicial para a utilização da ferramenta neste grupo, considerado de alto risco.
5	<b>TÍTULO:</b> Assessment of eating disorder psychopathology: The psychometric properties of the Persian version of the Eating Disorder Examination Questionnaire Short Form.	
	<b>AUTORES:</b> Mousavi Asl E, Mahaki B, Khanjani S, Mohammadian Y.	

	<b>OBJETIVO:</b> Avaliar as propriedades psicométricas do EDE-QS, na tradução persa.	<b>AMOSTRA:</b> Amostra de adultos, não clínica de estudantes da universidade de Teerã n=302 (2019 a 2020).
	<b>MÉTODO:</b> Utilizados na amostra os questionários EDE-QS, Eating Attitude Test (EAT-16), Eating Beliefs Questionnaire-18 (EBQ-18), Escala de Autoestima (SES) e Escala de Autocompaixão (SCS). Realizado análise fatorial confirmatória, validade divergente e convergente, de consistência interna e confiabilidade teste-reteste, realizada nos softwares SPSS (versão 22) e LISREL (versão 8.8).	<b>RESULTADOS:</b> O EDE-QS apresentou boa validade e confiabilidade na amostra avaliada.

**QUADRO 2: Relação de artigos que utilizaram o EDE-QS em seus protocolos de pesquisa.**

<b>AUTOR, ANO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>AMOSTRA (n)</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>LOCAL</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>
Steinberg D, et al., 2023	EDE-QS. PHQ-9, GAD-7, escala de avaliação de sobrecarga.	n=210 (C), ON	Determinar a eficácia do Tratamento Baseado na Família aprimorado (FBT+) fornecido por meio de telemedicina para crianças e adolescentes com TA.	New York, California, Texas, and New Jersey (2020-2021)	Houve satisfação dos pacientes e cuidadores o FBT+ virtual, podendo ser essa uma alternativa para transcender as barreiras geográficas e psicossociais do tratamento.
Dahlgren CL, et al., 2023	EDE-QS, EDA-5,	n=1558 (NC), ON	Avaliar a prevalência de TAs, pelo DSM-5 em adolescentes noruegueses.	Noruega, (2020-2021)	19,9% dos participantes pontuaram igual ou acima do ponto de corte aplicado do EDE-QS. A prevalência estimada de qualquer TA foi de 9,4% na amostra total e de 16,4% nas meninas. As estimativas de prevalência de AN, BN, TCA e TANE em meninas foram 2,7%, 1,1%, 1,9% e 10,7%. AN atípica foi o diagnóstico mais frequentemente atribuído em meninas.

Vardardottir B, et al., 2023	EDE-QS, Questionários de baixa disponibilidade de energia em mulheres/homens LEAF-Q/LEAM-Q), Inventário de Dependência de Exercício (EAI), Inventário de Transtorno Dismórfico Muscular (MDDI)	n=87 NC, ON	Avaliar associações dos transtornos alimentares com deficiência energética relativa no esporte (REDS).	Islândia, (2021)	O impulso para a musculatura e o físico estético podem desempenhar um papel na apresentação complexa dos REDs, sugerindo a triagem para dismorfia muscular, além de distúrbios alimentares e exercícios compulsivos. preocupações com a imagem, ou seja, não apenas buscar a magreza e/ou medo de ganhar peso, na prevenção, rastreamento e
Rom, Sean, et al., 2022	EDE-QS, The Kessler Psychological Distress Scale (K10)	n=19 (C), ON	Investigar a viabilidade e eficácia potencial de uma terapia eletrônica breve e apoiada em pessoas com TCA, completo ou sub limiar.	Austrália, 2021	Os resultados do piloto apoiaram a viabilidade e eficácia potencial de um programa breve de e Terapia com foco comportamental na redução da patologia de TA em pessoas com TCA.
Tabler J, et al., 2021	EDE-QS	n=411 (NC), ON	Explorar o papel do estresse, do apoio social e da resiliência relacionados à pandemia de COVID-19 nos sintomas de TA, usando o EDE-QS, e no ganho de peso percebido em adultos LGBTQ+, no contexto dos EUA durante a pandemia de COVID-19.	Oklahoma, Wyoming, Texas (2020-2021)	Indivíduos LGBTQ+ estão provavelmente a experimentar níveis elevados de stress relacionado com a pandemia, sendo que este esteve associado a sintomas alimentares e aumento de peso percebido. O apoio social, mas não o enfrentamento à resiliência, protege contra o aumento dos sintomas de transtorno alimentar

Piya MK et al., 2021	EDE-QS, Kessler Psychological Distress Scale (K10), 36-Item Short Form Survey (SF-36), health-related quality of life (HRQoL)	n=169 (C)	Avaliar o risco de TA, sofrimento psicológico e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com obesidade classe 3, e o efeito do controle de peso multidisciplinar ao longo de 12 meses.	Austrália (2018-2019)	Todos, exceto os escores do EDE-QS, permaneceram significativos após ajuste para mudança de peso. Este estudo destaca a importância do manejo multidisciplinar em pessoas com obesidade classe 3 para ajudar a reduzir o risco de transtorno alimentar e sofrimento psicológico, e melhorar a QVRS, além da perda de peso.
Ravi S, al. 2022	EDE-QS	n=211 (100 casos e 111 controles) (NC)	1 Avaliar as diferenças na história menstrual e puberal e as tendências nos comportamentos alimentares entre mulheres com e sem experiência esportiva competitiva. 2. Investigar se a história menstrual e os comportamentos alimentares estão associados a fatores relacionados à carreira esportiva.	Finlândia (2022)	Não foram observadas diferenças entre os grupos nas pontuações do EDE-QS por idade, mas TA anteriores foram associados aos TA atuais em ambos os grupos. Entre os atletas, pontuações mais altas no EDE-QS durante a carreira esportiva foram associadas a uma carreira mais curta.
Lam, A. et al., 2024	EDE-QS, K10, SF-36	n=115 (C, P)	Examinar os potenciais preditores de melhoria nos resultados de saúde mental após a participação em um programa intensivo não cirúrgico de controle de peso ambulatorial (WMP) em um hospital público australiano.	Austrália (2018-2021)	Perda de uma média de $8,6 \pm 0,2$ kg ao longo de 12 meses, e uma maior perda de peso no acompanhamento foi significativamente associada a melhores pontuações nos instrumentos, sendo encontrada associação entre redução do sofrimento psicológico e redução da frequência de compulsão alimentar.

Albano G, et al., 2021	EDE-QS, relação da qualidade da aliança de trabalho (AT),	n=99 C, ON	Avaliar a relação da qualidade da aliança de trabalho (AT), com mentores de pares (pessoas com experiência vivida de doença) e mentores de estudantes (estudantes de psicologia) em uma intervenção digital de autoajuda guiada (GSH) de 6 semanas para anorexia nervosa.	Multicentrico (2015-2016)	A AT com pares mentores foi ligeiramente superior à AT com estudantes, sendo que a AT com os mentores na sessão anterior foi significativamente associada às classificações de psicopatologia alimentar na sessão seguinte.
Pensgaard, A. M. et al., 2021	EDE-QS, Hopkins Symptoms Checklist - 10; symptoms of anxiety and depression; Bergen Insomnia Scale; Canadian Problem Gambling Index and Satisfaction with Life Scale.	n=378 NC, ON	Investigar a prevalência de problemas de saúde mental e satisfação com a vida entre diferentes grupos de atletas de elite durante um período selecionado da pandemia de COVID-19 e examinar como as consequências relacionadas à COVID-19 foram associadas a essas variáveis.	Noruega (2020)	Os sintomas de insônia e depressão foram os mais evidentes na amostra. Os sintomas de TA foram mais prevalentes entre os atletas do sexo feminino (8,8% vs 1,4%), enquanto os sintomas de problemas de jogo foram maiores entre os atletas do sexo masculino (8,6% vs 1,3%).
Öğütü, H., et al., 2024.	EDE-QS, The nine item avoidant/restrictiv e food intake disorder screen (NIAS), Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ), and	n=440 NC, ON	avaliar as propriedades psicométricas da versão turca do formulário parental NIAS, determinar a validade da escala em crianças turcas e investigar a relação entre sintomas de ARFID e peso	Turquia (2022)	A versão turca do NIAS é válida e confiável na avaliação dos sintomas de ARFID em crianças.

	Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) scales.		corporal (percentil do índice de massa corporal), distúrbios alimentares relacionados ao peso/forma, sintomas de ansiedade e depressão e traços de apetite ligados ao peso corporal na infância.		
Rom, S et al., 2023	EDE-QS	n=19 C, ON	investigar a aceitabilidade, viabilidade e eficácia preliminar de uma terapia eletrônica apoiada para aqueles com TCA ou TCA subliminar, e examinar a mudança dos sintomas ao longo da duração da terapia.	Austrália (2021)	Resultados apoiam a aceitabilidade, viabilidade e eficácia preliminar de um programa de eTherapy apoiado para aqueles com TCA sugerem a variabilidade da mudança dos sintomas ao longo da duração da terapia.
Junge & Hauschild, 2023	EDE-QS, PHQ-9, GAD-7	n=147 NC, ON	O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de sintomas de depressão, transtorno de ansiedade generalizada e transtornos alimentares em bailarinos profissionais, comparar os resultados entre os sexos e com a população em geral e analisar potenciais determinantes.	Alemanha (2022-2023)	A prevalência de sintomas de depressão, ansiedade generalizada e transtornos alimentares foi elevada em bailarinos profissionais. São recomendados exames de rotina e intervenções de baixo limiar para melhorar a saúde mental de dançarinos profissionais.



### 5.3 TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES: "EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE SHORT (EDE-QS)"

Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Eating Disorders Instrument: "Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS)"

#### RESUMO

**Objetivo:** Tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa, do EDE-QS "Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS)". **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico, de equivalência semântica, a partir das seguintes etapas: 1: tradução por dois tradutores bilíngues com língua-mãe portuguesa; 2: conciliação entre as versões por um terceiro tradutor; 3: tradução reversa da versão final preliminar; 4: validação e conciliação da tradução reversa pelos autores originais; 5: validação cultural da versão final da tradução por painel de seis especialistas; 6: pré-teste com 20 voluntários para avaliação da compreensão das questões; e, por fim, 7) a elaboração da versão final do instrumento. **Resultados:** As etapas de tradução acima foram concluídas conforme protocolo descrito. Na análise da validade de conteúdo por especialistas, as equivalências foram analisadas em nível de item e de escala, sendo S-CVI alcançados: 0,93 (semântica); 0,98 (idiomática); 0,98 (experencial); 0,98 (conceitual) (mínimo aceitável de 0,83). Na avaliação de compreensão, todos os itens receberam mais de 80% de entendimento e o tempo de aplicação foi de aproximadamente 10 minutos. **Conclusão:** A versão do EDE-QS na língua portuguesa apresentou adequada equivalência semântica, comparada à original. Na população-alvo, demonstrou boa compreensão verbal e praticidade relacionada ao tempo de aplicação.

**Palavras-chave:** Transtornos alimentares. Saúde Mental. Assistência à saúde mental. Saúde Coletiva.

#### INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por sintomas que interferem de maneira persistente na vivência e no comportamento alimentar, apresentando assim comprometimento físico, funcional e social ao indivíduo<sup>1</sup>. São considerados transtornos centrais: anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno da compulsão alimentar (TCA)<sup>1</sup>. O número de casos globais de TA em 2019 foi de 41,9 milhões (95% UI 27,9–59,0)<sup>2</sup>, com AN representando a mais alta taxa de mortalidade dentre os transtornos mentais<sup>3</sup>.

A manifestação dos TA costuma ser insidiosa e frequentemente são detectados apenas diante de complicações clínicas secundárias<sup>4</sup>, acarretando significativo sofrimento psíquico e expressivos custos diretos e indiretos em relação a anos de vida ajustados por incapacidade<sup>5</sup>. No Brasil, são pontuados desafios no cuidado dos pacientes com TA, como: baixo conhecimento dos critérios diagnósticos por psiquiatras<sup>6</sup>, poucos serviços especializados, e baixa prioridade nas políticas públicas<sup>7</sup>.

No contexto de assistência, nosso Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece em sua diretriz a Atenção Primária à Saúde (APS) como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo a equipe multidisciplinar essencial nas ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, gerenciando para pontos de atenção especializados quando necessário<sup>8</sup>. Entretanto, ao analisar

na literatura experiências de cuidados primários de pacientes adultos com TAs, encontra-se que aproximadamente metade de todos os casos nunca são detectados e observa-se altas taxas de insatisfação relacionados aos procedimentos de triagem e diagnóstico<sup>9</sup>.

Problematizando a temática, são trazidos como motivos para a lacuna na APS o desconhecimento dos profissionais sobre o diagnóstico e suas complicações possíveis, bem como a própria dificuldade dos pacientes em procurar o serviço (seja por vergonha, estigma, minimização do problema, entre outros)<sup>9</sup>. Dessa forma, considerando estratégias para melhor identificação e manejo dos quadros<sup>10</sup>, surgem propostas da utilização de instrumentos diagnósticos, visando tanto o estabelecimento de ferramenta para familiarização da equipe com os critérios diagnósticos, como o acompanhamento longitudinal dos pacientes.

Já traduzido e validado para língua portuguesa, o *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q) é um questionário amplamente utilizado que foi adaptado da entrevista estruturada padrão-ouro de avaliação dos TA, o *Eating Disorders Examination*<sup>11</sup>. Entretanto, o mesmo não avalia de maneira seriada a evolução dos sintomas e ainda é considerado longo (28 itens) para alguns contextos. Diante da demanda de um instrumento curto de avaliação por não especialistas, uma versão reduzida foi desenvolvida a partir do EDE-Q: o *Eating Disorder Examination Questionnaire Short* (EDE-QS). O mesmo aborda os sintomas referentes aos TA clássicos, com objetivo da avaliação contínua referente aos últimos sete dias, sendo suas propriedades psicométricas exploradas usando o modelo Rasch<sup>12</sup>.

Os 28 itens foram analisados diante do Modelo de Rasch e de pesquisa com especialistas da sua relevância diagnóstica, chegando a um instrumento de 12 itens de métrica ascendente associada à psicopatologia alimentar, pontuando de 0-36<sup>12</sup>. Dessa forma, o mesmo demonstrou bom poder discriminatório, sensibilidade e especificidade comparado com EDE-Q, sendo considerado ponto de corte ideal para possíveis TA de 15<sup>13</sup>. Seu uso para o acompanhamento da evolução clínica, inclusive por não especialistas, diferencia o EDE-QS de outros instrumentos breves existentes na literatura<sup>12</sup>, demonstrando ser um instrumento prático e com qualidade psicométrica para fins de triagem e acompanhamento clínico de TA.

Diante das dificuldades apresentadas acerca do reconhecimento de sintomas, diagnóstico e gerenciamento dos casos de TA, especialmente na APS, reconhecemos o EDE-QS como uma ferramenta possível e útil para o contexto. Entretanto, ainda não há versão do instrumento disponível na língua portuguesa. Portanto, este trabalho tem como objetivo descrever o processo de adaptação transcultural do EDE-QS para a língua portuguesa, seguindo protocolos internacionais de tradução, bem como avaliar a equivalência semântica e a compreensão verbal da versão traduzida. Espera-se que a versão adaptada seja de fácil aplicação e compreensão, e apresente equivalência semântica em relação ao instrumento original.

## **MÉTODOS:**

Solicitou-se a autorização para conduzir o processo de tradução e adaptação transcultural para versão brasileira na língua portuguesa do EDE-QS aos autores do instrumento original, a qual foi concedida via correio eletrônico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES (Parecer no. 6.188.974). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No presente estudo a tradução e adaptação

seguiu as recomendações da diretriz “*ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation*” (WILD et al., 2005)<sup>14</sup>, contemplando as etapas e procedimentos descritos a seguir e demonstrados na Figura 1:

Foi realizada a tradução do instrumento para a língua portuguesa por dois tradutores colaboradores bilíngues com língua-mãe portuguesa e familiarizados com terminologias psiquiátricas e transtornos alimentares e com termos coloquiais e jargões, sendo que ambos produziram suas versões de forma independente.

Comparou-se as duas versões (Tradução 1 e Tradução 2) produzidas na etapa 1 com a versão original do instrumento, o que foi feito por um terceiro tradutor bilíngue e especialista em transtornos alimentares (autoria principal). As ambiguidades identificadas nessa etapa foram solucionadas por consenso entre os tradutores, configurando um painel de especialistas, chegando-se a uma versão síntese (VS).

Realizou-se a tradução reversa da versão síntese (VS) para a língua do instrumento original, no caso o inglês, por dois tradutores bilíngues, com língua-mãe inglês e que não tinham conhecimento da versão original, evitando assim o viés de informação. Foi realizada após a conciliação das versões, sendo um familiarizado com terminologias psiquiátricas e transtornos alimentares e outro com expressões coloquiais e jargões. A versão resultante da tradução reversa (Tradução reversa síntese - TR) foi revista pelos autores originais do EDE-QS, que fizeram breves comentários sobre alguns termos. Estes apontamentos foram revistos pelo tradutor bilíngue especialista em transtornos alimentares (autoria principal), sendo realizados pequenos ajustes e chegando-se assim a uma versão da tradução preliminar (TP).

Realizou-se a comparação das versões original e preliminar em relação aos seguintes quesitos: Equivalência Semântica (relaciona o significado das palavras nos diferentes idiomas, através da avaliação do vocabulário e também da gramática); Equivalência Idiomática (expressões equivalentes em português que se aproximem de seu significado original em inglês e que faça sentido para a população-alvo da versão traduzida); Equivalência Experiencial (se as situações cotidianas vividas na cultura de origem do documento são vividas também pela cultura-alvo); e Equivalência Conceitual (correspondência de conceitos semelhantes nas culturas de origem do instrumento e a alvo).

Esta comparação foi realizada por um painel de 6 profissionais de distintas áreas da saúde (“juízes”), sendo que o grupo foi composto por pessoas com distintos graus de experiência no manejo de TAs, buscando-se assim uma percepção mais ampla de possíveis inconsistências. O painel foi composto por três psiquiatras com expertise em TA (sendo que um participou da primeira fase do processo); um médico de família e comunidade com experiência moderada com TA; e dois nutricionistas com e sem expertise em TA e com experiência em questões culturais relacionadas à alimentação. Todos consentiram com sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam orientações sobre o processo de avaliação.

Cada profissional recebeu o EDE-QS (versões original e preliminar) acompanhado de uma escala Likert em cada um de seus 12 itens. Para cada item, o juiz detinha de alternativas para análise sendo o 1 correspondente ao menos equivalente e o 4 ao mais equivalente. Caso considerasse o item não equivalente (NOTAS 1 e 2), era solicitado que descrevesse ao lado no campo correspondente a “Sugestões” o motivo pelo qual o considerava assim e qual substituição sugeria para que ele passasse a ser equivalente. Neste mesmo tópico nomeado de “Sugestões”

havia a possibilidade de deixar comentários que considerasse pertinente e que venham a enriquecer ainda mais o estudo.

As respostas dos seis juizes (Validade de Conteúdo) foram analisadas em nível de item (Item Level Content Validity Index: I-CVI) e em nível de escala (Scale Level Content Validity Index: S-CVI). As avaliações de cada item dadas pelos juizes foram convertidas da seguinte forma: respostas 1 e 2 receberam pontuação 0 (zero); respostas 3 e 4 receberam pontuação 1 (um). O I-CVI foi definido como a pontuação média de cada item calculada a partir da soma das pontuações dos seis juizes dividido por 6 (seis). Já o cálculo do S-CVI se deu pela média simples dos I-CVIs dos 12 itens do EDE-QS. Adotou-se um valor para o S-CVI mínimo aceitável de 0,83, conforme literatura (YUSOFF, 2019). Caso a versão traduzida do EDE-Q não alcançasse boa validade de conteúdo, o processo de tradução e adaptação seria revisto.

Realização de pré-teste para avaliação da compreensão da versão preliminar em uma amostra de 20 pessoas selecionadas em um contexto não clínico, sendo que a literatura recomenda a realização desta etapa com 10 a 40 pessoas. Trata-se de uma amostra de conveniência, composta por 20 pessoas, maiores de 18 anos, abordadas de maneira aleatória nos espaços físicos do Centro de Ciências da Saúde da UFES (CCS-UFES), pela pesquisadora principal (MAAP). Todos os participantes consentiram com sua participação neste estudo por meio da assinatura do TCLE.

O procedimento aplicado a esses participantes foi o de ler cada item da versão preliminar e pedir sua opinião sobre: “este item está claro para você? SIM ou NÃO”. Após analisarem cada item individualmente, os participantes deram seu parecer global sobre o questionário, respondendo às seguintes perguntas: a) todos os itens do instrumento apresentam opções de resposta satisfatórias? SIM ou NÃO; b) os termos utilizados lhe são familiares? SIM ou NÃO; c) você considera que algum termo ou trecho é ambíguo ou difícil de entender? SIM ou NÃO.

A cada resposta “não” dada pelo participante a um item do instrumento, foi solicitado descrever sugestões de nova escrita para torná-lo mais claro. Por protocolo, se houvesse questões não compreensíveis para pelo menos 20% da amostra de participantes, estas seriam avaliadas visando sua adequação à população-alvo para os posteriores testes psicométricos.

Concluídas essas etapas, foi produzida a versão final do EDE-QS adaptado para uso no Brasil, denominado “EDE-QS (Versão brasileira)” (Figura 2).

## **RESULTADOS:**

Foi realizada a tradução do instrumento para a língua portuguesa conforme descrição metodológica dos itens 1 a 3. Neste processo, foram observadas algumas inconsistências semânticas. Por exemplo, no item 3, que aborda o medo de ganhar peso por meio da expressão “*a definite fear*”, houve divergências entre os tradutores da melhora frases coloquiais para facilitar a compreensão e intensidade do “medo”, optado em consenso por utilizar o termo “claramente teve medo”. Solucionadas pequenas ambiguidades percebidas, chegou-se a uma versão síntese da tradução chamada VS.

Conforme previsto, procedeu-se com a tradução reversa da VS para a língua original, no caso o inglês, por dois tradutores bilíngues, chegando à tradução reversa síntese (TR). Após envio aos autores da versão original do EDE-QS, foram apontadas algumas inconsistências. Por exemplo, o trecho da questão 2 “*have you gone for long periods of time (e.g., 8 or more waking hours) (...)*”, teve sua tradução

reversa literal para "*stayed awake*", sendo ressaltado a diferença conceitual entre os termos. Contudo, não necessitou de mudança, pois na versão em português a frase corresponde ao sentido original em "Você ficou por longo período (ex: 8 ou mais horas, em que estivesse acordado(a))".

Ainda, no item 8, que aborda realização de exercícios físicos para fins compensatórios, o termo "*exercised in a driven or compulsive way*", teve a tradução reversa para "*exercised obsessively or compulsively*", sendo pontuado pela autoria do instrumento original a conotação negativa ou relacionada a psicopatologia de um transtorno palavra "obsessively". A frase em português portanto, foi modificada para exercícios de maneira excessiva ou compulsiva". Após tais mudanças, chegou-se à versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa final do instrumento EDE-QS (tradução preliminar - TP).

As versões das etapas 1, 2 e 3, estão descritas na Tabela 1.

Na etapa 4, o comitê de especialistas avaliou e comparou a TP com a versão original do EDE-QS, visando a avaliação global do questionário. Desta forma, na equivalência semântica, as questões 3, 4, 5 e 8 obtiveram I-CVI = 0,8 e todos os demais I-CVI=1. Houve duas sugestões referentes à concordância verbal, no item 3 em "*Pensar sobre comida, alimentação ou calorias fez com que tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades (...)*" e 4 "*Pensar sobre seu peso ou forma do corpo fez com que tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades (...)*", sendo sugerido a utilização do termo "*Pensamentos sobre*" e a concordância verbal "fizeram com que (...)". Considerando o termo utilizado no instrumento original "*Has thinking*", foi definido que manter o verbo "Pensar" seria mais pertinente.

Ainda na etapa 4, o item 8 foi o que obteve menor avaliação (I-CVI=0,8 em todas as quatro equivalências), tendo recebido sugestão de um dos juízes para que a palavra "Obsessiva" fosse usada no lugar de "Excessivo", de forma a dar mais ênfase à necessidade de realização do ato (exercício físico). Na análise comparativa dos termos feita pelos tradutores, considerou-se que, apesar da palavra "obsessiva" ser utilizada na língua portuguesa falada no Brasil como um significante para algo desmedido, seu significado refere-se a "pensamentos, imagens ou impulsos desprovidos de sentido real, que de forma intrusa acometem o indivíduo sem que este possa resistir-la"<sup>15</sup>. Contudo, o item 8 é construído em torno de um comportamento concreto (exercício físico), motivo pelo qual é mais adequado o uso de significantes relacionados a ação, no caso os termos "excessivo" e "compulsivo". Desta forma, o veredito dos tradutores foi por não acatar a sugestão do juiz, sendo que, após consulta, os autores do instrumento original chegaram à mesma conclusão.

As demais questões receberam I-CVI = 1 em todas equivalências avaliadas (semântica, idiomática, experiencial e conceitual). Assim, conforme metodologia, foram realizados os cálculos no nível de escala (*Scale Level Content Validity Index – S-CVI*) e descritos os valores obtidos na Tabela 2. Todos os índices obtiveram pontuação maior que 0,83, sendo maior que o mínimo previsto. Apesar dessa pontuação satisfatória, todas as sugestões recomendadas pelos especialistas aqui destacadas foram consideradas e, diante da pertinência, acatadas na versão final.

### **Análise de Compreensão:**

A versão final foi testada em um piloto com 20 voluntários (7 homens e 13 mulheres) em uma amostra não clínica. Os participantes tinham idade mínima de 18 anos e máxima de 56 e eram estudantes, funcionários, profissionais e visitantes do

campus universitário. O tempo médio de resposta do questionário foi de 10 minutos. Todas as questões receberam mais de 80% de resposta "sim" sobre a compreensão e estavam, portanto, dentro da porcentagem esperada (Tabela 3).

A questão 10 foi a que mais obteve "não" referente a compreensão (18%), apesar de dentro da expectativa do protocolo (20%), mas não houve sugestões de para mudança. Mesmo assim, optamos por uma nova análise do item 10, sendo indagado se o termo "excepcionalmente", como tradução de "*regard as an unusually large amount of food in one go*", seria claro para a população-alvo. Como parte da análise, consultamos a forma como a versão em português do instrumento EDE-Q<sup>16</sup> traduziu um episódio de compulsão alimentar em seu item 13: "Comer o que os outros considerariam uma quantidade exagerada de comida para as circunstâncias, acompanhada de uma sensação de ter perdido o controle sobre a alimentação naquele momento". Assim, em consenso entre os autores, modificou-se o termo "excepcionalmente" para "exagerada para aquela situação", sendo esta uma forma mais coloquial de se referir ao episódio compulsivo sem comprometimento do significado original.

## **DISCUSSÃO:**

O EDE-QS é um instrumento prático, de 12 itens, desenvolvido a partir do considerado padrão-ouro para diagnóstico dos TA (o EDE), sendo uma ferramenta de monitoramento de resultados, auxiliando na abordagem evolutiva dos sintomas e na terapêutica clínica, conseqüentemente<sup>13</sup>. Este artigo descreve a tradução para a língua portuguesa e a adaptação transcultural do EDE-QS para a cultura brasileira. Para tal, foram seguidos protocolos internacionais validados com tradução direta, retrotradução e análise de compreensão envolvendo profissionais de saúde especialistas e generalistas de diferentes áreas e população geral.

Na análise da validade de conteúdo, por meio das respostas dos seis juizes, as equivalências foram analisadas em nível de item e de escala, sendo os S-CVI alcançados de 0,93 (semântica), 0,98 (idiomática), 0,98 (experencial) e 0,98 (conceitual), sendo assim atingido os parâmetros mínimos aceitáveis de 0,83 em todas as dimensões. Da mesma forma, na análise da compreensão todas as questões receberam mais de 80% de entendimento dos itens. A compreensão da população geral aferida no pré-teste é importante visando a aplicabilidade do instrumento na APS, o que poderá auxiliar no reconhecimento e acompanhamento de sintomas dos TAs na população atendida neste nível de atenção que é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

Ainda, comparado com o EDE-Q, um dos propósitos do desenvolvimento do EDE-QS foi reduzir o tempo exigido para sua aplicação, aumentando, portanto, sua praticidade. Na aplicação deste estudo, os entrevistados tiveram uma média de 10 minutos para resposta, o que pode ser considerado um tempo adequado para utilização na APS brasileira, na qual o tempo médio de consulta médica individual gira em torno de 20 minutos<sup>17</sup>.

Ressalta-se que o uso de instrumentos na prática clínica deve ser compatível com a organização dos processos de trabalho e das consultas realizadas no serviço almejado. Sendo assim, por se tratar de instrumento autoaplicável e de realização rápida, reforça pontos da aplicabilidade na rotina da assistência, possibilitando seu uso regular no seguimento daqueles que apresentarem sintomas alimentares.

É importante destacar que as principais dúvidas levantadas na análise de compreensão foram relacionadas a escolha de termos que transmitisse com clareza o caráter patológico dos comportamentos, por exemplo, realizar exercício físico em

si é saudável, entretanto, a sua intensidade e utilização para fins compensatórios configuram-no como um sintoma. Na literatura este tema é bastante abordado pela dificuldade na concordância entre instrumentos de autorrelato e entrevistas clínicas, sendo extremamente necessário avaliar a correspondência no conteúdo dos itens, de forma que expresse ao entrevistado de maneira clara a noção de dimensionamento de comportamentos transtornados<sup>18</sup>.

Neste contexto, ao abordar um episódio de compulsão alimentar, é necessário diferenciar se o mesmo é subjetivo ou objetivo, ou seja, apesar de ambos contemplarem a sensação de perda de controle pelo entrevistado, para ser considerado como um sintoma deverá existir um consumo alimentar considerado grande para ocasião<sup>19</sup>. Assim, no instrumento buscou-se adequar termos dos itens como "quantidade de comida que outras pessoas consideraram excepcionalmente grande para aquela situação", permitindo assim uma compreensão pela população alvo mas preservando o conceito psicopatológico. Ressalta-se assim, a importância da discussão dos termos no instrumento de auto relato diante das especificidades do contexto da população alvo<sup>20</sup>.

Por fim, é importante discutir algumas limitações deste estudo. O perfil das pessoas que participaram da análise de compreensão do instrumento pode não ser representativa da complexa diversidade étnica, cultural, econômica e social da população brasileira. Desta forma, a aplicação do mesmo em alguns contextos pode trazer desafios conceituais e linguísticos não contemplados no estudo. Ainda, sabe-se que os TAs têm expressiva prevalência entre os adolescentes, sendo este um grupo social que tem particularidades culturais importantes que justificam análises específicas de aplicabilidade e adequações linguísticas. Entretanto, a escolha somente de adultos nesta etapa foi intencional, dado o fato deste também ter sido o procedimento padrão usado na validação do instrumento original.

Apesar dos exemplos, consideramos que as limitações podem ser abordadas em próximas etapas, envolvendo estudos voltados à avaliação psicométrica e de confiabilidade do instrumento. Visando o objetivo de sua utilização em diversos cenários, mas dada sua praticidade particularmente na APS, a realização completa da validação para a população brasileira idealmente deverá abranger diferentes cenários clínicos, grupos sociais e contextos culturais e geográficos para confirmação da sua unidimensionalidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os serviços da atenção primária à saúde desempenham um papel crucial na identificação e tratamento de problemas de saúde mental, sendo ainda, um importante organizador das demandas do controle ao acesso aos serviços de atenção secundária e terciária, à medida das necessidades de avaliação por um especialista, sendo assim, os reconhecimentos de sintomas, tanto precoces como acompanhamento de gravidade, e as decisões a partir deles podem gerar um impacto substancial no tratamento do usuário e na sua qualidade de vida.

Seguiu-se de maneira categórica metodologia validada na literatura científica, e diante da objetividade científica, a versão brasileira do EDE-QS (Figura 2) foi adaptada culturalmente com sucesso. Ainda, ressalta-se, que para escolha do instrumento foram consideradas particularidades e necessidades da população alvo, com a organização da assistência de saúde em um país de média renda e viabilidade da ferramenta, sendo nos resultados contempladas as expectativas de compreensão e praticidade para uso em na APS por não especialistas.

O diagnóstico de TA na APS pode ser difícil, à medida que muitas não

exteriorizam diretamente sua queixa primária apresentando assim identificação diante das complicações. A tradução e adaptação transcultural de um instrumento prático e coerente com a rotina de cuidados na APS, implica na perspectiva de ampliação do cuidado com o indivíduo, à medida que instrumentaliza o profissional para avaliação integral e posterior acompanhamento daqueles apontados com maior risco, fortalecendo a organização dos cuidados no SUS, a nível de saúde pública e saúde mental. No processo de tradução e adaptação transcultural de um instrumento é essencial a utilização de uma metodologia adequada, visando a consonância com o instrumento da língua de origem. Sendo assim, após o seguimento das etapas apresentadas neste estudo, disponibiliza-se um instrumento autoaplicável, de fácil realização, com propósito de reconhecimento e acompanhamento sintomático por equipe multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS:

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, organizadores. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
2. Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 15 de maio de 2024];8(4):320–8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036621000407>
3. Pedrosa MAA, Nunes FT, Menescal LL, Rodrigues CHS, Appolinario JC. Aspectos gerais da avaliação e tratamento dos transtornos alimentares. *Debates em Psiquiatria* [Internet]. 30 de setembro de 2019 [citado 14 de maio de 2024];9(3):14–23. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/50>
4. Currin L, Schmidt U, Waller G. Variables that influence diagnosis and treatment of the eating disorders within primary care settings: A vignette study. *Intl J Eating Disorders* [Internet]. 2007 [citado 14 de maio de 2024];40(3):257–62. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20355>
5. Streatfeild J, Hickson J, Austin SB, Hutcheson R, Kandel JS, Lampert JG, et al. Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *Intl J Eating Disorders* [Internet]. 2021 [citado 15 de julho de 2024];54(5):851–68. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23486>
6. Almeida MC, Segal A, Almeida C, Hiluy JC, Pedrosa MA, Nunes MA, et al. Knowledge and perceived confidence of Brazilian psychiatrists about eating disorders' diagnosis and treatment recommendations. *Brazilian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2024 [citado 15 de julho de 2024]; Disponível em: <https://www.bjp.org.br/details/2524/en-US/knowledge-and-perceived-confidence-of-brazilian-psychiatrists-about-eating-disorders%C2%B4-diagnosis-and-treatment-recommendations>
7. Almeida Filho N de, Barreto ML. *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações*. Editora Guanabara Koogan Ltda; 2011.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acesso em: 1 jan 2024.
9. Lazare K, Mehak A, Telner D. Exploring the primary care experiences of adult patients with eating disorders: a qualitative analysis. *Eating Disorders* [Internet]. 2 de janeiro de 2021 [citado 12 de julho de 2024];29(1):1–16. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10640266.2019.1605778>
10. Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of the American Dietetic Association* [Internet]. 2011 [citado 15 de julho de 2024];111(7):1004–11. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002822311004251>
11. Fairburn CG, Beglin SJ. Eating Disorder Examination Questionnaire [Internet]. 2011 [citado 12 de julho de 2024]. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t03974-000>
12. Gideon N, Hawkes N, Mond J, Saunders R, Tchanturia K, Serpell L. Development and Psychometric Validation of the EDE-QS, a 12 Item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Takei N, organizador. *PLoS ONE* [Internet]. 3 de maio de 2016 [citado 12 de julho de 2024];11(5):e0152744. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0152744>
13. Prnjak K, Mitchison D, Griffiths S, Mond J, Gideon N, Serpell L, et al. Further development of the 12-item EDE-QS: identifying a cut-off for screening purposes. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020 [citado 12 de julho de 2024];20(1):146. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02565-5>
14. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health* [Internet]. 2005 [citado 15 de maio de 2024];8(2):94–104. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301510602525>
15. Barlow DH, Durand VM. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. Cengage Learning; 2021.
16. Moser CM, Terra L, Behenck ADS, Brunstein MG, Hauck S. Cross-cultural adaptation and translation into Brazilian Portuguese of the instruments Sick Control OneStone Fat Food Questionnaire (SCOFF), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA). *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2020 [citado 15 de julho de 2024];42(3):267–71. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-60892020000300267&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892020000300267&tlng=en)
17. Comes Y, Trindade JDS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em

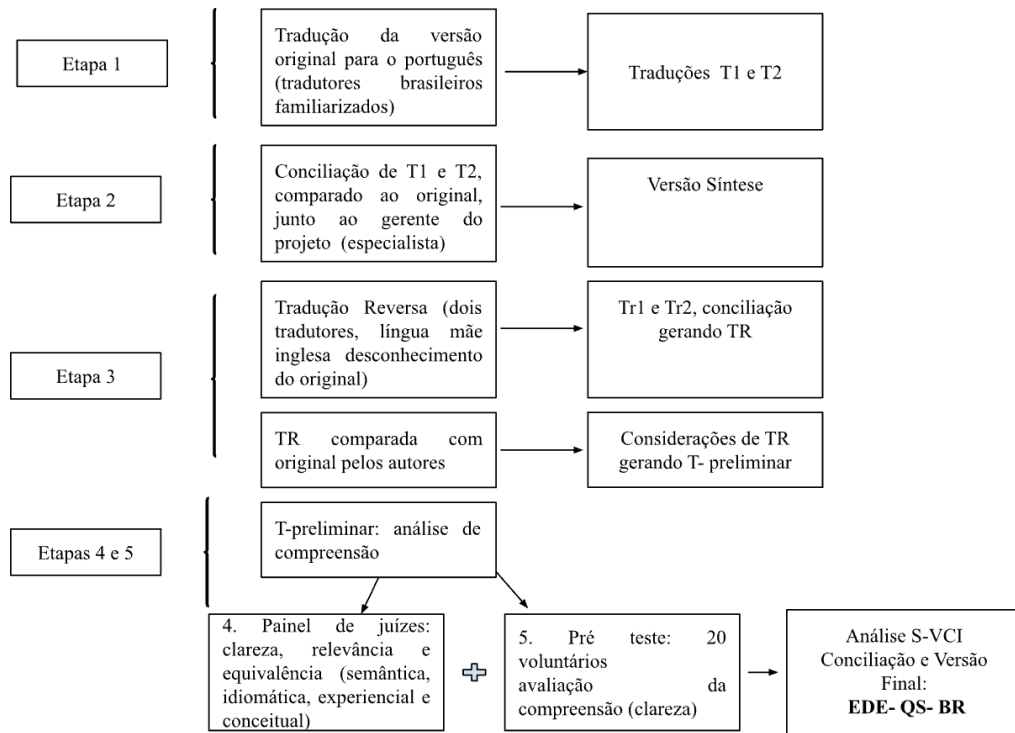
municípios inscritos no Programa Mais Médicos. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2016 [citado 15 de julho de 2024];21(9):2749–59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902749&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902749&lng=pt&tlng=pt)

18. Becker AE, Hadley Arrindell A, Perloe A, Fay K, Striegel-Moore RH. A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: Perspectives from ethnically diverse health care consumers. *Int J Eat Disord* [Internet]. 1o de novembro de 2010 [citado 8 de dezembro de 2022];43(7):633–47. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20755>

19. Aardoom JJ, Dingemans AE, Slof Op't Landt MCT, Van Furth EF. Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors* [Internet]. 2012 [citado 15 de julho de 2024];13(4):305–9. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147101531200089X>

20. Souza ACD, Alexandre NMC, Guirardello EDB, Souza ACD, Alexandre NMC, Guirardello EDB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2017 [citado 15 de julho de 2024];26(3):649–59. Disponível em: [http://revista.iec.gov.br/template\\_doi\\_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000300649&scielo=S2237-96222017000300649](http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000300649&scielo=S2237-96222017000300649).

**Figura 1. Diagrama do processo de tradução e validação da versão do EDE-QS para língua portuguesa (versão brasileira).**



**Figura 2. Resultado final do processo de tradução e validação da versão do EDE-QS para língua portuguesa/versão brasileira**

<b>NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DIAS...</b>	<b>0 dias (0)</b>	<b>1 a 2 dias (1)</b>	<b>3-5 dias (2)</b>	<b>6-7 dias (3)</b>
1. Você tem tentado, de maneira proposital, limitar a quantidade de comida que você come para influenciar seu peso ou forma do corpo (tendo conseguido ou não)?	0	1	2	3
2. Você ficou por longo período (exemplo: 8 ou mais horas, em que estivesse acordado (a)), sem comer nada com intenção de influenciar seu peso ou forma do corpo?	0	1	2	3
3. Pensar sobre comida, alimentação ou calorias fez com que tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades do seu interesse (como trabalhar, manter o foco em uma conversa ou ler)?	0	1	2	3
4. Pensar sobre seu peso ou forma do corpo fez com que tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades do seu interesse (como trabalhar, manter o foco em uma conversa ou ler)?	0	1	2	3
5. Você claramente tem apresentado medo da possibilidade de ganhar peso?	0	1	2	3
6. Você teve um forte desejo de perder peso?	0	1	2	3
7. Você tentou controlar seu peso ou forma do corpo induzindo vômito ou tomando laxantes?	0	1	2	3
8. Você fez exercícios de maneira excessiva ou compulsiva, como forma de controlar seu peso, a forma ou a quantidade de gorduras do seu corpo, ou para queimar calorias?	0	1	2	3
9. Você teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação (no momento em que estava comendo)?	0	1	2	3
10. Em quantos desses dias (em que você teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação) você comeu, em um curto período de tempo, uma quantidade de comida que outras pessoas consideraram exagerada para aquela situação?	0	1	2	3
<b>NOS ÚLTIMOS 7 DIAS...</b>	<b>Nunca (0)</b>	<b>Um pouco (1)</b>	<b>Modera- damente (2)</b>	<b>Muito (3)</b>
11. O seu peso ou a forma do seu corpo influenciaram o modo como você se avalia (julga) como pessoa?	0	1	2	3
12. Quão insatisfeito (a) você tem estado com seu peso e forma do corpo?	0	1	2	3

Tabela 1. Etapas 1 a 3 do processo de tradução e validação da versão do EDE-QS para língua portuguesa/versão brasileira.

Continua...

ORIGINAL	VERSÃO SÍNTESE	TRADUÇÃO REVERSA SÍNTESE	VERSÃO PRELIMINAR
ON HOW MANY OF THE PAST 7 DAYS	NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DIAS	ON HOW MANY OF THE PAST 7 DAYS	NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DIAS
1. Have you been deliberately trying to limit the amount of food you eat to influence your weight or shape (whether or not you have succeeded)?	1. Você tentou, de maneira proposital, limitar a quantidade de comida que você come para influenciar seu peso ou forma do corpo (tendo conseguido ou não)?	1. Have you tried deliberately limiting the amount of food you eat to influence your weight or body shape (whether you achieved it or not)?	1. Você tentou, de maneira proposital, limitar a quantidade de comida que você come para influenciar seu peso ou forma do corpo (tendo conseguido ou não)?
2. Have you gone for long periods of time (e.g., 8 or more waking hours) without eating anything at all in order to influence your weight or shape?	2. Você ficou por longo período (ex: 8 ou mais horas) acordado(a) sem comer nada com intenção de influenciar seu peso ou forma do corpo?	2. Have you stayed awake for a long period (e.g., eight hours or more) without eating anything with the intention of influencing your weight or body shape?	2. Você ficou por longo período (ex: 8 ou mais horas, em que estivesse acordado(a)), sem comer nada com intenção de influenciar seu peso ou forma do corpo?
3. Has thinking about food, eating or calories made it very difficult to concentrate on things you are interested in (such as working, following a conversation or reading)?	3. Ficar pensando em comida, alimentação ou calorias fez com que tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades do seu interesse (como trabalhar, conversar ou ler)?	3. Has continuously thinking about food, nutrition, or calories made it very difficult for you to concentrate on activities that interest you (such as working, talking, or reading)?	3. Pensamentos sobre comida, alimentação ou calorias fizeram com que você tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades do seu interesse (como trabalhar, manter o foco em uma conversa ou ler)?
4. Has thinking about your weight or shape made it very difficult to concentrate on things you are interested in (such as working, following a conversation or reading)?	4. Ficar pensando sobre seu peso ou forma do corpo fez com que tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades do seu interesse (como trabalhar, conversar ou ler)?	4. Has continuously thinking about your body weight or shape made it very difficult for you to concentrate on activities that interest you (such as working, talking, or reading)?	4. Pensamentos sobre seu peso ou forma do corpo fizeram com que você tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades do seu interesse (como trabalhar, manter o foco em uma conversa ou ler)?

5. Have you had a definite fear that you might gain weight?	5. Você claramente teve medo de que poderia ganhar peso?	5. Have you been frightened that you might gain weight?	5. Você claramente tem apresentado medo da possibilidade de ganhar peso?
6. Have you had a strong desire to lose weight?	6. Você teve um forte desejo de perder peso?	6. Have you had a strong desire to lose weight?	6. Você teve um forte desejo de perder peso?
7. Have you tried to control your weight or shape? by making yourself sick (vomit) or taking laxatives?	7. Você tentou controlar seu peso ou forma do corpo induzindo vômito ou tomando laxantes?	7. Have you tried to control your weight or body shape by inducing vomiting or taking laxatives?	7. Você tentou controlar seu peso ou forma do corpo induzindo vômito ou tomando laxantes?
8. Have you exercised in a driven or compulsive way as a means of controlling your weight, shape or body fat, or to burn off calories?	8. Você fez exercícios de maneira obsessiva ou compulsiva, como forma de controlar seu peso, a forma ou a quantidade de gorduras do seu corpo, ou para queimar calorias?	8. Have you exercised obsessively or compulsively to control your weight, shape, or amount of body fat or burn calories?	8. Você fez exercícios de maneira excessiva ou compulsiva, como forma de controlar seu peso, a forma ou a quantidade de gorduras do seu corpo, ou para queimar calorias?
9. Have you had a sense of having lost control over your eating (at the time that you were eating)?	9. Você teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação (no momento em que estava comendo)?	9. Have you ever felt you had lost control over your eating (while you were eating)?	9. Você teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação (no momento em que estava comendo)?
10. On how many of these days (i.e. days on which you had a sense of having lost control over your eating) did you eat what other people would regard as an unusually large amount of food in one go?	10. Em quantos desses dias (ex: em que você teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação) você comeu uma quantidade de comida que outras pessoas considerariam excepcionalmente grande para aquela situação?	10. On how many of those days (e.g., when you felt you had lost control of your eating) did you eat an amount of food that other people would consider exceptionally large for that situation?	10. Em quantos desses dias (ex: em que você teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação) você comeu uma quantidade de comida que outras pessoas considerariam excepcionalmente grande para aquela situação?
OVER THE PAST 7 DAYS...	NOS ÚLTIMOS 7 DIAS...	IN THE LAST 7 DAYS...	NOS ÚLTIMOS 7 DIAS...

11. Has your weight or shape influenced how you think about (judge) yourself as a person?	11. O seu peso ou a forma do seu corpo influenciaram o modo como você se avalia (julga) como pessoa?	11. Has your weight or body shape influenced how you rate (judge) yourself as a person?	11. O seu peso ou a forma do seu corpo influenciaram o modo como você se avalia (julga) como pessoa?
12. How dissatisfied have you been with your weight or shape?	12. Quão insatisfeito você tem estado com seu peso e forma do corpo?	12. How dissatisfied have you been with your weight and body shape?	12. Quão insatisfeito você tem estado com seu peso e forma do corpo?

Fim.

**Tabela 2. Análise de equivalência (I-CVI) e de nível de escala (S-CVI): etapa 4 do processo de tradução e validação da versão brasileira do EDE-QS.**

Continua...

T-PRELIMINAR	I-CVI* - EQUIVALÊNCIAS				COMENTÁRIOS	VERSÃO FINAL
	SEMÂN-TICA	IDIOMÁ-TICA	EXPERI-ENCIAL	CONCEI-TUAL		
NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, EM QUANTOS DIAS... 0 dia (0) / 1 a 2 dias (1) / 3-5 dias (2) / 6-7 dias (3)	1	1	1	1		
1. Você tentou, de maneira proposital, limitar a quantidade de comida que você come para influenciar seu peso ou forma do corpo (tendo conseguido ou não)?	1	1	1	1		
2. Você ficou por longo período (ex: 8 ou mais horas, em que estivesse acordado(a)), sem comer nada com intenção de influenciar seu peso ou forma do corpo?	1	1	1	1		
3. Pensamentos sobre comida, alimentação ou calorias fizeram com que você tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades do seu interesse (como trabalhar, manter o foco em uma conversa ou ler)?	0,8	1	1	1	1. Na introdução, já se define "para se concentrar": manteria entre parênteses (como trabalhar, conversar ou ler) 2. "Pensar sobre comida fez" ou "Pensamentos sobre comida fizeram"	Indeferido:  Optado por manter no plural a palavra pensamentos e não o verbo pensar

T-PRELIMINAR	I-CVI* - EQUIVALÊNCIAS				COMENTÁRIOS	VERSAO FINAL
4. Pensamentos sobre seu peso ou forma do corpo fizeram com que você tivesse muita dificuldade para se concentrar em atividades do seu interesse (como trabalhar, manter o foco em uma conversa ou ler)?	0,8	1	1	1	1. "Pensar sobre seu peso e corpo fez" ou "Pensamentos sobre fizeram"	
5. Você claramente tem apresentado medo da possibilidade de ganhar peso?	0,8	1	1	1		
6. Você teve um forte desejo de perder peso?	1	1	1	1		
7. Você tentou controlar seu peso ou forma do corpo induzindo vômito ou tomando laxantes?	1	1	1	1		
8. Você fez exercícios de maneira excessiva ou compulsiva, como forma de controlar seu peso, a forma ou a quantidade de gorduras do seu corpo, ou para queimar calorias?	0,8	0,8	0,8	0,8	1. Você fez exercícios de maneira obsessiva ou compulsiva - excessivo não me parece dar a força da necessidade do exercício.	Indeferido. Justificativa: conotação de transtorno relacionado à obsessivo e ao conteúdo do pensamento.
9. Você teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação (no momento em que estava comendo)?	1	1	1	1		

T-PRELIMINAR	I-CVI* - EQUIVALÊNCIAS				COMENTÁRIOS	VERSAO FINAL
10. Em quantos desses dias (ex: em que você teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação) você comeu uma quantidade de comida que outras pessoas considerariam excepcionalmente grande para aquela situação?	1	1	1	1	1. No meu entendimento "id est" é "isto é", não "por exemplo" (que seria "e.g.", de "exempli gratia"). Por mim podia ser simplesmente "(em que você..."	Definido acatar sugestão:  Correção: Em quantos desses dias (em que você teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação) você comeu uma quantidade de comida que outras pessoas considerariam excepcionalmente grande para aquela situação?
NOS ÚLTIMOS 7 DIAS...	1	1	1	1		
11. O seu peso ou a forma do seu corpo influenciaram o modo como você se avalia (julga) como pessoa?	1	1	1	1		
12. Quão insatisfeito você tem estado com seu peso e forma do corpo?	1	1	1	1	L= "quão insatisfeito(a)", não?	Definido acatar sugestão:  Correção: Quão insatisfeito (a) você tem estado com seu peso e forma do corpo?
<b>S-CVI**</b>	<b>0,93</b>	<b>0,98</b>	<b>0,98</b>	<b>0,98</b>		<b>0,96</b>

Fim.

\*I-CVI: Validade do conteúdo em nível de item (*Item Level Content Validity Index*);\*\*S-CVI: Validade do conteúdo em nível de escala (*Scale Level Content Validity Index*).

**Tabela 3. Análise de compreensão da amostra: etapa 5 do processo de tradução e validação da versão brasileira do EDE-QS.**

<b>Questão</b>	<b>Porcentagem de Não compreensão</b>
1	4,54%
2	0%
3	9%
4	4,54%
5	13,63%
6	0%
7	9,00%
8	9,00%
9	9,00%
10	18,00%
11	0,00%
12	4,54%

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os TA são transtornos mentais que impactam de maneira expressiva na qualidade de vida do sujeito, tanto pelo sofrimento psíquico, quanto pelas potenciais complicações clínicas secundárias aos comportamentos adotados: desnutrição, deficiência vitamínica, alterações hidroeletrólíticas e hormonais e, particularmente na AN, uma maior mortalidade associada ao quadro. Entretanto, apesar do impacto relatado, tais transtornos ainda permanecem com baixa prioridade nas políticas públicas, na prevenção, promoção da saúde e na assistência à saúde.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) organiza a assistência em saúde mental em uma rede com pontos de cuidado complementares, a RAPS, com o objetivo de garantir o acesso da população aos serviços levando em conta os princípios da oferta universal de cuidados integrais à saúde individual e coletiva. Entretanto, nos quadros de TA, há uma grande lacuna de assistência, tanto de acesso a serviços pelos pacientes (concentração de serviços em grandes centros) como de preparo de equipes para o manejo da complexa interface clínica/psiquiátrica desses quadros (insegurança no diagnóstico e manejo por um não especialista).

Na literatura científica já está bem estabelecido que o diagnóstico e tratamentos precoces são fatores que influenciam em um melhor desfecho, sendo a APS o local estratégico para identificação de sintomas e coordenação dos cuidados nos demais níveis de assistência. No entanto, ao realizarmos o diagnóstico situacional do não alcance dessas metas, procedemos com o trabalho sob um pensamento sistêmico referente aos cuidados de saúde, o que envolveu a observação das particularidades do espaço de cuidado, baseado em variáveis como nível de assistência, disponibilidade de recursos, características políticas e geográficas.

O primeiro objetivo foi identificar na literatura, por meio de uma revisão, instrumentos disponíveis para compor a rotina de avaliação de transtornos alimentares na APS. Identificado o EDE-QS, aprofundamos o estudo sobre este instrumento e verificamos que o mesmo apresentou características importantes como: fácil aplicação na APS por equipe multidisciplinar, abordagem dos três transtornos alimentares clássicos, ponto de corte descrito com bom poder

discriminatório para fins de rastreio, possibilidade do uso "sessão a sessão", com acompanhamento sintomático e gerenciamento do quadro, e aplicação em amostras diversas.

Após escolhido o instrumento, evoluímos para o terceiro objetivo específico, alcançando assim o objetivo geral: adaptação transcultural do instrumento para a língua portuguesa. Para tal, foram seguidos protocolos internacionais validados com tradução direta, retrotradução e análise de compreensão. Na análise da validade de conteúdo, as equivalências foram analisadas em nível de item e de escala sendo atingidos os parâmetros mínimos de 0,83 em todas as dimensões. Os entrevistados tiveram uma média de 10 minutos para resposta, o que pode ser considerado um tempo adequado para utilização na APS brasileira.

Em política e gestão em saúde pública deve-se priorizar a construção do cuidado, sendo importante a união de acadêmicos, profissionais da assistência e os próprios usuários, para formulações de políticas públicas humanizadas, eficazes e exequíveis. A melhor assistência dos TA no Brasil leva a um impacto político nos três níveis de assistência à saúde, sendo importante salientar o seu grau de complexidade, que contempla aspectos biológicos, emocionais e sociais.

Os serviços da APS desempenham um papel crucial na identificação e tratamento de problemas de saúde mental, sendo ainda um importante organizador das demandas e do controle ao acesso aos serviços. O fornecimento de instrumentos norteadores de fácil aplicação é, portanto, uma estratégia de educação continuada da equipe, pois permitirá que seus integrantes se familiarizem com os diagnósticos, facilitará o reconhecimento de sintomas, tanto precoces como do acompanhamento de gravidade, constituindo-se, finalmente, em ferramenta que traz segurança na tomada de decisões, podendo gerar um impacto substancial no tratamento do usuário e na sua qualidade de vida. Em outras palavras, a educação em saúde instrumentaliza o profissional para avaliação integral e assistência baseada em evidências.

Como próximos passos, deve-se realizar a validação psicométrica do instrumento, com a possibilidade de implementá-lo como ferramenta a ser utilizada na Estratégia de Saúde da Família brasileira. Para tal, é importante a utilização de amostras que representem as diversidades do Brasil, configurando um objeto de intervenção representativo dos serviços de saúde do nosso país.

## REFERÊNCIAS

ALBANO G. *et al.* The relationship between working alliance with peer mentors and eating psychopathology in a digital 6-week guided self-help intervention for anorexia nervosa. **Int J Eat Disord**, v. 54, n. 8, p. 1519-1526, agosto 2021. Disponível em doi: 10.1002/eat.23559. Acesso em 23 de julho de 2024.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos, Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 725p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5ª ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.

JUNGE, A., HAUSCHILD, A. Behind the Curtain: Prevalence of Symptoms of Depression, Generalised Anxiety and Eating Disorders in 147 Professional Dancers from Six Opera Houses or State Theatres. **Sports Med – Open**, v. 9, n. 92, 2023. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s40798-023-00638-9>. Acesso em 23 de julho de 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 5 mai. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação 3**, de 28 de setembro de 2017. Consolida das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) . Acesso em 23 de julho de 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2003-2006. Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental, 1 jan. 2007.

CALVO, Amanda Ramos *et al.* Planejamento estratégico na Atenção Primária em saúde. **Rev. APS**, v. 22, n. 4, p. 939-949, out 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16907>. Acesso em: 1 jul. 2024.

CURRIN, L.; SCHMIDT, U.; WALLER, G. Variables that influence diagnosis and treatment of the eating disorders within primary care settings: a vignette study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 40, n. 3, p. 257-262, 2007. Disponível em Doi: 10.1002/eat.20355. Acesso em 14 de maio de 2024.

DAHLGREN, C. L. *et al.* Estimated prevalence of DSM-5 eating disorders in Norwegian adolescents: A community based two-phase study. **Int J Eat Disord**, v.

56, n. 11, p. 2062-2073, novembro 2023. Disponível em doi: [10.1002/eat.24032](https://doi.org/10.1002/eat.24032). Acesso em 23 de julho de 2024.

DUFFY, M. E. *et al.* Measurement and construct validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire Short Form in a transgender and gender diverse community sample. **Psychological Assessment**, v. 33, n. 5, p. 459-463, 2021. Disponível em DOI: [10.1037/pas0000996](https://doi.org/10.1037/pas0000996). Acesso em 12 de julho de 2024.

GEMMA-CLAIRE , Ali; RYAN, Grace; DE SILVA, Mary J. Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: a Systematic Review. **Plos One**, v. 11, n. 6, e0156939, junho 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371>. Acesso em: 14 jul. 2024.

GIDEON, N. *et al.* Development and Psychometric Validation of the EDE-QS, a 12 Item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). **Plos One**, v. 11, n. 5, e0152744, maio de 2016. Disponível em doi: [10.1371/journal.pone.0152744](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152744). Acesso em 12 de julho de 2024

HE, J.; SUN, S.; FAN, X. Validation of the 12-item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire in the Chinese context: confirmatory factor analysis and Rasch analysis. **Eat Weight Disord**, v. 26, n. 1, p. 201-209, 2021. Disponível em DOI: [10.1007/s40519-019-00840-3](https://doi.org/10.1007/s40519-019-00840-3). Acesso em 12 de julho de 2024.

Lam, A. *et al.* Predictors of Mental Health Outcomes in a Multidisciplinary Weight Management Program for Class 3 Obesity. **Nutrients**, v. 16, n. 7, p.1068, abril 2024. Disponível em doi: [10.3390/nu16071068](https://doi.org/10.3390/nu16071068). Acesso em 23 de julho de 2024.

LAZARE, K.; MEHAK, A.; TELNER, D. Exploring the primary care experiences of adult patients with eating disorders: a qualitative analysis. **Eating Disorders**, v. 29, n. 1, p. 1-16, janeiro de 2021. Disponível em DOI: [10.1080/10640266.2019.1605778](https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1605778). Acesso em 12 de julho de 2024.

MATUS, Carlos. **Estrategia y plan**. Ciudad de Mexico: Siglo XXI, 1997. 212 p.

McDONALD , K. M. Achieving equity in diagnostic excellence. **JAMA**, v. 327, n. 20, p. 1955-1956, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.7252>. Acesso em: 14 jul. 2024.

MOUSAVI ASL, E. *et al.* Assessment of eating disorder psychopathology: the psychometric properties of the Persian version of the Eating Disorder Examination Questionnaire Short Form. **J Res Med Sci**, v. 26, n. 71, 2021. Disponível em doi: [10.4103/jrms.JRMS\\_230\\_20](https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_230_20). Acesso em 12 de julho de 2024.

NEUMARK-SZTAINER, D. *et al.* Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: findings from a 10-Year Longitudinal Study. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 111, n. 7, p. 1004-1011, julho 2011. Acesso em 15 de julho de 2024. Disponível em DOI: [10.1016/j.jada.2011.04.012](https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.012).

O'DELL, K. **Transportation among barriers to health care**. Springfield: New Leader, 2008.

ÖĞÜTLÜ, H. *et al.* Psychometric properties of the nine-item avoidant/restrictive food intake disorder screen (NIAS) in Turkish children. **J Eat Disord**, v. 12, n. 30, 2024. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s40337-024-00987-0> . Acesso em 23 de julho de 2024.

OLIVEIRA, Ana Paula *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde colet**, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>. Acesso em: 14 jul. 2024.

PEDROSA, M. A. A *et al.* Aspectos gerais da avaliação e tratamento dos transtornos alimentares. **Debates em Psiquiatria**, v. 9, n. 3, p. 14-23, setembro de 2019. Acesso em 14 de maio de 2024. Disponível em DOI: <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2019.v9.50>.

PENSGAARD, A. M. *et al.* Mental health among elite athletes in Norway during a selected period of the COVID-19 pandemic. **BMJ Open Sport Exerc Med**, v. 7, n. e001025, 2021. Disponível em doi: 10.1136/bmjsem-2020-001025. Acesso em 23 de julho de 2024.

PESSÔA, Luisa Regina. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

PIYA M. K. *et al.* Improvement in Eating Disorder Risk and Psychological Health in People with Class 3 Obesity: Effects of a Multidisciplinary Weight Management Program. **Nutrients**, v. 13, n. 5, p. 1425, abril 2021. Disponível em doi: 10.3390/nu13051425. Acesso em 23 de julho de 2024.

PRNJAK, K. *et al.* Further development of the 12-item EDE-QS: identifying a cut-off for screening purposes. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 146, 2020. Acesso em 12 de julho de 2024. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02565-5>.

RAVI, S. *et al.* Eating behaviours, menstrual history and the athletic career: a retrospective survey from adolescence to adulthood in female endurance athletes. **BMJ Open Sport Exerc Med**, v. 9, n. e001489, março 2023. Disponível em doi: 10.1136/bmjsem-2022-001489. Acesso em 23 de julho de 2024.

ROM, S. *et al.* Evaluating the feasibility and potential efficacy of a brief eTherapy for binge-eating disorder: A pilot study. **Int J Eat Disord**, v. 55, n. 11, p. 1614-1620, novembro 2022. Disponível em doi: 10.1002/eat.23803. Acesso em 23 de julho de 2024.

SANGVAI, D. Eating Disorders in the Primary Care Setting. **Prim Care**, v. 43, n. 2, p. 301-3112, 2016. Disponível em doi: 10.1016/j.pop.2016.01.007. Acesso em 30 de junho de 2024.

SANTOMAURO, D. F. *et al.* The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 4, p. 320-328, 2021. Disponível em DOI:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7). Acesso em 15 de maio de 2024.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.

STEINBERG, D. *et al.* Effectiveness of delivering evidence-based eating disorder treatment via telemedicine for children, adolescents, and youth. **Eat Disord**, v. 31, n. 1, p. 85-101, janeiro 2023. Disponível em doi: 10.1080/10640266.2022.2076334. Acesso em 23 de julho de 2024.

STREATFIELD, J. *et al.* Social and economic cost of eating disorders in the United States: evidence to inform policy action. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 5, p. 851-868, 2021. Acesso em 15 de julho de 2024. Disponível em DOI: [10.1002/eat.23486](https://doi.org/10.1002/eat.23486).

TABLER, J. *et al.* Perceived weight gain and eating disorder symptoms among LGBTQ+ adults during the COVID-19 pandemic: a convergent mixed-method study. **J Eat Disord**, v. 9, n. 1, p. 115, setembro 2021. Disponível em doi: 10.1186/s40337-021-00470-0. Acesso em 23 de julho de 2024.

TANAKA, Oswaldo; RIBEIRO, Edith. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, abril de 2009. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200016>. Acesso em 23 de julho de 2024.

VARDARDOTTIR, B. *et al.* Body dissatisfaction, disordered eating and exercise behaviours: associations with symptoms of REDs in male and female athletes. **BMJ Open Sport Exerc Med**, v. 9, n. 4, e001731, outubro 2023. Disponível em doi: 10.1136/bmjsem-2023-001731. Acesso em 23 de julho de 2024.

WATARI, Takashi; SCHIFF, Gordon. Diagnostic excellence in primary care. **Journal of General and Family Medicine**, Editorial, março 2023. Disponível em Doi: 10.1002/jgf2.617. Acesso em 1. jul. 2024.

## APÊNCIDE A

### **AUTORIZAÇÃO PARA O PROCESSO DE TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO DO EDE-QS PARA LÍNGUA PORTUGUESA/ VERSÃO BRASILEIRA.**

Solicitação e autorização via e-mail:

Dear Mr. Nicole Gideon,

My name is Maria Amália Accari Pedrosa and I am delighted to have the chance to speak to you about your EDE-QS (Eating Disorder Examination Questionnaire Short) article.

Allow me to share some of my brief academic background. In addition to a degree in nutrology, I am a clinical psychiatrist and I have a formal academic specialization in Psychiatry with emphasis on Eating Disorders at Federal University of Rio de Janeiro (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ). In the aforementioned Psychiatry Residency Training Program I was able to not only assist inpatients and outpatients at the State Institute of Diabetes and Endocrinology (Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE), but also to work as part of the Obesity and Eating Disorders Group/UFRJ (GOTA) – which is an interdisciplinary team committed to directly assist patients with eating disorders (outpatient facility regime), as well as is dedicated to research and education in the Eating Disorders field since 1995.

At the present time I am pursuing a master's degree in Public Health (Health Policy and Management) at Federal University of Espírito Santo (Universidade Federal do Espírito Santo – UFES), as well as I am conducting a community research on eating disorders in Primary Care. This research goal is to focus on validation and Portuguese translation of instruments that can assess eating disorders in Primary Care context. It was with great contentment that we read your EDE-QS article, and this is the reason why we would like to respectfully ask you permission to translate and adapt EDE-QS into Portuguese – following the international procedures and using the same phrasing present in the EDE Portuguese version. We intended to validate EDE-QS in both clinical and community samples. For that, the project conduction would be supervised by my master's advisor (Thiago Dias Sarti) and if you gave us permission to translate and adapt EDE-QS into Portuguese, we would be more than glad to include you in this process.

Kind regards,

Maria Amália Accari Pedrosa

para nici.gideon@yahoo.co.uk, Lucy, Henry, mim, Thiago

inglês > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês x

Dear Maria,

Apologies for the delay in response. We would be delighted for this to happen, and you have our permission to translate the measure. I request that we see a backwards translated version of the measure as well, as in our experience there is always a little lost so it would be useful to know that in advance. It's worth spending a bit of time getting this right before moving into data collection.

I have also cc'd my colleague Henry Delamain who has an interest both in eating disorder research and expertise in psychometric analysis so would be valuable to involve on the data side if anything comes up. Please let us know if we can support the evaluation when ready.

With best wishes  
Rob Saunders

**Rob Saunders**  
[r.saunders@ucl.ac.uk](mailto:r.saunders@ucl.ac.uk)

Lecturer in Mental Health Data Science  
CORE Data Lab  
Centre for Outcomes Research and Effectiveness (CORE)  
Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology

## APÊNDICE B

### ORIENTAÇÕES AOS JUÍZES SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO (ETAPA 4 DA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO EDE-QS).

Prezado juiz especialista,

Me chamo Maria Amália Accari Pedrosa, sou médica psiquiatra, CRM 16357/ES, especialista em Transtornos Alimentares pelo GOTA-UFRJ. Em meu projeto de Mestrado Profissional em política e gestão em saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/CCS/UFES), estou realizando a Tradução e Adaptação Transcultural de um instrumento de triagem de transtornos alimentares: Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS).

Os transtornos alimentares (TAs) levam a um importante comprometimento na qualidade de vida da pessoa, sendo que o diagnóstico e tratamento interdisciplinar precoce destes problemas levam a melhores resultados. Uma das formas de se realizar esse diagnóstico precoce consiste na aplicação de questionários validados cientificamente com o intuito de identificar sintomas sugestivos de TAs, que posteriormente serão analisados por profissionais de saúde capacitados para definir ou excluir o diagnóstico de TA. Um dos principais questionários disponíveis atualmente é o "Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS)". Contudo, ele ainda não está disponível na língua portuguesa.

Você foi solicitado a atuar como especialista do comitê de juízes por ser uma referência nos estudos da área de Transtornos Alimentares em nosso país!

Na planilha ao lado você terá acesso ao documento original em inglês (COLUNA A); à tradução inicial - T1 feita por uma especialista na área (COLUNA B); à tradução inicial - T2 feita por outro especialista na área de forma independente (COLUNA C); a avaliação de um terceiro profissional bilíngue com conhecimento de linguagem coloquial, com conciliação das duas versões T3(COLUNA D), e comentários relacionados as mudanças (COLUNA E), a tradução reversa- RT3 feita por um tradutor juramentado nativo em português e fluente em inglês, mas cego para o documento original e sem conhecimento prévio sobre o tema (COLUNA F); essa etapa visa traduzir a versão conciliada do documento de volta ao inglês (língua original do documento) buscando a equivalência do documento traduzido com o original, Assim como RT4, tradução participativa com os autores da escala original, (COLUNA G) Com os motivos da escolha e discussão (COLUNA H) e por fim VERSÃO FINAL /EDE- QS PORTUGUÊS (COLUNA I).

Na mesma planilha (COLUNAS J, K, L e M) você é solicitado a julgar o instrumento em quatro dimensões, sendo elas:

- Equivalência Semântica: busca relacionar o significado das palavras nos diferentes idiomas, através da avaliação do vocabulário e também da gramática;

- Equivalência Idiomática: refere-se a expressões equivalentes em português que se aproximem de seu significado original em inglês e que faça sentido para a população alvo da versão traduzida;

- Equivalência Experiencial: busca-se avaliar se as situações cotidianas vividas na cultura de origem do documento são vividas também pela cultura-alvo;

- Equivalência Conceitual: visa examinar a correspondência de conceitos semelhantes nas culturas de origem do instrumento e a alvo.

Para tanto, você terá 4 alternativas para análise de cada tópico, sendo o 1

correspondente ao menos equivalente e o 4 ao mais equivalente. Caso considere o item não equivalente (NOTAS 1 e 2), solicito que descreva ao lado no campo correspondente a "Sugestões" (COLUNA N) o motivo pelo qual o considera assim e qual substituição sugere para que ele passe a ser equivalente. Neste mesmo tópico nomeado de "Sugestões" também há a possibilidade de deixar comentários que considere pertinente e que venham a enriquecer ainda mais o estudo.

Mais uma vez agradeço a sua contribuição e me coloco à disposição para quaisquer dúvidas que venha a ter ao longo do processo.

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - (ETAPA 5 DA TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO EDE-QS).



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu, \_\_\_\_\_, fui convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “**Tradução e Validação de instrumento de rastreio de transtornos alimentares: *Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE QS)***”, sob responsabilidade da pesquisadora Maria Amália Accari Pedrosa, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. (UFES).

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa assinando ao final deste documento, que está em duas vias: uma delas ficará sob meu domínio e outra via ficará com a pesquisadora

#### **JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.**

Os transtornos alimentares (TAs) levam a um importante comprometimento na qualidade de vida da pessoa, sendo que o diagnóstico e tratamento interdisciplinar precoce destes problemas levam a melhores resultados.

Uma das formas de se realizar esse diagnóstico precoce consiste na aplicação de questionários validados cientificamente com o intuito de identificar sintomas sugestivos de TAs, que posteriormente serão analisados por profissionais de saúde capacitados para definir ou excluir o diagnóstico de TA. Um dos principais questionários disponíveis atualmente é o "*Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS)*". Contudo, ele ainda não está disponível na língua portuguesa.

Desta forma, o objetivo deste estudo é realizar a tradução e adaptação transcultural do EDE-QS para a língua portuguesa.

#### **PROCEDIMENTOS**

Você está convidado(a) a participar da avaliação da compreensão do instrumento EDE-QS - traduzido para o português. Você responderá a perguntas sobre sua opinião em

relação a cada item do instrumento analisado. As perguntas são de fácil resposta e serão preenchidas por você mesmo. Esta pesquisa não aborda aspectos de cunho pessoal. E fique à vontade para se negar a responder alguma pergunta que julgue mais sensível para você.

### **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

Ocorrerá nos espaços físicos do Centro de Ciências da Saúde da UFES (email?). Sua privacidade será mantida e nenhuma informação pessoal sua será divulgada. A duração é de aproximadamente 20 minutos.

### **DESCONFORTOS E RISCOS**

Risco mínimo poderá ser gerado pelo constrangimento durante a conversa, que será minimizado pela garantia de manutenção do sigilo quanto à identificação pessoal e às informações obtidas. Não haverá qualquer risco à sua integridade física ou psicológica. A avaliação será direcionada a compreensão dos itens e não respostas do questionário com informações pessoais. Você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento.

### **BENEFÍCIOS ESPERADOS**

O principal benefício da sua participação nesta pesquisa será contribuir para tradução e validação do EDE-QS para a língua portuguesa possibilitando a realização de mais pesquisas sobre o tema, envolvendo diferentes grupos populacionais. Isso aumenta o conhecimento científico sobre o tema e padroniza a metodologia empregada nos estudos, o que pode vir a contribuir para o desenho e implementação de melhores políticas e práticas de saúde.

### **GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA**

Você **não** é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, ou mesmo após sua conclusão, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

### **GARANTIA DE SIGILO E PRIVACIDADE**

O participante poderá limitar as informações àquelas que queira fornecer. A pesquisadora se responsabiliza sobre os dados obtidos e garante a proteção da imagem do voluntário, sem utilizar as informações em prejuízo dos indivíduos participantes. Os dados serão analisados em conjunto com outros pesquisadores, não sendo divulgada a identificação de nenhum voluntário, bem como suas informações serão utilizadas apenas para os fins propostos no protocolo.

*Você terá a sua identidade resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados coletados nesta pesquisa.*

### **FORMAS DE RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO**

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo preenchimento de protocolos e consultas. Esta pesquisa não vai gerar qualquer tipo de custo ou vantagem financeira a você. Frisamos que não há compensação financeira relacionada à sua participação. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente

decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

## **FORMA ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA**

A investigadora principal é a médica Maria Amália Accari Pedrosa, que pode ser encontrada no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciência da Saúde, na Avenida Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Vitória - ES, CEP 05403-010, telefone: [REDACTED], e-mail: [REDACTED]

Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Marechal Campos, 1468 - Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES - tel: 3335-7211 ramais 16, 17, 18 – e-mail: cep.ufes@hotmail.com. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

## **ESCLARECIMENTO ANTES E DURANTE A PESQUISA SOBRE A METODOLOGIA**

Os pesquisadores garantem que os indivíduos terão o direito de esclarecer qualquer dúvida antes e durante o estudo. Os participantes também têm o direito de se manterem atualizados sobre os resultados parciais das pesquisas ou de outros resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Tradução e Validação de instrumento de rastreio de transtornos alimentares: "Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS)"**”

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo(a) pesquisador(a). Ao mesmo tempo, libero a utilização das informações para fins científicos e de estudos (livros, artigos e slides).

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa Tradução e Validação de instrumento de rastreio de transtornos alimentares "Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE QS)", eu, Maria Amália Accari Pedrosa, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

MARIA AMÁLIA ACCARI PEDROSA: \_\_\_\_\_

**ANEXO A**  
**EATEN DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE SHORT (EDE-QS)**

Name:	Date:	Weight:		Height:	
<b>ON HOW MANY OF THE PAST 7 DAYS</b>		<b>0 days</b>	<b>1-2 days</b>	<b>3-5 days</b>	<b>6-7 days</b>
1. Have you been deliberately trying to limit the amount of food you eat to influence your weight or shape (whether or not you have succeeded)?		0	1	2	3
2. Have you gone for long periods of time (e.g., 8 or more waking hours) without eating anything at all in order to influence your weight or shape?		0	1	2	3
3. Has thinking about food, eating or calories made it very difficult to concentrate on things you are interested in (such as working, following a conversation or reading)?		0	1	2	3
4. Has thinking about your weight or shape made it very difficult to concentrate on things you are interested in (such as working, following a conversation or reading)?		0	1	2	3
5. Have you had a definite fear that you might gain weight?		0	1	2	3
6. Have you had a strong desire to lose weight?		0	1	2	3
7. Have you tried to control your weight or shape? by making yourself sick (vomit) or taking laxatives?		0	1	2	3
8. Have you exercised in a driven or compulsive way as a means of controlling your weight, shape or body fat, or to burn off calories?		0	1	2	3
9. Have you had a sense of having lost control over your eating (at the time that you were eating)?		0	1	2	3
10. On how many of these days (i.e. days on which you had a sense of having lost control over your eating) did you eat what other people would regard as an unusually large amount of food in one go?		0	1	2	3
<b>OVER THE PAST 7 DAYS...</b>		<b>Not at all</b>	<b>Slightly</b>	<b>Moderately</b>	<b>Markedly</b>
11. Has your weight or shape influenced how you think about (judge) yourself as a person		0	1	2	3
12. How dissatisfied have you been with your weight or shape?		0	1	2	3

Derived from the EDE-Q, © Fairburn and Beglin, 2008.

## ANEXO B

# PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFES

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Tradução e Adaptação transcultural do instrumento de rastreio de transtornos alimentares: "Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS)"

**Pesquisador:** MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 71059523.9.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde (CCS)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.188.974

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal metodológico para diagnóstico precoce de transtorno alimentar (TA). Tem-se como objetivo fazer a tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa, de questionário padrão ouro nos diagnósticos de TA, Eating Disorder Examination Questionnaire Short (EDE-QS). O questionário/instrumento não está disponível na língua portuguesa. A tradução e adaptação foi feita antes da submissão ao CEP, por não haver intervenção com seres humanos. A etapa atual envolve a participação de 6 profissionais de distintas áreas da saúde, com distintos graus de experiência no manejo de TAs: psiquiatras com expertise em TA; médico de família e comunidade com experiência moderada com TA; e nutricionistas com e sem expertise em TA e com experiência em questões culturais relacionadas à alimentação. Posteriormente será realizado pré-teste para avaliação da compreensão do instrumento EDE-QSp em uma amostra de 20 pessoas selecionadas em um contexto não clínico, selecionadas ao acaso, dentre aqueles que estiverem circulando pelos espaços físicos do Centro de Ciências da Saúde da UFES. Serão convidadas pessoas que não sejam pacientes em busca de atendimento no Hospital das Clínicas, ou na Clínica Escola, ou no Instituto de Odontologia, mas que estejam circulando pelo espaço do CCS.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
**Bairro:** S/N **CEP:** 29.040-091  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.188.974

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2173098.pdf	04/07/2023 15:57:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	04/07/2023 15:56:59	MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA	Aceito
Outros	ANEXO4AUTORIZACAO.pdf	03/07/2023 18:53:25	MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA	Aceito
Outros	ANEXO5EDEQSORIGINAL.pdf	03/07/2023 18:52:09	MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO3TCLE2.pdf	03/07/2023 18:51:13	MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO2TCLE1.pdf	03/07/2023 18:51:04	MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA	Aceito
Outros	ANEXO1QUESTIONARIOTRADUZIDO.pdf	03/07/2023 18:48:18	MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOCEP.pdf	03/07/2023 18:45:33	MARIA AMALIA ACCARI PEDROSA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITÓRIA, 18 de Julho de 2023

**Assinado por:**

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar  
**Bairro:** S/N **CEP:** 29.040-091  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**ANEXO C**  
**DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DA SUBMISSÃO DOS ARTIGOS**

[RBMFC] Agradecimento pela  
submissão

Entrada



**Secretaria da RB...** 16:42



para mim ▾

Maria Pedrosa,

Agradecemos a submissão do trabalho  
"Transtornos alimentares na Atenção Primária à  
Saúde: Revisão integrativa de ferramentas  
diagnósticas." para a revista Revista Brasileira  
de Medicina de Família e Comunidade.  
Acompanhe o progresso da sua submissão por  
meio da interface de administração do sistema,  
disponível em:

URL da submissão: [https://rbmfc.org.br/rbmfc/  
authorDashboard/submission/4421](https://rbmfc.org.br/rbmfc/authorDashboard/submission/4421)

Login: mariapedrosa

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-  
mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa  
revista como meio de compartilhar seu trabalho.

...

