

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL INTENSIVA BASEADA NA TERAPIA  
DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA PESSOAS COM  
SOBREPESO E OBESIDADE**

**IGOR DA ROSA FINGER**

Tese 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 Doutor em Psicologia.

**Porto Alegre  
Janeiro, 2017**

## Ficha Catalográfica

F497i Finger, Igor da Rosa

Intervenção psicossocial intensiva baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso para pessoas com sobrepeso e obesidade / Igor da Rosa Finger . – 2017.

142 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira.

1. Sobrepeso. 2. Obesidade. 3. Terapia de Aceitação e Compromisso.  
I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Título.

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

**INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL INTENSIVA BASEADA NA TERAPIA  
DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA PESSOAS COM  
SOBREPESO E OBESIDADE**

**IGOR DA ROSA FINGER**

ORIENTADOR: PROF(a). DR(a). MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

Tese de Doutorado 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 Doutor em Psicologia

**Porto Alegre  
Janeiro, 2017**

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

**INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL INTENSIVA BASEADA NA TERAPIA  
DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO PARA PESSOAS COM  
SOBREPESO E OBESIDADE**

**IGOR DA ROSA FINGER**

COMISSÃO EXAMINADORA:

PROF(a).DR(a). JACQUELINE PISTORELLO (University of Nevada, Reno)

PROF(a). DR(a). CARMEN BEATRIZ NEUFELD (USP-RP)

PROF(a). DR(a). JANAINA PACHECO (FFCMPA)

PROF. DR. PAULO GOMES DE SOUSA-FILHO (FURG)

PROF. DR(a). IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON (PUCRS)

**Porto Alegre  
Janeiro, 2017**

*À minha filha Isabela e à minha  
esposa Patricia, incontestáveis  
valores na minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Não se faz um doutorado sozinho. O trabalho, desde a ideia até a execução, requer o apoio e incentivo de muitas pessoas. A elas cabem algumas palavras:

Agradeço a Deus, pelo milagre da vida.

Agradeço à Prof. Margareth da Silva Oliveira que, mais do que uma orientadora, é a minha mãe na Psicologia. Quando aluno de graduação, selecionou-me entre tantos e junto com poucos para compor o quadro de estagiários do Labico. Durante o estágio, ensinou-me sobre Terapia Cognitivo-Comportamental em uma época que eu era um dedicado estudante de Psicanálise. Incentivou-me a realizar o mestrado. Apoiou-me, cuidou-me e esteve junto comigo em momentos difíceis no início de uma profissão. Distanciamos-nos devido à correria da vida, mas, após alguns anos, acolheu-me para me capacitar ao doutorado. E, mais do que isso, mudou a minha caminhada profissional (mais uma vez). Foi você, Prof. Margareth, que me apresentou a Terapia de Aceitação e Compromisso pela primeira vez. Em uma reunião, quando nem doutorando era, você pediu para eu ler um estudo sobre a ACT. Foi ali que comecei a me tornar o psicólogo que quero ser. Sou realizado profissionalmente por causa de ti, tuas orientações e caminhos. Muito obrigado.

Ao Breno Irigoyen de Freitas, braço direito dessa tese. Nada, absolutamente nada do que está nessas páginas seria possível sem tua participação. És a base para o meu desenvolvimento no doutorado, o parceiro na criação da intervenção, o porto-seguro nos momentos de crise, a luz para indicar o caminho de ida para o fim. E chegamos ao fim. Devo meu doutorado a ti. Tenho eterna gratidão por ter te conhecido e convivido contigo. Palavras não conseguem expressar o que realmente sinto por ti por tudo o que fizeste. Mas há uma ação de compromisso que posso fazer: ir te abraçar e dizer muito obrigado na próxima vez que nos vermos. Vamos juntos continuar a ajudar pessoas a terem vidas valiosas. A minha já é tendo tu ao meu lado.

Ao Diego Alano por ter assumido a responsabilidade de desenvolver e comandar o grupo controle desse estudo. Sem tua presença, carinho, atenção e dedicação, o estudo estaria enviesado na origem. Todo e qualquer resultado advindo daqui tem a tua participação. Tu és indispensável para esse estudo. Por isso só tenho a agradecer por tão gentilmente concordar em participar do estudo.

À Tahis Garrido um especial agradecimento por todo o extenso trabalho despendido para a construção, preenchimento e revisão de todos os materiais utilizados nas intervenções, entrevistas, contatos com os participantes, avaliações e banco de dados. Certamente, sem tua dedicação, esse estudo não avançaria. Muito obrigado. À Simone Rodrigues por ter assumido o trabalho de base quando a Tahis saiu do projeto. Foi ótimo poder contar contigo. À Daniela de Franceschi Souza, Gabriel Machado Paz, Luciana Lopes Corrêa e Carolina Abianna por terem auxiliado com tanto empenho nos dias de intervenção. Sem vocês, o sucesso dos dias de intervenção não seria o mesmo. À Victoria Deluca e Ronald Liboni pela presteza em ajudar na busca de materias de participantes e de submissão de artigos. Muito obrigado a todos vocês!

Impossível não agradecer à Sabrina Fuhr, por tão gentilmente auxiliar traduzindo os textos para o inglês, e ao Bernardo Fachini, ao revisar os em português. Vocês são a "cereja do bolo", "a estrela da árvore de Natal", as pessoas que estão no meu coração por gesto tão ímpar de dedicação.

A todos os meus amigos que, de forma direta ou indireta, auxiliaram no desenvolvimento dessa tese. Obrigado a todos.

À Patricia Ariane Guedes, minha esposa, companheira, motivadora e incentivadora. Contar contigo em todos os momentos faz com que minha vida seja segura, porque, mesmo no momento mais conturbado, posso contar contigo. Mais uma vez foste determinante ao me auxiliar nos momentos mais críticos do doutorado, em que tudo poderia ir por água abaixo. Não foi o fim porque tu estavas lá.

À Isabela Guedes Finger, por me ajudar todos os dias a fazer da minha vida uma vida valiosa.



## RESUMO

O excesso de peso e suas consequências causam diversos problemas à saúde física e mental. Redução da ingesta calórica e aumento das atividades físicas são recomendados para adequação do peso. Porém, a adesão e a manutenção dessas práticas seguem sendo um limitador no auxílio às pessoas com sobrepeso ou obesidade. Há evidências de efetividade em terapias que envolvem o estímulo à mudança do estilo de vida através das alterações topográficas do comportamento e do pensamento. Diferente da intervenção anterior, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) não foca na modificação topográfica do comportamento, mas na alteração da função dele. Objetiva-se, com essa tese, avaliar o efeito da utilização de uma intervenção psicológica intensiva, baseada na ACT, em comparação a uma intervenção Psicoeducativa e TCC em pessoas com sobrepeso e obesidade. Essa tese é dividida em três estudos. O primeiro objetivou identificar os processos de inflexibilidade psicológica (IP) associados ao índice de massa corporal (IMC), sintomas de depressão, ansiedade, estresse e comer compulsivo em pessoas com sobrepeso e obesidade. Realizou-se um estudo transversal em 243 pessoas com IMC a partir de 25 e idade entre 18 e 60 anos. Analisou-se os dados com ANOVA one-way e teste *t*. Não foram encontradas diferenças entre as médias de IP em relação ao IMC. Foram encontradas diferenças significativas na IP em relação ao comer compulsivo e aos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, sendo que quanto mais grave o sintoma, maior a média de IP. O segundo estudo objetivou avaliar os fatores preditivos da participação de pessoas com sobrepeso e obesidade em um programa psicossocial intensivo, de 8h de duração em um dia. Este é um estudo quantitativo transversal em que 82 pessoas (77 delas, mulheres) com IMC a partir de 25 e idade entre 18 e 60 anos responderam ao recrutamento e confirmaram a participação. Realizou-se uma regressão logística binária. As variáveis com algum grau de predição na adesão à intervenção foram as de comportamento relacionados à dieta e atividade física (OR: 1,342; IC 95%: 0,970-1,857), flexibilidade psicológica (OR: 1,078; IC 95%: 1,009-1,152) e, mais específico, o processo psicológico de fusão cognitiva (OR: 1,018; IC 95%: 0,969-1,069). O último estudo objetivou investigar os efeitos de uma intervenção baseada na ACT, em comparação a uma baseada em Psicoeducação e TCC, nas medidas objetivas (peso e índice de massa corporal - IMC) e de auto-relato (sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, compulsão alimentar e flexibilidade psicológica) em pessoas com sobrepeso ou obesidade. 72 pessoas foram designadas aleatoriamente para um dos grupos. O grupo ACT apresentou diferença no desenvolvimento da desfusão cognitiva e consciência alimentar – resposta emocional, bem como auxiliou mais na modificação da intensidade da compulsão alimentar. Os demais resultados não apresentaram diferença significativa entre os grupos. Considerando-se que a intervenção Psicoeducativa/TCC é a intervenção de escolha atualmente, os resultados dessa tese mostram que uma intervenção em ACT pode ter, no mínimo, os mesmos desfechos que a intervenção de escolha.

Palavras-chave: Sobrepeso, Obesidade, Terapia de Aceitação e Compromisso

Área de conhecimento: 7.07.00.00-1 Psicologia

Sub-área de conhecimento: 7.07.10.01-5 Intervenção Terapêutica

## ABSTRACT

Overweight and its consequences cause several physical and mental health problems. A reduction of caloric ingestion and an increase in physical activity are recommended to weight adequacy. However, the adherence and maintenance of these practices continue being a limitation in the care of overweight and obese people. There are evidences of the effectiveness of therapies that involve the incentive to lifestyle changes through topographic alterations of behavior and thought. Unlike these interventions, the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) does not focus on the topographic modification of behavior, but on the alteration of its function. It is aimed, with this thesis, to evaluate the effect of the use of an intensive psychological intervention, based in ACT, in comparison to a Psychoeducational and CBT intervention in overweight and obese people. This thesis, is divided in three studies. The first one aimed to identify the processes of psychological inflexibility (PI) associated to the body mass index (BMI), depression, anxiety and stress symptoms and binge eating in overweight and obese people. A cross-sectional study was conducted in 243 people with BMI 25 and higher and ages 18 to 60 years. The data was analysed through a One-Way ANOVA and *t* test. There were no differences found in the PI mediums in relation to BMI. There were significant differences found in PI in relation to binge eating and depression, anxiety and stress symptoms, being that the most severe the symptom, the higher the PI medium. The second study aimed to evaluate the predictive factors of the participation of overweight and obese people in an intensive psychosocial program, of 8 hours of duration in one day. This is a cross-sectional quantitative study in which 82 people (77 of them, women) with BMI 25 and higher and ages from 18 and 60 years answered to a recruiting and confirmed participation. A multivariate binary logistic regression was conducted. The variables with some degree of prediction in the adherence to the intervention were the ones of behavior related to diet and physical activity (OR: 1,342; IC: 95%: 0,970-1,857), psychological flexibility (OR:1,078; IC 95%: 1,009-1,152) and, more specifically, the psychological process of cognitive fusion (OR: 1,078; IC: 95%: 0,969 - 1,069). The last study aimed to investigate the effects of an intervention based in ACT, in comparison to one based in Psychoeducation and CBT, in the objective measures (weight and BMI) and in the ones of self-repot (depression, anxiety and stress symptoms, binge eating and psychological flexibility) in overweight and obese people. 72 people were randomly assigned to one of the groups. The ACT group showed differences in the development of cognitive defusion and eating conscience - emotional response, as well as it helped more in the modification of binge eating intensity. Other results did not present a significant difference between the groups. Considering that the Psychoeducational/CBT intervention is the chosen intervention nowadays, the results of this thesis show that an intervention in ACT can have at least the same outcomes as the intervention of choice.

**Keywords:** Overweight, Obesity, Acceptance and Commitment Therapy

**Area of knowledge:** 7.07.00.00-1 Psychology

**Sub-area of knowledge:** 7.07.10.01-5 Therapeutic Intervention

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1: <i>Instrumentos e tempos de aplicação</i> .....	36
Table 2.1: <i>Sample characterization</i> .....	52
Table 2.2: <i>Descriptive statistics and t-tests comparing DASS-depression groups with respect to psychological inflexibility</i> .....	54
Table 2.3: <i>Descriptive statistics and t-tests comparing DASS-anxiety groups with respect to psychological inflexibility</i> .....	54
Table 2.4: <i>Descriptive statistics and t-tests comparing DASS-stress groups with respect to psychological inflexibility</i> .....	55
Table 2.5: <i>Descriptive statistics and ANOVAs with psychological inflexibility variables as the dependent variable and severity of binge eating as the grouping variable</i> .....	55
Tabela 3.1: <i>Caracterização dos dados sócio-demográficos e antropométricos segundo a participação</i> .....	69
Tabela 3.2: <i>Modelos de regressão logística binária multivariada para prever quem participou da intervenção a partir das variáveis de atividade física e dieta</i> .....	70
Tabela 3.3: <i>Modelo final de regressão logística binária multivariada para prever quem participou da intervenção a partir das variáveis remuneração</i> .....	71
Tabela 3.4: <i>Modelos de regressão logística binária multivariada para prever quem participou da intervenção a partir das variáveis de flexibilidade psicológica</i> .....	72
Tabela 3.5: <i>Modelos gerais de regressão logística binária multivariada para prever quem participou da intervenção</i> .....	74
Tabela 4.1: <i>Características sócio-demográficas dos pacientes avaliados</i> .....	95
Tabela 4.2: <i>Comparação entre grupos no Tempo 1</i> .....	96
Tabela 4.3: <i>Comparação de médias de flexibilidade psicológica entre grupos ao longo do tempo</i> .....	98
Tabela 4.4: <i>Comparação de médias para peso, IMC e compulsão alimentar entre grupos ao longo do tempo</i> .....	100
Tabela 4.5: <i>Correlação entre flexibilidade psicológica (delta) e compulsão alimentar com peso (delta) e IMC (delta)</i> .....	101
Tabela 4.6: <i>Comparações das categorias de compulsão alimentar entre grupos nos dados basais e seguimento</i> .....	102
Tabela 4.7: <i>Comparação das categorias de compulsão alimentar dentro do “Grupo ACT”</i> .....	103
Tabela 4.8: <i>Comparação das categorias de compulsão alimentar dentro do “Grupo Psicoeducação e TCC”</i> .....	103

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.1:</i> Processos de Flexibilidade Psicológica.....	22
<i>Figura 4.1:</i> Fluxograma de participação no estudo.....	94

## LISTA DE SIGLAS

OMS: Organização Mundial da Saúde

WHO: World Health Organization

IMC: Índice de Massa Corporal

ABESO: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica

ACT: Terapia de Aceitação e Compromisso

TCC: Terapias Cognitivo-Comportamentais

TMR: Teoria das Molduras Relacionais

RFT: Relational Frame Theory

FP: Flexibilidade Psicológica

IPÇ Inflexibilidade Psicológica

PI: Psychological Inflexibility

DASS: Depression, Anxiety and Stress Scale;

AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire;

AAQ-W: Acceptance and Action Questionnaire-Weight;

CFQ: Cognitive Fusion Questionnaire;

CFQ-BI: Cognitive Fusion Questionnaire-Body Image;

VLQ: Valued Living Questionnaire;

MEQ: mindful eating questionnaire

*ECAP: Escala de Compulsão Alimentar Periódica*

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>5</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>9</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>10</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>11</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>12</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1.1. Temática da Tese</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2. Objetivo</b> .....	<b>25</b>
1.2.1. Objetivo geral .....	25
1.2.2. Objetivos específicos .....	26
<b>1.3. Hipóteses</b> .....	<b>26</b>
1.3.1. Hipótese 1 .....	26
1.3.2. Hipótese 2 .....	27
1.3.3. Hipótese 3 .....	27
1.3.4. Hipótese 4 .....	27
1.3.5. Hipótese 5 .....	28
1.3.6. Hipótese 6 .....	28
<b>1.4. Contexto da pesquisa</b> .....	<b>28</b>
<b>1.5. Delineamento da pesquisa</b> .....	<b>29</b>
1.5.1. Amostra .....	30
1.5.2. Critérios de inclusão .....	30
1.5.3. Critérios de exclusão .....	30
1.5.4. Instrumentos .....	30
<i>Caracterização e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão</i> .....	31
<i>Flexibilidade psicológica</i> .....	31
<i>Compulsão alimentar:</i> .....	33
<i>Frequência de comportamentos relacionados a dieta e atividade física:</i> .....	33
<i>Instrumento de intervenção</i> .....	33

	14
1.5.5. Procedimentos .....	36
1.5.5.1. Recrutamento, entrevista de triagem e designação aleatória.....	36
1.5.5.2. Coleta de dados .....	36
1.5.5.3. Protocolos de intervenção.....	37
<i>Grupo ACT</i> .....	37
<i>Grupo Psicoeducação e TCC</i> .....	38
<b>1.6. Apresentação dos estudos.....</b>	<b>38</b>
<b>Referências .....</b>	<b>40</b>
<b>SEÇÃO EMPÍRICA .....</b>	<b>46</b>
<b>2. ESTUDO 1: PSYCHOLOGICAL INFLEXIBILITY IN OVERWEIGHT AND OBESE PEOPLE FROM THE PERSPECTIVE OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT).....</b>	<b>47</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>47</b>
<b>2.1. Introduction.....</b>	<b>48</b>
<b>2.2. Objective.....</b>	<b>50</b>
<b>2.3. Method .....</b>	<b>50</b>
2.3.1. Participants.....	50
2.3.2. <i>Instruments</i> .....	51
2.3.3. <i>Statistical Analysis</i> .....	51
<b>2.4. Results.....</b>	<b>52</b>
2.4.1. Body Mass Index (BMI).....	53
2.4.2. Depression, Anxiety and Stress Symptoms .....	53
2.4.3. Binge eating .....	55
<b>2.5. Discussion.....</b>	<b>57</b>
<b>References .....</b>	<b>58</b>
<b>3. ESTUDO 2: FATORES PREDITIVOS DE PARTICIPAÇÃO EM UMA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA INTENSIVA PARA PESSOAS EM SOBREPESO E OBESIDADE .....</b>	<b>63</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>63</b>
<b>3.1. Introdução .....</b>	<b>64</b>
<b>3.2. Método .....</b>	<b>65</b>
3.2.1. Participantes.....	65

	15
3.2.2. Avaliação.....	65
<u>Sintomas depressivos, ansiosos e de estresse</u> .....	66
<u>Frequência de comportamentos relacionados a dieta e atividade física</u> .....	66
<u>Flexibilidade Psicológica (processos psicológicos de acordo com a ACT)</u> .....	66
<u>Compulsão alimentar</u> .....	67
<u>Redução de peso anterior</u> .....	68
3.2.3. Análises estatísticas.....	68
<b>3.3. Resultados</b> .....	<b>68</b>
<b>3.4. Discussão</b> .....	<b>75</b>
<b>3.5. Conclusões</b> .....	<b>78</b>
<b>Referências</b> .....	<b>78</b>
<b>4. ESTUDO 3: EFEITOS DE INTERVENÇÕES INTENSIVAS EM TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO E EM PSICOEDUCAÇÃO E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PESSOAS COM SOBREPESO E OBESIDADE</b> .....	<b>82</b>
<b>4.1. Introdução</b> .....	<b>83</b>
<b>4.2. Método</b> .....	<b>86</b>
4.2.1. Delineamento .....	86
4.2.2. Participantes.....	86
4.2.3. Instrumentos.....	87
4.2.4. Intervenções.....	90
4.2.4.1. Grupo ACT .....	90
4.2.4.2. Grupo Psicoeducação e TCC .....	91
4.2.5. Procedimentos .....	91
4.2.6. Análise estatística .....	92
<b>4.3. Resultados</b> .....	<b>92</b>
4.3.1. Recrutamento dos participantes.....	92
4.3.2. Dados de linha de base.....	94
4.3.3. Avaliação de seguimento .....	96
<b>4.4. Discussão</b> .....	<b>103</b>
<b>Referências</b> .....	<b>108</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>114</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>118</b>



<b>ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO B – AAQ-II .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO C – AAQ-W.....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO D – ECAP .....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO E – VLQ .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO F – CFQ-BI .....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO G– CFQ-7 .....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXO H– MEQ.....</b>	<b>133</b>
<b>ANEXO I – DASS-21 .....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXO J – DES.....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXO K: Cronograma do grupo experimental ACT.....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO L: Cronograma do grupo experimental Psicoeducação e TCC.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO M: Carta de Aceite de Publicação .....</b>	<b>141</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Temática da Tese

Obesidade e Sobrepeso em adultos são caracterizados como um dos problemas de saúde pública mais significativos e negligenciados (Ng et al, 2014). Especificamente no que diz respeito à obesidade, esta está se tornando uma epidemia, ao considerar o maior risco de morbidade e mortalidade associados (Gupta, 2014). A etiologia da obesidade é multivariada – passando de natureza biológica e metabólica até sócio-cultural, comportamental e ambiental (Freitas Júnior, 2007). Há, também, uma relação entre o aumento do Índice de Massa Corporal (IMC) e os custos diretos e indiretos de cuidados de saúde. Ou seja, quanto maior o IMC, maior os custos (Dee et al., 2014).

Diversos problemas estão relacionados ao excesso de peso e à obesidade. Entre eles o Diabetes Mellitus tipo 2, as dislipidemias, a apnéia do sono, doenças cardiovasculares e alta mortalidade (ABESO, 2016). Quanto maior o excesso de peso, maior é a gravidade de doenças (Calle, Thun, Petrelli, Rodrigues, & Heath, 1999). Dados do Reino Unido preveem que metade dos homens adultos e um quarto das mulheres adultas dessa região serão obesas em 2030 (Gupta, 2014). A prevalência entre os países é muito variável, sendo abaixo de 5% (China, Japão e alguns países da África) e chegando a mais de 75% em outros (Samoa) (Rodríguez-Rodríguez, López-Plaza, López-Sobaler, & Ortega, 2011). No Brasil, a frequência de adultos com excesso de peso (IMC acima de 25) é de 45,3% a 56,3%, sendo que com mais idade, maior a frequência de excesso de peso. A prevalência de sobrepeso e obesidade vai de 13,2% a 21,3% (Brasil, 2013). Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 1,9 bilhão de pessoas (acima de 18 anos) têm sobrepeso no mundo e 600 milhões desses são obesos (WHO, 2015). De acordo com a OMS, sobrepeso e obesidade são definidos pelo acúmulo excessivo ou anormal de gordura que pode prejudicar a saúde. O IMC é a medida mais utilizada para definir o problema, ainda que não seja uma medida precisa. O IMC para sobrepeso é igual ou superior a 25 e para obesidade é igual ou superior a 30 (WHO, 2015).

Na perspectiva etiológica, sabe-se que a obesidade tem certa influência genética ao tornar pessoas mais suscetíveis ao ganho de peso, mas, mesmo assim, o fator que mais afeta à obesidade é o desequilíbrio calórico crônico, ou seja, alta ingestão calórica associada ao estilo de vida sedentário. (Haidar & Cosman, 2011). Haidar e Cosman (2011) apontam o aumento das rendas, da população urbana, das dietas ricas em gorduras e açúcares simples e atuações em empregos menos exigentes como fatores ambientais que resultariam no aumento da obesidade, tudo isso, claro, associado à diminuição de atividade física. Em complemento a isso, evidências da importância de um microbioma para o metabolismo de energia no intestino estão sendo a base do desenvolvimento de novas teorias explicativas da obesidade (Ng et al, 2014).

Para o entendimento do desenvolvimento da obesidade, deve-se levar em consideração, também, a hipótese do “gene econômico” de Neel, que apresenta que, anteriormente na evolução humana, os alimentos eram mais escassos do que atualmente, e, nesse contexto, genes que permitiam a conservação energética seriam vantajosos para a sobrevivência e, por tanto, seriam selecionados evolutivamente (Friedman, 2003). Do ponto de vista comportamental, o auxílio à diminuição da obesidade está em auxiliar as pessoas a modificarem seu comportamento alimentar.

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) indica, em sua Diretriz Brasileira de Obesidade, intervenções cognitivo-comportamentais como uma modalidade psicológica de tratamento (ABESO, 2016). Uma crítica às evidências está no fato de os delineamentos metodológicos serem limitados, o que dificulta muitas generalizações (ABESO, 2016). Ainda assim, segundo a associação, o tratamento para obesidade deve ser focado em intervenções para modificação do estilo de vida, orientação dietética, engajamento em atividade física e mudanças no comportamento. Já a OMS apresenta como intervenções: limitar a ingestão 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, 2015). Porém, o número de pessoas obesas que tentam perder peso e não obtêm resultados satisfatórios ainda é elevado (ABESO, 2016).

A partir dessas informações, é possível sugerir a necessidade e importância de analisar outros aspectos associados à redução e manutenção da redução do IMC. Muitas das abordagens estão ainda focadas em aspectos externos, como resolução de problemas, sem considerar a motivação ou o genuíno interesse que mobiliza a pessoa para a mudança de comportamento (Teixeira, Silva, Mata, Palmeira, & Markland, 2012). É possível que uma adequada análise da função do comportamento alimentar para a pessoa - o que já modificaria o termo "motivação" para "operações estabelecidas" - seja um bom princípio para a modificação do comportamento.

Dentre as abordagens psicológicas que trabalham com análise funcional do comportamento há a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). A ACT é uma terapia comportamental (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013). Ainda que, desde o surgimento da expressão "terapia comportamental", muitas terapias tenham sido desenvolvidas considerando-se esse modelo e que, na verdade, em alguns casos, elas estejam bem distantes da filosofia e metodologia comportamental (Leonardi, 2015; Nolasco, 2002), a ACT é, fundamentalmente, uma terapia comportamental, como será a seguir explicado. É importante destacar, porém, que a ACT é uma terapia em formação, sendo que seus processos e métodos estão, atualmente, sendo testados e avaliados através de ensaios clínicos randomizados e eventos internacionais com pesquisadores da área.

Entende-se por "terapia comportamental" aquela prática clínica em que se observam bases filosóficas, conceituais, metodológicas e empíricas da análise do comportamento (Leonardi, 2015). Para essa terapia, o ambiente e o contexto influenciam o indivíduo (Pérez-Álvarez, 2006). A ACT é uma terapia embasada no *behaviorismo* radical (Kohlenberg, Hayes, & Tsai, 1993). Um dos preceitos do *behaviorismo* radical é que ele assume o comportamento (ou melhor dizendo, a resposta) como o objeto de análise da psicologia, mesmo aqueles ditos como não-

observáveis ou também chamados como eventos privados (pensamento, por exemplo). O *behaviorismo* radical não exclui de análise os eventos privados por não serem observáveis porque, na verdade, eles o são, porém apenas para uma pessoa (Gongora & Abib, 2001). Tanto a teoria de base da ACT - qual seja, a teoria das molduras relacionais - quanto a sua filosofia - contextualismo funcional - são embasadas no *behaviorismo* radical e, portanto, são comportamentais.

O contextualismo funcional é a visão de mundo que valida os fenômenos como um todo e pertencentes a um contexto (Pepper, 1942). Isso é, o fenômeno (no caso da ciência comportamental, o comportamento) está intimamente relacionado e coexiste com seu contexto (Pepper, 1942). Essa visão apresenta o mundo como ato (como ler um livro, comer algo, dar aula) que está acontecendo agora, nesse contexto (como no ônibus, no restaurante, na universidade). Ela indica a observar que as ações são realizadas por alguém, com alguma função e em algum contexto (Vargas-Mendonza, 2006). Para o contextualismo funcional o importante não é o que as pessoas acham que seja verdade, mas o que funciona para elas nas mais diversas situações de vida. Essa visão de mundo é uma extensão do *behaviorismo* radical (Schoendorff, Webster, & Polk, 2014) e aborda a questão do surgimento de habilidades e competências linguísticas e cognitivas complexas a partir de processos de aprendizagem básicos (Pérez-Álvarez, 2012).

A teoria das molduras relacionais (TMR, *RFT* em inglês) é uma teoria explicativa da linguagem, também advinda do *behaviorismo* radical (Törneke, 2010). Ela se difere da equivalência de estímulos (Sidman, 1994) na explicação do fenômeno da derivação de relações entre estímulos. Ao invés de serem inerentes às relações de contingências, as derivações, denominadas na TMR como responder relacional, são produtos do treino de múltiplos exemplares (Boavista, 2014). Esse treino de múltiplos exemplares possibilita que se responda a propriedades abstraídas da relação de estímulos (p. ex: maior que, menor que, igual a). Esse responder relacional seria um exemplar de operante de ordem superior (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). A linguagem e cognição humana, de acordo com essa teoria, seriam subordinados ao operante responder relacional arbitrariamente aplicável advindo de diversos treinos de múltiplos exemplares que o indivíduo teve

em sua história ontogenética (Boavista, 2014). Esse entendimento comportamental da linguagem e cognição humana, baseado no *behaviorismo* radical, possibilitou a compreensão e a intervenção nos contextos verbais, focando nas relações funcionais desses comportamentos verbais na vida do indivíduo (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Boavista, 2014).

A ACT é uma terapia que foca atenção no contexto verbal para, através de exposição, ampliar o repertório comportamental do indivíduo ou do grupo. É direcionada ao público que não tenha conhecimento e relação com conceitos da análise do comportamento. Por isso utiliza termos e conceitos não advindos da análise experimental do comportamento - como por exemplo, o termo “mente” ao invés de “responder relacional arbitrariamente aplicável”. Ao reconhecer o responder relacional arbitrariamente aplicável, utiliza-se de metáforas para estimular a discriminação entre eventos públicos e privados, aversivos ou reforçados positivamente, e para a ampliação do repertório comportamental (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

A ACT objetiva o desenvolvimento da flexibilidade psicológica (Hayes, Pistorello, & Biglan, 2008), isto é, ser consciente do que acontece no momento presente, aceitar a existência desta experiência e decidir permanecer no mesmo tipo de comportamento, ou alterá-lo, conforme os mesmos sejam concordantes ou discordantes com os valores de vida escolhidos (Levin & Hayes, 2009). O seu trabalho se baseia em seis processos, um influenciando no outro. Não são etapas de terapia, pois se entende que a flexibilidade psicológica é um seguimento, uma continuidade de ações. São eles: aceitação experiencial, defusão cognitiva, eu contextual, contato com o presente, clarificação dos valores e ações de compromisso (Figura 1.1). A partir do ponto de vista da flexibilidade psicológica (FP), é possível compreender como se desenvolve a inflexibilidade psicológica. Entende-se que a inflexibilidade psicológica é desencadeadora de psicopatologias – e aí está um dos motivos pelos quais o foco da ACT está centrado em desenvolver a FP (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

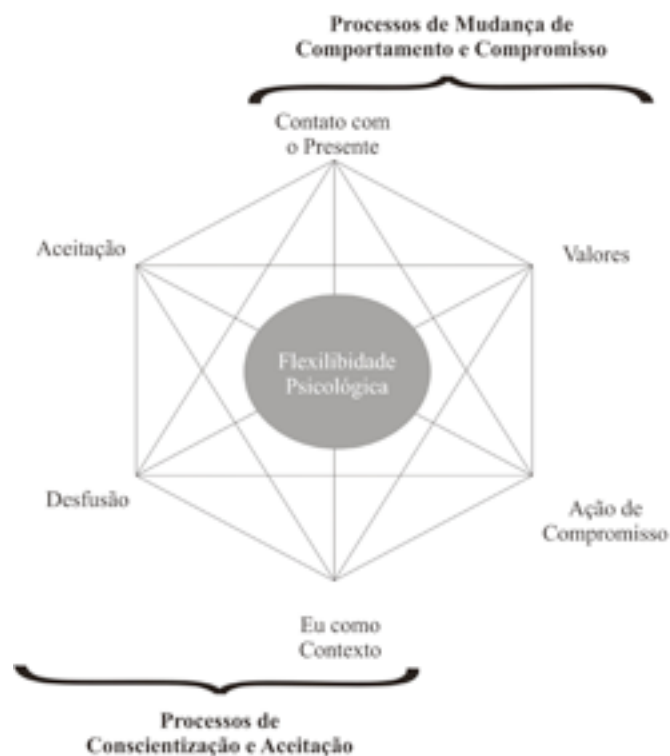


Figura 1.1: Processos de Flexibilidade Psicológica (Hayes, Pistorello, & Biglan, 2008)

Uma possível razão para a elevada taxa de insucesso no tratamento de transtornos alimentares (TAs) e de comportamento alimentar é que os tratamentos existentes não focam suficientemente nas características críticas dos comportamentos, tais como a elevada esquiva experiencial, fraca consciência experiencial (aceitação) e falta de motivação (Juarascio et al., 2013). Evidências sugerem que a esquiva experiencial é um componente importante para o desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares e comer compulsivo (Manlick, Cochran, & Koon, 2013). Por se tratar de uma intervenção recente, há poucos ensaios clínicos aplicando ACT em TAs ou comportamentos alimentares problemáticos – e menos ainda em sobrepeso ou obesidade.

Essa presente tese foi baseada no estudo de Lillis, Hayes, Bunting e Masuda (2009). Esse estudo teve como objetivo reduzir o comportamento de esquiva experiencial, aumentando a flexibilidade psicológica, focando no estigma relacionado à obesidade e no sofrimento psicológico gerado. As medidas de avaliação foram

angústia (ansiedade, depressão, sintomas somáticos e disfunção social) - através do General Health Questionnaire, GHQ; qualidade de vida – avaliada pelo ORWELL 97 scale; estigma quanto ao peso – avaliado pelo Weight Stigma Questionnaire, WSQ; IMC e peso. Os autores realizaram um workshop de um dia com foco em estratégias de aceitação e *mindfulness* – seguindo os processos da ACT. Ao total, 84 participantes que já tivessem participado de algum programa de redução de peso de, no mínimo, seis meses, foram divididos aleatoriamente em dois grupos (workshop e lista de espera) e reavaliados três meses depois. Os resultados apresentaram uma melhora significativa relacionada ao estigma quanto à obesidade, qualidade de vida, sofrimento psíquico, índice de massa corporal, assim como melhora na tolerância à frustração, aceitação geral e específica ao peso e na FP. Análises de mediação indicam que mudanças na aceitação específica ao peso e FP mediam mudanças nos resultados.

Ainda que promissor, o estudo acima comparou a intervenção baseada em ACT apenas com lista de espera, apresentando um nível de evidência pequeno devido à escolha do método (lista de espera como grupo controle). Seus resultados, mesmo que positivos, denotam necessidade de aperfeiçoamento na intervenção. Propõe-se, com essa presente tese, realizar modificações na intervenção de Lillis, Hayes, Bunting e Masuda (2009). Embasado na teoria da análise experimental do comportamento de que a mudança comportamental pode envolver uma razão variável de estímulos (Moreira & Medeiros, 2007), ou seja, a necessidade de contatos seguidos variados além do evento principal, pretende-se verificar se uma intervenção baseada no cronograma e material do estudo do Lillis mantém, ou até melhora, os resultados encontrados em medidas objetivas (Peso e Índice de Massa Corporal) e de autorrelato (sofrimento psicológico e flexibilidade psicológica) quando acrescida da utilização do diagrama Matriz (do original *Matrix*) e associada ao envio de mensagens de texto pelo celular aos participantes, no decorrer de três meses, considerando as mensagens de texto a razão variável de estímulos.

O acréscimo do diagrama Matriz é a principal mudança na intervenção proposta por Lillis et al (2009). Matriz é um diagrama organizado por Kevin Polk, Jerold Hambright e Mark Webster que objetiva simplificar os processos da ACT



apresentados anteriormente (Polk, 2014). A essência da ACT está em ajudar pessoas a fazerem duas discriminações: uma delas é perceber a diferença entre estímulos sensoriais – ou dos cinco sentidos (audição, gustação, olfato, tato, visão) – e dos eventos privados (“mente”); o outro é de perceber a diferença entre como se sente ao seguir o controle aversivo (também chamado de sofrimento) e/ou o controle atrativo (reforçador positivo - ou se aproximar do que é importante para a pessoa) (Polk, 2014). Flexibilidade Psicológica é notar essas diferenças. A partir desse ponto de vista, e para favorecer essa FP, o diagrama Matriz foi desenvolvido. A Matriz é como um grande mapa que permite ao observador notar o rumo da sua vida. A direção em que a vida segue continua sendo uma decisão do observador.

A escolha por mensagens de texto enviadas para celular dos participantes deve-se pelo baixo custo da intervenção (requer, apenas, acesso à internet e a utilização de aplicativo de celular para envio de mensagens de texto, muitos deles gratuitos), pouco tempo necessário para o contato com o participante - favorecendo sua utilização, inclusive, na atenção primária de saúde – e o elevado índice de acesso a celular da população brasileira e mundial. Além disso, já há estudos que sustentam a utilização de mensagens de texto pelo celular como sendo viáveis e aceitas na prevenção e tratamento de obesidade (Turner, Spruijt-Metz, Wen, & Hingle, 2014).

A intervenção experimental proposta nessa tese foi comparada a outra que utilizará psicoeducação e teoria cognitivo-comportamental. A escolha de um grupo que inclui na psicoeducação o modelo cognitivo-comportamental fundamentou-se na proposta de intervenção apresentada pela ABESO (2016) e que está em acordo com as prerrogativas da OMS (WHO, 2015).

A teoria e terapia cognitivo-comportamental é um termo genérico que unifica uma série de terapias e intervenções que se baseiam em três hipóteses sobre a cognição e o comportamento humano: 1) acesso: em que teríamos acesso a toda e qualquer informação provinda do conhecimento declarativo, ou seja, daquele que se utiliza a linguagem; 2) mediação: os processos cognitivos, mais especificamente os pensamentos, mediam as respostas emocionais e comportamentais; 3) mudança: é

possível, intencionalmente, modificar os processos cognitivos, tendo como efeito a modificação das respostas emocionais e comportamentais em diversos contextos (Dobson & Dozois, 2001). Suas intervenções focam na identificação, avaliação e modificação do pensamento para obter efeitos nas modificações comportamentais e emocionais (colocar referencia do livro da Judith de TCC básico). Referente ao comportamento alimentar, há resultados de eficácia dessa intervenção em pessoas com sobrepeso e obesidade (Masheb, Grilo, & Rolls, 2011; Neufeld, Moreira, & Xavier, 2012). Porém, apesar das respostas terapêuticas imediatas, muitos participantes (de 30 a 50%) permanecem sintomáticos a ponto de prejudicar a qualidade de vida (Juarascio et al., 2013).

Objetiva-se, com esse estudo, desenvolver alternativas de atendimento que possam ser utilizados na saúde primária e acolhida pela saúde pública. Os resultados apresentados nessa tese não são o fim, mas a continuidade do processo para o desenvolvimento de tecnologias terapêuticas que tenham baixo custo e amplo alcance populacional. Reconhece-se que a mudança comportamental advém de treinos e exposições - no plural -, e que uma intervenção intensiva como a proposta aqui é, no máximo, um único evento em que ocorrem treinos. Porém, os rápidos resultados apresentados na clínica e em estudos utilizando a ACT estimularam a testar se uma intervenção nesse tempo e intensidade mantém os bons resultados da ACT .

## **1.2. Objetivo**

### **1.2.1. Objetivo geral**

Investigar os efeitos de uma intervenção psicossocial, baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso, e de uma intervenção baseada em psicoeducação e terapia cognitivo-comportamental nas medidas objetivas (peso e índice de massa corporal) e em autorrelato (sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, compulsão alimentar e flexibilidade psicológica) em pessoas com sobrepeso ou obesidade.

### 1.2.2. Objetivos específicos

Avaliar os resultados, logo após e no seguimento, da intervenção baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da intervenção baseada em psicoedução e terapia cognitiva-comportamental sobre o índice de massa corporal (IMC), peso, compulsão alimentar, frequência de comportamentos direcionados à dieta e atividade física e flexibilidade psicológica (Aceitação/Esquiva, Desfusão/Fusão geral, Desfusão/Fusão específica da imagem corporal, Valores claros/Valores difusos) em pessoas com sobrepeso e obesidade.

Identificar os processos de inflexibilidade psicológica (IP) associados ao IMC, sintomas de depressão, ansiedade, estresse e comer compulsivo em pessoas com sobrepeso e obesidade.

Estudar os fatores preditivos de adesão às intervenções.

Identificar quais processos da flexibilidade psicológica estão associados a alterações nas medidas objetivas (peso, IMC) em pessoas com sobrepeso e obesidade.

Avaliar a mudança na esquiva experiencial e nas ações de compromisso entre os grupos experimentais em pessoas com sobrepeso e obesidade.

Avaliar quais fatores (sintomas depressivos, ansiosos e de estresse e flexibilidade psicológica) são relacionados às variáveis “peso” e “IMC”.

## 1.3. Hipóteses

### 1.3.1. Hipótese 1

- H0: Não haverá relação entre inflexibilidade psicológica (IP) e IMC, sintomas de depressão, ansiedade, estresse ou comer compulsivo em pessoas com sobrepeso e obesidade.

- H1: Haverá relação entre inflexibilidade psicológica (IP) e IMC, sintomas de depressão, ansiedade, estresse ou comer compulsivo em pessoas com sobrepeso e obesidade.

### 1.3.2. Hipótese 2

- H0: Flexibilidade Psicológica, comportamentos relacionados a dieta e exercício, sintomas depressivos, ansiosos e de estresse e compulsão alimentar, alguns ou todos eles, não são fatores preditivos da participação no tratamento.

- H1: Flexibilidade Psicológica, comportamentos relacionados a dieta e exercício, sintomas depressivos, ansiosos e de estresse e compulsão alimentar, alguns ou todos eles, são fatores preditivos da participação no tratamento.

### 1.3.3. Hipótese 3

- H0: Os participantes do grupo “ACT” não apresentarão maior flexibilidade psicológica em comparação ao grupo “Psicoeducação” entre as avaliações inicial (tempo 1), final (tempo 2) e seguimento (tempo 3).

- H1: Os participantes do grupo “ACT” apresentarão maior flexibilidade psicológica em comparação ao grupo “Psicoeducação” entre as avaliações inicial (tempo 1), final (tempo 2) e seguimento (tempo 3).

### 1.3.4. Hipótese 4

- H0: Os participantes do grupo “ACT” não apresentarão diferença no peso e IMC em comparação ao grupo “Psicoeducação” entre as avaliações inicial (tempo 1) e seguimento (tempo 3).

- H1: Os participantes do grupo de “ACT” apresentarão diferença no peso e IMC em comparação aos do grupo “Psicoeducação” entre as avaliações inicial (tempo 1) e seguimento (tempo 3).

### 1.3.5. Hipótese 5

- H0: Flexibilidade Psicológica não está associada a mudanças no IMC e na compulsão alimentar entre as avaliações inicial (tempo 1) e seguimento (tempo 3).

- H1: Flexibilidade Psicológica está associada a mudanças no IMC e na compulsão alimentar entre as avaliações inicial (tempo 1) e seguimento (tempo 3).

### 1.3.6. Hipótese 6

- H0: Os participantes do grupo “ACT” não apresentarão diferença nas compulsões alimentares em comparação aos do grupo “Psicoeducação” entre as avaliações inicial (tempo 1) e seguimento (tempo 3).

- H1: Os participantes do grupo “ACT” apresentarão diferença nas compulsões alimentares em comparação aos do grupo “Psicoeducação” entre as avaliações inicial (tempo 1) e seguimento (tempo 3).

## 1.4. Contexto da pesquisa

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

Desde a apresentação da proposta de estudo, no primeiro semestre de 2015, realizou-se uma parceria com o Instituto de Terapias Cognitivo-Comportamentais (InTCC), de Porto Alegre, que cedeu espaço para a realização dos grupos. Houve duas fases distintas para a triagem dos participantes: a primeira, que atendeu os quatro (4) primeiros dias de intervenção, seguiu a estrutura de entrevista de triagem de uma outra pesquisa já em andamento no grupo: as pessoas eram chamadas para uma entrevista e, nessa entrevista, respondiam aos questionários e instrumentos no

papel. Esse processo tornou-se muito demorado e demandava muito tempo de dedicação frente à pequena equipe que o presente estudo teve. Então se desenvolveu a segunda fase da triagem na qual, após divulgação da pesquisa, os interessados em realizar o estudo que preenchiam os critérios de inclusão recebiam um link para responder, à distância e em seu tempo, os instrumentos e questionários pré-intervenção. Os que respondiam aos instrumentos de avaliação eram entrevistados, seguindo o modelo da SCID, para respeitar os critérios de exclusão e depois eram designados para uma das datas de intervenção agendadas.

Na banca de qualificação do estudo foi sugerido que uma das fases de avaliação ocorresse exato um (1) mês após a intervenção. Começou-se a fazer essa avaliação, mas, infelizmente, nem todos retornaram a ela. Devido a isso, os dados advindos dessa avaliação não serão considerados nesta tese.

### **1.5. Delineamento da pesquisa**

Este estudo tem o método quantitativo, com delineamento fatorial misto 2x3: Intervenção (ACT x Psicoeducação) e Tempo (antes, depois e seguimento de cinco meses), sendo a última delas intraparticipantes. Os níveis da variável Intervenção são: uma baseada na ACT, com a utilização do diagrama Matriz (Matrix) e o acréscimo de mensagens de texto enviadas pelo celular como instrumento de intervenção, e outra Psicoeducativa, de acordo com orientações educacionais da OMS (2015) e da ABESO (2016). Já a variável Tempo inclui os níveis: 1°) antes das intervenções; 2°) logo após as intervenções; 3°) cinco meses após as intervenções. As variáveis dependentes são: flexibilidade psicológica (avaliada pelos seus sub-componentes: esquivas experiencial, valores de vida, fusão cognitiva, *mindfulness* alimentar), compulsão alimentar, frequência de comportamentos relacionados com dieta e atividade física e índice de massa corporal. Os participantes foram designados aleatoriamente entre os dois tipos de intervenções e as variáveis dependentes foram avaliadas nos três tempos definidos acima. Uma variável interveniente foi observada: a participação ou entrada posterior em um outro programa de redução de peso. Os casos em que o(a) participante já estivesse participando, antes da pesquisa, ou começasse a participar, depois das intervenções

dessa pesquisa, de um tratamento específico para redução de peso corporal não foram excluídos do estudo, pois um dos aspectos centrais da intervenção em ACT não é modificar a topografia do comportamento, e sim sua função.

#### 1.5.1. Amostra

Para comparar os dois grupos, Grupo ACT e Grupo Psicoeducação, ao longo dos três momentos, 72 pessoas participaram das intervenções, sendo que 56 retornaram para a avaliação de seguimento. Os(as) interessados(as) em participar da pesquisa foram recrutados a partir de divulgação em redes sociais para uma intervenção psicológica para a redução do peso corporal.

#### 1.5.2. Critérios de inclusão

Ter idade entre 18 e 59 anos, apresentar IMC maior ou igual a 25, ter escolaridade mínima de oito anos de estudo.

#### 1.5.3. Critérios de exclusão

Presença de diagnósticos de Transtorno da Personalidade Borderline, Transtornos do Humor Bipolar (em episódio ativo), Transtorno Depressivo (em episódio ativo) e Transtornos de Uso de Substâncias, avaliados a partir de uma entrevista clínica.

#### 1.5.4. Instrumentos

A seguir serão apresentados os instrumentos utilizados para a caracterização e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão da amostra e para avaliação de flexibilidade psicológica, compulsão alimentar e frequência de comportamentos relacionados a dieta e atividade física. Também serão apresentadas as mensagens de texto que foram instrumentos da intervenção do grupo ACT.

### Caracterização e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão

Para caracterizar a amostra quanto à sintomatologia de ansiedade, depressão e estresse, utilizou-se o seguinte instrumento:

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

### Flexibilidade psicológica

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

Questionário de Aceitação e Ação (AAQ – II): Desenvolvido por Bond et al. (2011), o AAQ – II é um questionário de 7 itens e objetiva mensurar a esQUIVA experiencial. As respostas estão dispostas em uma escala Likert de sete pontos, onde 1 corresponde a "nunca verdadeira" e 7 a "sempre verdadeira". Os escores mais baixos correspondem a maior aceitação e habilidade de agir na presença de pensamento e emoções difíceis. O alfa original é  $\alpha = 0,84$  (Bond et al., 2011) e na versão brasileira:  $\alpha = 0,87$  (Barbosa & Murta, 2015)

Questionário de Aceitação e Ação para o Peso (AAQ-W): Desenvolvido por Lillis e Hayes (2008) e em tradução e adaptação brasileira pela Prof. Dr. Margareth da Silva Oliveira e equipe, o AAQ-W é um questionário de 22 itens e objetiva mensurar a esQUIVA experiencial no contexto de redução ou manutenção de peso. Utiliza uma escala Likert de 7 pontos e apresenta boa consistência interna. O questionário original apresentou boa consistência interna alfa igual a 0,88 e correlação com outras escalas de medida como a escala AAQ.

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



Sandoz e Kitchens (2010) e em tradução e adaptação brasileira pela Prof. Dr. Margareth da Silva Oliveira e equipe, tem o objetivo de mensurar a importância que o indivíduo dá para diferentes domínios da sua vida e quão condizentes com esses valores estão as suas ações. O instrumento, composto por 20 itens, contempla 10 domínios de valores e avalia tanto a importância que cada domínio exerce na vida da pessoa quanto o engajamento (consistência das ações) da mesma em ações condizentes com os domínios valorizados. Apresenta consistência interna satisfatória com alfa de Cronbach de 0,77 para a importância e 0,75 para a consistência das ações.

Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ, Cognitive Fusion Questionnaire): O CFQ visa avaliar especificamente o processo de fusão cognitiva através de 7 itens. 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. Em um processo de fusão cognitiva, o indivíduo tende a se relacionar literalmente com seus eventos privados como se estes fossem a realidade. Apresenta adequada consistência interna, com alfa de Cronbach do instrumento original de 0,88 (Gillanders et al., 2014) e alfa da versão brasileira de  $\alpha = 0,93$  (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Zancan, & Oliveira, 2015).

Questionário de Fusão Cognitiva – Imagem Corporal (CFQ-BI): O CFQ-BI visa avaliar especificamente o processo de fusão cognitiva referente à imagem corporal através de 10 itens. O questionário mantém uma boa consistência interna, com alfa de Cronbach no estudo original de  $\alpha = 0,96$  (Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2015); e alfa na versão brasileira do questionário:  $\alpha = 0,95$  (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015).

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

Cronbach = 0.64).

Compulsão alimentar:

Para avaliar a frequência de compulsão alimentar foi utilizado o seguinte instrumento:

Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP): A ECAP foi desenvolvida por Gormally, Black, Daston, e Rardin (1982) e traduzida para a língua portuguesa por Freitas, Lopes, Coutinho, e Appolinario, (2001). É uma escala composta por 16 itens e 62 afirmativas, dentre as quais se deve escolher a que mais representa a resposta do indivíduo. A escala possui consistência interna moderadamente alta (alfa de Cronbah = 0,85).

Frequência de comportamentos relacionados a dieta e atividade física:

Para avaliar a frequência de comportamentos relacionados a dieta e atividade física foi utilizado o seguinte instrumento:

Diet and Exercise Scale (DES): A DES foi criada e utilizada por Lillis (2007) para o estudo que foi referencial para o protocolo de intervenção deste projeto. A escala objetiva mensurar a frequência de comportamentos relacionados com dieta e atividade física e seus itens são analisados de forma independente. A DES é composta por 7 itens e utiliza a medida de dias por semana para avaliar os seguintes comportamentos: atividade física (qualquer atividade), atividade física por mais de 30 minutos, monitoramento de refeições, monitoramento de todas as refeições, comeu compulsivamente, comeu fora de casa e escolheu uma refeição saudável e comeu fora de casa e escolheu uma refeição não saudável.

Instrumento de intervenção

Mensagens de texto enviadas pelo celular: Foram desenvolvidas pelo pesquisador oito mensagens de texto para serem enviados aos participantes como instrumento de intervenção do grupo ACT, no decorrer de três meses após a intervenção. As mensagens de texto estão vinculadas aos processos de Flexibilidade Psicológica e aos conceitos e vivências trabalhadas na intervenção do

grupo ACT. As mensagens foram avaliadas por dois juizes com conhecimento nos processos da ACT. A avaliação se deu da seguinte forma: foram enviadas as mensagens aos juizes para que eles definissem sobre qual processo da ACT se refere cada mensagem. Após a definição dos juizes, suas respostas foram comparadas. Todas as mensagens estão, conforme os juizes, de acordo com os processos da ACT.

A seguir serão indicadas as mensagens enviadas, os processos a que se referem e o momento em que foram enviadas a partir da data da intervenção:

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.5.5. Procedimentos

#### 1.5.5.1. *Recrutamento, entrevista de triagem e designação aleatória*

Os(as) interessados(as) em participar da pesquisa foram recrutados a partir de divulgação nos meios de comunicação local e em rede social (Facebook). Foram realizadas duas fases distintas de triagem e de entrevista, como já informado na seção “Contexto da pesquisa”. Aos interessados nos quais os critérios de inclusão e exclusão foram respeitados, informaram-se as datas para a realização do estudo. No dia da intervenção os interessados presentes foram designados aleatoriamente entre os grupos de intervenção, através de sorteio entre os grupos, controlando sexo e IMC.

#### 1.5.5.2. *Coleta de dados*

As coletas de dados ocorreram em três momentos distintos: Antes (tempo 1) e após (tempo 2) as intervenções e no seguimento de cinco meses (tempo 3) após as intervenções (*follow up*). Na tabela 1.1 está indicado em que momento foi utilizado cada um dos instrumentos de coleta de dados.

Tabela 1.1  
*Instrumentos e tempos de aplicação*

<i>Instrumentos:</i>	Antes da intervenção (tempo 1)	Após a intervenção (tempo 2)	Cinco meses após (tempo 3)
AAQ-II	X	X	X
AAQ-W	X	X	X
ECAP	X		X
VLQ	X		X
CFQ	X	X	X
MEQ	X		X
DASS-21	X		X
DES	X		X

CFQ-BI	X	X	X
<i>Medidas Objetivas:</i>			
Peso	X		X
Altura	X		X

---

#### 1.5.5.3. *Protocolos de intervenção*

Os(as) participantes foram designados(as) aleatoriamente em dois grupos com até 12 participantes: grupo ACT e grupo Psicoeducação e TCC. Os grupos ocorreram em um mesmo dia, um sábado (exceto um dos grupos, que ocorreu numa quarta-feira de janeiro), nas dependências do Instituto de Terapias Cognitivo-Comportamentais (InTCC) e da PUCRS, em Porto Alegre, que cederam espaço para a realização do estudo. Cabe informar que o InTCC apenas cedeu o espaço físico, não contribuindo de outra forma para o estudo.

##### *Grupo ACT*

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

A aplicação ocorreu em dois turnos no mesmo dia, com dois intervalos de 15min (um pela manhã e outro à tarde) e um intervalo de 50min para o almoço. Após a realização da intervenção, os participantes desse grupo receberam oito mensagens de texto pelo celular em dias e horários variados (pois não foi possível controlar que todos do grupo lessem a mensagem no mesmo momento), no decorrer dos três meses seguintes à intervenção. Os(as) participantes foram orientados a ler as mensagens em um contexto no qual pudessem dar atenção a elas e a responder em que contexto foram lidas. Esse procedimento foi definido para ter-se mais

segurança de que as mensagens foram realmente lidas. As mensagens de texto já foram descritas alguns parágrafos acima.

A escolha das semanas de envio foi definida pelo pesquisador e tem por objetivo serem estímulos discriminativos de comportamentos que produzam consequências potencialmente reforçadoras positivas para a pessoa. Esse tempo de envio não foi testado anteriormente.

### Grupo Psicoeducação e TCC

O protocolo de intervenção do Grupo Psicoeducação focou em aspectos psicoeducativos quanto aos tipos de alimentos e aos fatores de risco cardiovasculares e à prevenção dos mesmos. A aplicação se deu em dois turnos no mesmo dia, com dois intervalos de 15min (um pela manhã e outro à tarde) e um intervalo de 50min para o almoço. A intervenção foi baseada nas orientações da OMS, educando quanto à diminuição da ingestão de gorduras e açúcares, aumento do consumo de frutas, vegetais, legumes, etc., e engajamento em atividade física regular (WHO, 2015).

Associado a esses pontos psicoeducativos, utilizou-se o modelo explicativo das terapias cognitivo-comportamentais com o objetivo de modificar o comportamento alimentar pela alteração dos pensamentos. Ensinar-se os participantes a identificarem, avaliarem e modificarem seus pensamentos e crenças associados à comida, peso ou imagem corporal quando estão comendo. Além disso, a definição de um plano alimentar e a diversificação das áreas de auto-avaliação também foram técnicas utilizadas.

### **1.6. Apresentação dos estudos**

Para cumprir com os objetivos e responder aos problemas de pesquisa desta tese, foram desenvolvidos três estudos que serão apresentados a seguir:

O primeiro estudo, intitulado "Psychological inflexibility in overweight and obese people from the perspective of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)", é um artigo empírico descritivo que avalia relações entre inflexibilidade psicológica em pessoas com sobrepeso e obesidade a partir de três fatores: o IMC; os sintomas de depressão, ansiedade e estresse; e o comer compulsivo. Nesse estudo é possível observar que, quanto mais graves forem os sintomas de comer compulsivo, maiores serão as pontuações nos instrumentos que avaliam a inflexibilidade/flexibilidade psicológica, o que pode justificar e estimular o desenvolvimento de intervenções com foco nesses processos para a mudança da função comportamental.

O segundo estudo, intitulado "Fatores preditivos de participação em uma intervenção psicológica intensiva para pessoas em sobrepeso e obesidade", aceito para publicação na revista *Aletheia*, é um artigo empírico que objetiva apresentar quais variáveis estudadas na tese têm poder de prever a participação dos interessados nas intervenções. Alguns blocos de análises são apresentados e um modelo geral de regressão logística é organizado.

Já o terceiro e último estudo que compõe esta tese, intitulado "Efeitos de intervenções intensivas em Terapia de Aceitação e Compromisso e em Psicoeducação e Terapia Cognitivo-Comportamental em pessoas com sobrepeso e obesidade" é um pesquisa empírica que objetiva investigar os efeitos de uma intervenção baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), em comparação a uma intervenção baseada em Psicoeducação e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) nas medidas objetivas (peso e índice de massa corporal - IMC) e em autorelato (sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, compulsão alimentar e flexibilidade psicológica) em pessoas com sobrepeso ou obesidade. Será explicado a organização geral dos protocolos de intervenção, o delineamento da pesquisa e apresentado os resultados encontrados. Dentre os resultados, o efeito das intervenções na redução do peso, na flexibilidade psicológica e no comer compulsivo além de correlações entre variáveis. Limitações do estudo também serão apresentadas.



## Referências

- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO] (2016). *Diretrizes brasileiras de obesidade*. 4 ed. São Paulo, SP.
- Barbosa, L. M. & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire – II – versão brasileira. *Psico-USF*, 20 (1), 75-85, doi: 10.1590/1413-82712015200107
- Boavista, R. R. C. (2014). Teoria das Molduras Relacionais. In: Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, Margareth da Silva (2014). *Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais* (pp. 151-178). Novo Hamburgo: Sinopsys Editora
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K. ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Calle, E. E., Thun, M.J., Petrelli, J.M., Rodrigues, C., Heath Jr, C.W (1999). Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine*, 341, 1097-105. doi: 10.1056/NEJM199910073411501
- Dobson, K. S., & Dozois, D. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2 ed). New York: Guilford Press.
- Dee, A., Kearns, K., O'Neill, C., Sharp, L., Staines, A., O'Dwyer, V., . . . Perry, I. J. (2014). The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review *BMC Research Notes*, 7: 242. England. doi: 10.1186/1756-0500-7-242
- Ferreira, C, Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Getting entangled with body image: development and validation of a new measure. *Psychology and Psychotherapy*, 88(3), 304-316. doi: 10.1111/papt.12047

- 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(8), 1439-1444. doi: 10.1016/j.jada.2009.05.006
- Freitas, B. I. (2016). *Tratamento intensivo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para dificuldades relacionadas ao peso* (Dissertação de Mestrado). Disponível em <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8547/1/000479353-Texto%2bParcial-0.pdf>
- Freitas Júnior, I. F. (2007). Sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes brasileiros. *Salusvita*, 26(2), 229-256.
- 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. doi: 10.1590/S1516-44462001000400008
- Friedman, J. M. (2003). A war on obesity, not the obese. *Science*, 299(5608), 856-858
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, R. (2014). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001
- Gongora, M. A. N., & Abib, J. A. D. (2001). Questões referentes à causalidade e eventos privados no Behaviorismo Radical. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3(1), 9-24
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47-55. doi: 10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Gupta, H. (2014). Barriers to and Facilitators of Long Term Weight Loss Maintenance in Adult UK People: A Thematic Analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(12), 1512-1520
- Haidar, Y. M., & Cosman, B. C. (2011). Obesity epidemiology. *Clinics in colon and rectal surgery*, 24 (11), 205-210

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 81-104
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L. & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44 (2), p. 180-198. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.002
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., . . . Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification*, 37(4), 459-489. doi: 10.1177/0145445513478633
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioural psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Leonardi, J. L. (2015). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. *Revista Perspectivas*, 6 (2), 119-131. doi: 10.18761/pac.2015.027
- Levin, M., & Hayes, S. C. (2009). Is Acceptance and Commitment Therapy superior to established treatment comparisons? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(6), 380-381. doi: 10.1159/000235979
- Lillis, J (2007). *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Obesity-related Stigma and Weight Control* (Tese de Doutorado). Disponível em ProQuest. (UMI No. 3275825)
- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(1), 30-40. doi: 10.1037/h0100865

- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Annals of behavioral medicine*, 37(1), 58-69. doi: 10.1007/s12160-009-9083-x
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M. S. (2015). Estudo de invariância fatorial do Questionário de Fusão Cognitiva relacionada a Imagem Corporal (CFQ-BI). In: *Resumos de comunicação científica da 45 reunião anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*. ISSN: 2176-5243
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2015, abr). Propriedades psicométricas da versão brasileira do cognitive fusion questionnaire (CFQ-7): um estudo com análise multigrupos de invariância fatorial. In: C. B. Neufeld, A. Sardinha, & P. C. Palma (Org.), *Programa e resumo do X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas*. ISBN: 978-85-66867-01-5
- Manlick, C. F., Cochran, S. V., & Koon, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders: Rationale and Literature Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 115-122. doi: 10.1007/s10879-012-9223-7
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., & Rolls, B. J. (2011). A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: Low-energy-density dietary counseling and cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 821–829. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.006
- Moreira, M. B., & Medeiros, C. A. (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed
- Neufeld, C. B., Moreira, C. A. M., & Xavier, G. S. (2012). Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: o relato de uma experiência. *Psico*, 43(1), 93-100
- Ng, M. et al. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9945), 766-781. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8
- Nolasco, N. C. (2002). *A evolução do conceito de intervenção clínica comportamental conforme apresentada em artigos produzidos no Brasil: Uma*

- revisão histórica* (Dissertação de mestrado). Disponível em <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16667>
- Pepper, S. (1942). *World hypotheses: a study in evidence*. Berkeley: University of California Press
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Edupsykhé*, 5(2), p. 159-172
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-generation therapies: achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310
- Polk, K. L. (2014). What the Matrix is all about. In: Polk, K. L., & Schoendorff, B. *The Act Matrix: a new approach to building psychological flexibility across settings and populations*. (pp. 1-6) Oakland: New Harbinger Publications
- Rodríguez-Rodríguez, E., López-Plaza, B., López-Sobaler, A. M., & Ortega, R. M. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutrición Hospitalaria*, 26(2), 355-363. doi:10.3305/nh.2011.26.2.4918
- Schoendorff, B, Webster, M., & Polk, K. (2014). Under the Hood: Basic Process Underlying the Matrix. In: Polk, K. L., & Schoendorff, B. *The Act Matrix: a new approach to building psychological flexibility across settings and populations* (pp.15-40). Oakland: New Harbinger Publications
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: a research story*. Boston: Authors Cooperative
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L., & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 22. doi: info:pmid/22385818
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: an introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland: New Harbinger Publications
- Turner, T., Spruijt-Metz, D., Wen, C. K. F., & Hingle, M. D. (2014). Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: a systematic review. *Pediatric Obesity*, 10 (3), 1-7. doi: 10.1111/ijpo.12002
- Vargas-Mendonza, J. E. (2006). *Pragmatismo, contextualismo y epistemología: apuntes para un seminario*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of affective disorders*, 155, 104-109. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031

- 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*, 249-272
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Obesity and overweight*. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma intervenção com evidências moderadas e fortes de efetividade em alguns transtornos e comportamentos em geral (APA, 2006; A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits, & Emmelkamp, 2015). Objetivou-se com o presente estudo, colaborar para o desenvolvimento científico e metodológico dessa intervenção. Para isso, realizou-se um ensaio clínico para investigar os efeitos de uma intervenção psicossocial breve e intensiva de ACT em comparação a uma intervenção baseada em psicoeducação em pessoas com sobrepeso ou obesidade.

Esse estudo foi inspirado no trabalho de Lillis et al. (2009) que desenvolveram um protocolo de intervenção organizado em forma de *workshop* a ser realizado em um único dia, em dois turnos. Nesse protocolo era apresentado e exercitado os seis processos da ACT em pessoas com sobrepeso e obesidade. Em seus resultados encontram-se: melhorias no estigma relacionado ao peso, qualidade de vida, sofrimento psicológico e massa corporal, bem como na tolerância ao sofrimento, aceitação geral e específica do peso e flexibilidade psicológica (FP). A influencia no peso não foi o destaque da intervenção. Ainda que promissor, uma limitação desse estudo foi que a intervenção teve comparação apenas com lista de espera.

O protocolo de intervenção em ACT utilizado nessa tese teve por base uma adaptação realizada por Freitas (2016) à realidade brasileira da intervenção desenvolvida por Lillis e colaboradores. No estudo de Freitas (2016), ainda que todos as integrantes aumentaram as médias de consciência alimentar (*mindfulness eating*), apenas os grupos com sintomas de compulsão alimentar se beneficiaram quanto à redução da esquivas experiencial e da insatisfação com a imagem corporal. No protocolo do presente estudo, acrescentou-se a utilização do diagrama Matriz (Polk, 2014) para o desenvolvimento de flexibilidade psicológica, o envio de mensagens de texto no decorrer de três meses após a intervenção e um grupo controle para análise e comparação dos dados.

Para justificar a aplicabilidade dessa intervenção, realizou-se um estudo descritivo para identificar os processos de inflexibilidade psicológica (IP) associados ao índice de massa corporal (IMC), sintomas de depressão, ansiedade, estresse e comer compulsivo em pessoas com sobrepeso e obesidade. Como é possível observar no estudo 1, a inflexibilidade psicológica não está associada a ter mais ou menos peso ou IMC. Ou seja, independente do estado que a pessoa se encontra (sobrepeso ou obesidade), há pontuações de inflexibilidade psicológica a ponto de justificar uma intervenção para o desenvolvimento de FP. Além disso sugere-se que quanto mais a pessoa apresentar o comer compulsivo e sintomas de humor e ansiedade, mais esquiva experiencial, fusão cognitiva, pouco contato com o momento presente e pouca clareza dos valores pessoais e ações de compromisso (essas duas últimas não se referem ao comer compulsivo) também apresentará.

Já no estudo 2 é possível verificar quais fatores podem prever a participação das pessoas em uma intervenção intensiva. O baixo poder de explicação encontrado está semelhante aos encontrados na literatura (Moroshko, Brennan, & O'Brien, 2011). Dentre todas as variáveis analisadas, médias maiores de fusão cognitiva possuía um maior impacto na predição, mas com poder explicativo foi muito baixo. Ainda se requer melhores estudos, com maiores participantes, para obter-se informações mais conclusivas.

Por fim, o estudo 3 apresentou os resultados da intervenção intensiva em ACT em comparação à intervenção psicoeducativa com acréscimo de técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental em pessoas com sobrepeso e obesidade. Um dos desfechos esperados era a redução do peso de 5%, de acordo com orientações da ABESO (2016) até a avaliação de seguimento. As duas intervenções se aproximaram disso, mas não alcançaram essa meta. Ainda assim, houve diferença significativa em ambas as intervenções entre a pré-intervenção e o seguimento. Reconhecendo que os aspectos teóricos e de intervenção do grupo Psicoeducação é o que tem mais e melhores evidências atualmente, destaca-se que o efeito da intervenção em ACT foi, no mínimo, semelhante - o que pode ser visto como um bom resultado. Naquilo que o grupo ACT se diferenciou (fusão cognitiva e resposta emocional na consciência alimentar) pode estar a explicação de porque mais



peças mudaram de classificação no comer compulsivo em relação ao grupo psicoeducação. Porém essa análise foge do escopo dessa tese.

Algumas limitações podem ser identificadas nesse estudo, tais como o não controle de algumas variáveis e intervenções (como a realização ou não das atividades propostas nas mensagens de texto enviadas pelo celular), o número de participantes ser pequeno - ao final do estudo, apenas 56 pessoas retornaram para a avaliação de seguimento, não ter uma avaliação de seguimento maior, de um ano e não ter tido um grupo de participantes que não recebesse nenhuma das intervenções. Ainda assim, esse estudo já é um acréscimo aos realizados anteriormente nessa modalidade de intervenção ao acrescentar designação aleatória e um grupo controle.

Não era esperado que uma intervenção de um dia gerasse um efeito superior ao que intervenções de múltiplos encontros têm na redução do peso. Mas esperava-se que a intervenção em ACT ajudasse as pessoas a focarem as suas atenções naquilo que é reforçador positivo para elas (valores), influenciando, assim, no comer emocional. O contato nas avaliações de seguimento com as pessoas que participaram das intervenções, mostra que, mesmo que não tenha sido mensurado ou controlado esses aspectos nesse estudo, os participantes do grupo ACT relataram terem mudado suas vidas ao fazerem mais atividades importantes nas suas vidas. Infelizmente esses dados não foram captados pelos instrumentos utilizados, principalmente o VLQ, o que indica que se precisa de ferramentas melhores para se avaliar as mudanças comportamentais das intervenções em ACT.

De uma forma ou de outra, um dos processos de inflexibilidade psicológica se mostrou aparente entre os estudos: fusão cognitiva. Ele estava associado ao comer compulsivo, sintomas de depressão, ansiedade e estresse; foi, também, a que teve maior impacto na predição da participação, ainda que o poder de explicação tenha sido baixo; e por fim foi o processo que teve alteração significativa entre os grupos no decorrer do tempo. Sugere-se, ainda que não tenha sido avaliado nesse estudo, que a diminuição das médias de fusão cognitiva no grupo ACT estejam associadas às mudanças mais evidentes nas classificações do comer compulsivo dos participantes, o que corroboraria com a literatura ((Duarte, Pinto-Gouveia, Ferreira, &

Silva, 2016). Indica-se que futuras intervenções podem e devem focar atenção em desenvolver estratégias de diminuição da fusão cognitiva, bem como de avaliar o quanto esse processo influencia na modificação do comer compulsivo e, em última instância, na redução do peso.

## Referências:

- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp P. M., (2015) A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(30), 30-36. doi: 10.1159/000365764
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO] (2016). Diretrizes brasileiras de obesidade. 4 ed. São Paulo, SP. doi: 10.1159/000365764
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Silva, B. (2016). Caught in the struggle with food craving: Development and validation of a new cognitive fusion measure, *Appetite*, 101, 146-155. doi: 10.1016/j.appet.2016.03.004
- Freitas, B. I. (2016). *Tratamento intensivo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para dificuldades relacionadas ao peso* (Dissertação de Mestrado). Disponível em <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8547/1/000479353-Texto%2bParcial-0.pdf>
- 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.
- Moroshko, I., Brennan, L., & O'Brien, P. (2011). Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 12(11), 934. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00915.x
- Polk, K. L. (2014). What the Matrix is all about. In: Polk, K. L., & Schoendorff, B. *The Act Matrix: a new approach to building psychological flexibility across settings & populations*. (pp. 1-6) Oakland: New Harbinger Publications.