

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**INTERVENÇÃO INTENSIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DE
FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA EM PESSOAS COM SOBREPESO E
OBESIDADE**

PATRICIA ARIANE GUEDES

ORIENTADORA: Profa. Dra. MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Porto Alegre

Maio, 2017

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**INTERVENÇÃO INTENSIVA PARA O DESENVOLVIMENTO DE
FLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA EM PESSOAS COM SOBREPESO E
OBESIDADE**

PATRICIA ARIANE GUEDES

ORIENTADORA: Profa. Dra. MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

COMISSÃO EXAMINADORA:

PROF(a).DR(a). MÁRCIA FORTES WAGNER (IMED)
PROF(a).DR(a). ANA CAROLINA WOLF BALDINO PEUKER (UFRGS)
PROF. DR(a). IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON (PUCRS)

Porto Alegre

Maio, 2017

À Isabela, Sílvia e Igor.

AGRADECIMENTOS

O objetivo principal do mestrado é aprender a pesquisar e isso não se faz sozinho. Eu entendo que, ainda que tenham ocorrido alguns replanejamentos ligados ao desafio de fazer uma pesquisa que envolve intervenção no Brasil, encontro-me mais próxima desse objetivo. E esse trabalho de mais de dois anos está chegando ao fim, período que combina aspectos da vida acadêmica, profissional e pessoal. Ou seja, envolveu muitos aprendizados, coleguismo, uma gravidez, o nascimento de uma filha, novos conhecimentos, constituição de uma nova empresa, encorajamentos e a busca por uma vida valiosa. E isso não seria possível nesse período e nos anteriores sem a intervenção direta de algumas pessoas.

Inicio agradecendo a Deus, que está comigo sempre, me guiando e se fazendo presente através das pessoas que estão na minha vida. Obrigada, mãe, por me ensinar o valor do amor, do estudo e da dedicação e especialmente no período do mestrado por me motivar sempre e cuidar de mim e da minha filha para que eu pudesse produzir com mais tranquilidade. Agradeço imensamente meu marido, que me ajuda a viver a vida leve, que caminha junto comigo, que é tão diferente de mim, que me completa e traz esse equilíbrio tão fundamental. Igor, obrigada por ser quem és, por teres me incentivado tanto a fazer e concluir o mestrado e por ser um apoio afetivo no dia a dia. Sou muito grata, também, pela presença da Isabela na minha vida, essa filha maravilhosa que traz o colorido para os meus dias e me incentiva a querer fazer mais e ser melhor. Filha, esse mestrado também é teu, que me acompanhou ainda na barriga nas aulas, na qualificação e me impulsionou a fazer e finalizar para poder ficar mais pertinho de ti. Sou muito grata ao meu pai, que certamente fica feliz com minhas conquistas e minhas irmãs, que me apoiam em todas as minhas escolhas, me estimulam na vida e nos estudos e são exemplos de pessoas afetivas e do bem. Agradecimento especial para Marlova, que fez a revisão do Português.

Ao longo da caminhada acadêmica, pude contar com algumas pessoas que são fundamentais também na minha vida pessoal. Agradeço a Prof. Adriana Wagner, que foi a minha orientadora no início da graduação, quando era Bolsista de Iniciação Científica e que me apresentou a pesquisa em Psicologia, cujo exemplo segue comigo até hoje. Agradeço muito especialmente minha orientadora do Mestrado, Prof. Margareth da Silva Oliveira, que me acolheu no grupo e me guiou ao longo desse processo. Certamente, através da sua postura que estimula a autonomia pude crescer e me desenvolver. Obrigada pela confiança, por ter me oportunizado ser supervisora clínica, fazer estágio de docência na tua disciplina e ser flexível

e compreensiva quanto ao período que fiquei afastada. Agradeço aos integrantes do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo e Comportamental por serem apoio e referência durante esse período e, especialmente, ao Breno Irigoyen de Freitas, que transborda gentileza e foi fundamental para a implementação da intervenção. Agradeço aos professores que realizaram a Banca da Qualificação por suas contribuições com afeto. Muito obrigada a minha família, aos meus amigos e aos sócios da Vincular pelo incentivo e por me ajudarem a me aproximar da pessoa que quero ser. Por fim, agradeço aos meus pacientes, que me inspiram diariamente a querer ser uma profissional melhor e que são o meu objetivo ao fazer um Mestrado em Psicologia Clínica. A minha palavra-chave é gratidão.

RESUMO

As consequências da obesidade e sobrepeso podem ser analisadas a partir das questões de saúde física, mental, de qualidade de vida e impactos sociais. Quando essa condição já está instaurada, é necessário atuar a partir de tratamentos que tragam benefícios. Objetiva-se nessa dissertação relatar uma intervenção intensiva baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), assim como, identificar os resultados na Flexibilidade Psicológica em pessoas com sobrepeso e obesidade. Para tanto, os critérios de inclusão foram ter idade entre 18 e 59 anos, apresentar IMC maior ou igual a 25 e ter escolaridade mínima de oito anos de estudo. Já os critérios de exclusão foram presença de diagnósticos de Transtorno da Personalidade Borderline, Transtornos do Humor Bipolar (em episódio ativo), Transtorno Depressivo (em episódio ativo) e Transtornos de Uso de Substâncias. Instrumentos utilizados: Escala de Depressão Ansiedade e Estresse (DASS-21), Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II), Questionário de Aceitação e Ação para o Peso (AAQ-W), Questionário de Valores de Vida (VLQ), Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ), Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal (CFQ-BI) e Mindful Eating Questionnaire (MEQ). Eles foram aplicados em três tempos: antes da intervenção, logo após a intervenção e cinco meses depois da intervenção. O presente estudo foi realizado com 39 indivíduos, com idades entre 21 e 58 anos, com média de 40,9. A maioria dos participantes era solteiro(a) (35,7%) e tinha Ensino Superior, entre incompleto e completo (66,7%). Os participantes apresentaram IMC entre 25,3 e 51,6, com média 34,2 (considerado obesidade). Na seção 1 foi realizado um relato de experiência associando com depoimentos dos pacientes. A intervenção intensiva apresentou aspectos ligados a conceitos da ACT tais como aceitação experiencial, desfusão cognitiva, *Mindfulness*, entre outros, assim como o uso do diagrama Matriz e o envio de mensagens de texto nas semanas seguintes. Na seção 2 foi investigado os efeitos da intervenção intensiva nas medidas de flexibilidade psicológica, compulsão alimentar, sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse. Das 478 pessoas que demonstraram interesse em participar da intervenção, 181 foram triadas. Dessas, 39 pessoas participaram da intervenção e 29 retornaram para a avaliação de seguimento. Como resultados, encontrou-se diferença significativa no aumento da aceitação experiencial (AAQ-II $F_{10,92}$; $p < 0,001$; AAQ-W $F_{14,94}$; $p < 0,001$), no desenvolvimento da desfusão cognitiva (CFQ $F_{10,96}$; $p < 0,001$; CFQ-BI $F_{24,45}$; $p < 0,001$), aumento da consciência e atenção no processo de comer (MEQ $t = -3,75$; $p = 0,001$) e não houve diferença expressiva na importância aos valores na vida e o quanto eles são aplicáveis em ações (VLQ). Houve uma redução significativa de sintomas ligados à compulsão alimentar. Ainda que preliminares, os resultados parecem promissores para o aumento da Flexibilidade Psicológica.

Palavras-Chaves: Terapia de Aceitação e Compromisso; obesidade; compulsão alimentar; intervenção

ABSTRACT

The consequences of obesity and overweight can be analyzed by matters of mental and physical health, quality of life and social impacts. When this condition is already instated, it is necessary to act with treatments that bring benefits. The goal of the present dissertation is to report an intervention based on the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), as well as identifying the results on the Psychological Flexibility in people with obesity or overweight. In order to achieve that, the inclusion criteria were being between 18 and 59 years of age, presenting a BMI 25 or above, and having studied at least eight years, The exclusion criteria were the presence of diagnosis of Borderline Personality Disorder, Bipolar Mood Disorders (in active episode), Depressive Disorder (in active episode) and Substance Abuse Disorders. Instruments used: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), Binge Eating Scale (BES), Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II), Acceptance and Action Questionnaire for Weight (AAQ-W), Values of Life Questionnaire (VLQ), Cognitive Fusion Questionnaire - Body Image (CFQ-BI) and Mindful Eating Questionnaire (MEQ). They were applied in three moments: before the intervention, right after the intervention, and five months after the intervention. The present study was done with 39 subjects, ages between 21 and 58, with an average of 40.9. The majority of the participants was single (35.7%) and had a college degree, either completed or not (66.7%). The participants presented a BMI between 25.3 and 51.6, with an average of 34.2 (considered obesity). In section I an experience account with patient illustrations was done. The intensive intervention presented aspects connected to ACT concepts such as experiential acceptance, cognitive defusion, *Mindfulness*, among others, as well as the use of Matrix diagram and the texting of messages in the weeks following. In section 2 the effects of intensive intervention on psychological flexibility, eating compulsion, depression, anxiety and stress symptoms. Of the 478 people who were interested in participating on the intervention, 181 underwent triage. Of those, 39 participated on the intervention and 29 returned for the segment evaluation. As far as results, a significant difference was found in the increase of experiential acceptance (AAQ-II $F_{10,92}$; $p < 0,001$; AAQ-W $F_{14,94}$; $p < 0,001$), in the development of cognitive defusion (CFQ $F_{10,96}$; $p < 0,001$; CFQ-BI $F_{24,45}$; $p < 0,001$), increase of consciousness and attention in the eating process (MEQ $t = -3,75$; $p = 0,001$) and there was no significant difference in the importance of life values and how much they can be applicable in actions (VLQ). There was an expressive reduction on eating compulsion related symptoms. Even though they're preliminary, the results appear to be promising to for the increase in Psychological Flexibility.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; obesity; eating compulsion; intervention.

LISTA DE TABELAS

Figura 1.1: Processos de Flexibilidade Psicológica (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008) ...	18
Tabela 1.1	36
<i>Instrumentos e etapas de avaliação</i>	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1: Processos de Flexibilidade Psicológica (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008) ...	18
Tabela 1.1	36
<i>Instrumentos e etapas de avaliação</i>	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire;
- AAQ-W: Acceptance and Action Questionnaire-Weight;
- ACT: Terapia de Aceitação e Compromisso
- ANOVA: Análise da variância
- CFQ: Cognitive Fusion Questionnaire;
- CFQ-BI: Cognitive Fusion Questionnaire-Body Image;
- DASS: Depression, Anxiety and Stress Scale;
- ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica
- FP: Flexibilidade Psicológica
- IMC: Índice de Massa Corporal
- IP Inflexibilidade Psicológica
- MEQ: mindful eating questionnaire
- OMS: Organização Mundial da Saúde
- TMR: Teoria das Molduras Relacionais
- VLQ: Valued Living Questionnaire;
- WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	6
ABSTRACT.....	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	10
INTRODUÇÃO.....	13
Temática da Dissertação	13
Justificativa	25
Objetivos	25
Objetivo Geral.....	25
Objetivos Específicos.....	26
Problemas de Pesquisa.....	26
Hipóteses	26
Hipótese 1	26
Hipótese 2	27
Hipótese 3	27
Contexto/Campo da Pesquisa	28
Delineamento	28
Participantes.....	29
Critério de Inclusão.....	29
Critérios de Exclusão	30
Instrumentos.....	30
Caracterização e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão	30
Compulsão alimentar	30
Flexibilidade psicológica	31
Instrumento de intervenção.....	33
Procedimentos.....	35

Recrutamento e entrevista de triagem.....	35
Coleta de dados.....	35
Protocolo de intervenção.....	36
Riscos.....	38
Benefícios.....	38
Apresentação dos estudos.....	38
REFERÊNCIAS.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
ANEXOS.....	50
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	51
ANEXO B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
ANEXO C – Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II).....	57
ANEXO D – Questionário de Aceitação e Ação para o Peso (AAQ-W).....	58
ANEXO E – Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP).....	60
ANEXO F – Questionário de Valores de Vida (VLQ).....	62
ANEXO G – Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal (CFQ-BI).....	64
ANEXO H– Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ).....	65
ANEXO I– Mindful Eating Questionnaire (MEQ).....	66
ANEXO J – Escala de Depressão Ansiedade e Estresse (DASS-21).....	68

Introdução

Temática da Dissertação

A Organização Mundial da Saúde estabelece sobrepeso e obesidade como o acúmulo anormal de gordura que pode prejudicar a saúde. Para fazer essa classificação em adultos, é utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) no qual IMC maior ou igual a 25 é considerado sobrepeso e, ao atingir IMC maior ou igual que 30, se chega a obesidade (World Health Organization [WHO], 2016).

Observa-se que a partir da década de 1970, ocorreram algumas mudanças nos hábitos alimentares da população, tais como o aumento de refeições fora de casa, uma maior dependência de alimentos processados e o aumento do consumo de bebidas adoçadas com açúcar. Além disso, houve um aumento no comportamento sedentário. No início de 1990, se começou a reconhecer os efeitos dessas mudanças tais como altos índices de diabetes, hipertensão e obesidade. Atualmente, as taxas de sobrepeso e obesidade têm crescido com muita rapidez e são identificadas nas populações de países desenvolvidos e em pessoas residentes em países mais pobres, tanto em áreas urbanas quanto rurais (Popkin, Adair, & Ng, 2012). Em termos numéricos, no mundo todo, se constata um aumento entre 1980 e 2013 da proporção de adultos com IMC de 25 ou mais: de 29,8% para 38% em mulheres e de 28,8% para 36,9% nos homens. Assim como nos adultos, a prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado em crianças e adolescentes nos países em desenvolvimento, de 8,1% para 12,9% em 2013 para os meninos e de 8,4% para 13,4% em meninas. Nos países desenvolvidos, a prevalência em crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesos em 2013 é de 23,8% dos meninos e 22,6% de meninas (Ng et al., 2014). Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) que realizou inquéritos por telefone, em um total de 53.210 entrevistas com adultos com mais de 18 anos residentes nas capitais dos 26 estados e DF, o número de pessoas com

excesso de peso cresceu no Brasil: 53,8% dos brasileiros estão acima do peso (índice era 42,6% em 2006) e 18,9% da população está obesa. A obesidade é um problema de saúde pública do século 21 já que o excesso de peso e obesidade estão ligados a consequências adversas de saúde, incluindo doença cardiovascular, diabetes do tipo 2 e outros distúrbios (Martin, Mani, & Mani, 2015).

Em termos sociais e culturais, existe um estigma associado à obesidade, incluindo estereótipos e discriminação, já que os indivíduos obesos podem ser rotulados como pessoas que não têm controle e são preguiçosos. Consequentemente, baixa auto-estima, aumento da ansiedade e depressão são comuns em pacientes com obesidade (Kushner, Lawrence & Kumar, 2013). Na infância e adolescência já se tem encontrada associação entre o excesso de peso e o aumento de pensamentos suicidas, insatisfação com o corpo, ansiedade, depressão e desesperança (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004). Ansiedade e depressão, têm efeitos negativos sobre a qualidade de vida, auto-estima e atitudes alimentares. A obesidade está altamente associada a depressão e essa combinação traz resultados adversos para a saúde. Além disso, ao tratar uma dessas condições (obesidade ou depressão) o curso da outra condição melhora (Jantarotnotai, Mosikanon, Lee, & McIntyre, 2017).

Buscando tratar pessoas com sobrepeso e obesidade, se pode pensar em algumas opções, entre elas, farmacoterapia, mudanças no estilo de vida e cirurgia bariátrica. A aplicação do que foi aprendido na terapia, associado à dieta e exercício físico, demonstram ser uma abordagem com bons resultados. E, ainda, intervenções que envolvem o uso de fármacos e a cirurgia bariátrica têm melhores resultados quando combinados com mudanças no estilo de vida (Burke & Wang, 2011). Além dos efeitos fisiológicos como diminuição da pressão arterial e redução do risco de diabetes, a perda de peso também tem benefícios psicológicos, tais como melhoria na qualidade de vida, na auto-estima, nos sintomas depressivos e imagem corporal (Lasikiewicz, Myrissa, Hoyland, & Lawton, 2014).

O interesse por estudar e aplicar a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) tem aumentado nos últimos 15 anos, desde a publicação de “*Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*” em 1999, pelos fundadores deste tratamento: Steven Hayes, Kirk Strosahl, e Kelly Wilson. Nessa publicação, os autores já apresentavam essa nova abordagem terapêutica como uma opção para a luta contra as emoções, os sofrimentos e pensamentos negativos, e, ainda, ressaltaram o importante papel da linguagem (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). ACT é uma terapia comportamental, que tem como base filosófica o Contextualismo Funcional. Para seguir em direção a uma vida valorizada ao cliente, emprega elementos de aceitação, *mindfulness*, assim como estratégias que visam a mudança comportamental e flexibilidade psicológica. Em termos de ciência, o sucesso da ACT (ou não) independe do sucesso ou fracasso de outras abordagens, assim como a Terapia Cognitiva-Comportamental, pois apesar de distintos, os modelos terapêuticos compartilham o mesmo adversário: o sofrimento humano (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013).

ACT é considerada uma terapia da terceira geração das Terapias Comportamentais. A primeira geração considera a importância de pesquisar sobre os programas terapêuticos e, portanto, foca seus estudos no condicionamento operante e respondente. A formação de terapeutas comportamentais enfatizou essa integração entre pesquisa e psicoterapia, assim como o acompanhamento dos resultados mensuráveis específicos do cliente. Buscando ampliar essa visão, incluindo aspectos ligados à cognição, surge a segunda geração, que manteve a ênfase empírica de suas raízes, mas ampliou o seu enfoque para os eventos privados: os pensamentos, objetivando mudança/reestruturação cognitiva (Sandoz, Wilson, & DuFrene, 2011). A terceira geração emerge na década de 90 e altera o foco na modificação do conteúdo do pensamento, mas sim para a função dele. Essas terapias têm em comum o uso de *mindfulness*, aceitação, relação terapêutica, foco no momento presente e o trabalho com

emoções (Hayes, Follette & Linehan, 2004). Além da ACT, podemos citar como abordagens de terceira geração: Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), Terapia Comportamental Dialética (DBT), Terapia Baseada em *Mindfulness*, entre outras (Pérez-Álvarez, 2012).

Para entender um pouco mais sobre ACT é importante analisar sua base filosófica, que inclui o conceito de Contextualismo Funcional. Essa teoria foi fundamentada, através do livro *World Hypotheses: A Study in Evidence*, escrito por Steven Pepper e lançado em 1942. Na ACT, a compreensão do mundo se dá através do contexto, ou seja, para entender algo, precisamos entender inicialmente o contexto do qual ele emerge. Ainda, para ACT é importante entender as funções dos comportamentos no contexto, sempre analisando e compreendendo os contextos imediato e histórico (Sandoz et al., 2011).

O terapeuta que utiliza o Contextualismo Funcional tem como “critério de verdade” o “trabalho bem sucedido”. Isso significa que as contingências passadas, atuais e as consequências para o comportamento têm impacto sobre a pessoa. Na clínica, a análise do comportamento compreende os objetivos de descrição, previsão e influência do comportamento (Bach & Moran, 2008). Nessa perspectiva, se analisa o "ato no contexto" ou seja, um ato deriva significado de seu contexto: sua história, situação atual e propósito. Na prática clínica há pouco interesse no que é "verdade" em qualquer sentido ontológico do termo (por exemplo, quando os clientes tentam entender se seus pensamentos ou emoções estão adequados), mas existe um grande interesse no que funciona. E quando adotamos tal perspectiva, entende-se porque os valores dos clientes são o grande foco, já que esses nos direcionam (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012).

Outro importante conceito que se deve conhecer ao trabalhar com ACT é a sua base teórica: a Teoria dos Quadros/Molduras Relacionais (TMR). Nela, se compreende a importância da linguagem para os seres humanos e, conseqüentemente seu comportamento, que pode ou não ser funcional. A explicação mais básica se refere ao nosso poder de fazer

relações e inferências, ou seja, quando aprendemos que $A = B$ e $B = C$, logo presumimos que $A = C$. Esta característica pode nos auxiliar, ou nos aproximar do sofrimento, por exemplo, quando comparamos a nossa vida a um ideal, ou quando algo que aconteceu no passado ainda nos influencia, ou quando reagimos a algo que nem vivenciamos. Logo, quando dizemos “um pensamento é só um pensamento” estamos nos referindo que ele é apenas uma construção e seu significado foi derivado de mais uma dessas relações (Westrup, 2014). Os pensamentos, por sua vez, são acessíveis apenas por quem os produz, assim como sensações internas, lembranças e emoções e nós, humanos, damos bastante atenção a esses eventos privados. Nós, inclusive, fazemos coisas conectados a esses fenômenos internos e aprendemos a falar sobre eles, baseados em contingências de reforçamento do meio social. Ainda, um estímulo pode ter diferentes funções, e isso é determinado pela história de aprendizagem e pelo contexto no qual ele ocorre, logo, o que captamos através dos sentidos pode ser transformado através dos nossos pensamentos e imaginação (Törneke, 2010).

O objetivo principal da ACT é diminuir a literalidade dos conteúdos verbais, que levam a esquiva experiencial, aumentando os contextos alternativos nos quais os comportamentos guiados por valores podem ocorrer (Hayes, 2016). Para que isso possa ocorrer, é importante que a Flexibilidade Psicológica seja desenvolvida. A Flexibilidade pode ser compreendida através dos seus seis processos: aceitação experiencial, defusão cognitiva, eu contextual, contato com o presente, valores e ações de compromisso. Os quatro primeiros processos citados pertencem aos Processos de Conscientização e Aceitação (o “a” de ACT) já os dois últimos fazem parte dos Processos de Mudança de Comportamento e Compromisso (o “c” da sigla ACT) (Hayes et al., 2012).

Quando alguém é psicologicamente flexível isso significa que está disposto a estar em contato com experiências privadas indesejáveis (emoções e pensamentos desagradáveis, por exemplo), abandonando a ideia de esquiva, modificação ou controle das experiências. Ao

abandonar a tentativa e luta pelo controle ou esquiva de experiências privadas indesejáveis, a pessoa pode direcionar seus esforços para uma vida valorizada, ainda que eventos particulares indesejáveis sigam ocorrendo (Fledderus, Bohlmeijer, Fox, Schreurs, & Spinhoven, 2013).

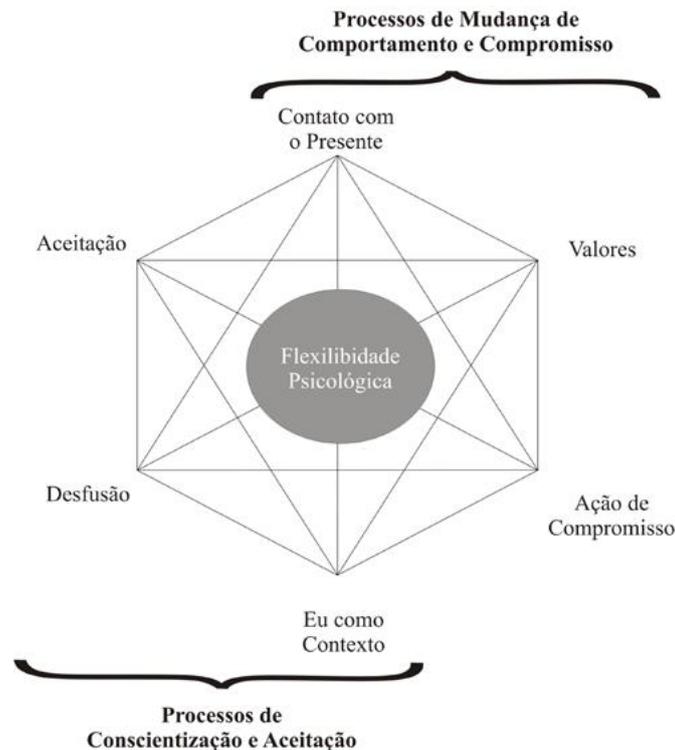


Figura 1.1: Processos de Flexibilidade Psicológica (Hayes, Pistorello & Biglan, 2008)

A Aceitação Experiencial é um dos processos da ACT e é a capacidade de abraçar de forma ativa as emoções, pensamentos e sensações físicas, sendo elas agradáveis ou desagradáveis. Logo, é uma ação intencional e, portanto, não passiva e não tem o objetivo principal de diminuir o desconforto (Westrup, 2014). Essa Aceitação da experiência tal como é, não tem um fim em si mesma, já que está sempre atrelada a ações baseadas em valores. A prática de aceitação envolve exercícios que estimulem a experiência evitada anteriormente. Por exemplo, clientes que apresentam sintomas de ansiedade são convidados a vivenciarem essa ansiedade de forma plena, deixando de lutar com seu sofrimento (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Além de não ser passiva, aceitação não implica gostar ou desejar que o evento

(desconfortável, por exemplo) ocorra e nem tampouco um reconhecimento de derrota ou uma desistência (Bach & Moran, 2008).

Outro processo da ACT é a Desfusão que é a capacidade de ver os pensamentos não como sendo uma verdade absoluta e literal, mas como fenômenos internos. Ou seja, objetivando que os clientes desenvolvam a capacidade de notar os pensamentos, em vez de agir exclusivamente a partir deles. Nesse caso, se busca a mudança da função do pensamento, portanto, não se trata de mudar a forma do pensamento. Dessa forma, não se procura suprimir ou modificar o pensamento para se livrar da dor emocional. O pensamento ainda está lá, mas a relação com esse pensamento é alterada já que estamos buscando vê-lo como ele é (Westrup, 2014).

Técnicas de desfusão cognitiva auxiliam clientes a entender a distância que há entre os pensamentos e a experiência vivenciada através dos sentidos. Conectando com os conceitos da Teoria dos Quadros Relacionais, é como tentar retirar o efeito negativo da linguagem, destacando a não-literalidade dos pensamentos, por exemplo, ensinando os clientes a utilizarem a estrutura “eu estou tendo um pensamento de...” ao descreverem o que estão pensando (McHugh, 2011).

O contato com o momento presente refere-se à capacidade de estar no aqui e agora conscientemente, sem julgamentos e avaliações. Este ato não é um destino, mas um caminho/um processo, no qual se traz para consciência as experiências tais como são. Essa atenção pode ser direcionada ao fluxo de pensamentos, sensações corporais ou qualquer outra vivência (Westrup, 2014). Esse contato com o presente é flexível e é distinto da atenção fixa e rígida; estar presente também não significa se distrair ou dissociar, nota-se claramente que alguém não está no presente quando está preocupado ou ruminando. O que leva a estar fora do momento presente pode ser a ocorrência de um evento/pensamento doloroso, que pode levar à tentativa da esquiva experiencial. Ao fazer exercícios que levem os clientes a entender um

pensamento, suas sensações corporais e as emoções que esse pensamento geram, eles estão sendo capacitados para que possam responder a esse pensamento/evento. Ou seja, a dor não vai necessariamente embora, mas permite que o cliente possa agir apesar dela (Wilson, 2008).

O Processo Eu contextual se refere ao self que experimenta cada pensamento, emoção, função e estado corporal. Por vezes, o eu contextual também é chamado de eu observador ou eu como perspectiva (Wilson, 2008). Eu como contexto é o local (onde) a partir do qual a experiência (o que) de uma pessoa se desenrola. Permitir sentir a experiência em si pode ser um benefício para o aumento da gentileza e aceitação (Bach & Moran, 2008). O objetivo desse processo é ajudar o cliente a desenvolver um senso mais sólido de si mesmo como observador, independente da experiência particular ocorrida no momento (Luoma et al., 2007). Portanto, eu como contexto se refere à distinção entre as experiências em si e o self que experimenta os pensamentos, as emoções e as sensações e as próprias experiências (Westrup, 2014).

Para a ACT, os Valores são dinâmicos e evoluem, são escolhidos de forma livre, são verbalmente construídos, estabelecem reforçadores e diferem de objetivos (Wilson, 2008). O compromisso de um terapeuta ACT é auxiliar seus clientes a, de forma consciente, buscarem seus objetivos de vida e valores. Valores são ações contínuas ao longo do tempo e combinam verbos e advérbios. Por serem escolhas, deixam de lado justificativas ou julgamentos e a esquiva experiencial, tais como “eu deveria valorizar X”, “uma boa pessoa valorizaria Y”. Porém, é claro que a escolha dos valores depende do contexto e da nossa história de vida (Luoma et al., 2007). Valores servem para dar uma direção ou um propósito aos atos, logo, nunca serão satisfeitos ou completos. São ligados com padrões de comportamento que proporcionam um senso de significado e que podem coordenar as nossas ações em longo prazo (Dahl, Plumb, Stewart, & Lundgren, 2009).

O último processo aqui descrito são as Ações de compromisso, que são projetadas para ir ao encontro dos valores, em uma postura de consciência e abertura. Essas ações são selecionadas e monitoradas pela própria pessoa, com conexão com os valores. Caso o cliente tenha dificuldade de eleger essas ações, o terapeuta acompanha esse processo sem julgamentos (Hayes et al., 2012). Ao eleger ações de compromisso, escolhas estarão sendo feitas, através do estabelecimento de uma série de objetivos que movem o cliente e é quando todos os outros cinco processos são colocados na prática, a serviço do objetivo principal da ACT: a Flexibilidade Psicológica (Westrup, 2014).

De acordo com o modelo ACT para psicopatologia, essa ocorre quando há inflexibilidade psicológica, ou seja, comportamentos guiados pela esquiva, fusão cognitiva, perda de contato com o presente, self conceitualizado, falta de clareza dos valores e falta de ações de compromisso (Blackledge, Ciarrochi, & Deane, 2009). Conforme mencionado, a Terapia de Aceitação e Compromisso visa melhorar ou desenvolver a flexibilidade psicológica dos clientes, buscando uma vida valorizada, interagindo com o ambiente, evitando a esquiva experiencial (por exemplo de emoções e pensamentos desagradáveis) e a fusão cognitiva. A fim de desenvolver a Flexibilidade Psicológica de uma forma gráfica e simples, foi desenvolvido o Diagrama Matriz. O primeiro grande objetivo é notar a diferença entre a experiência que captamos através dos sentidos (audição, gustação, olfato, tato, visão) e a experiência da mente (metaforicamente) ou das interpretações, além disso, observar a diferença entre o afastar (do que consideramos sofrimento) e nos aproximar (daquilo que damos valor) (Polk & Schoendorff, 2014).

Para se fazer a Matriz, se desenha duas linhas que se cruzam, uma vertical e outra horizontal, formando quatro quadrantes. Na parte superior da linha vertical escreve-se “Experiência dos Sentidos” e na inferior “Experiência da Mente”. Na linha horizontal, na parte da esquerda se escreve “Afastar” e na da direita “Aproximar”. No quadrante inferior

direito, são escritos os princípios que norteiam o comportamento do cliente, ou seja, quem ou o que é importante (Valores). No inferior esquerdo, as áreas de dificuldade experimentada pelo cliente tais como pensamentos desagradáveis, sentimentos e sensações corporais (Sofrimento). No quadrante superior esquerdo, são elencadas as estratégias que o cliente utiliza para combater essas dificuldades, ou seja, para afastar experiências indesejadas (Tentativas para resolver o sofrimento). Por fim, no quadrante superior direito, são elencadas metas e ações que podem ajudar o cliente a mover-se em direção a quem ou o que é importante (Ações de Compromisso) (Morris, Johns, & Oliver, 2013). As informações relativas a cada um desses quadrantes proporciona uma formulação esquemática de apresentação do indivíduo. Essa formulação deve ser vista como um processo evolutivo e dinâmico que é revisado e alterado ao longo do curso do tratamento.

A Flexibilidade psicológica é desenvolvida ao notar todas essas diferenças e para isso que o diagrama Matriz foi desenvolvido. A Matriz é uma representação gráfica que permite ao observador perceber a direção da sua vida. A decisão do curso em que a vida seguirá, continua sendo do observador.

A Terapia de Aceitação e Compromisso, com base nas questões descritas, vem sendo aplicada a pacientes obesos ou com sobrepeso. Similar a outros comportamentos de adição, boa parte dos pacientes obesos apresentam uma “fissura” em relação à comida. Somado a essa situação, há a vontade de comer objetivando o controle de estados emocionais negativos e sentimentos desagradáveis (Cattivelli et al., 2015). Em estudo realizado no Canadá com 153 mulheres estudantes de graduação, que examinou se a capacidade de auto-compassão se relacionaria ao IMC, ou seja, se tratar-se com gentileza durante momentos de estresse e decepções atenuaria a relação com transtornos alimentares, o IMC e a flexibilidade na imagem corporal. Os resultados indicaram que auto-compassão atenua a relação entre IMC e flexibilidade na imagem corporal, ou seja, essa gentileza pode ajudar a proteger os indivíduos

dos transtornos alimentares, que coincidem com IMC elevado e pode facilitar experiências positivas da imagem corporal (Kelly, Vimalakanthan, & Miller, 2014).

Em pesquisa para testar, por meio de um tratamento de 12 semanas através de ensaio aberto, a eficácia de um tratamento comportamental com os componentes de aceitação para mulheres com sobrepeso e obesidade, foi identificado perda de peso média de 6,6% do peso corporal no pós-tratamento e 9,6% em 6 meses de follow-up, além de mudanças consistentes em fatores psicológicos, tais como experiências de aceitação, *mindfulness*, comer emocional entre outros (Forman, Butryn, Hoffman, & Herbert, 2009). Também buscando investigar uma intervenção em grupo, mas com 8 sessões que mesclava técnicas de mudança comportamental e técnicas baseadas na aceitação (por exemplo, *Mindfulness*, aceitação experiencial, desfusão, ações de compromisso, entre outras), identificando se essa intervenção teria efeito na prevenção de aumento de peso, resultou numa diminuição no peso e IMC, que foi mantida no follow-up após 1 ano (Katterman, Goldstein, Butryn, Forman, & Lowe, 2014).

Ainda que o Transtorno da Compulsão Alimentar possa ocorrer com pessoas com peso abaixo da linha do sobrepeso, ele é mais observado em pessoas obesas ou com sobrepeso, assim como é comum que pessoas com esse diagnóstico flutuem de peso e façam diversas tentativas sem sucesso de controle de peso (Yager & Powers, 2010). Em estudo de caso com duas pacientes com Transtorno da Compulsão Alimentar de 10 sessões de Terapia de Aceitação e Compromisso, se identificou que o comer compulsivo no pré-tratamento foi de 5,7 vezes, o que diminuiu para 2,5 por semana no pós-tratamento, e 1,0 por semana no follow-up, assim como melhorias na flexibilidade da imagem corporal (Hill, Masuda, Melcher, & Morgan, 2015).

Na pesquisa que motivou essa dissertação, Lillis, Hayes, Bunting e Masuda (2009) estudaram a aplicação de um *workshop* de um dia, conduzido por dois terapeutas. Entre os objetivos, estavam o aumento da flexibilidade psicológica e a redução do comportamento de

esquiva. O foco foi no estigma relacionado à obesidade e no sofrimento gerado a partir dessa condição, e para atingir esse foco foram empregadas estratégias de aceitação o *mindfulness*, ensinadas habilidades de desfusão cognitiva (pensamentos e angústias relacionadas ao peso) e clarificação de valores e ações de compromisso. Focalizou-se na experiência dos participantes de buscar viver uma vida baseada nos valores e não foram ensinadas técnicas para perda de peso. Os resultados encontrados no follow-up de 3 meses são de uma melhoria na flexibilidade psicológica e aceitação, na qualidade de vida e no estigma relacionado a obesidade. Apesar das evidências preliminares, é necessário que outros estudos sejam realizados.

Buscando diversificar técnicas e maximizar ou manter resultados atingidos, pode-se pensar no uso de tecnologias. A utilização de mensagens de texto pode auxiliar no acesso ao tratamento, assim como elas podem ser utilizadas na manutenção das melhorias, como reforçar conhecimentos e apresentar lembretes para como lidar com situações específicas. Investigando o uso das mensagens em tratamentos para adição de tabaco e álcool, por exemplo, se encontrou resultados promissores em relação à abstinência (Keoleian, Polcin, & Galloway, 2015). Em meta-análise realizada sobre o uso de mensagens de texto em intervenções para melhoria de comportamentos saudáveis, foi identificado um efeito positivo, porém pequeno no direcionamento a esses comportamentos. Esse efeito foi maximizado quando foram utilizadas várias mensagens. O efeito independe do comportamento saudável investigado e das características da amostra (Orr & King, 2015). Em estudo, com pacientes com sobrepeso e obesidade que completaram um programa de perda de peso e tiveram 12 semanas posteriores com envios de mensagem de texto (pacientes enviavam o seu progresso e eram respondidos de forma personalizada) resultou em redução significativa de IMC, melhora nos índices de depressão e qualidade de vida, porém não foi observada diferença nos escores de ansiedade se comparado ao grupo controle (Donaldson, Fallows, & Morris, 2014).

Justificativa

O estudo realizado por Lillis et al. (2009) teve resultados positivos, porém não foram suficientemente destacados, denotando necessidade de aperfeiçoamento na intervenção. A intenção desse trabalho foi ir além, verificando se uma intervenção baseada no cronograma e material do estudo acima mantém, ou até melhora, os resultados encontrados em medidas de sofrimento psicológico e flexibilidade psicológica, quando acrescida da utilização do diagrama Matriz e associada ao envio de mensagens de texto pelo celular aos participantes, no decorrer de algumas semanas. A opção pela amostra ser composta por pessoas com sobrepeso e obesidade foi por considerar que esse é um problema de saúde pública, com graves consequências para a saúde física e psicológica das pessoas. Para tanto, se organizou essa proposta de intervenção de forma coletiva e intensiva, para que pudesse ser implementada em diversos contextos, tais como na saúde pública, ambulatórios ou clínicas particulares.

A escolha por acrescentar o diagrama Matriz foi devido à possibilidade de simplificar os seis processos de mudança comportamental da ACT, facilitando a compreensão em uma intervenção intensiva e em grupo. E o uso de mensagens de texto enviadas para celular dos participantes foi selecionado pelo baixo custo da intervenção, pouco tempo necessário para o contato com o participante - favorecendo sua utilização, inclusive, na atenção primária de saúde – e o elevado índice de acesso à celular da população brasileira e mundial.

Objetivos

Objetivo Geral

Investigar os efeitos de uma intervenção intensiva, baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso, logo após e no seguimento, em medidas de auto-relato sobre Flexibilidade

Psicológica (Aceitação/Esquiva, Desfusão/Fusão geral, Desfusão/Fusão específica da imagem corporal, Valores claros/Valores difusos) em pessoas com sobrepeso ou obesidade

Objetivos Específicos

Avaliar se há mudança significativa nos níveis de sintomas depressivos, de ansiedade, de estresse e no comer compulsivo entre a avaliação inicial (tempo 1) e o follow up (tempo 3).

Identificar quais processos da Flexibilidade Psicológica estão associados a alterações nas medidas de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse.

Problemas de Pesquisa

- 1). Haverá diferenças significativas na Flexibilidade Psicológica de pessoas com sobrepeso ou obesidade antes e depois (5 meses) de uma intervenção intensiva baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso?
- 2). Será que Flexibilidade Psicológica (desfusão cognitiva, valores, contato com o presente e aceitação experiencial) influencia nos sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse?

Hipóteses

Hipótese 1

- H0: Os participantes da intervenção não apresentarão diferença significativa nos instrumentos de flexibilidade psicológica entre a avaliação inicial (tempo 1) e a avaliação no follow-up (tempo 3).

- H1: Os participantes da intervenção apresentarão significativamente maior flexibilidade psicológica nos instrumentos entre a avaliação inicial (tempo 1) e a avaliação no follow-up (tempo 3).

- H2: Os participantes da intervenção apresentarão significativamente menor flexibilidade psicológica nos instrumentos entre a avaliação inicial (tempo 1) e a avaliação no follow-up (tempo 3).

Hipótese 2

- H0: No follow up de cinco meses (tempo 3), serão mantidas as diferenças observadas na avaliação pós-intervenção (tempo 2).

- H1: No follow up de cinco meses (tempo 3), serão aumentadas as diferenças observadas na avaliação pós-intervenção (tempo 2).

- H2: No follow up de cinco meses (tempo 3), serão diminuídas as diferenças observadas na avaliação pós-intervenção (tempo 2).

Hipótese 3

- H0: Os participantes desse estudo não apresentarão significativamente menor sintomatologia de depressão, ansiedade, estresse e comer compulsivo nos instrumentos entre a avaliação inicial (tempo 1) e o seguimento (tempo 3).

- H1: Os participantes desse estudo apresentarão significativamente menor sintomatologia de depressão, ansiedade, estresse e comer compulsivo nos instrumentos entre a avaliação inicial (tempo 1) e o seguimento (tempo 3).

- H2: Os participantes desse estudo apresentarão significativamente maior sintomatologia de depressão, ansiedade, estresse e comer compulsivo nos instrumentos entre a avaliação inicial (tempo 1) e o seguimento (tempo 3).

Contexto/Campo da Pesquisa

Essa dissertação está inserida nos estudos que o grupo "Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental" (GAAPCC), orientados pela Prof. Dr. Margareth da Silva Oliveira, realizam sobre a aplicação da Terapia de Aceitação e Compromisso em diversos contextos clínicos e não-clínicos. A linha de pesquisa específica do estudo é a PROTRATA - Projetos de prevenção e intervenção terapêutica. E o projeto de pesquisa em que se enquadra esse estudo é "Avaliação e intervenção psicológicas com base nas Terapias Comportamentais Contextuais".

Houve duas fases distintas para a triagem dos participantes: a primeira, que atendeu os quatro (4) primeiros dias de intervenção, seguiu a estrutura de entrevista de triagem de uma outra pesquisa já em andamento no grupo: as pessoas eram chamadas para uma entrevista e, nessa entrevista, respondiam aos questionários e instrumentos no papel. Esse processo tornou-se muito demorado e demandava muito tempo de dedicação frente a pequena equipe que o presente estudo teve. Então se desenvolveu a segunda fase da triagem na qual, após divulgação da pesquisa, os interessados em participar do programa, que preenchiam os critérios de inclusão recebiam um link para responder, à distância e em seu tempo, os instrumentos e questionários pré-intervenção. Os que respondiam os instrumentos de avaliação eram entrevistados para respeitar os critérios de exclusão e depois eram encaminhados para uma das datas de intervenção agendadas.

Delineamento

Os dados trabalhados nessa dissertação são dados secundários decorrentes do projeto "Intervenção Psicossocial Intensiva Baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso para Pessoas com Sobrepeso e Obesidade". Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

PUCRS (CAAE: 48471315.5.0000.5336). Trata-se de um estudo quase-experimental, de delineamento longitudinal. A variável Intervenção foi um *workshop* baseado na intervenção desenvolvida por Lillis et al. (2009) com o acréscimo do uso da Matriz ao longo da intervenção e mensagens de texto enviadas entre a intervenção e o follow up. A variável Tempo teve três níveis: 1º) antes das intervenções; 2º) logo após as intervenções; 3º) cinco meses após as intervenções. As variáveis dependentes foram indicadores de flexibilidade psicológica (esquiva experiencial, valores de vida, fusão cognitiva, *mindfulness* alimentar) e de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse.

Participantes

Os participantes foram recrutados através de anúncios em mídia escrita, redes sociais, televisão e rádio. Além disso, o recrutamento dos participantes aconteceu a partir de convite enviado a hospitais de atendimento e ambulatórios para tratamento de sobrepeso e obesidade.

Inicialmente, 478 pessoas demonstraram interesse respondendo à divulgação através do envio de e-mail. Desses, 339 não foram elegíveis. Das 139 pessoas interessadas, que respeitavam os critérios de inclusão e exclusão, 67 confirmaram a participação, porém não compareceram aos dias de intervenção. Para compreender os objetivos propostos nesse estudo, 39 pessoas realizaram o programa, sendo que 29 retornaram para a avaliação de seguimento. Os(as) participantes realizaram a intervenção em grupos com até 12 participantes. No total, seis grupos foram realizados aos sábados,

Critério de Inclusão

Ingressaram no programa, voluntários entre 18 e 59 anos, apresentando IMC maior ou igual a 25, com escolaridade mínima de oito anos de estudo.

Critérios de Exclusão

Presença de diagnósticos de Transtorno da Personalidade Borderline, Transtornos do Humor Bipolar (em episódio ativo), Transtorno Depressivo (em episódio ativo) e Transtornos de Uso de Substâncias. Avaliados a partir de uma entrevista clínica estruturada, baseada nos critérios do DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Instrumentos

A seguir serão apresentados os instrumentos utilizados para a caracterização e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão da amostra e para avaliação de flexibilidade psicológica. Também são apresentadas as mensagens de texto que foram instrumentos da intervenção.

Caracterização e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão

Para caracterizar a amostra quanto à sintomatologia de ansiedade, depressão e estresse, foi utilizado o seguinte instrumento:

Escala de Depressão Ansiedade e Stress (DASS-21): A DASS-21 foi desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995) com o objetivo de avaliar depressão, ansiedade e estresse a partir de um modelo tripartido. A adaptação da versão brasileira foi realizada por Vignola & Tucci (2014). A escala é composta por 21 itens distribuídos igualmente entre as três dimensões que mensuram a frequência da presença de sintomas durante a última semana. A versão brasileira apresentou boa consistência interna, com alfas de Cronbach de 0,92 para depressão, 0,90 para estresse e 0,86 para ansiedade.

Compulsão alimentar

Buscando identificar a frequência de compulsão alimentar foi utilizado o instrumento

a seguir:

Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP): A ECAP foi desenvolvida por Gormally, Black, Daston, e Rardin (1982) e a adaptação brasileira foi realizada por Freitas, Lopes, Coutinho, e Appolinario, (2001). É uma escala composta por 16 itens e 62 afirmativas, dentre as quais se deve escolher a que mais representa a resposta do indivíduo. A escala possui consistência interna no estudo original moderadamente alta (alfa de Cronbah = 0,85).

Flexibilidade psicológica

Para avaliar a variável dependente Flexibilidade Psicológica, nos seus diversos sub-componentes, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário de Aceitação e Ação (AAQ – II): Desenvolvido por Bond et al. (2011) e em tradução e adaptação por Lucena-Santos et al. (não publicado), o AAQ – II é um questionário de 10 itens e objetiva mensurar a esQUIVA experiencial. As respostas estão dispostas em uma escala Likert de sete pontos, no qual 1 corresponde a "nunca verdadeira" e 7 a "sempre verdadeira". Os escores finais variam de 10 a 70 pontos, os escores mais baixos correspondem a maior aceitação e habilidade de agir na presença de pensamento e emoções difíceis. O questionário original possui boa validade convergente e divergente e alfa de Cronbach médio de 0,84.

Questionário de Aceitação e Ação para o Peso (AAQ-W): Desenvolvido por Lillis & Hayes (2008) e em tradução e adaptação por Lucena-Santos et al. (não publicado), o AAQ-W é um questionário de 17 itens e tem como objetivo mensurar a esQUIVA experiencial no contexto de redução ou manutenção de peso. Utiliza uma escala Likert de 7 pontos. O questionário original apresentou boa consistência interna alfa igual a 0,88 e correlação com outras escalas de medida como a escala AAQ.

Questionário de Valores de Vida (VLQ): O VLQ, desenvolvido por Wilson, Sandoz e

Kitchens (2010) e em tradução e adaptação por Lucena-Santos et al. (não publicado), tem o objetivo de mensurar a importância que o indivíduo dá para diferentes domínios da sua vida e quanto condizentes com esses valores estão as suas ações. O instrumento, composto por 20 itens, contempla 10 domínios de valores e avalia tanto a importância que cada domínio exerce na vida da pessoa quanto o engajamento (consistência das ações) da mesma em ações condizentes com os domínios valorizados. Apresenta consistência interna com alfa de Cronbach de 0,77 para a importância e 0,75 para a consistência das ações.

Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ, Cognitive Fusion Questionnaire): O CFQ, desenvolvido por Gillanders et al. (2014), traduzido e adaptado por Lucena-Santos, Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders e Oliveira (2017), visa avaliar especificamente o processo de fusão cognitiva através de 7 itens. A fusão cognitiva é um dos 6 processos de inflexibilidade psicológica no qual o indivíduo tende a se relacionar literalmente com seus pensamentos como se estes fossem a realidade. O instrumento apresenta adequada consistência interna, com alfa de Cronbach entre 0.88 e 0.93.

Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal (CFQ-BI): O CFQ-BI foi desenvolvido por Ferreira, Trindade, Duarte e Pinto-Gouveia (2014) e traduzido e adaptado para a população brasileira por Lucena-Santos, Trindade, Oliveira e Pinto-Gouveia (2017) visa avaliar especificamente o processo de fusão cognitiva referente à imagem corporal através de 10 itens. O questionário explica um total de 73,41% da variância e mantém uma boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,96.

Mindful Eating Questionnaire (MEQ): O MEQ foi desenvolvido por Framson et al. (2009) com o intuito de mensurar a consciência plena (*mindfulness*) associada ao ato de comer e está sendo traduzida por Lucena-Santos et al. (não publicado). O questionário é composto por 28 itens que são avaliados entre as opções "nunca/quase nunca", "algumas vezes", "muitas vezes" e "quase sempre/sempre". O questionário original possui consistência interna média

(alfa de Cronbach = 0.64).

Instrumento de intervenção

Mensagens de texto enviadas pelo celular: Foram desenvolvidas oito mensagens de texto para serem enviadas aos participantes como instrumento de intervenção. As mensagens de texto estão vinculadas aos processos de Flexibilidade Psicológica e aos conceitos e vivências trabalhadas na intervenção. As mensagens foram avaliadas por dois juízes com conhecimento nos processos da ACT.

Mensagem 1 (Processo: Valores – semana 1 após a intervenção): “Oi, como está? Convido-lhe a parar por um momento e a responder a essa pergunta: o que, relacionado ou não ao contexto alimentar, ou quem é importante para você? Att, Pesquisa PUCRS”.

Mensagem 2 (Processo: Aceitação – semana 2 após a intervenção): “Oi, como está? Quanto aos pensamentos, lembranças ou sofrimentos que surgem com alguma relação à comida: lembre-se que você pode escolher entre lutar para não tê-los ou assumi-los para você. Não há outro lugar no mundo que seus pensamentos, lembranças e sofrimentos possam estar a não ser em você. Convido-lhe a ser gentil com eles e aceita-los. Att, Pesquisa PUCRS”.

Mensagem 3 (Processo: Desfusão – semana 3 após a intervenção): “Olá. Lembra-se o que teus pensamentos são: apenas pensamentos, apenas palavras. Eles existem para ajudar, mas às vezes atrapalham. Não são eles que agem. É você quem age. Os pensamentos são apenas palavras que vem e vão enquanto você faz as ações. Att, Pesquisa PUCRS”.

Mensagem 4 (Processo: Contato com o presente – semana 3 após a intervenção próximo ao horário almoço): “Oi, como está? Lembra do almoço que fizemos no dia da intervenção? Convido-lhe a fazer hoje um exercício de alimentação consciente. Caso não se lembre de como fazer, no material de apoio que recebeste tem algumas instruções. Que tal? Abraço, Pesquisa PUCRS”.

Mensagem 5 (Processo: Ação de Compromisso – semana 5 após a intervenção): “Oi, como está? O que você pode fazer hoje (quem sabe, até, agora?) que o(a) aproxime do que é importante para você nas questões alimentares?”.

Mensagem 6 (Processo: Eu como contexto – semana 7 após a intervenção): “Olá, como está? Você se lembra da metáfora do xadrez que falamos no nosso encontro? Ela dizia que podemos assumir três possíveis perspectivas na nossa vida: a das peças do xadrez (que seriam nossas emoções, pensamentos, lembranças, como se nós fossemos eles), a do jogador (em que escolhe um dos lados para vencer e começa a lutar contra outro lado) e a do tabuleiro (em que não importa quem vença. E, enquanto isso, assume, gentilmente, que todas as peças tenham contato consigo). Procure notar em qual das perspectivas você está levando a vida: da peça, do jogador ou do tabuleiro. Isso pode fazer uma diferença na sua vida. Abraço, Pesquisa PUCRS”.

Mensagem 7 (Processo: Flexibilidade Psicológica/Matriz – semana 10 após a intervenção): “Olá, como está? Lembra-se da metáfora do andar de bicicleta. Se ficar rígido(a), provavelmente você cairá. O equilíbrio está em ora ir para um lado e ora para o outro enquanto se anda para a frente. Convido-lhe a notar a diferença quando você for ou estiver comendo: esse ‘comer’, nesse momento, é para lhe afastar de algo interno que não gosta (emoção ou pensamento) ou para lhe aproximar daquilo que quer (valor/o que é importante)? Abraço, Pesquisa PUCRS”.

Mensagem 8 (Processo: Ação de Compromisso – semana 11 após a intervenção): “Olá, como está? Quero lhe convidar a, quando estiver em um contexto alimentar, perguntar-se: O que a pessoa que eu gostaria de ser faria? Você estaria disposto(a) a fazer isso para se aproximar do que é importante para você? Que tal? Abraço, Pesquisa PUCRS.”

Procedimentos

Recrutamento e entrevista de triagem

Os(as) interessados(as) em participar da pesquisa foram recrutados a partir de divulgação nos meios de comunicação local e em estabelecimentos de tratamento de sobrepeso e obesidade. Foi fornecido um e-mail e um número de telefone para a marcação da entrevista de triagem. A entrevista de triagem foi realizada no Laboratório de Intervenções Cognitivas (LABICO), na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), com objetivo de aplicar os critérios de inclusão e exclusão. Na entrevista de triagem, os(as) interessados(as) foram informados sobre o propósito e o caráter da intervenção e da pesquisa (qual seja: estudo para avaliar o impacto de uma intervenção breve na flexibilidade psicológica), bem como de seus direitos enquanto participantes.

Na entrevista de triagem, realizada pela pesquisadora e uma equipe de auxiliares de pesquisa, foi realizada uma entrevista clínica estruturada, baseada nos critérios do DSM-5 (APA, 2014), para avaliar critérios de inclusão e exclusão. Os(as) interessados(as) que contemplaram os critérios de exclusão foram encaminhados ou orientados a serviços de saúde para que pudessem ter a atenção adequada à saúde.

Coleta de dados

As coletas de dados ocorreram nos seguintes momentos: Antes (tempo 1) e após (tempo 2) e cinco meses depois as intervenções (follow up – tempo 3). Na tabela 1.1 está indicado em que momento foi utilizado cada um dos instrumentos de coleta de dados.

Tabela 1.1

Instrumentos e etapas de avaliação

	Antes (tempo 1)	Após (tempo 2)	5 meses após (tempo 3)
<i>Instrumentos:</i>			
AAQ-II	X	X	X
AAQ-W	X	X	X
VLQ	X		X
CFQ	X	X	X
MEQ	X		X
DASS	X		X
CFQ-BI	X	X	X
ECAP	X		X

Protocolo de intervenção

O protocolo de intervenção foi baseado no protocolo *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Obesity-related Stigma and Weight Control* (Lillis, 2007), traduzido e adaptado para o português brasileiro. Foi realizado um grupo piloto em outro estudo para modificações e adequações necessárias (Freitas, 2016). Na intervenção foram apresentados os processos da ACT e o diagrama Matriz para a discriminação de estímulos.

A aplicação se deu em dois turnos no mesmo dia, com dois intervalos de 15min (um pela manhã e outro à tarde) e um intervalo de 50min para o almoço. A intervenção seguiu os seguintes temas:

Parte 1 (manhã):

- Introdução à lógica de tratamento; Regras de consentimento informado (confidencialidade, abertura a experiência, diferença dos tratamentos usuais); Estatísticas relacionadas ao peso, redução de peso e manutenção.

- A linguagem: "o bom e o mau": como a linguagem funciona; as vantagens e desvantagens da linguagem; a linguagem e o sofrimento humano.
- Estratégias de controle dos pensamentos e das emoções; Introdução ao conceito Desfusão Cognitiva; "Identificação da Programação": de onde vêm os pensamentos.
- Comportamento privado e público: o que pode e o que não pode ser regulado por regras verbais.
- Introdução aos conceitos "Eu contextual" e "Contato com o Momento Presente".
- Introdução ao conceito "Aceitação Experiencial".
- Metáfora do Tabuleiro de Xadrez (compreendendo a perspectiva do Eu Contextual).
- Exercícios: *Mindfulness*, observação dos pensamentos e sentimentos agradáveis e desagradáveis; *Mindful Eating* (Experienciando os processos: Contato com o Momento Presente, Aceitação Experiencial e Eu Contextual).

Parte 2 (tarde):

- Inflexibilidade, rótulos aplicados à obesidade; "A Mente nunca para", Exercício "Máquina de Gerar Palavras" (Exercitando Desfusão Cognitiva).
- Exercício "Rótulo dos eventos privados".
- As diferenças entre Disposição e Querer; "Metáfora: O convidado indesejado"; enfrentando obstáculos e aceitando eventos privados; Ação comprometida convida obstáculos; Exercício do contato visual.
- Valores e Ação comprometida, "Resultado é o processo através do qual o processo torna-se o resultado".
- Clarificação e construção de valores.
- O diagrama Matriz de flexibilidade psicológica.

- "Levante e declare": assumindo compromisso; Finalização do processo grupal; Retorno sobre a experiência dos participantes.

Riscos

A participação nesse estudo buscou ter risco mínimo à saúde do(a) participante, a saber: desconforto ao executar algum dos exercícios propostos (como ao comer algo que possa não ser apetitivo à pessoa). Foi estabelecido que, caso houvesse algum desconforto, o(a) participante poderia optar por não realizar o exercício em questão. Isso não o(a) excluiria da pesquisa, pois a escolha de vivenciar ou não a experiência faz parte da intervenção.

Benefícios

Os benefícios referentes à participação nesse estudo dependem da adesão às intervenções propostas. Destaca-se que os voluntários não receberam nenhum pagamento pela participação nesse estudo.

Apresentação dos estudos

Para cumprir com os objetivos e responder aos problemas de pesquisa dessa dissertação, foram desenvolvidos dois estudos. No primeiro estudo, intitulado “Protocolo de intervenção intensiva baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas em sobrepeso ou obesidade: relato de experiência”, foi realizado um relato de experiência associando com ilustrações dos pacientes. Já no segundo, intitulado “Desenvolvimento de Flexibilidade Psicológica em pessoas em sobrepeso ou obesidade”, foi realizado um estudo quantitativo, investigando os efeitos da intervenção intensiva nas medidas de flexibilidade psicológica, compulsão alimentar, sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse.

Referências

- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Blackledge, J. T., Ciarrochi, J. & Deane, F. (2009). *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory, Research and Practice*. Brisbane: Australian Academic Press.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K. ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (2017). *Vigitel Brasil 2016*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Burke, L., & Wang, J. (2011). Treatment Strategies for Overweight and Obesity. *J Nurs Scholarsh*, 43(4), 368–375. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01424.x
- Cattivelli, R., Pietrabissa, G., Ceccarini, M., Spatola, C. A. M., Villa, V., Caretti, A., ... Castelnovo, G. (2015). ACTonFOOD: opportunities of ACT to address food addiction. *Front Psychol*, 6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00396
- Dahl, J., Plumb, J. C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Donaldson, E. L., Fallows, S., & Morris, M. (2014). A text message based weight management intervention for overweight adults. *J Hum Nutr Diet*, 27(Supl. 2), 90–97. doi:10.1111/jhn.12096.

- Ferreira, C, Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Getting entangled with body image: development and validation of a new measure. *Psychol and Psychother*, 88(3), 304-316. doi: 10.1111/papt.12047
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J.P., Schreurs, K. M. G., Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 51(3), 142–151. doi: 10.1016/j.brat.2012.11.007
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptancebased behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 223-235. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.09.005
- Framson C., Kristal A. R., Schenk J. M., Littman A. J., Zeliadt S., & Benitez D. (2009). Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire. *J Am Diet Assoc*, 109(8), 1439-1444. doi: 10.1016/j.jada.2009.05.006
- Freitas, B. I. (2016). *Tratamento intensivo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para dificuldades relacionadas ao peso* (Dissertação de Mestrado). Disponível em <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8547/1/000479353-Texto%2bParcial-0.pdf>
- Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Rev Bras Psiquiatr*, 23(4), 215-220. doi: 10.1590/S1516-44462001000400008
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, R. (2014). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behav Ther*, 45(1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. doi: 10.1016/0306-

4603(82)90024-7

- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behav Ther*, 47(6), 869-885. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.006
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M., (2004) *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behav Ther*, 44(2), 180–198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 10(1), 81-104.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012) Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. doi: 10.1177/0011000012460836
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.Press.
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., & Morgan, J. R. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for Women Diagnosed With Binge Eating Disorder: A Case-Series Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 367-378. doi: doi:10.1016/j.cbpra.2014.02.005.
- Jantaratnotai, N., Mosikanon, K., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2017). The interface of depression and obesity. *Obes Res Clin Pract*, 11(1), 1-10. doi: 10.1016/j.orcp.2016.07.003
- Katterman, S. N., Goldstein, S. P., Butryn, M. L., Forman, E. M., & Lowe, M. R. (2014). Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in

- young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 3(1), 45–50. doi: 10.1016/j.jcbs.2013.10.003
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K & Miller, K. E. (2014) Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body Image*, 11(4), 446–453. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.07.005
- Keoleian, V., Polcin, D. & Galloway, G. P. (2015). Text Messaging for Addiction: A Review. *J Psychoactive Drugs*. 47(2), 158-176. doi: 10.1080/02791072.2015.1009200.
- Kushner, R., Lawrence, V. & Kumar, S. (2013). *Practical Manual of Clinical Obesity* (8th Edition). Somerset: John Wiley & Sons
- Lasikiewicz, N., Myrissa, K., Hoyland, A., & Lawton, C. L. (2014). Psychological benefits of weight loss following behavioural and/or dietary weight loss interventions. A systematic research review. *Appetite*. 72, 123–137 doi: 10.1016/j.appet.2013.09.017.
- Lillis, J. (2007). *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Obesity-related Stigma and Weight Control* (Tese de Doutorado). Disponível em ProQuest. (UMI No. 3275825).
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(1), 30-40. doi: 10.1037/h0100865.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and *mindfulness* to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Ann Behav Med*, 37(1), 58-69. doi: 10.1007/s12160-009-9083-x
- Lobstein T., Baur L., & Uauy R. (2004) Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev*. 5(supl. 1), 4–85. doi: 10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.

- Lucena-Santos, P., Trindade, I. A., Oliveira, M. & Pinto-Gouveia, J. Cognitive Fusion Questionnaire--Body Image: Psychometric Properties and Its Incremental Power in the Prediction of Binge Eating Severity. *The Journal of Psychology*, 151(4), 379. doi: 10.1080/00223980.2017.1305322
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D. & Oliveira, M. S. Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53-62. doi: 10.1016/j.jcbs.2017.02.004
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Martin, K. A., Mani, M. V., & Mani, A. (2015). New targets to treat obesity and the metabolic syndrome. *Eur J Pharmacol*. 763, 64–74. doi:10.1016/j.ejphar.2015.03.093.
- McHugh, L. (2011) A new approach in psychotherapy: ACT (acceptance and commitment therapy). *World J Biol Psychiatry*, 12(sup1), 76-79. doi: 10.3109/15622975.2011.603225.
- Morris, E. M. J., Johns, L. C., & Oliver, J. E. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*. Somerset: John Wiley & Sons.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384 (9945), 766–81. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60767-4
- Orr, J. A., & King, R. J. (2015). Mobile phone SMS messages can enhance healthy behaviour: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Health Psychol Rev*. 9(4), 397-416. doi: 10.1080/17437199.2015.1022847

- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (2), 291-310.
- Polk, K. L. & Schoendorff, B. (2014). *The ACT matrix: a new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Popkin B. M., Adair L. S., & Ng S. W. (2012). Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev*, 70(1), 3-21. doi: 10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x.
- Sandoz, E.; Wilson, K. & DuFrene, T. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: A Process-Focused Guide to Treating Anorexia and Bulimia*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: an introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*, 155, 104-109. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031.
- Westrup, D. (2014). *Advanced acceptance and commitment therapy: the experienced practitioner's guide to optimizing delivery*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wilson, K. G. (2008). *Mindfulness for two: an acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., & Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychol Rec*, 60, 249-272.
- World Health Organization [WHO] (2016). *Obesity and overweight*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Yager, J., & Powers, P. S. (2010). *Manual Clínico de Transtornos da Alimentação*. Porto Alegre: Artmed.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as consequências físicas (Wong et al., 2015; Finer, 2014), psicológicas (Değirmenci, Kalkan-Oğuzhanoğlu, Sözeri-Varma, Özdel, & Fenkçi, 2015; Müller, 2013) e os custos gerados (Lobstein, 2015; Withrow & Alter, 2011; Cawley & Meyerhoefer, 2012) a partir do sobrepeso e da obesidade, faz-se necessário intervir nesse problema de saúde pública. Concepções atuais sobre ganho de peso o abordam não apenas como uma condição de atitudes não saudáveis, mas também como um efeito de fatores psicológicos, ou seja, a ingestão de alimentos podendo servir como uma forma de regular emoções (van Strien, Konttinen, Homberg, Engels, & Winkens, 2016; Gianini, White, & Masheb, 2013). Diante desse cenário, abordagens como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que focam na aceitação das experiências internas, na mudança comportamental guiada por valores e vivenciar as experiências no momento presente podem trazer benefícios.

Esse estudo apresentou duas seções, a primeira, relatando a experiência de intervenção intensiva baseada na ACT, e a segunda com os dados preliminares sobre os efeitos desse programa na flexibilidade psicológica em pessoas com sobrepeso e obesidade. Essa intervenção foi inspirada no trabalho de Lillis, Hayes, Bunting e Masuda (2009), que utilizou estratégias de aceitação, *mindfulness* e a importância das ações comprometidas com valores e encontrou resultados na melhoria da qualidade de vida e no sofrimento psicológico. A intervenção desenvolvida por Lillis e colaboradores foi adaptada por Freitas (2016) para a realidade brasileira, identificou melhoras na consciência alimentar e redução da esquiva experiencial no grupo de pessoas com compulsão alimentar. No protocolo utilizado no presente estudo foi acrescentado o diagrama Matriz (Polk, 2014) e o envio de mensagens de texto após a intervenção.

Um fator que não foi controlado, mas que foi observável por quem conduziu os grupos, foi a forma como a interação entre os participantes facilitou o aprendizado e o envolvimento nos exercícios e metáforas. Identificando as dificuldades de tratamento para pessoas com transtornos alimentares, Juarascio et al. (2013) demonstrou através de um tratamento com ACT, o quanto o grupo tem papel facilitador, pois os membros do grupo podem incentivar um ao outro a explorarem emoções e pensamentos que se encontram em um padrão de esquiva, trazendo menos resistência do que se isso fosse apontado pelos terapeutas. Além disso, existe uma maior disposição de tentar novos comportamentos ao ver os outros membros do grupo passando pelos mesmos desafios. Esse possível facilitador também auxilia na implementação desse tipo de técnica em diferentes âmbitos, tais como na saúde pública, em ambulatórios e clínicas particulares.

Entre as limitações deste estudo, podem-se citar o baixo número de participantes, a falta de controle sobre os efeitos das mensagens de texto enviadas pelo celular e ausência de uma avaliação de seguimento de maior tempo. Das 39 pessoas que realizaram a intervenção, 29 retornaram para a avaliação de seguimento, ou seja, a taxa de retorno entre os tempos da intervenção foi de 74%. Os resultados parecem promissores, porém devem ser testados em outras populações e com amostras maiores.

Os resultados indicam aumento da aceitação experiencial, o desenvolvimento da desfusão cognitiva, aumento da consciência e atenção no processo de comer e uma redução significativa de sintomas ligados à compulsão alimentar. Intencionalmente, o foco não foi na perda de peso, mas no desenvolvimento da Flexibilidade Psicológica. O retorno das mensagens e o contrato informal durante as avaliações de seguimento demonstraram o quanto as pessoas estavam direcionando seus comportamentos para aspectos importantes das suas vidas, porém, isso não foi capturado pelo instrumento utilizado, o VLQ. Fato que motiva a se

investir em modificações no instrumento, ou no desenvolvimento de outro, ou ainda, em reformulações na própria intervenção.

Ainda que iniciais, esses resultados sustentam a possibilidade de se seguir investindo em pesquisas com esse tipo de intervenção para que se possa replicar o que funciona e usar da Desesperança Criativa para identificar possíveis falhas e realizar reformulações. Uma intervenção de um dia tem limitações e seria ambicioso entender que geraria resultados superiores aos encontrados em intervenções com número maior de encontros. O objetivo final é que as pessoas sigam fazendo comportamentos guiados não pela luta contra o sofrimento, mas que possam viver vidas que elas considerem valiosas.

Referências

- Cawley, J. & Meyerhoefer, C. (2012). The medical care costs of obesity: An instrumental variables approach. *J Health Econ*, 31(1), 219–230. doi: 10.1016/j.jhealeco.2011.10.003
- Değirmenci, T., Kalkan-Oğuzhanoğlu, N., Sözeri-Varma, G., Özdel, O., & Fenkçi, S. (2015). Psychological Symptoms in Obesity and Related Factors. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(1), 42–46. doi: 10.5152/npa.2015.6904
- Finer, N. (2015). Medical consequences of obesity. *Medicine*, 43(2), 88-93. doi: 10.1016/j.mpmed.2014.11.003
- Freitas, B. I. (2016). *Tratamento intensivo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para dificuldades relacionadas ao peso* (Dissertação de Mestrado). Disponível em <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8547/1/000479353-Texto%2bParcial-0.pdf>
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eat Behav*, 14(3), 309-313. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008

- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., ... Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behav Modif*, *37*(4), 459-489. doi: 10.1177/0145445513478633
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Ann Behav Med*, *37*(1), 58-69. doi: 10.1007/s12160-009-9083-x
- Lobstein, T. (2015). Prevalence and costs of obesity. *Medicine*, *43*(2), 77-79. doi: 10.1016/j.mpmed.2014.11.011
- Müller, R. (2013). Psychological consequences of obesity. *Ther Umsch*, *70*(2), 87-91. doi:10.1024/0040-5930/a000371
- Polk, K. L. (2014). What the Matrix is all about. In: K. L. Polk & B. Schoendorff, *The Act Matrix: a new approach to building psychological flexibility across settings & populations*. (pp. 1-6) Oakland: New Harbinger Publications.
- van Strien, T., Konttinen, H., Homberg, J. R., Engels, R. C., & Winkens, L. H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, *100*, 216-224. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.034.
- Withrow, D., & Alter, D. A. (2011). The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity. *Obes Rev*, *12*(2), 131-141. doi:10.1111/j.1467-789X.2009.00712.x
- Wong, E., Tanamas, S. K., Wolfe, R., Backholer, K., Stevenson, C., Abdullah, A. & Peeters, A. (2015). The role of obesity duration on the association between obesity and risk of physical disability, *Obesity*, *23*(2), 443-447. doi: 10.1002/oby.20936.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção Psicossocial intensiva baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso para redução do peso corporal

Pesquisador: MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48471315.5.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.216.003

Apresentação do Projeto:

Título: Intervenção Psicossocial intensiva baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso para redução do peso corporal

Pesquisador responsável: Dr. Margareth da Silva Oliveira

Assistente/equipe de pesquisa: Igor da Rosa Finger

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar os efeitos de uma intervenção psicossocial, baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso, em comparação a uma intervenção baseada em psicoeducação nas medidas objetivas (peso e índice de massa corporal) e de auto-relato (sintomas depressivos e ansiosos e de estresse e flexibilidade psicológica) em pessoas com sobrepeso ou obesidade.

Objetivo Secundário:

Avallar os resultados, logo após e no seguimento, da intervenção baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em comparação com a intervenção psicoeducativa sobre o índice de massa corporal (IMC), peso, compulsão alimentar, frequência de comportamentos direcionados à dieta e atividade física e flexibilidade psicológica (Aceitação/Esquiva, Desfusão/Fusão geral,

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@puors.br

Continuação do Parecer: 1.216.003

Desfusão/Fusão específica da imagem corporal, Valores claros/Valores difusos) em pessoas com sobrepeso e obesidade. Identificar quais processos da flexibilidade psicológica estão associados a alterações nas medidas objetivas (peso, IMC) em pessoas com sobrepeso e obesidade. Avaliar se há redução na esQUIVA experiencial e aumento nas ações de compromisso no grupo experimental em comparação ao controle em pessoas com sobrepeso e obesidade. Avaliar quais fatores (sintomas depressivos, ansiosos e de estresse e flexibilidade psicológica) são relacionados às variáveis peso e IMC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios parece adequada: A participação nesse estudo terá risco mínimo à saúde do(a) participante, a saber: desconforto ao executar algum dos exercícios propostos (como ao comer algo que possa não ser apetitivo à pessoa). Caso haja algum desconforto, o(a) participante pode optar por não realizar o exercício em questão. Isso não o(a) excluirá da pesquisa, pois a escolha de vivenciar ou não a experiência faz parte da intervenção. Quanto aos benefícios da participação nesse estudo, dependerão da adesão às intervenções propostas e estão descritos nos desfechos primário e secundário, destacando-se os participantes não receberão nenhum pagamento por estar participando desse estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um de um projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS elaborado pelo aluno Igor da Rosa Finger, sob orientação da Prof. Dr. Margareth da Silva Oliveira (Pesquisadora responsável). Este estudo será de método quantitativo, com delineamento fatorial misto 2x4: Intervenção (ACT x Psicoeducação) e Tempo (antes, depois e seguimento de um e três meses), sendo a última delas intraparticipantes. Os níveis da variável Intervenção serão: uma baseada na ACT, com o acréscimo de mensagens de texto enviadas pelo celular como instrumento de intervenção, e outra Psicoeducativa, de acordo com orientações educacionais da OMS e da ABESO. Já a variável Tempo incluirá os níveis: 1º) antes das intervenções; 2º) logo após as intervenções; 3º) um mês após as intervenções; 4º) três meses após as intervenções. As variáveis dependentes serão: flexibilidade psicológica (avaliados pelos seus subcomponentes: esQUIVA experiencial, valores de vida, fusão cognitiva, mindfulness alimentar), compulsão alimentar, frequência de comportamentos relacionados com dieta e atividade física e índice de massa corporal. Os participantes serão designados aleatoriamente entre os dois tipos de intervenções e as variáveis dependentes serão avaliadas nos três tempos definidos acima. Haverá

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.216.003

uma variável interveniente que será observada: a participação ou entrada posterior em um programa de redução de peso. Caso o(a) participante esteja participando ou comece a participar de um tratamento específico para redução de peso corporal, o(a) participante não será excluído do estudo, porém essa informação será controlada para futura análise. O tratamento estatístico dos dados será realizado no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0, adotando-se nível de significância de 5%. Os grupos serão comparados para avaliar a homogeneidade entre eles. Para verificar se as variáveis contínuas possuem distribuição normal será realizado pelo teste de Kolmogorov Smirnov. No que diz respeito à verificação de efeito de intervenção (Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em comparação com a intervenção psicoeducativa baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental) sobre as variáveis contínuas e ao longo do tempo, será utilizada a Análise de Variância para Medidas Repetidas com Medidas, sendo que, para a análise post-hoc, será utilizado o teste de Bonferroni ($p < 0,05$). Para avaliar correlação entre os processos da flexibilidade psicológica e alterações nas medidas objetivas (peso e IMC) será utilizado o teste de correlação de Pearson (para variáveis simétricas) ou o teste de correlação de Spearman (para variáveis assimétricas).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está claro e objetivo, explicando os procedimentos a serem realizados na pesquisa. Ademais, são informados os procedimentos relacionados à confidencialidade dos dados a serem obtidos, bem como os contatos da pesquisadora responsável e do CEP. Os currículos (modelo Lattes) dos pesquisadores estão presentes. O estudo será realizado no InTCC (Instituto de Terapias Cognitivo-comportamentais), havendo Carta de Conhecimento/Autorização do respectiva Chefe do Serviço (Diretor-Geral) e Carta de Aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Enfim, quanto ao orçamento, os custos serão financiados pelo pesquisador.

Recomendações:

Aprovação, pelos motivos abaixo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa merece aprovação porque está adequado às exigências científicas e éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505.
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puors.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS**



Continuação do Parecer: 1.216.003

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/08/2015 14:57:11		Aceito
Outros	Carta de autorização INTCC.pdf	03/08/2015 15:38:13		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ata qualificação.pdf	03/08/2015 15:40:25		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Qualificação completo.pdf	03/08/2015 15:40:38		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta de aprovação da comissão científica.pdf	07/08/2015 09:13:07		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Documento unificado do projeto de pesquisa.pdf	07/08/2015 09:13:32		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Orçamento.pdf	07/08/2015 09:17:49		Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	07/08/2015 09:18:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL INTENSIVA BASEADA NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA REDUÇÃO DO PESO CORPORAL.pdf	07/08/2015 09:19:02		Aceito
Outros	Carta de apresentação.pdf	07/08/2015 09:28:54		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	10/08/2015 16:30:38		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_557378.pdf	10/08/2015 16:32:27		Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	10/08/2015 16:32:28	MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	CurriculoLattesIgorFinger.pdf	18/08/2015 12:23:05	MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	CurriculoLattesMargarethOliveira.pdf	18/08/2015 12:23:32	MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_557378.pdf	18/08/2015 12:27:19		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
 Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puors.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.216.003

PORTO ALEGRE, 04 de Setembro de 2015

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505.
CEP: 90.619-900
Bairro: Partenon
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puors.br

ANEXO B – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido



Reservado aos pesquisadores:

Número de ID no SPSS: _____

Nome do entrevistador: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa que visa avaliar o quanto uma intervenção breve de um dia influencia no seu peso e na flexibilidade de processos psicológicos que podem manter seu comportamento alimentar atual. Saber se uma intervenção intensiva repercute nesses fatores possui grande relevância para a elaboração de novas intervenções e estratégias de prevenção, tratamento e promoção de saúde.

Por que fui escolhido para ser participante desta pesquisa e no que consiste a minha participação?

Você foi convidado para participar porque a pesquisa requer que os participantes tenham idade entre 18 e 60 anos e, no mínimo, oito anos de estudo formal completos. Podem participar do estudo tanto homens como mulheres. Sua participação consiste em preencher um protocolo de pesquisa composto por algumas escalas de auto relato e, após randomização, participar de uma das quatro atividades propostas, sendo uma delas a lista de espera.

Quais são as minhas responsabilidades como participante do estudo? (1) Responder a todas as perguntas que compõem o protocolo de pesquisa; (2) Esclarecer quaisquer dúvidas referentes aos enunciados ou itens do protocolo de pesquisa com o pesquisador responsável antes de responder às questões relacionadas à sua dúvida; (3) Ser o mais sincero possível em todas as suas respostas.

O que acontecerá comigo caso eu não queira participar desse estudo? Caso você não concorde em participar do estudo, não haverá nenhuma penalidade. Da mesma forma, caso você já tenha começado a preencher o protocolo de pesquisa e, por qualquer motivo, deseje não terminar de preenchê-lo, este direito lhe é igualmente assegurado.

Quais são os meus direitos enquanto participante desta pesquisa? Além do direito de participação voluntária, ao contribuir para esta pesquisa o participante terá assegurado o direito de total sigilo das informações prestadas, assim como o seu anonimato enquanto voluntário do estudo. Na publicação dos resultados obtidos, não serão fornecidas quaisquer informações que permitam identificar quem foram os participantes da pesquisa. Ademais, o participante possui o direito de esclarecer todas as suas dúvidas em relação à sua participação no estudo.

Pagamentos e possível(is) risco(s), desconforto(s) e benefício(s): Ao participar desta pesquisa você não receberá quaisquer pagamentos por isso. Ao mesmo tempo, não terá qualquer despesa para participar do estudo. Não existe nenhum risco associado à participação nesta pesquisa.

Gravação da intervenção: É possível que a intervenção seja gravada para posterior análise. Ao assinar, você está ciente e de acordo com essa possibilidade.

Contatos: Se você tiver perguntas relacionadas a esta pesquisa (e/ou sua participação) ou desejar enviar reclamações acerca de algum possível dano derivado de sua participação neste estudo, poderá entrar em contato com: **Dra. Margareth da Silva Oliveira:** Av. Ipiranga 6681, prédio 11, sala 927. Porto Alegre/RS. Telefone profissional: (51) 3320 3500, ramal 7749 e (51) 9999-3580. **Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS:** Av. Ipiranga, 6690, 2º andar. Porto Alegre. Telefone: (51) 3320-3345, de segunda à sexta, das 8h30min às 12h e das 13h30min às 17h.

Autorização do participante da pesquisa

Através deste documento, eu atesto que: (1) Estou ciente das informações contidas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (2) Esclareci eventuais dúvidas, acerca do estudo e no que consiste a minha participação, com o pesquisador responsável pela aplicação do meu protocolo de pesquisa; (3) Estou ciente que, caso novos questionamentos surjam, poderei entrar em contato com a professora Drª. Margareth da Silva Oliveira, pelo telefone (51) 3320-3500 (ramal 7749), ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, através do número (51) 3320-3345; (4) Recebi cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; (5) A rubrica abaixo foi efetuada por mim a fim de manifestar que eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Assinatura/rubrica do participante: _____

Data ____/____/____

Margareth da Silva Oliveira (pesquisadora responsável)

ANEXO C – Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II)

AAQ-II

A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha.

1	2	3	4	5	6	7
nunca	muito raramente	raramente	algumas vezes	frequentemente	quase sempre	sempre

1. Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho medo dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Emoções causam problemas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.	1	2	3	4	5	6	7
7. Preocupações atrapalham o meu sucesso.	1	2	3	4	5	6	7

Sexo [F] [M] Idade _____

ANEXO D – Questionário de Aceitação e Ação para o Peso (AAQ-W)

AAQ-W (A)

(Lillis, J. & Hayes, C., 2008)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2013)

Instruções: Abaixo se encontra uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência com que cada afirmação se aplica a você. Use a escala abaixo para escolher sua resposta:

Nunca Verdadeira	Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Muitas vezes verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Não vejo qualquer problema em me sentir acima do peso.							
2. Eu como para me sentir melhor quando tenho emoções desagradáveis.							
3. Eu tento tirar da minha cabeça pensamentos e sentimentos de que não gosto sobre o meu corpo e peso, procurando não pensar nessas coisas.							
4. Não tenho controle sobre o que eu como.							
5. Eu me esforço muito para evitar me sentir mal com o meu peso ou minha aparência.							
6. Administro a quantidade de atividade física que eu faço.							
7. Consigo reconhecer que as avaliações negativas que faço sobre o meu peso ou aparência física não são necessariamente verdadeiras.							
8. Para me alimentar de forma adequada e me exercitar, eu realmente preciso estar disposto a fazer isso.							
9. Preciso me sentir melhor sobre a minha aparência física para que eu possa viver a vida que quero.							
10. As outras pessoas fazem com que a minha autoaceitação se torne algo difícil para mim.							

ANEXO E – Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)

ECAP

(Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982; Versão brasileira: Freitas, & Appolinario, 2001)

Instruções: Você encontrará abaixo grupos de afirmações numeradas. Leia todas as afirmações em cada grupo e marque aquela que melhor descreve o modo como você se sente em relação aos problemas que tem para controlar seu comportamento alimentar.

1

- Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2

- Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3

- Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
- Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4

- Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.
- Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

- Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- Eu tenho o hábito regular de comer alimentos que realmente não aprecio para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6

- Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7

- Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser "uma festa" ou "um morrer de fome".

8

- Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9

- Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo uma vida de "festa" ou de "morrer de fome".

#10

- Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".
- De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

#12

- Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

#13

- Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lanchinho entre as refeições.
- Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

#14

- Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
- Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- Parece, para mim, que a maior parte das horas que passo acordado(a) estão "pré-ocupadas" por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

#15

- Eu não penso muito sobre comida.
- Eu tenho fortes desejos por comida, mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser comida.
- Na maioria dos dias, meus pensamentos parecem estar "pré-ocupados" com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

#16

- Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou ou não fisicamente com fome. Nessas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- Mesmo que se eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não teria ideia alguma de qual seria a quantidade "normal" de comida para mim.

ANEXO F – Questionário de Valores de Vida (VLQ)

VLQ

(Wilson, Sandoz, & Kitchens, 2010)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2013)

Instruções: Abaixo estão listadas áreas da vida que são valorizadas por algumas pessoas. **Por favor, avalie a importância que você dá a cada uma dessas áreas para a sua vida (circulando um número), numa escala de 1 a 10.** Por exemplo, 1 significa que a área é nada importante e 10 que ela é extremamente importante para a sua vida. Nem todas as pessoas irão valorizá-las ou avaliá-las da mesma forma. **Solicitamos que pense na importância que você atribui a cada uma delas para a sua vida, independentemente de sua situação atual. Por exemplo, você pode atualmente não estar trabalhando ou não ser pai ou mãe, mas valorizar o trabalho ou desejar ser pai ou mãe durante a sua vida.**

Áreas	Importância de cada área para a sua vida									
	Nada importante									Extremamente importante
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Casamento/companheiro/relacionamento afetivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Ser pai ou mãe (ou exercer esse papel)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Amizades/relações sociais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Trabalho/atividade laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Educação/aprendizagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Lazer/Bem-estar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Espiritualidade/sentido de vida/religião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Vida em sociedade/cidadania (direitos e deveres sociais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Autocuidado físico (alimentação, exercício/atividade física, descansar/dormir)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Considerando a última semana, avalie o quanto suas ações estiveram de acordo com a importância que você atribui a cada uma das áreas abaixo. Todas as pessoas são melhores em algumas áreas do que em outras e também são melhores em alguns momentos do que em outros. Classifique cada área (circulando um número) em uma escala de 1 a 10, sendo que **1 significa que suas ações não estiveram de acordo com a importância daquela área para a sua vida e 10 que suas ações foram completamente de acordo com a importância que você atribui àquela respectiva área.**

Área	Grau de concordância de suas ações da <u>última semana</u> com a importância de cada área para a sua vida									
	Nada de acordo com a importância que atribuo									Completamente de acordo com a importância que atribuo
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Casamento/companheiro/relacionamento afetivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Ser pai ou mãe (ou exercer esse papel)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Amizades/relações sociais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Trabalho/atividade laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Educação/aprendizagem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Lazer/Bem-estar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Espiritualidade/sentido de vida/religião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Vida em sociedade/cidadania (direitos e deveres sociais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Autocuidado físico (alimentação, exercício/atividade física, descansar/dormir)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO G – Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal (CFQ-BI)

CFQ-BI

(Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2013)

(Lucena-Santos, Pinto-Gouveia & Oliveira, 2013)

Instruções: Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, classifique o quanto cada afirmação é verdadeira para você, circulando o número correspondente à resposta que mais se aplica. Responda usando a seguinte escala:

	Nunca verdadeira	Muito raramente verdadeira	Raramente verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
	1	2	3	4	5	6	7
1. Os pensamentos relacionados à imagem que tenho do meu corpo me deixam desconfortável e/ou me causam sofrimento emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tenho uma tendência a ficar envolvido/"ligado" aos pensamentos e imagem que tenho do meu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto-me desconfortável quando tenho pensamentos negativos sobre o meu corpo ou aparência física.	1	2	3	4	5	6	7
4. Fico muito concentrado nos meus pensamentos desconfortáveis sobre a imagem que tenho do meu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mesmo sabendo que seria melhor "deixar para lá" os meus pensamentos sobre as formas do meu corpo, fazer isto é uma "luta" para mim.	1	2	3	4	5	6	7
6. Fico distraído do que estou fazendo por causa dos pensamentos sobre a imagem que tenho do meu corpo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Chego ao ponto de não conseguir fazer as coisas que eu mais desejo, de tanto que me deixo "levar" pelos meus pensamentos sobre a minha aparência física.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu observo tanto minha aparência física ou a forma do meu corpo, que esta análise deixa de me trazer benefícios.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu vivo "lutando" com os meus pensamentos sobre o meu corpo ou aparência física.	1	2	3	4	5	6	7
10. Quando tenho um pensamento desconfortável sobre a minha aparência física (ou formas do meu corpo), tenho dificuldade de me concentrar em qualquer outra coisa.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO H– Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ)

CFQ-7

(Gillanders, et al., 2013)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2013)

Instruções:

Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência com que cada afirmação é verdadeira para você, indicando o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha:

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Muitas vezes verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

1. Meus pensamentos me causam angústia ou sofrimento emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Chego ao ponto de não conseguir fazer as coisas que eu mais desejo, de tanto que me deixo “levar” pelos meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu analiso tanto as situações, que chega ao ponto em que esta análise passa a não ser mais útil para mim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu vivo “lutando” com os meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Fico chateado comigo mesmo por pensar certas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu tenho uma tendência a ficar muito envolvido/“ligado” aos meus pensamentos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mesmo sabendo que seria mais útil <u>não me prender</u> a pensamentos que me deixam chateado, fazer isso é uma “luta” para mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO I– Mindful Eating Questionnaire (MEQ)

MEQ

(Framson et al., 2009)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira & Pinto-Gouveia, 2013)

Instruções: Por favor, leia os itens abaixo e assinale a frequência em que cada situação descrita acontece com você, de acordo com a escala de respostas abaixo:

Questão		Nunca/quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre/sempre
1. Eu como de forma tão rápida que não aprecio o sabor do que estou comendo.					
2. Quando eu como em um buffet livre eu geralmente exagero.	() Marque se você nunca come em buffets. Neste caso, não responda o item 2.				
3. Em uma festa onde há muita comida saborosa eu percebo quando quero comer mais do que deveria.					
4. Eu percebo quando propagandas de alimentos me deixam com vontade de comer.	() Marque se propagandas de alimentos nunca lhe deixam com vontade de comer. Neste caso, não responda o item 4.				
5. Quando peço algo em um restaurante e me entregam uma porção muito grande, eu paro de comer quando estou satisfeito.					
6. Eu penso em outras coisas enquanto estou comendo.					
7. Quando estou comendo um de meus alimentos favoritos eu não percebo quando já comi o suficiente.					
8. Eu noto quando fico com vontade de comer pipoca ou doces apenas por ter entrado no cinema.	() Marque se você nunca come pipoca ou doces. Neste caso, não responda o item 8.				
9. Independente do tamanho da minha fome, se não for muito mais caro, eu peço a opção com maior quantidade de comida/bebida.					
10. Eu noto a presença de sabores quase imperceptíveis nos alimentos que eu como.					

Questão		Nunca/quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre/sempre
11. Se a comida que eu gosto estiver sobrando, eu repito mesmo que esteja satisfeito.					
12. Eu noto quando fico relaxado por ter feito uma refeição agradável.					
13. Eu como “besteiras” (ex.: salgadinhos, bolachinhas, etc.) sem estar consciente de que estou comendo.					
14. Eu noto quando me sinto pesado ou lento por ter feito uma grande refeição.					
15. Mesmo quando estou comendo algo que eu realmente gosto, eu paro de comer quando estou satisfeito.					
16. Eu aprecio a aparência da comida em meu prato.					
17. Quando me sinto estressado no trabalho/faculdade/escola, eu procuro algo para comer.(R)	() Marque se não trabalha ou frequenta instituições de ensino. Neste caso, não responda o item 17.				
18. Se ainda houver comida saborosa em uma festa, eu continuo comendo mesmo depois de estar satisfeito.					
19. Quando estou triste, como para me sentir melhor.					
20. Eu noto quando alimentos e bebidas estão doces demais.					
21. Antes de comer, eu gosto de sentir o cheiro e prestar atenção nas cores dos alimentos.					
22. Eu saboreio cada pequena parte dos alimentos que como.					
23. Eu percebo quando estou comendo sem ter fome.	() Marque se nunca come quando não está com fome. Neste caso, não responda o item 23.				
24. Eu noto quando estou comendo doces só porque eles estão por perto e disponíveis.					
25. Quando estou em um restaurante eu sou capaz de dizer se a quantidade de comida servida é muito grande para mim.					
26. Eu noto quando aquilo que eu como afeta meu estado emocional.					
27. Para mim, é muito difícil ficar sem comer sorvete, biscoitos ou salgadinhos quando os tenho em casa.					
28. Eu penso nas coisas que tenho para fazer enquanto estou comendo.					

ANEXO J – Escala de Depressão Ansiedade e Estresse (DASS-21)



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3