

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TRATAMENTO INTENSIVO BASEADO NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO PARA DIFICULDADES RELACIONADAS AO PESO**

BRENO IRIGOYEN DE FREITAS

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

Março, 2016

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TRATAMENTO INTENSIVO BASEADO NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO PARA DIFICULDADES RELACIONADAS AO PESO**

BRENO IRIGOYEN DE FREITAS

ORIENTADOR: Prof.^a Dr.^a Margareth da Silva Oliveira

COORIENTADOR: Prof. Dr. Adolfo Pizzinato

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Clínica.

Porto Alegre

Março, 2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F866 Freitas, Breno Irigoyen de

Tratamento intensivo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para dificuldades relacionadas ao peso / Breno Irigoyen de Freitas – 2016.

93 f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Faculdade de Psicologia / Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Porto Alegre, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Adolfo Pizzinato

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**TRATAMENTO INTENSIVO BASEADO NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E
COMPROMISSO PARA DIFICULDADES RELACIONADAS AO PESO**

BRENO IRIGOYEN DE FREITAS

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Margareth da Silva Oliveira

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Orientadora/Presidente

Prof. Dr. Adolfo Pizzinato

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Prof.^a Dr.^a Jacqueline Pistorello

Universidade de Nevada, Reno

Prof.^a Dr.^a Janaína Thaís Barbosa Pacheco

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Prof.^a Dr.^a Prislá Üker Calvetti

Centro Universitário UNILASALLE

Porto Alegre

Março, 2016

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me
incentivaram a viver e a buscar o caminho do
coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, pelo apoio emocional e financeiro e pelo incentivo incondicional à construção de um caminho profissional conectado com os meus valores.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira, pela confiança, abertura e acolhimento durante estes dois anos.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Adolfo Pizzinato pelo apoio, humor e auxílio na construção de uma visão mais ampla sobre meu tema de pesquisa.

Aos colegas e professores da Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, que auxiliaram no meu desenvolvimento como pesquisador e docente.

Aos colegas do Grupo de Avaliação e Pesquisa em Psicologia Cognitiva e Comportamental, pela convivência, pelas trocas de experiência e pela paciência.

Por fim, agradeço às voluntárias da pesquisa, por compartilharem suas dificuldades, motivações e inspirações de forma aberta e gentil para a construção deste estudo.

RESUMO

Neste estudo foi avaliado o efeito de uma intervenção baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) sobre a esquiva experiencial, peso e dificuldades relacionadas ao peso para mulheres com sobrepeso e obesidade. Os índices de obesidade e sobrepeso cresceram nas últimas décadas no Brasil e no mundo e estão associados a diversos prejuízos à saúde. Alguns tratamentos para emagrecer são eficazes em curto prazo, porém, aproximadamente 80% das pessoas que obtêm êxito acabam retomando o peso perdido em até alguns anos. A esquiva experiencial, a baixa consciência experiencial e a falta de motivação são apontadas como elementos-chave que podem não ser suficientemente abordados nos programas de redução de peso. Este é um estudo quantitativo, pré-experimental. Critérios de inclusão: sexo feminino, idade entre 18 e 59 anos, $IMC \geq 25 \text{Kg/m}^2$ e escolaridade mínima de oito anos de estudos. Critérios de exclusão: Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Hipomaníaco, Transtorno de Personalidade *Borderline* e Transtorno por Uso de Substâncias. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II), Questionário de Aceitação e Ação para o Peso (AAQ-W), Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ), *Diet and Exercise Scale* (DES), *Body Shape Questionnaire* (BSQ), *Mindful Eating Questionnaire* (MEQ) e Questionário de Valores de Vida (VLQ), além do IMC. A Seção I teve por objetivo avaliar o efeito de uma intervenção baseada em ACT no IMC, na esquiva experiencial, na insatisfação com a imagem corporal, no *mindful eating* e em comportamentos relacionados à dieta e à atividade física. A Seção II avaliou a diferença dos efeitos da intervenção para mulheres com diferentes níveis de sintomas de compulsão alimentar. As 59 participantes apresentaram média de idade igual a 44,7 anos (DP=11,1) e média de 14,7 anos de estudos completos (DP=3,4). No seguimento, 17% das participantes apresentaram redução de peso, 79,2% manutenção e 1,9% ganho de peso. A esquiva experiencial relacionada ao peso reduziu ao longo do tempo. Os resultados indicam maior sensibilidade do AAQ-W em comparação ao AAQ-II para a população estudada. Houve redução de 48,04% na frequência do comer compulsivo e de 30,99% a escolha de refeições não saudáveis. A compulsão alimentar apresentou correlação positiva com a esquiva experiencial, insatisfação com a imagem corporal e comer compulsivo e correlação negativa com *mindful eating*. Os grupos com sintomas moderados e graves apresentaram reduções significativas na esquiva experiencial e na insatisfação com a imagem corporal no seguimento. O grupo com sintomas graves apresentou maior tamanho de efeito quando comparado aos demais e aumento significativo em atividade física. Os resultados apontam aumento em *mindful eating* independentemente do nível de compulsão alimentar. Os resultados demonstraram que a intervenção gerou reduções na esquiva experiencial e insatisfação com a imagem corporal, principalmente entre mulheres com sintomas de compulsão alimentar grave. Esta diferença pode ser explicada pelo papel da esquiva experiencial na manutenção do comer compulsivo. Entre as limitações deste estudo está a alta taxa de desistência entre a intervenção e a avaliação do seguimento e a ausência de um instrumento padronizado para mensurar a compulsão alimentar ao longo do tempo.

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

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015 – Intervenção Terapêutica

ABSTRACT

This study evaluated the effect of an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention on experiential avoidance, Body Mass Index (BMI) and weight related difficulties. Overweight and obesity rates have risen in recent decades in Brazil and worldwide, and are associated with considerable health impairments. Some weight-loss treatments have demonstrated short-term effectiveness, however, about 80% of people recover weight in a few years. The experiential avoidance, low experiential awareness, and lack of motivation have been identified as key elements which are not sufficiently addressed in weight reduction programs. This study has a quantitative and pre-experimental design. Inclusion criteria: female, aged between 18 and 59 years, $IMC \geq 25 \text{Kg/m}^2$ and eight years of minimum education. Exclusion criteria: Major Depressive Episode, Manic or Hypomanic, Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. The instruments used were: Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), Acceptance and Action Questionnaire for Weight (AAQ-W), Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), Diet and Exercise Scale (DES), Body Shape Questionnaire (BSQ), Mindful Eating Questionnaire (MEQ) and Valued Living Questionnaire (VLQ), and BMI. The first section aimed to evaluate the effect of an ACT intervention on: BMI, experiential avoidance, dissatisfaction with body image, mindful eating, and behaviors related to diet and physical activity. Section II evaluated the difference of the intervention effects for women with different levels of symptoms of binge eating. The 59 participants had a mean age 44.7 years ($SD = 11.1$) and average 14.7 years of formal education ($SD = 3.4$). At follow-up, 17% of participants showed weight reduction, maintenance 79.2% and 1.9% weight gain. The experiential avoidance related to weight reduced over time. The results indicate greater sensitivity of the AAQ-W compared to the AAQ-II for the population studied. There was a reduction of 48.04% in the frequency of binge eating and 30.99% in choosing unhealthy meals. Binge eating showed a positive correlation with experiential avoidance, dissatisfaction with body image, and compulsive eating, beyond negative correlation with mindful eating. Moderate and severe symptoms groups showed significant reductions in experiential avoidance and body image dissatisfaction at follow up. Severe symptoms group showed stronger effect size compared to others and significant increase in physical activity. The results show an increase in mindful eating regardless of the level of binge eating. The results showed that the intervention led to reductions in experiential avoidance and body image dissatisfaction, especially among women with severe binge eating symptoms. This difference can be explained by the role of experiential avoidance in maintaining of compulsive eating. Among the limitations of this study are the high dropout rate and the absence of a standard instrument for measuring binge eating over time.

Key-words: Acceptance and Commitment Therapy; obesity; binge eating; mindful eating; intervention

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015 - Therapeutic Intervention

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	8
RELAÇÃO DE TABELAS	12
RELAÇÃO DAS FIGURAS.....	13
LISTA DE SIGLAS	14
1. APRESENTAÇÃO	15
1.1 Temática da Dissertação.....	15
1.2 Objetivos	25
1.3 Problema de Pesquisa	26
1.4 Hipóteses	26
1.5 Contexto da Pesquisa.....	27
1.6 Método	28
Referências	32
2. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	38
SEÇÃO EMPÍRICA I – INTERVENÇÃO BASEADA NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA MULHERES COM SOBREPESO E OBESIDADE	
Resumo.....	38
Abstract.....	39
Introdução	40
Método	41
Procedimentos	42
Resultados.....	46
Discussão.....	49
Conclusões	52
Referências	53

SEÇÃO EMPÍRICA II – THE EFFECTS OF A BRIEF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT) BASED INTERVENTION IN OVERWEIGHT AND OBESE WOMEN WITH OR WITHOUT BINGE EATING SYMPTOMS.

Resumo.....	57
Abstract.....	58
Introduction.....	59
Method	60
Results	63
Discussion	67
Conclusions.....	70
References.....	71
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
4. ANEXOS.....	40
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS	40
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO PARA O PESO (AAQ-W) .	44
ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO (AAQ – II).....	46
ANEXO E - QUESTIONÁRIO DE FUSÃO COGNITIVA (CFQ)	47
ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE VALORES DE VIDA (VLQ).....	48
ANEXO G – BODY SHAPE QUESTIONNAIRE.....	50
ANEXO H – MINDFUL EATING QUESTIONNAIRE.....	51
ANEXO I – DIET AND SCALE (DES).....	53
ANEXO J – ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR	54
ANEXO K – CARTA DE SUBMISSÃO DE ARTIGO.....	56

RELAÇÃO DE TABELAS

Tabela 1. Instrumentos por tempo de avaliação	31
Tabela 2. Média, desvio padrão e diferença nos instrumentos ao longo do tempo	44
Tabela 3. Média, desvio padrão e diferenças ao longo dos tempos 1 e 3	44
Tabela 4. Média, desvio padrão e diferença entre os domínios de valores do Value Living Questionnaire.....	46
Tabela 5. ECAP Baseline correlations.....	60
Tabela 6. Means, Standard Deviations and Interaction Effects.....	61
Tabela 7. Variables with significant difference over time listed by binge eating symptoms intensity.	63

RELAÇÃO DE FIGURAS

Figura 1. Relações diretas e derivadas.....	17
Figura 2. Hexagrama de Inflexibilidade Psicológica.....	19
Figura 3. Hexagrama de Flexibilidade Psicológica.....	21
Figura 4. Fluxograma do Estudo	41

LISTA DE SIGLAS

AAQ-II: Questionário de Aceitação e Ação

AAQ-W: Questionário de Aceitação e Ação para o Peso

ACT: Acceptance and Commitment Therapy

BED: Binge Eating Disorder

BMI: Body Mass Index

BSQ: Body Shape Questionnaire

CFQ: Questionário de Fusão Cognitiva

DES: Diet and Exercise Scale

MEQ: Mindful Eating Questionnaire

VLQ: Questionário de Valores de Vida

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Temática da Dissertação

O sobrepeso e a obesidade são apontados como os principais fatores de riscos à saúde no âmbito mundial. Desde a década de 80, o número de obesos duplicou e estima-se que cerca de 3,4 milhões de pessoas morrem a cada ano em função do sobrepeso ou da obesidade (World Health Organization [WHO], 2014). No Brasil, houve aumento de peso em todas as camadas populacionais, sendo que 51% da população está acima do peso. A prevalência de sobrepeso e obesidade nos homens chega a 54% e nas mulheres a 48% (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, 2013).

A Organização Mundial da Saúde define o sobrepeso e a obesidade como o acúmulo excessivo ou anormal de gordura que pode prejudicar a saúde. O indicador epidemiológico utilizado é o IMC (Índice de Massa Corporal), sendo seu cálculo realizado através da razão entre o peso e o quadrado da altura do indivíduo. Os níveis de classificação do sobrepeso e da obesidade são, respectivamente, $IMC \geq 25$ e $IMC \geq 30$. Apesar de não ser uma medida precisa, o índice de massa corporal ainda é considerado uma ferramenta útil na avaliação pessoas independentemente do sexo e idade (WHO, 2014).

A principal causa de sobrepeso e obesidade apontada pela Organização Mundial da Saúde é a relação entre calorias ingeridas e gastas. O IMC elevado é resultado do aumento da ingestão de refeições com altos índices de calorias e do decréscimo de atividade física como consequência das formas de trabalho mais sedentárias, das mudanças na forma de transporte e no aumento da urbanização (WHO, 2014). A utilização da comida como forma recompensa, a facilidade do acesso à alimentação não saudável e as modificações químicas cerebrais causadas pelo consumo de açúcar e gordura, também são apontadas como pontos chave no contexto do sobrepeso e obesidade (Lillis, Dahl & Weinland, 2014). Tais mudanças dos padrões da dieta e da atividade física estão relacionadas com mudanças sociais e ambientais, que por sua vez estão associadas a políticas nos setores da saúde, agricultura, transporte, planejamento urbano, processamento de alimentos, distribuição, marketing e educação (WHO, 2014).

Entre as consequências na saúde relacionadas com IMC elevado estão: doenças cardiovasculares (principalmente doenças do coração e derrames – principais causas de morte

em 2012), diabetes, doenças musculoesqueléticas (especialmente osteoartrites, alguns tipos de câncer como, por exemplo, de endométrio, mama e cólon) (WHO, 2014). Também estão relacionadas ao IMC elevado a incapacidade funcional, a redução da qualidade de vida, a redução de expectativa de vida e o aumento da mortalidade (Melo, 2011).

No âmbito da saúde mental, um estudo com obesos mórbidos demonstrou correlação negativa entre IMC elevado e qualidade de vida e correlação limítrofe entre IMC elevado e sintomas depressivos (Baptista, Vargas & Baptista, 2008). Sugere-se também a existência de relação significativa entre ansiedade, depressão e autoconceito na população obesa mórbida (Rocha & Costa, 2012). No caso de pacientes depressivos, um levantamento demonstra que a obesidade é duas vezes mais prevalente quando comparada à população sem transtornos depressivos (Mello, 2011). Em outro estudo, pesquisadores encontraram relação entre a obesidade e o risco de ocorrerem episódios de depressivos após cinco anos da constatação do IMC elevado (Roberts, Deleger, Strawbridge & Kaplan, 2003).

Dentre propostas de intervenção para sobrepeso e obesidade no nível individual, são apontadas, pela Organização Mundial da Saúde, as seguintes possibilidades: limitar a ingesta de energia de gorduras e açúcares; aumentar o consumo de frutas, vegetais, legumes, grãos e frutas oleaginosas; e engajamento em atividade física regular (150 minutos por semana para adultos). No nível social, são recomendados o suporte às recomendações do nível individual e o acesso fácil a opções de dieta e exercícios físicos (WHO, 2014).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO, 2010), o tratamento para a obesidade depende da perda de peso e da redução de fatores de risco. O efeito da intervenção é avaliado como eficaz quando há perda maior ou igual a 1% do peso corporal por mês, resultando no total de perda mínima de 5% em 3 a 6 meses. Considera-se que uma redução de 5 a 10% do peso corporal tem influência significativa na incidência de diabetes e doenças cardiovasculares (ABESO, 2010).

Dentre as intervenções oferecidas para o tratamento da obesidade estão: modificação do estilo de vida, orientação dietética e engajamento em atividade. Porém, o número de pessoas obesas que tentam perder peso e não obtém resultados satisfatórios ainda é elevado (ABESO, 2010) o que sugere a necessidade de pesquisar outros fatores que estejam relacionados à perda ou manutenção do IMC. Muitas das abordagens estão ainda focadas em

aspectos externos como automonitoramento e resolução de problemas, sem considerar a motivação ou o genuíno interesse que mobiliza o cliente para a mudança de comportamento (Teixeira, Silva, Mata, Palmeira & Markland, 2012).

Alguns aspectos psicológicos, como a alta esquiva experiencial, o comer compulsivo e insatisfação com a imagem corporal, são apontados como preditores da baixa eficácia nos programas de perda de peso. Estima-se que a prevalência do comer compulsivo seja de 3% a 6,6% da população (Davis, 2015) e que, assim como a insatisfação com a imagem corporal, esteja mais presente entre as mulheres (Teixeira et al., 2004; Martiz, Silva & Campos, 2015; Najam & Ashfaq, 2012; Miranda, Filgueiras, Neves, Teixeira & Ferreira, 2012). A insatisfação com a imagem corporal é definida como a avaliação negativa do próprio peso ou da forma corporal está relacionada a fatores individuais, biológicos, familiares e sociais (Pearson, Heffner & Follette, 2012).

Para além da ingestão de calorias e da atividade física, Lillis, Hayes, & Bunting (2007) apontam para um terceiro componente como proposta de intervenção para o sobrepeso e obesidade: a terapia cognitiva e comportamental. As terapias cognitivas e comportamentais podem ser classificadas em três gerações distintas. A primeira, a Terapia Comportamental, surgiu tendo como premissa a construção de teorias que estivessem fundamentadas cientificamente em princípios básicos bem estabelecidos. Os terapeutas comportamentais visavam desenvolver técnicas que pudessem ser rigorosamente testadas, tendo as emoções e os comportamentos problemáticos como foco de tratamento (Hayes, 2004). A segunda geração é marcada pelo acréscimo da aprendizagem social e da cognição como objetos de estudo. Ainda que compreenda uma nova perspectiva, a Terapia Cognitiva e Comportamental trouxe consigo alguns elementos chave da primeira geração como, por exemplo, o foco na mudança do conteúdo e na forma do comportamento, bem como uma visão de mundo mecanicista. Nesta nova abordagem, os pensamentos, os esquemas e os estilos de processamento de informação disfuncionais deveriam ser enfraquecidos ou eliminados através de testes da validade, correções ou substituições (Hayes, 2004).

A terceira geração representa uma importante expansão técnica e metodológica no desenvolvimento das psicoterapias modernas, diferenciando-se em alguns aspectos das gerações anteriores e inserindo-se como uma abordagem contextual. É caracterizada por métodos psicoterapêuticos heterogêneos e tem se mostrado efetiva em contextos de difícil

tratamento (Kahl, Winter & Schweiger, 2012). Dentre as terapias de terceira geração, está a Terapia de Aceitação e Compromisso, também chamada de ACT, que está fundamentada teoricamente na Teoria dos Quadros Relacionais e filosoficamente no Contextualismo Funcional (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

1.1.1 Base Filosófica da ACT

A ACT tem como base filosófica o Contextualismo Funcional. Este se caracteriza por visar "a predição e influência dos comportamentos com precisão, escopo e profundidade" (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006, p. 4) e por compreender os eventos psicológicos como um processo contínuo de interações através de ações do organismo em um contexto historicamente definido. A precisão é entendida como a clareza das variáveis relevantes envolvidas no contexto. O escopo se refere à delimitação da menor teoria que abarque o processo no qual se desenvolvem os eventos. Já o terceiro elemento, a profundidade, diz respeito ao grau de coerência alcançado entre vários possíveis níveis de análise, como por exemplo, o nível social, biológico, ect (Hayes et al., 2012).

Outra característica importante deste tipo de contextualismo, é o critério de verdade orientado a objetivos pragmáticos. Este critério pode ser compreendido como os comportamentos específicos que influenciam efetivamente um contexto em prol das metas almejadas. Neste ensejo, as metas ou objetivos possibilitam a aplicação do critério de "sucesso" na avaliação dos comportamentos (Hayes et al., 2012).

1.1.2 Teoria dos Quadros Relacionais

Os estudos da Teoria dos Quadros Relacionais (em inglês RFT - *Relational Frame Theory*), acerca dos processos comportamentais, cognição e linguagem, embasam a abordagem psicopatológica e interventiva da Terapia de Aceitação e Compromisso. Para a ACT, a fonte primária do sofrimento e da psicopatologia é o modo como a linguagem interage com o contexto e a cognição. Segundo essa abordagem, ambas as condições, sofrimento e psicopatologia, são decorrentes do uso ineficaz da linguagem. (Hayes et al, 2012).

A Teoria dos Quadros Relacionais tem como premissa básica que o comportamento é governado por redes mutuamente relacionadas. É a partir dos quadros relacionais, como são chamadas essas redes, que se torna possível o ser humano aprender sem necessariamente ter uma experiência direta (relação direta). Por exemplo, uma criança não necessita encostar em um fogão quente para saber que causará dor caso toque o mesmo (Törneke, 2010). Se, para esta criança, "fogão" está relacionado a "quente" (relação direta fogão → quente) e "quente" está relacionado à sensação física de dor (relação direta quente → dor), a rede de relações formada por "fogão-quente-dor" pode ser acessada pela criança sem necessitar da experiência direta "fogão-dor" (relação derivada fogão ↔ dor).

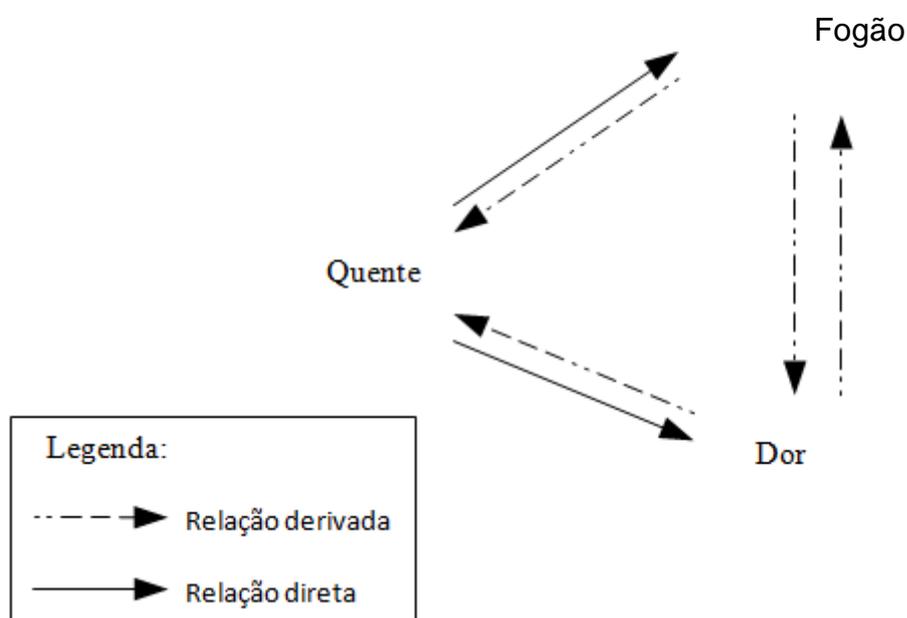


Figura 1. Relações diretas e derivadas

Outra premissa da RFT é que o aprendizado sempre se dá por adição ou aquisição de uma nova relação e nunca por subtração. Ou seja, após estabelecida uma relação verbal, ela nunca será deletada. Mesmo que, ao longo da vida, alguém tenha aprendizados contraditórios, as relações verbais estabelecidas até então não são passíveis de serem desaprendidas (Törneke, 2010).

Os quadros relacionais podem ser classificados em diversas categorias: quadros de coordenação ("assim como", "parecido com", "o mesmo que"), quadros de diferença ("diferente de"), quadros temporais ("antes/depois"), quadros causais ("se/então"), quadros comparativos ou avaliativos ("melhor que", "maior que", "mais rápido que", "mais bonito que"), quadros "dêiticos" (referem-se à perspectiva do observador como "eu/você", "aqui/lá"), quadros hierárquicos e quadros espaciais ("perto/longe") (Törneke, 2010).

Neste sentido, um dos propósitos da RFT é buscar explicar a origem das habilidades verbais. Nos contextos nos quais as relações bom/ruim, melhor/pior parecem estar nos objetos em si, a ACT trabalha no sentido de desvelar/revelar a "ilusão" da linguagem. Nessas relações, pode-se perceber que as avaliações e julgamentos podem não corresponder à realidade, mas sim a um treinamento social (Törneke, 2010).

Na RFT, o termo "Mente" não define um mecanismo, mas sim um conjunto de habilidades relacionais, sendo utilizado como metáfora da própria linguagem humana. A partir deste referencial, é sugerido que as pessoas utilizem essas habilidades a seu favor e não contra si mesmas, orientando-se mais à descrição dos eventos do que à análise ou ao julgamento dos mesmos (Törneke, 2010).

1.1.3 Terapia de Aceitação e Compromisso

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é classificada como uma terapia comportamental contextual e é reconhecida, por alguns autores, como pertencente às terapias de terceira geração. De modo geral, o objetivo da ACT é promover abertura e aceitação frente aos eventos privados e promover o engajamento em ações conectadas com os valores pessoais. Um dos focos principais desta abordagem é propor, através de metáforas, paradoxos e vivências, a compreensão dos efeitos nocivos da linguagem humana (Hayes, 2004).

A ACT pode ser compreendida através do Hexagrama de Flexibilidade Psicológica, ou "Hexaflex", que é um modelo de funcionamento e adaptabilidade humano composto por seis processos: Aceitação Experiencial, Desfusão Cognitiva, Self Contextual, Contato com o Momento Presente, Clarificação de Valores e Ação de Compromisso. O conjunto destes seis

processos é compreendido como a Flexibilidade Psicológica. O Hexaflex está ligado a pesquisas envolvendo processos psicológicos básicos dos seres humanos e, na forma como é apresentado, pode ser compreendido tanto como modelo de psicopatologia e de saúde psicológica quanto como modelo de intervenção (Hayes et al., 2012).

A partir da perspectiva da Inflexibilidade Psicológica, o modelo de psicopatologia e os seis processos podem ser representados no hexagrama da seguinte forma:

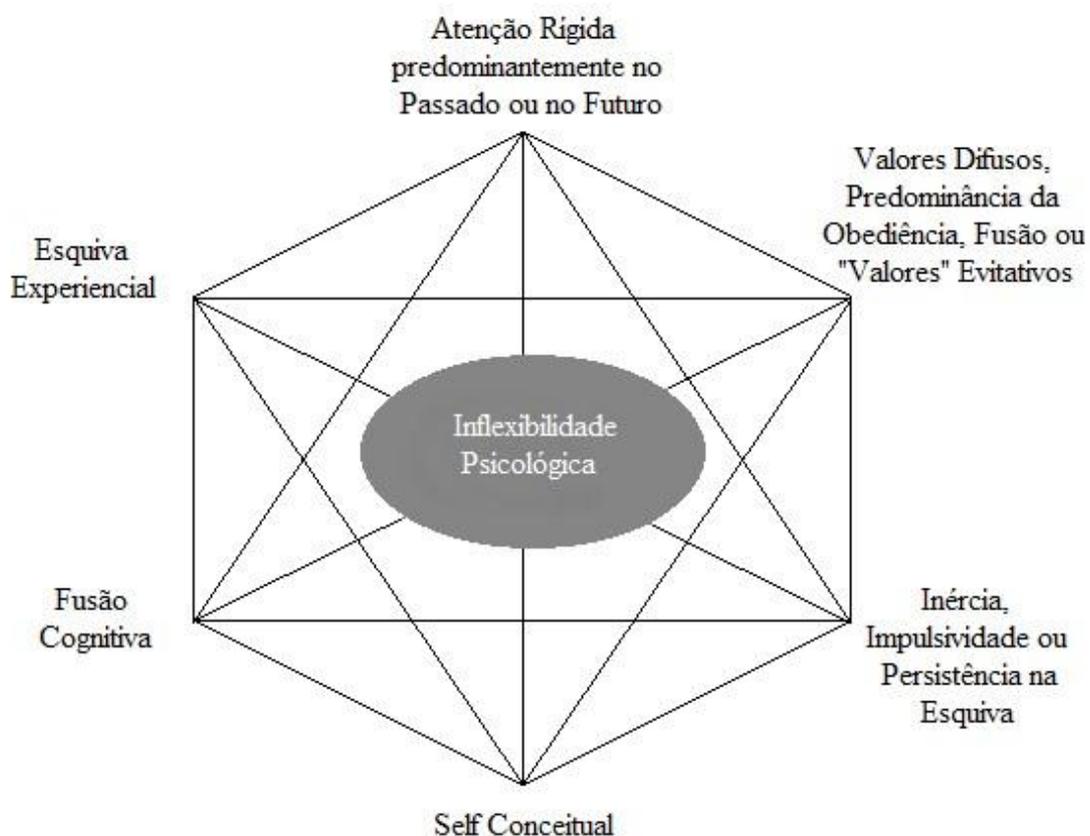


Figura 2. Hexagrama de Inflexibilidade Psicológica.

Adaptação do original em Hayes et al. (2012).

Para cada processo de inflexibilidade, existe um processo correspondente a partir da flexibilidade psicológica. O modelo de Flexibilidade Psicológica é representado através do Hexaflex na Figura 3.

Aceitação Experiencial é descrita como o processo de “abraçar” a experiência sem tentar modificá-la. Aceitar não significa gostar da experiência, nem o esforço em tolerar ou se

resignar, mas sim deixar que a experiência ocorra enquanto a pessoa direciona o curso de sua própria vida. No Hexagrama de Inflexibilidade Psicológica, está a esquiva experiencial, que pode ser observada em comportamentos tais como tentativas de evitar a dor através de distração, supressão, refutação lógica, etc. Este processo também pode envolver eventos públicos, tais como evitar situações aversivas para o indivíduo (Hayes et al., 2012).

Contato com o Momento Presente se refere a estar sensível às contingências no aqui-e-agora percebendo eventos públicos (externos, do ambiente...) e privados (pensamentos, emoções, sensações corporais...). Eventos históricos, como memórias, não são evitados, mas sim percebidos como pensamentos. Neste processo, a atenção é focada e flexível, transitando seu foco de evento a evento, momento a momento. A flexibilidade da atenção é o oposto foco atencional rígido no qual um evento domina a experiência diminuindo a receptividade a outros eventos. No Contato com o Momento Presente, é visada uma relação mais direta com o mundo e maior flexibilidade comportamental, sendo o uso da linguagem mais direcionado à descrição do que à avaliação ou ao julgamento da experiência vivida (Hayes et al., 2012).

A *Desfusão Cognitiva* é o processo no qual o indivíduo experiencia um evento na sua complexidade sem que emoções e cognições dominem a experiência. No polo oposto, de fusão cognitiva, a pessoa responde mais aos pensamentos e sentimentos do que ao evento em si, tomando como realidade ou “verdade” o conteúdo destes eventos. No processo *Self Contextual*, há uma diferenciação entre o *self* e qualquer experiência privada (pensamentos, sentimentos, sensações, memórias, etc). É a perspectiva pela qual a pessoa percebe, fala, age e vive compondo o contexto do “eu que está aqui e agora”. No polo da Flexibilidade Psicológica, está a possibilidade de entrar em contato com os diferentes modos de experienciar o próprio *self*. Em contraponto, no Hexagrama de Inflexibilidade Psicológica, está o *Self Conceitual*, a partir do qual o indivíduo sustenta uma visão rígida de quem é baseado nas experiências que vivenciou ao longo da vida. A Desfusão Cognitiva não visa abandonar rótulos e ideias acerca de si, mas sim, não deixar que estes rótulos ou ideias limitem o escopo da totalidade da experiência (Hayes et al., 2012).

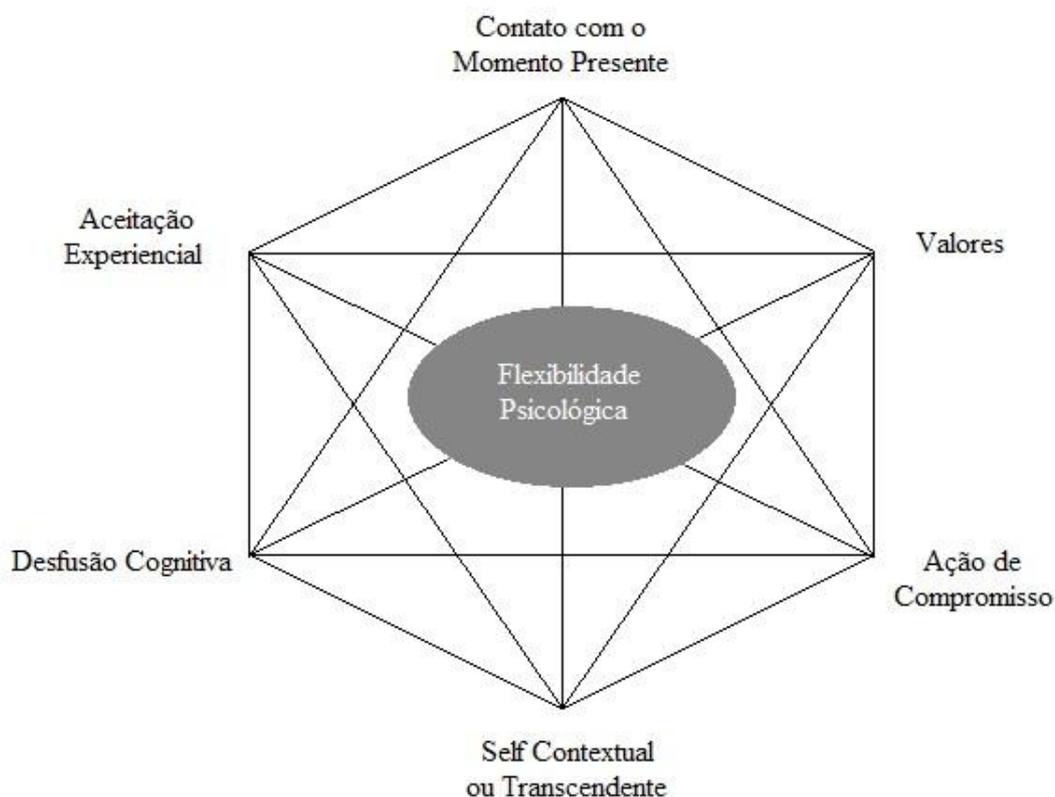


Figura 3. Hexagrama de Flexibilidade Psicológica.

Adaptação do original em Hayes et al. (2012).

Para a ACT, os *Valores* são escolhidos de forma "livre" e a ênfase da abordagem se dá na "escolha" e não na "tomada de decisão". Neste sentido, a "razão" está presente no momento em que se escolhe, porém não necessita ser a base para a escolha. No processo dos *Valores*, o trabalho efetivo no mundo real é o que produz saúde psicológica, que por sua vez, produz sensação de vitalidade, conexão com a vida, e sensação de bem-estar e saúde. Também estão relacionadas a esse contexto a escolha e a *construção* de valores. A palavra *construção*, em vez de *clarificação*, segundo Hayes et al. (2012), possui um significado mais coerente com o processo, visto que, ao clarificar algo, é possível inferir que os valores já estão "prontos" ou "terminados". *Construir*, neste sentido, está ligado a um processo contínuo de formação de relações verbais. Os valores também podem ser compreendidos como qualidades de ação ou direções de vida. Na ACT, agir de acordo com os valores resulta em um reforçamento intrínseco, o qual se dá não pela escolha da ação em si, mas sim pela escolha da qualidade empregada à ação (Hayes et al., 2012).

O processo *Ação de Compromisso* pode ser visto como uma extensão dos Valores e se refere ao redirecionamento do comportamento, de momento a momento, ao encontro da ampliação de padrões de ações conectadas com a sustentação deste propósito. A Ação de Compromisso está presente no momento em que o indivíduo percebe que seu comportamento não está conectado com seus valores e o redireciona para ações que estejam mais consistentes com os mesmos. No polo da inflexibilidade psicológica, está a inércia e a impulsividade, que podem estar relacionadas a comportamentos como beber, usar drogas, comer compulsivamente, etc (Hayes et al., 2012).

1.1.4 Terapia de Aceitação e Compromisso nos transtornos alimentares

O comer transcende a simples função de sobrevivência e cria significados no contexto social. As pessoas "aprendem" a comer ao longo da vida, adicionando relações a esse comportamento. A Terapia de Aceitação e Compromisso apresenta uma nova forma de tratamento para Transtornos Alimentares. Entende-se a partir deste referencial que, ao invés de concentrar-se na mudança de pensamentos e emoções disfuncionais, pode ser mais útil, em termos de predição e influência dos comportamentos, modificar as relações entre os pensamentos e emoções experienciados pelas pessoas e o modo como elas comem (Sandoz, Wilson & DuFrene, 2010). Em resumo, pode-se falar em dois processos básicos: (1) a aceitação e consciência plena das emoções e dos pensamentos experienciados e (2) a promoção de comportamentos direcionados aos valores do sujeito (Harris, 2006).

Nesta perspectiva, a compreensão da função dos comportamentos emitidos por uma pessoa possui maior relevância do que o diagnóstico atribuído à mesma. A classificação diagnóstica auxilia o terapeuta de diversas formas e não pode ter um fim em si mesma, mas sim facilitar a indicação da terapêutica a ser empregada. Na Terapia de Aceitação e Compromisso as dimensões diagnósticas funcionais são uma abordagem alternativa à abordagem sindrômica da saúde mental presente no DSM (Hayes et al., 2012). Esta, segundo Hayes et al. (2001), pode representar a topografia do comportamento, porém não contempla as funções do mesmo.

O principal objetivo na ACT é a promoção de flexibilidade psicológica, tanto do terapeuta quanto do cliente (Sandoz et al, 2010), que é realizada através de exercícios experienciais ligados aos seis processos, do uso de metáforas e de histórias, da clarificação e construção de valores, entre outros. Ao longo do processo de terapia, os clientes são encorajados a se engajar em direções de vida mais consistentes com seus valores, a criar objetivos coerentes aos mesmos e a desenvolver aceitação experiencial para lidar com os obstáculos, tanto como eventos privados ou públicos.

Algumas pesquisas têm atentado para a necessidade de intervenções psicológicas no âmbito do comportamento alimentar. Há estudos que utilizaram a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) no formato de intervenções breves (Lillis e Kendra, 2014). Estes estudos possuem diferentes ênfases, como por exemplo, perda de peso (Lillis et al., 2009), transtornos alimentares (Juarascio et al., 2013), insatisfação com a imagem corporal (Pearson, Follette e Hayes, 2012), reatividade à tentação de comer (Forman et al., 2007), atividade física (Butryn, Forman, Hoffman, Shaw e Juarascio, 2011), entre outros.

Considerando as contribuições da Terapia de Aceitação e Compromisso apontadas na literatura e contexto epidêmico da obesidade e do sobrepeso no Brasil e no mundo, este projeto se destina a mensurar os efeitos de um tratamento intensivo baseado na ACT para mulheres com sobrepeso e obesidade. As avaliações do tratamento foram feitas através de instrumentos relacionados à flexibilidade psicológica, à insatisfação com a imagem corporal, ao comer compulsivo e a comportamentos relacionados a dieta e exercício físico.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar os efeitos de uma intervenção intensiva em ACT na flexibilidade psicológica, na preocupação com a imagem corporal, em comportamentos relacionados à dieta e exercício físico e no IMC em mulheres com sobrepeso ou obesidade.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Realizar uma adaptação transcultural de uma intervenção baseada em ACT para dificuldades relacionadas ao peso.
- Investigar os possíveis efeitos da intervenção sobre a flexibilidade psicológica e o IMC das participantes.
- Investigar os possíveis efeitos da intervenção sobre a insatisfação com a imagem corporal e frequência de comportamentos relacionado à dieta e exercícios físicos.
- Avaliar as possíveis diferenças de resposta ao tratamento entre pessoas com e sem sintomas de compulsão alimentar
- Avaliar quais processos específicos de flexibilidade psicológica (desfusão cognitiva, valores de vida, aceitação experiencial), podem estar associados à perda de peso.

1.3 Problema de Pesquisa

Haverá diferenças significativas no IMC e na flexibilidade psicológica de mulheres com sobrepeso e obesidade antes e depois (3 meses) de uma intervenção baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso?

1.4 Hipóteses

H₀ - As participantes não apresentarão significativamente maior flexibilidade psicológica nos instrumentos entre a avaliação inicial (T1) e a avaliação após a intervenção (T2).

H₁ - As participantes apresentarão significativamente maior flexibilidade psicológica nos instrumentos entre a avaliação inicial (T1) e a avaliação após a intervenção (T2).

H₂ - As participantes apresentarão significativamente menor flexibilidade psicológica nos instrumentos entre a avaliação inicial (T1) e a avaliação após a intervenção (T2).

H2₀ - As participantes não apresentarão diferença significativa no IMC entre a avaliação inicial (T1) e a avaliação de seguimento (T3).

H2₁ - As participantes apresentarão decréscimo significativo no IMC entre a avaliação inicial (T1) e a avaliação de seguimento (T3).

H2₂ - As participantes apresentarão acréscimo significativo no IMC entre a avaliação inicial (T1) e a avaliação de seguimento (T3).

H3₀ - No seguimento (T3), as diferenças observadas na avaliação pós-intervenção (T2) não serão mantidas nem aumentadas.

H3₁ - No seguimento (T3), as diferenças observadas na avaliação pós-intervenção (T2) serão mantidas ou aumentadas.

H3₂ - No seguimento (T3), as diferenças observadas na avaliação pós-intervenção (T2) serão diminuídas.

1.5 Contexto de Pesquisa

O tema desta dissertação teve origem na busca por práticas baseadas em aceitação, valores pessoais e *mindfulness* para lidar com o sobrepeso e a obesidade. Ao observar os modos de vida restritivos propostos por muitos programas de perda de peso, senti-me instigado a pesquisar uma abordagem que promovesse maior contato com os valores pessoais e engajamento em ações coerentes com uma vida significativa e vital.

Ao estudar a Terapia de Aceitação e Compromisso vislumbrei a possibilidade de utilizar a promoção da flexibilidade psicológica como foco primário de uma intervenção para pessoas em sobrepeso e obesidade. Inspirado pelo trabalho de Jason Lillis (2007), decidi utilizar o protocolo desenvolvido pelo mesmo para mulheres em sobrepeso e obesidade. O protocolo original foi desenhado para estigma relacionado ao peso e controle do peso, enquanto meu estudo voltou-se genericamente a dificuldades relacionadas ao peso.

Em 2013, iniciei minha participação no grupo GAAPCC, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Margareth da Silva Oliveira, através de um grupo de estudos sobre Terapia de Aceitação e Compromisso. No ano seguinte, neste mesmo grupo, ingressei no mestrado e iniciei o estudo desenvolvido nesta dissertação que está situado na área de Psicologia Clínica e na linha de Pesquisa Projetos de Prevenção e Intervenção Terapêutica (PROTRATA).

No grupo GAAPCC, já havia um projeto que abordava o comportamento alimentar sob a ótica da Terapia de Aceitação e Compromisso e de outras terapias comportamentais contextuais, realizando estudos preditivos e validações de instrumentos. A inserção do meu estudo neste projeto conduziu a definição do escopo da pesquisa para a população com sobrepeso e obesidade. Após o ingresso no mestrado, fui contemplado com uma bolsa do Projeto Integração entre Universidade e Política de Saúde: Intersetorialidade e Ensino na Saúde, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Este projeto teve como objetivo construir ações voltadas ao ensino, pesquisa, formação e qualificação profissional em saúde a partir da integração entre os programas de pós-graduação em Serviço Social e em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande do Sul (PUCRS). O contato com o Serviço Social ampliou minha visão sobre o conceito de saúde e contribuiu com meu propósito de abordar o comportamento alimentar através da perspectiva da promoção do bem-estar. Através desta parceria pude compreender que uma abordagem baseada nos valores pessoais, como a ACT, representa uma mudança profunda na relação entre profissional de saúde e usuário do serviço de saúde e que utilizar os valores como norte para a mudança comportamental pode contribuir com a construção de linhas de cuidado mais efetivas para o aumento do bem-estar do usuário.

1.6 Método

Este é um estudo quantitativo, pré-experimental, com medidas de antes e depois e sem grupo controle.

1.6.1 Participantes: foi composta por 59 mulheres, com sobrepeso ou obesidade e escolaridade igual ou superior a 8 anos de estudo.

1.6.2 Critérios de inclusão e exclusão

1.6.2.1) Critérios de inclusão: As participantes foram mulheres de idade entre 18 e 59 anos com escolaridade mínima 8 anos de estudo que apresentem IMC maior ou igual a 25.

1.6.2.2) Critérios de exclusão: Transtorno de Personalidade Borderline, Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco ou Hipomaníaco e Abuso de Substâncias

1.6.3) Instrumentos e avaliações

Para o presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos e avaliações:

- a) Entrevista estruturada para avaliar critérios de exclusão.
- b) Questionário de autorrelato com dados sócio-demográficos, medidas de peso e altura, informações sobre tratamentos anteriores para perda de peso.
- c) *Questionário de Aceitação e Ação (AAQ – II)*. Desenvolvido por Bond et al. (2011) e traduzido e validado para a população brasileira por Barbosa (2013), o AAQ – II é um questionário de sete itens e objetiva mensurar a esquivas experiencial. As respostas estão dispostas em uma escala *Likert* de sete pontos, na qual 1 corresponde a "nunca verdadeira" e 7 a "sempre verdadeira". Os escores finais variam de 10 a 70 pontos, sendo baixas pontuações correspondentes à maior aceitação e habilidade de agir na presença de pensamento e emoções difíceis. O questionário possui boa validade convergente e divergente ($\alpha=0,84$) (Barbosa & Murta, 2015).
- d) *Questionário de Aceitação e Ação para o Peso (AAQ-W)*. Desenvolvido por Lillis & Hayes (2008), traduzido, adaptado e em processo de validação por Lucena-Santos et al. (comunicação pessoal, 2015), trata-se de um questionário de 22 itens e objetiva mensurar a esquivas experiencial relacionada ao peso corporal. Utiliza uma escala *Likert* de 7 pontos que varia entre “nunca verdadeira” e “sempre verdadeira”. O questionário original apresentou boa consistência interna ($\alpha=0,88$) e para a amostra do presente estudo obteve confiabilidade adequada ($\alpha=0,77$).
- e) *Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ, Cognitive Fusion Questionnaire)* Desenvolvido por Gillanders et al. (2014) e validado por Lucena-Santos et al. (2015). Visa avaliar o processo de fusão cognitiva através de 7 itens e utiliza uma escala *Likert* entre “nunca verdadeira” e “sempre verdadeira”. Dentre os 6 processos de inflexibilidade psicológica abordados pela

Terapia de Aceitação e Compromisso, a fusão cognitiva diz respeito ao emaranhamento psicológico do indivíduo com o conteúdo ou a forma dos seus pensamentos. A versão brasileira apresenta elevada consistência interna ($\alpha=0.93$).

Os seguintes instrumentos foram aplicados no T1 e T3:

- f) *Questionário de Valores de Vida (VLQ)*. Desenvolvido por Wilson et al. (2010), traduzido, adaptado e em processo de validação por Lucena-Santos et al. (comunicação pessoal, 2015), O instrumento, composto por 20 itens, separados em dez domínios de valores e avalia tanto a importância atribuída quanto a coerência das ações em cada domínio de valor. Apresenta consistência interna satisfatória com alfa de Cronbach de 0,77 para a importância e 0,75 para a consistência das ações.
- g) *Body Shape Questionnaire (BSQ)*. Desenvolvido por Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn (1986) com o objetivo de avaliar a insatisfação com a imagem corporal. A versão e adaptação brasileira foi realizada por Di Pietro e Silveira (2009). O questionário é composto por 34 itens e utiliza uma escala Likert de 6 pontos com opções entre “nunca” e “sempre”. O resultado é obtido através da soma total dos pontos e da classificação em distorção da imagem corporal normal (até 110 pontos), leve (de 111 a 138), moderada (139 a 167) e grave (maior que 167). A versão brasileira apresentou alta consistência interna ($\alpha = 0,97$).
- h) *Mindful Eating Questionnaire (MEQ)*. Desenvolvido por Framson et al. (2009) com o intuito de mensurar a consciência plena (*mindfulness*) associada ao ato de comer. Foi traduzido e adaptado e está sendo validado para a população brasileira por Lucena-Santos et al. (comunicação pessoal). 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 ($\alpha = 0.64$).
- i) *Diet and Exercise Scale (DES)*. Criada e utilizada por Lillis et al. (2007) para medir a frequência de comportamentos relacionados a dieta e atividade física. Os itens são respondidos em termos de dias por semana e são analisados de forma independente. Para o presente estudo, foram selecionados cinco comportamentos da DES original, são eles: atividade física por mais de 30 minutos, monitoramento de refeições, comer compulsivamente, escolha de refeição saudável fora de casa e escolha de refeição não saudável fora de casa.
- j) *Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP)*. Foi desenvolvida por Gormally et al. (1982), traduzida e validada por Freitas et al. (2001) e é composta por 16 itens e 62 afirmativas. Baseado nos critérios de Marcus et al. (1985), é possível classificar a compulsão

alimentar por níveis, como, sem compulsão ($x < 18$), compulsão moderada ($17 < x < 27$) e compulsão alimentar severa ($x > 26$). A escala apresentou consistência interna elevada ($\alpha = 0.85$).

1.6.4) Procedimento de coleta de dados

Os dados foram coletados em quatro tempos: Entrevista Inicial e Avaliação Pré-intervenção (T1), Avaliação Pós-intervenção (T2) e Avaliação do Seguimento, após três meses (T3). Todos os dados, inclusive peso e altura, foram provenientes de autorrelato, através de questionários e formulários.

Os instrumentos aplicados em cada etapa podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1.

Instrumentos aplicados por Tempo de avaliação

Instrumentos	Tempo		
	1	2	3
ECAP	X		
IMC	X		X
DES	X		X
BSQ	X		X
MEO	X		X
VLO	X		X
CFQ	X	X	X
AAQ	X	X	X
AAQ-W	X	X	X

Nota. 1 = Linha de Base; 2 = Pós-intervenção; T3 = Seguimento (3 meses); ECAP = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; DES = Diet and Exercise Scale; BSQ = Body Shape Questionnaire; MEQ = Mindful Eating Questionnaire; VLQ = Value Living Questionnaire; CFQ = Cognitive Fusion Questionnaire; AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; AAQ-W = Acceptance and Action Questionnaire-Weight

1.6.5 Procedimentos de análise dos Dados

A análise dos dados descritivos foi realizada através de medidas de média, frequência, percentual e desvio-padrão. Na análise inferencial dos dados, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas. Os dados coletados foram organizados e analisados através do software SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences, versão 17.0) e nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

1.6.6 Aspectos Éticos

Este projeto faz parte do projeto "Estudo de Estratégias de Regulação Emocional, Sintomatologia Psicopatológica e Variáveis Interpessoais como Fatores Preditivos de Compulsão Alimentar em Indivíduos Obesos de Brasil e Portugal" aprovado pelo comitê de ética da PUCRS pelo CAAE: 15409913.8.0000.5336. Todas as participantes foram orientadas quanto aos seus direitos como sujeitas de pesquisa e sobre os objetivos do estudo. Após a leitura e esclarecimento de possíveis dúvidas a respeito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) cada participante recebeu uma cópia do mesmo.

Referências

- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO. Diretrizes brasileiras de obesidade. (2010, Outubro). Atualização das Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da Obesidade e do Sobrepeso, 76. São Paulo: AC Farmacêutica. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/>
- Baptista, M. N., Vargas, J. F., Baptista, A. S. D. (2008) Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 235-247. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Barbosa, L. M. (2013). Terapia de Aceitação e Compromisso e validação do Acceptance and Action Questionnaire II: Contribuições para Avaliação de Processo em Psicoterapia. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília. Retirado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15425/1/2013_LeonardoMartinsBarbosa.pdf

- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. *Psico-USF (Impresso)*, 20(1), 75-85. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: MS. Retirado de <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). Obesidade atinge mais da metade da população brasileira, aponta estudo. *Portal Brasil*. Retirado de <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/08/obesidade-atinge-mais-da-metade-da-populacao-brasileira-aponta-estudo>
- Butryn, M. L., Forman, E., Hoffman, K., Shaw, J., & Juarascio, A. (2011). A Pilot Study of Acceptance and Commitment Therapy for Promotion of Physical Activity. *Journal of Physical Activity and Health*, 8(4), 516 -522. Retirado de http://www.americankinesiology.org/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/08_butryn_JPAH_20090238.pdf
- Cooper, P.J., Taylor, M.J, Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (1986). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494. doi: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
- Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectrums*, 20, 522–529. doi:10.1017/S1092852915000462
- Di Pietro, M., & Silveira, D. X. (2009). Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 21-24. doi <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008005000017>
- Framson C., Kristal A. R., Schenk J. M., Littman A. J., Zeliadt S., & Benitez D. (2009). Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 1439-1444. doi: 10.1016/j.jada.2009.05.006.

- Freitas S., Lopes C. S., Coutinho W., & Appolinario J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7169.pdf>
- Gormally J., Black S., Daston S., & Rardin D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, R. (2014). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001.
- Harris, R. (2006) Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70-76.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes S. C., Luoma J. B., Bond F. W., Masuda A., Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes S. C, Strosahl K. D., & Wilson K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy* (2nd ed.) New York: Guilford.
- Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G., Bissett R. T., Pistorello J. , Toarmino D., Polusny M. A., Dykstra T. A., Batten S. V., Bergan J., Stewart S. H., Zvolensky M. J., Eifert G. H., Bond F. W., Forsyth J. P., Karekla M., & Mccurrys S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578. Retirado de <http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1359&context=tp>
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J. D., Butryn...Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a Novel Treatment for Eating Disorders: An Initial Test of Efficacy and Mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489. doi: 10.1177/0145445513478633

- Kahl, K. G, Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The Third Wave of Cognitive Behavioural Therapies: What is new and What Is Effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 522-528. doi: 10.1097/YCO.0b013e328358e531.
- Lillis, J., & Kendra, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 1-7. doi:10.1016/j.jcbs.2013.11.005
- 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. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69. doi: 10.1007/s12160-009-9083-x
- Lillis, J., Dahl, J. & Weineland, S. M. (2014) *The diet trap: feed your psychological needs and end the weight loss struggle using acceptance and commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Lillis, J., Hayes, S., & Bunting, K. (2007). Obesity Stigma and Weight Management Acceptance and Commitment Therapy Treatment Manual. Não publicado. University of Nevada, Reno.
- 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. Retirado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ861333.pdf>
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R.K., Souza, D.F., Barth, M.C., & Oliveria, M.S. (2015/Julho). Psychometric properties of the Brazilian version of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7): A study with multigroup analysis of factorial invariance. Poster session presented at the meeting of ACBS Annual World Conference 13, Berlin, Germany.
- Marcus M. D., Wing R. R., & Lamparski D. M. (1985). Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addictive Behaviors*, 10(2), 163-168. doi:10.1016/0306-4603(85)90022-X
- Melo, M. E. (2011). Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade: Conhecer as comorbidades mais frequentes permite o diagnóstico precoce. Retirado de <http://www.abeso.org.br>
- Miranda, V. P. N., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Teixeira, P. C., & Ferreira, M. E. C. (2012). Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 25-32. doi:10.1590/S0047-20852012000100006

- Najma, N., & Ashfaq, H. Gender Differences in Physical Fitness, Body Shape Satisfaction, and Body Figure Preferences. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 27(2), 187-200. Retrieve from <http://www.pjprnip.edu.pk/pjpr/index.php/pjpr/article/view/194>
- Pearson, A., Follette, V.M., Hayes, S.C. (2012). A pilot study of Acceptance and Commitment Therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 181–197. doi: 0.1016/j.cbpra.2011.03.001
- Pearson, A. N., Heffner, M., & Follette, V., M. (2010). *Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Roberts, R. E., Deleger S., Strawbridge W. J. & Kaplan GA. (2003, Abril) Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 514-521.
- Rocha, C., Costa, E. (2012). Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Análise Psicológica*, 4, 451-466. ISSN 0870-8231.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2010). *Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: A Process-Focused Guide to Treating Anorexia and Bulimia*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Metcalfe, L. L., Blew, R. M... T. G. Lohman (2004). Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 28, 1124-1133. doi:10.1038/sj.ijo.0802727
- Teixeira P. J., Silva M. N., Mata J., Palmeira A. L. & Markland D. (2012). Motivation, selfdetermination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Retirado de www.ijbnpa.org/content/9/1/22
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An Introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Application*. 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 Psychological Record*, 60, 249272. Retirado de

<https://contextualscience.org/files/VLQ%20manuscript%20Wilson%20Sandoz%20et%20al.pdf>

World Health Organization. (2014, Agosto). *Obesity and overweight*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou dados iniciais sobre os efeitos de uma intervenção breve baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para mulheres com sobrepeso e obesidade no Brasil. Os dados encontrados corroboram os estudos que têm utilizado a ACT no contexto do comportamento alimentar e ampliam o escopo empírico voltado à população com obesidade e sobrepeso e com diferentes níveis de sintomas de compulsão alimentar.

A comparação dos resultados dos instrumentos de esQUIVA experiencial geral (AAQ) e esQUIVA experiencial relacionada ao peso (AAQ-W) reforça o entendimento de que o AAQ-W possui a sensibilidade para mensurar diferenças nesta população.

A partir das duas sessões apresentadas nesta dissertação, pode-se observar que, de modo geral, as participantes aumentaram os níveis de *mindful eating*. Entretanto, como demonstrado na Sessão II, apenas os grupos com sintomas de compulsão alimentar se beneficiaram quanto à redução da esQUIVA experiencial e da insatisfação com a imagem corporal. Os grupos com sintomas de compulsão alimentar também tiveram benefícios mais expressivos quanto ao comer como resposta a um estado emocional e conseguir parar de comer diante da sensação de saciedade.

A diferença entre os resultados das duas sessões evidencia a importância do controle da variável “compulsão alimentar” ao pesquisar a eficácia de intervenções para a redução do peso, da esQUIVA experiencial relacionada ao peso e da insatisfação com a imagem corporal. Ainda que a intervenção não tenha sido criada especificamente para o tratamento de pessoas que sofrem com compulsão alimentar, pode-se inferir que a redução da esQUIVA experiencial relacionada ao peso influenciou a redução da frequência do comer compulsivo. Estes resultados vão ao encontro dos estudos que sugerem que a esQUIVA experiencial pode ser um elemento-chave para a mudança, não só para a perda de peso e abrandamento de sintomas de compulsão, mas também para promover satisfação com o próprio corpo, atenção ao comer, engajamento em exercícios físicos, etc.

Ao longo das intervenções, ficou clara, aos pesquisadores envolvidos, a importância do efeito do grupo no processo de exposição, de aceitação experiencial e de motivação de cada participante. Independentemente do tamanho do grupo, as participantes frequentemente relataram e enfatizaram a importância da troca de experiências elas. Esta percepção corrobora

o relato de um estudo de Pearson et al. (2012) quanto ao potencial benefício de ter a amostra composta por mulheres de diferentes idades em um mesmo grupo. No estudo citado, a presença de mulheres de diferentes gerações facilitou o processo de desesperança criativa, no qual as participantes são convidadas a perceberem que o sofrimento é ubíquo, que pode estar presente em qualquer fase da vida e em qualquer contexto. Este é um componente importante para desenvolver a aceitação em relação a eventos privados aversivos e reconhecer as estratégias de esquiva, que muitas vezes afastam as pessoas do que é importante para si mesmas.

A alta taxa de abandono durante o seguimento é uma limitação importante deste estudo, que pode prejudicar as análises e interpretações dos dados obtidos. Outra limitação é a ausência de um instrumento padronizado para medir ao longo do tempo os sintomas de compulsão alimentar. Como inicialmente não havia a intenção de avaliar tal condição, a única medida utilizada foi um item de quantos dias por semana a pessoa comeu compulsivamente. Ambas as limitações reforçam o caráter desta dissertação como estudo exploratório.

Para além do escopo deste estudo, pode-se pensar que intervenções grupais breves, como a utilizada nestes estudo, podem ser potentes ferramentas na saúde pública, pois: (1) apresentam baixo custo para serem realizadas e podem beneficiar várias pessoas em uma mesma aplicação; (2) estudos têm demonstrado que mesmo sendo breves, as intervenções podem ser eficazes em algumas condições; (3) por ser uma intervenção breve, pode facilitar o acesso a pessoas com pouco tempo disponível e (4) promovem vínculo entre as pessoas e favorecem a formação de redes de apoio informais entre as participantes.

Por fim, muitas das participantes relataram ter informações suficientes para saber o que deveriam comer e que exercício fazer, entretanto, não conseguiam manter-se na dieta ou em atividade física por não tolerar sensações ou emoções desagradáveis. É possível que, neste contexto, uma abordagem baseada em aceitação experiencial, *mindfulness* e valores possa apresentar resultados promissores, pois pode auxiliar as pessoas a permanecerem mais atentas aos seus reforçadores e a desenvolverem uma atitude mais observadora e menos reativa frente a eventos privados aversivos.

4. ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E VARIÁVEIS INTERPESSOAIS COMO FATORES PREDITIVOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR EM INDIVÍDUOS OBESOS DE BRASIL

Pesquisador: MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 15409913.8.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 798.219

Data da Relatoria: 08/09/2014

Apresentação do Projeto:

O CEP-PUCRS tomou ciência, apreciou e aprovou os seguintes itens relacionados ao estudo "ESTUDO DE ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E VARIÁVEIS INTERPESSOAIS COMO FATORES PREDITIVOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR EM INDIVÍDUOS OBESOS DE BRASIL E PORTUGAL" cuja pesquisadora é a Dra. MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA:

- Comunicação de viabilização de acesso das instituições coparticipantes da pesquisa à Plataforma Brasil;
- Inclusão de novo objetivo específico, bem como instrumentos de coleta adicionais, conforme datado de 07 de agosto de 2014.

Objetivo da Pesquisa:

O CEP-PUCRS tomou ciência, apreciou e aprovou os seguintes itens relacionados ao estudo "ESTUDO DE ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E VARIÁVEIS INTERPESSOAIS COMO FATORES PREDITIVOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR EM INDIVÍDUOS OBESOS DE BRASIL E PORTUGAL" cuja pesquisadora é a Dra. MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA:

- Comunicação de viabilização de acesso das instituições coparticipantes da pesquisa à Plataforma

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: 798.219

Brasil;

- Inclusão de novo objetivo específico, bem como instrumentos de coleta adicionais, conforme datado de 07 de agosto de 2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O CEP-PUCRS tomou ciência, apreciou e aprovou os seguintes itens relacionados ao estudo "ESTUDO DE ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E VARIÁVEIS INTERPESSOAIS COMO FATORES PREDITIVOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR EM INDIVÍDUOS OBESOS DE BRASIL E PORTUGAL" cuja pesquisadora é a Dra. MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA:

- Comunicação de viabilização de acesso das instituições coparticipantes da pesquisa à Plataforma Brasil;
- Inclusão de novo objetivo específico, bem como instrumentos de coleta adicionais, conforme datado de 07 de agosto de 2014.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O CEP-PUCRS tomou ciência, apreciou e aprovou os seguintes itens relacionados ao estudo "ESTUDO DE ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL, SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA E VARIÁVEIS INTERPESSOAIS COMO FATORES PREDITIVOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR EM INDIVÍDUOS OBESOS DE BRASIL E PORTUGAL" cuja pesquisadora é a Dra. MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA:

- Comunicação de viabilização de acesso das instituições coparticipantes da pesquisa à Plataforma Brasil;
- Inclusão de novo objetivo específico, bem como instrumentos de coleta adicionais, conforme datado de 07 de agosto de 2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

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: 798.219

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 20 de Setembro de 2014

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

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

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARTICIPANTES)**

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa que visa avaliar fatores protetivos e de vulnerabilidade para a compulsão alimentar em adultos. O conhecimento científico acerca de quais fatores estão relacionados com as causas, manutenção e agravamento da compulsão alimentar possui grande relevância para a elaboração de novas 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 desta pesquisa porque a mesma 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.

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.

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. **Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS:** Av. Ipiranga, 6690, 2º andar. Porto Alegre. Telefone: (51) 3320-3345.

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 Dr^a. 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.

Data ____/____/____ (dd/mm/aaaa).


Margareth da Silva Oliveira (pesquisadora responsável)

ANEXO C – 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.							

AAQ-W (B)

(Lillis, J. & Hayes, C., 2008)
 (Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2013)

Instruções: Imagine que os pensamentos a seguir estejam ocorrendo neste momento. Avalie o grau em que você acreditaria em cada um deles. Assim, para cada pensamento, solicitamos que você marque (com um X) um número de 1 a 7, sendo 1 “nada acreditável” e 7 “completamente acreditável”, conforme a escala abaixo.

Nada	Quase nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente	Completamente
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
11. Se eu estiver com excesso de peso, não serei capaz de viver a vida que eu quero.							
12. Se eu não me sentir atraente, não há sentido nenhum em tentar me envolver intimamente com alguém.							
13. Se eu engordar, isso significa que eu fracassei.							
14. Eu controlo os meus hábitos alimentares.							
15. Eu não possuo as características necessárias para viver de forma saudável.							
16. Meus impulsos alimentares me controlam.							
17. Preciso me livrar dos meus impulsos alimentares para que eu possa comer de forma mais saudável.							
18. Eu sou uma pessoa estável/constante.							
19. Se eu comer alguma coisa que não devo, terei estragado meu dia.							
20. Eu deveria sentir vergonha do meu corpo.							
21. Preciso evitar situações sociais nas quais as pessoas podem me julgar/criticar.							
22. Eu sempre vou estar acima do peso.							

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE ACEITAÇÃO E AÇÃO (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 E – 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 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 última semana com a importância de cada área para a sua vida									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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

Nada de acordo com a importância que atribuo

Completamente de acordo com a importância que atribuo

ANEXO G – BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

BSQ

Responda às questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas usando a seguinte legenda:

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

1. Sentir-se entediada(o) faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Sua preocupação com sua forma física chega ao ponto de você pensar que deveria fazer uma dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Já lhe ocorreu que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem receio de que poderia engordar ou ficar mais gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
5. Você anda preocupada(o) achando que o seu corpo não é firme o suficiente?	1	2	3	4	5	6
6. Ao ingerir uma refeição completa e sentir o estômago cheio, você se preocupa em ter engordado?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal com sua forma física a ponto de chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você deixou de correr por achar que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com pessoas magras do mesmo sexo que você faz você reparar em sua forma física?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem ocupar muito espaço quando você senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já sentiu gorda(o) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado na forma física de outras pessoas do mesmo sexo que o seu e, ao se comparar, tem se sentido em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar na sua forma física interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como, por exemplo, assistir televisão, ler ou acompanhar uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Ao estar nua (nu), por exemplo, ao tomar banho, você se sente gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
16. Você já se pegou pensando em remover partes mais carnudas de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda(o)?	1	2	3	4	5	6
18. Você já deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por se sentir mal com relação à sua forma física?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente muito grande e arredondada(o)?	1	2	3	4	5	6
20. Você sente vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação frente à sua forma física a(o) leva a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acredita que sua forma física se deva à sua falta de controle?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas vejam dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras do que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra(o)?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhada(o), você fica preocupada(o) em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada(o) num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheia(o) de “dobras” ou “banhas”?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver o seu corpo (por exemplo, vestiários e banheiros)?	1	2	3	4	5	6
32. Você já tomou laxantes para se sentir mais magra(o)?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica mais preocupada(o) com sua forma física quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com sua forma física leva você a sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

ANEXO H – 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.				
<p>17. Quando me sinto estressado no trabalho/faculdade/escola, eu procuro algo para comer.(R)</p> <p>() Marque se não trabalha ou frequenta instituições de ensino. Neste caso, não responda o item 17.</p>				
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.				
<p>23. Eu percebo quando estou comendo sem ter fome.</p> <p>() Marque se nunca come quando não está com fome. Neste caso, não responda o item 23.</p>				
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 COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).
Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: _____ Data: ____/____/____

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

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

1

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

2

- 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- 4. 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

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

4

- 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
- 3. 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.
- 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.

5

- 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- 3. 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.
- 4. 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

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

7

- 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- 3. 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.
- 4. 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

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

9

- 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- 3. 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.
- 4. 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

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

#11

- () 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- () 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- () 3. 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.
- () 4. 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

- () 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- () 2. 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.
- () 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 4. 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

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

#14

- () 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- () 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
- () 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- () 4. 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

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

#16

- () 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- () 2. 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.
- () 3. 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 K – CARTA DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

Manuscript Number:

Article Title: The effects of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) based intervention in overweight and obese women with or without binge eating symptoms.

Corresponding Author: Mr. Breno Irigoyen Freitas

All Manuscript Author(s): Breno Irigoyen Freitas; Renata K Zancan, Master; Ana Carolina M Cancian; Adolfo Pizzinato; Margereth S Oliveira

Article Type: Research paper

Dear Mr. Freitas,

Your submission entitled "The effects of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) based intervention in overweight and obese women with or without binge eating symptoms." has been received by Behavior Therapy

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author. The URL is <http://ees.elsevier.com/bt/>.

Your username is: brenoif@hotmail.com

If you need to retrieve password details, please go to: http://ees.elsevier.com/BT/automail_query.asp

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial System
Behavior Therapy

For further assistance, please visit our customer support site at <http://help.elsevier.com/app/answers/list/p/7923> Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions and learn more about EES via interactive tutorials. You will also find our 24/7 support contact details should you need any further assistance from one of our customer support representatives.