

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**Nazaré de Oliveira Almeida**

**Terapia Focada na Compaixão para pessoas com obesidade**

**RESUMO**

Almeida, N. O. (2022). *Terapia Focada na Compaixão para pessoas com obesidade* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.

A obesidade é considerada pela OMS um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, um estado de epidemia mundial. Pessoas com obesidade têm pouco sucesso em programas de controle de peso, sendo mais provável que abandonem o tratamento e recuperem o peso rapidamente e tendem a desenvolver diferentes condições de sofrimento psicológico. Uma delas é a insatisfação corporal e o comer transtornado, os quais são fatores importantes que têm sido relacionados ao ganho e à manutenção deficiente de peso ao longo do tempo. Considerando que os programas de redução do peso têm pouco resultado, a Terapia Focada na Compaixão (TFC), enquanto abordagem de tratamento transdiagnóstico que visa a construção de autocompaixão e redução do sentimento de vergonha, desenvolvendo um sistema interno de apoio que antecede o envolvimento com o conteúdo interno doloroso, pode favorecer este tratamento. Com base nisso, essa tese envolveu 5 estudos. O primeiro se refere a uma revisão sistemática da literatura que avalia os efeitos de intervenções baseadas em compaixão comportamentos alimentares relacionados à obesidade, como sedentarismo, compulsão alimentar, alimentação emocional, alimentação externa e vergonha da imagem corporal. Essa revisão incluiu 24 estudos e concluiu que as intervenções tiveram efeitos significativos para perda de peso, bem como para os comportamentos alimentares e de saúde relacionados com a obesidade. O segundo se refere a uma revisão sistemática da literatura que avalia os efeitos intervenções de TFC. Essa revisão incluiu 34 estudos e concluiu que essas intervenções apresentam efeitos significativos. O terceiro estudo se refere à uma análise de viabilidade de uma intervenção de TFC para pessoas

com obesidade, testando e refinando sua proposta, a fim de informar o modelo definitivo subsequente para o ensaio clínico randomizado. Os objetivos específicos foram: caracterizar a população, recrutamento/consentimento e avaliação as taxas de retenção; determinar a adequação dos instrumentos; avaliar a aceitação da intervenção. A intervenção demonstrou que o programa teve boa aceitação e é viável para o futuro ensaio clínico randomizado, contudo, demandando algumas adaptações, por exemplo, no programa de educação nutricional e nos instrumentos. O quarto estudo procurou atender a essa necessidade de adaptação e realizou a tradução, adaptação e validação da escala *Body Image Shame Scale* (BISS) para compor os instrumentos a serem utilizados no futuro estudo. Os resultados revelaram bons índices de ajuste para o modelo de dois fatores por análise fatorial confirmatória, apoiando a solução original. A consistência interna foi excelente para o escore total ( $\alpha$  de Cronbach = 0,90) e das subescalas (variação de 0,91 a 0,92). Por fim, o quarto e principal estudo comparou a eficácia de duas intervenções de TFC e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para pessoas com obesidade em um ensaio clínico randomizado com 51 adultos. Observamos que ambas as intervenções foram eficazes para reduzir o peso e o IMC, melhoraram condições associadas à obesidade e à alimentação transtornada (alimentação emocional, descontrole alimentar e belisco contínuo), bem como promoveram autocompaixão e consciência alimentar. Algumas dessas variáveis tiveram efeitos maiores em uma condição ou outra, por exemplo, autocompaixão e descontrole emocional na intervenção TFC, enquanto que belisco contínuo na TCC.

**Palavras-chave:** terapia focada na compaixão; terapia cognitivo-comportamental; obesidade; compaixão; comportamento alimentar; vergonha da imagem corporal.

## INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada pela World Health Organization (WHO, 2022), organismo da Organização Mundial de Saúde (OMS), um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, um estado de epidemia mundial. Nas últimas décadas cerca de 200 milhões de homens, 300 milhões de mulheres e 40 milhões de crianças menores de cinco anos, o que representa 10% da população, alcançaram graus preocupantes de obesidade. Sua prevalência mundial mais do que duplicou entre 1980 e de 2015 e, para 2025, projeta-se a obesidade em 700 milhões de adultos e 75 milhões de crianças.

No Brasil este quadro não se mostra diferente. Em 2021, a Secretaria de Vigilância de Saúde do Ministério da Saúde (VIGITEL, 2021) alertou que o excesso de peso e obesidade se encontram alarmantes em cerca de 112 e 39 milhões respectivamente, ou seja, 53,8% e 18,9% da população total brasileira. Quase o dobro proporcional de pessoas com excesso de peso e obesidade no mundo, a obesidade vem crescendo cada vez mais. O último levantamento oficial divulgado pelo IBGE (2020) apontou que mais de 50% da população estava acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade e cerca de 15% na população infantil. Esta condição, especialmente na faixa de superobesidade, acompanhada de um estilo de vida sedentário que atinge entre 52-70% das pessoas no Brasil tem um efeito muito significativo sobre o aumento dos custos de saúde.

De acordo com WHO (2022) a obesidade é uma acumulação anormal ou excessiva de gordura que representa risco para saúde (2022). Ela é classificada como doença endócrina, nutricional ou metabólica (CID-10), não mental, devido à gama de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que contribuem para o seu desenvolvimento. Não obstante essa complexa interação de múltiplos fatores causais, o fator ambiental tem sido considerado a causa imediata do aumento substancial na prevalência da obesidade (Garvey & Mechanick, 2020).

A diversidade de condições médicas associadas à obesidade, por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipos de câncer, hipertensão arterial, problemas respiratórios, distúrbios do aparelho locomotor e dislipidemias elevam-na ao patamar de sexto maior fator de risco de morte no mundo, levando mais de 4 milhões de pessoas à morte no (GBD, 2020).

Em relação aos aspectos psicológicos, especialmente os agentes estressores e a diminuição da autoestima, Neufeld et al. (2016) afirma que estes estão associados à obesidade no mesmo patamar que os fatores de riscos fisiológicos. Os indivíduos portadores de obesidade, ou mesmo sobrepeso, tendem a desenvolver significativa angústia, perturbação do humor, sintomas de ansiedade, abuso de substâncias e complicações físicas, com níveis significativos de sofrimento ou prejuízo (Striegel-Moore et al., 2001). Indivíduos com sobrepeso e obesidade relatam sofrerem também do estigma do peso, o qual pode ser descrito como atitudes e crenças negativas acerca das pessoas com excesso de peso (Puhl e Brownell, 2006), que reduzem o bem-estar psicológico e os resultados de saúde (Brenton-Peters et al., 2021; Pearl e Puhl, 2018). O principal problema do estigma do peso é que ele pode ser internalizado e resultar em engajamento desses indivíduos estigmatizados à comportamentos alimentares menos saudáveis e aumento do sofrimento emocional (Pearl e Puhl, 2018; Schvey, Puhl e Brownell, 2011).

No bojo do sofrimento físico e psíquico surge ainda uma condição importante a ser considerada que é a atualmente denominada alimentação transtornada. Essa expressão que vem sendo utilizada para descrever uma gama de comportamentos alimentares irregulares que representam ou não o diagnóstico de um transtorno alimentar específico (Pennesi & Wade, 2016; Deram, 2018), a qual ocorre quando se come por outros motivos que não fome. A distinção entre transtorno alimentar e alimentação transtornada se concentra na frequência e gravidade do padrão alimentar anormal, mesmo que tanto os transtornos alimentares quanto a alimentação transtornada sejam anormais. Enquanto os transtornos alimentares têm critérios diagnósticos muito específicos que descrevem comportamentos frequentes e graves, a alimentação transtornada se refere a vários comportamentos alimentares anormais que ainda não se enquadram nos critérios para um transtorno alimentar, mas é um comportamento anormal que pode se tornar potencialmente perigoso (Pennesi & Wade, 2016). Considera-se que, se não tratada, a alimentação transtornada pode culminar em transtornos alimentares. Comportamentos que podem ser considerados alimentação transtornada são: purgação, alimentação emocional, alimentação externa, alimentação restritiva, dieta extrema, abuso de laxante (Choat & Gintner, 2016) e belisco contínuo (Teodoro et al., 2021).

Outro fator associado à obesidade é a vergonha da imagem corporal. Ela tem sido foco de estudos (Gilbert & Miles, 2002; Carter, Gilbert & Kirby, 2021; Deram, 2018; Lazzeretti et al., 2015) que demonstraram que este estado, associado ou não à culpa (Rand et al., 2017; Kirk et al., 2014), vulnerabilidade e angústia (Ramos Salas, 2019; Vallis, 2016) têm sido relacionadas ao ganho e à manutenção deficiente de peso ao longo do tempo. Ela também tem sido associada ao automonitoramento disfuncional do peso, o qual se refere à adesão das pessoas a dietas muito restritivas e excesso de atividades físicas, as quais podem levar à alimentação transtornada e transtornos alimentares e de imagem corporal, constituindo um ciclo vicioso de ganho de peso. O automonitoramento do peso também pode ser funcional se ele pressupõe flexibilidade, mas se acompanhado de julgamento e menor autocompaixão pode ser disfuncional e levar ao reganho de peso.

Em função desses dados preditores da obesidade, do sofrimento físico e psíquico e também dos custos e consequências da obesidade, tais como de saúde, mortalidade e acessibilidade, entre outros, a obesidade e seu tratamento têm sido alvo de preocupação de terapeutas e pesquisadores no mundo todo. Nas últimas décadas diferentes intervenções foram propostas para ajudar os indivíduos a lidarem com todas essas dificuldades no contexto da obesidade, condições associadas transtornos alimentares e alimentação transtornada. As

intervenções com foco em autocompaixão para essa população ganharam popularidade e seus principais objetivos são, enquanto promovem um engajamento em ações de mudança, os indivíduos aprendem uma maneira calmante de se relacionarem com experiências negativas, o que favorece um relacionamento de cuidado e gentileza consigo mesmo (Rahimi-Ardabili et al., 2018; Gilbert, 2014; Neff, 2003).

Ademais, alguns estudos sugerem que pessoas com sobrepeso e obesidade têm pouco sucesso em programas de controle de peso, sendo mais provável que abandonem o tratamento e recuperem o peso rapidamente (Brenton-Peters, 2021; DerSarkissian et al., 2017; Wadden, Butryn, & Byrne, 2004; Sherwood, Jeffrey & Wing, 1998).

Considerando estes dados, a urgência de desenvolver maneiras de ajudar as pessoas a lidarem como sofrimento físico e emocional das pessoas que lutam com o controle do peso, com o estigma, com a alimentação transtornada e a vergonha da imagem corporal, o presente trabalho visa avaliar os efeitos de um programa de intervenção de Terapia Focada na Compaixão (TFC) para pessoas com obesidade.

### *Terapia Focada na Compaixão*

A TFC foi desenvolvida por Paul Gilbert (2009), como uma abordagem de tratamento transdiagnóstico que visa a construção de autocompaixão e redução do sentimento de vergonha, desenvolvendo um sistema interno de apoio que antecede o envolvimento com o conteúdo interno doloroso. Ele a define como “uma sensibilidade ao sofrimento de si ou do outro, com um compromisso de tentar aliviá-lo ou evita-lo” (Gilbert, 2014, p. 19). A TFC é abordagem biopsicossocial e integrativa, apoiada na psicologia evolucionista nas neurociências sociais, principalmente na neurofisiologia do cuidado (Gilbert, 1989, 2002, 2005, 2009; Gilbert & Milles, 2022) e integra também outras disciplinas, por exemplo, a antropologia, a genética e a filosofia, ao reconhecer que mente humana não se restringe à uma disciplina ou escola de psicoterapia. Além dessas disciplinas, a TFC também se apoia na teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 2010, 2014, 2022) e na compreensão dos sistemas motivacionais relacionados à competição, classificação, cuidado e cooperação, bem como dos três sistemas emocionais que as orientam, os quais denominou: sistema de ameaça, sistema de conquista e sistema calmante (Gilbert, 2014).

O propósito da TFC é criar ou potencializar o sistema calmante, o qual produz emoções positivas enquanto regula as emoções baseadas em ameaça, isso, usando a autocompaixão e o desenvolvimento de uma mentalidade compassiva.

A psicoeducação sobre a perspectiva neurocientífica e evolucionista da mente é um elemento essencial para a TFC. Gilbert se apoiou nos estudos da evolução do cérebro, os quais propõem a divisão didática entre o cérebro antigo e o cérebro novo. O cérebro antigo é o cérebro reptiliano, basal ou instintivo, responsável pela gestão de reprodução, defesa e aquisição de recursos, bem como o cérebro dos mamíferos inferiores responsável pelo processamento das emoções, aprendizagens e memória, bem como por comportamentos de procura e prestação de cuidados. Por sua vez, o novo é o cérebro racional, responsável pela capacidade de observação, pensamento abstrato, planificação, comunicação, imaginação, autoconhecimento e autoidentidade. Gilbert (2009) se apoiou também nos conceitos evolucionistas de sistemas autoregulatórios de Depue e Morrone-Strupinsky (2005), segundo o qual as diferentes motivações são reguladas por emoções que, são reguladas, por sua vez, por três sistemas: sistema de defesa-ameaça, o sistema de procura de recursos e de recompensas (drive), e o sistema de afiliação, de calor e afeto.

Dois elementos essenciais para TFC são a vergonha e o autocriticismo. Seu modelo considera central o sentimento de vergonha e autocriticismo contribuem para a manutenção da psicopatologia. De acordo com o modelo evolucionista, em situações de ameaça social, abuso ou hostilidade, a autocrítica é uma estratégia adaptativa, e se associa ao sentimento de vergonha, derrota, rejeição e perseguição social, tendo sua origem na memória de eventos ameaçadores.

Para Gilbert (2009), dois problemas decorrem do autocriticismo: o conteúdo os pensamentos e o tipo/intensidade das emoções dirigidas ao eu, somados à falha do sistema autotranquilizador. Diante deste quadro, ele norteou o foco das pesquisas da TFC para a relação entre os pensamentos alternativos dos pacientes e os sentimentos de decepção, hostilidade, desprezo ou desistência, seguidos de suas intervenções experimentais de tons emocionais favoráveis e úteis para os pensamentos alternativos, novos comportamentos de enfrentamento e experiências de exposição, buscando criar uma voz interior calorosa e amorosa e sentir o impacto desse tipo de voz (Gilbert, 2009). Como resultado, ele observou a associação de estados de vergonha e autocriticismo a desconforto e resistência. Desta forma, ele procurou incorporar à prática da TCC técnicas de cultivo à atitude de autobondade para indivíduos com altos níveis de vergonha e autocriticismo.

Na mesma direção Kristin Neff demonstrou que a autocompaixão pode promover mais bem-estar do que a autoestima (Neff & Vonk, 2009), consistindo em forte apoio para lidar com o fracasso (Neff, Hsieh & Dejjitterat, 2005). Juntamente com os estudos de Christopher Germer, estes autores apontam a destrutividade do autocriticismo e autojulgamento, relacionando-o à psicopatologia e restrição psicológica (Germer, 2012; Germer & Neff, 2013). As evidências de suas pesquisas apontam a autocompaixão, por meio de estratégias de práticas formais de *mindfulness* (por exemplo, bondade amorosa e respiração carinhosa), bem como práticas informais para uso na vida diária (por exemplo, autotoque calmante e escrita de carta autocompassiva) são capazes de reduzir significativamente os sintomas psicopatológicos e o sofrimento.

De um modo geral, os estudos de eficácia da TFC têm demonstrado que, após a intervenção, os pacientes apresentam uma redução significativa na sintomatologia depressiva, ansiosa, na vergonha, no autocriticismo e nos comportamentos submissos, assim como um aumento na capacidade de autotranquilização e compaixão pelo eu (Gilbert & Procter, 2006).

No âmbito dos transtornos alimentares, Goss e Gilbert (2002) propuseram que o sentimento de vergonha poderia estar subjacente aos sintomas de comer restritivo, compulsão e purgação e poderiam também ser vistos como tentativas de autoproteção para regular tal sentimento. Apoiados no modelo psicopatológico da TFC, eles sugerem que, a curto prazo, os comportamentos típicos destes transtornos podem promover certo conforto, mas a médio e longo prazo, eles intensificam o sofrimento, principalmente por perpetuarem a crença de que se é diferente, inadequado, descontrolado, defeituoso ou repugnante. De acordo com o modelo TFC, o desenvolvimento da autocompaixão é a única forma de estes pacientes romperem com esses ciclos não adaptativos e prevenirem a recaída (Kelly, Carter & Borairi, 2013). A literatura tem mostrado tratamentos baseados em autocompaixão para promoção de hábitos saudáveis, perda de peso e vergonha corporal com boa eficácia (Brenton-Peters et al., 2021; Braun, Park e Gorin, 2016; Rahimi-Ardabili et al., 2018; Turk e Waller, 2020).

### *Terapia Cognitivo-Comportamental*

A TCC tem como pressuposto básico a noção de que indivíduos representam a realidade, estruturando esta representação através de crenças e esquemas que levam posteriormente a padrões estáveis de interação com o ambiente, além de que a cognição atua como mediadora das emoções e dos comportamentos (Neufeld et al., 2016).

Williamson e colegas (2004) consideram que as intervenções de TCC focam nas crenças disfuncionais a respeito do excesso de peso, da alimentação e do valor pessoal ligado à obesidade, influenciando diretamente os comportamentos alimentares desadaptativos e as emoções negativas. A eficácia da TCC para pessoas com obesidade pode ser verificada em diferentes revisões da literatura (Pimenta, Leal, Brando, & Maroco, 2009; Palavras et al., 2011; Tavares Filho, Magalhães, & Tavares, 2009) a ponto de elevá-la ao patamar de tratamento usual de primeira linha para o contexto clínico e também científico (Castelnuovo et al., 2017; Cuzzolaro, 2016; Wilson et al., 2010).

Um programa denominado PRO-META, proposto por Neufeld, Affonso e Moreno em 2014 propõe 8 sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental de grupo e obteve dados significativos para o apoio ao tratamento da obesidade e sobrepeso (Neufeld et al., 2016).

#### *Uso da internet para intervenções psicoterapêuticas*

Para diminuição dos sintomas associados a obesidade e ao comer transtornado, recentemente intervenções protocolares realizadas pela internet vêm sendo oferecida no mundo todo, sendo denominadas “intervenções eletrônicas baseadas em mindfulness para perda de peso” (Lizwinsky et al., 2018). Entretanto, parece que tais intervenções para a perda de peso podem ser realizadas eletronicamente, mas devido aos poucos estudos realizados, não se pode concluir sobre sua eficácia geral. Os protocolos desenvolvidos pela internet são geralmente equivalentes aos realizados presencialmente e contemplam conteúdos teóricos e práticas meditativas, bem como exercícios com formulários e discussões amplas com todo o grupo, além das divisões de pequenos grupos para debate e práticas. Esse tipo de ferramenta tem algumas vantagens e desvantagens. Entre as vantagens encontram-se principalmente: poder ser utilizada em grande escala, ser de fácil acesso, apresentar boa relação custo-efetividade, respeitar a privacidade dos participantes etc. Entre as desvantagens encontram-se principalmente: menor comunicação não-verbal, aumento dos distratores e possível aumento dos estímulos de participação.

Um ECR do Centro de Telemedicina da Universidade de Queensland (Lyswinsky et al., 2019) testou a eficácia, aceitabilidade e viabilidade de um aplicativo de mindfulness personalizado para alunos universitários regulares o peso, comportamentos relacionados ao peso e estresse. Os resultados não mostraram eficácia para perda de peso, mas não houve ganho de peso ao longo do semestre, o que já demonstra os benefícios da intervenção. Além disso, as



medidas de estresse, mindfulness, alimentação emocional e alimentação descontrolada apresentaram melhoras significativas. As conclusões do estudo apontam para o caráter de mindfulness para comportamentos relacionados ao estresse e à alimentação, mas são necessários mais estudos para confirmar esses relacionamentos.

No Brasil, as intervenções pela internet com a finalidade de reduzir peso ou comportamentos relacionados a peso e sintomas associados vem sendo cada vez mais realizadas, mas apenas nos últimos anos. A partir de 2020, devido a pandemia de COVID-19 o uso da internet para o serviço de saúde mental aumentou significativamente. Segundo o Ministério da Saúde (Fundação Fiocruz, 2020), os profissionais da atenção psicossocial têm um papel fundamental em uma epidemia como COVID-19, na realização de atendimentos psicossociais. A instituição elaborou um documento chamado “Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19 – Recomendações aos psicólogos para atendimento online”, o qual orienta a atenção a respeito do manejo, distinção sobre reações esperadas nesse tipo de evento e indicadores de risco, por exemplo, sintomas persistentes, complicações associadas, como conduta suicida. Além disso, recomenda o comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano, depressão maior/unipolar, psicose, transtorno de estresse pós-traumático ou mesmo manifestação de sofrimento agudo intenso que ocasione a ruptura com as estratégias que promovam a vida, são quadros que requerem uma atenção especializada imediata. O documento chama também a atenção para o fato de que reações de raiva, confusão e estresse agudo são comuns durante períodos de quarentena e isolamento. No que se refere à abrangência da intervenção contemplada neste projeto, o documento salienta a relevância da implantação de serviços estratégicos de atenção psicossocial, baseados em evidências, como forma de redução do estresse e sofrimento intenso com o objetivo de prevenir agravos futuros. Sobre a modalidade de atendimento online, o documento afirma que o atendimento remoto apresenta vantagens para a oferta de suporte psicossocial durante a pandemia por COVID-19, uma vez que corrobora com as recomendações de distanciamento social, quarentena e/ou isolamento domiciliar, podendo, desta maneira, colaborar para evitar a circulação desnecessária e, ao mesmo tempo, garantir atendimento psicossocial e/ou psicoterápico de qualidade. O documento alerta ainda para a necessidade de adequações da prática do psicólogo para o atendimento para o atendimento remoto (pela internet).

## **Justificativa**

Considerando que os índices de excesso de peso se encontram em estado de epidemia mundial e que, diante disto, naturalmente apareceu e ainda persiste o uso indiscriminado de dietas, referente às quais é sabido seu baixo grau de sucesso na sustentabilidade da perda de peso, um estudo a respeito de alternativas de tratamento, o qual tem acessibilidade e pode gerar sustentabilidade, mostra-se muito relevante.

Inúmeros esforços têm sido feitos no intuito de ampliar a eficácia das intervenções em TCC. Estudos propõem que questões mais amplas, por exemplo, aceitação, autoestima, regulação das emoções e questões interpessoais fossem inseridas nestas intervenções (Leahy, 2001; Stott, 2007; Wills, 2009; Wilson, 1996). A partir disso e do surgimento das abordagens de tratamento baseadas em mindfulness e compaixão, os tratamentos com base na TCC sofreram ampliações (Kristeller & Wolever, 2011). Adicionalmente, a literatura aponta a importância de mecanismos subjacentes de mindfulness e compaixão, as quais apoiam as intervenções clínicas, por exemplo, mecanismos atencionais, cognitivos, emocionais e de consciência corporal, os quais promovem a regulação emocional e autoaceitação (Siegel, 2010). Para os transtornos alimentares e obesidade tais mecanismos são claramente aplicáveis, visto que neles se encontram desregulação emocional presentes nos baixos níveis de autocontrole dos impulsos e de autoestima (Fairburn & Wilson, 1993; Wolever & Best, 2009).

Os resultados acima descritos demonstram de forma inconclusiva a associação entre os constructos de compaixão e a obesidade, o que tornam necessários novos estudos que avaliem objetivamente a relação entre eles, compreendendo o real impacto da compaixão sobre a obesidade. As intervenções baseadas em compaixão podem ser muito úteis no tratamento da obesidade por ser uma abordagem desenvolvida para identificar e modificar a forma de se relacionar com eventos mentais disfuncionais dos pacientes. Uma vez que estes são imprescindíveis para a etiologia e manutenção do transtorno, novas técnicas que objetivem a identificação e modificação de tais eventos podem proporcionar mudanças mais duradouras para o paciente, garantindo maior qualidade de vida e uma resposta mais eficaz ao tratamento.

Considerando ainda as recomendações do Ministério da Saúde (Fundação Fiocruz, 2020), acerca dos atendimentos psicossociais remotos, este estudo se justifica também pela modalidade de intervenção a ser realizado pela internet.

## **Objetivos**

O objetivo geral do presente trabalho é traduzir e adaptar um programa de intervenção de grupo de Terapia Focada na Compaixão para pessoas portadoras de obesidade grau 1 e 2,

visando investigar seus efeitos sobre os estados de depressão, ansiedade, estresse, alimentação emocional, compaixão, vergonha corporal, bem como efeito de perda de peso. O estudo teve como objetivos específicos:

- Avaliar as variáveis depressão, ansiedade, estresse, compaixão, vergonha corporal e o emagrecimento em três diferentes momentos de testagem: pré-teste (antes do início da intervenção), na metade da intervenção (7ª sessão) e pós-teste: (na 16ª sessão).
- Comparar os resultados obtidos nos diferentes instrumentos utilizados entre os 2 grupos: participantes com excesso de peso submetidos à intervenção de Terapia Focada na Compaixão e Reeducação Alimentar com os participantes com obesidade submetidos à intervenção de Terapia Cognitivo-Comportamental, tratamento usual (TU), além da Reeducação Alimentar.

### **Contextualização e percurso da tese**

Como mencionado, o objetivo geral da presente pesquisa é avaliar a eficácia de uma intervenção de TFC para pessoas com obesidade e também compará-la com uma intervenção de TCC, ambas realizadas na modalidade on-line. Vale ressaltar que o objetivo inicial era realizar ambas intervenções presenciais, mas as orientações da OMS relacionadas à pandemia por COVID-19 envolviam distanciamento e elas foram adaptadas para a modalidade on-line.

### *Articulação dos artigos*

A presente tese é apresentada em formato de coletânea de artigos, sendo composta por cinco artigos científicos. Eles compõem o resultado das necessidades que surgiram ao longo da trajetória inicial dessa pesquisa. O objetivo principal deste trabalho é avaliar a eficácia de uma intervenção de TFC para pessoas com obesidade e também compará-la com uma intervenção de TCC. Dessa forma, o primeiro passo seria conhecer intervenções baseadas em compaixão para obesidade; o segundo passo seria conhecer intervenções baseadas em TFC em geral; o terceiro passo seria testar o projeto em um estudo piloto, avaliando sua viabilidade para um ECR; o quarto passo seria adaptar e validar um instrumento que medisse a vergonha da imagem corporal, visto que não tínhamos um instrumento validado para o contexto brasileiro; e só então, como quinto passo, realizar o ECR avaliando a intervenção proposta. Cada passo citado representa um estudo relatado em um artigo apresentado na sequência.

O primeiro artigo, intitulado “Intervenções baseadas em compaixão para comportamentos alimentares e imagem corporal relacionados à obesidade”, consiste em uma

revisão sistemática da literatura, que teve como objetivo avaliar se as intervenções de autocompaixão podem aumentar a autocompaixão relatada pelos participantes, melhorar a relação com a imagem corporal, melhorar a regulação do peso, a partir da melhora da qualidade da alimentação e atividade física, e avaliar a sustentabilidade a longo prazo definido como pelo menos 6 meses desses fatores. Apesar de a ênfase do estudo ser a obesidade, neste artigo também foram incluídas na síntese final publicações que relatassem intervenções baseadas em compaixão que avaliassem comportamentos alimentares saudáveis e não saudáveis, a chamada alimentação transtornada, atividade física e vergonha/insatisfação com a imagem corpora. Como resultados, foi possível identificar que intervenções usaram uma variedade de abordagens para implementar o treinamento de autocompaixão e seus achados apontam para resultados de controle de peso eficazes depois de intervenções de autocompaixão. Entretanto, a variedade de desenhos, de tamanhos de efeito obtidos dos resultados dos estudos incluídos, a baixa sustentabilidade dos resultados ao longo do tempo e a metodologia dos estudos sugerem que mais estudos precisam ser feitos para que a associação entre a perda de peso e os fatores relacionados e a compaixão seja significativamente identificada. Ele foi submetido à revista SMAD (Almeida, Demarzo & Neufeld, 2022), com autorização da revista para inclusão do artigo nesta tese.

O segundo artigo, intitulado “Intervenções de Terapia Focada na Compaixão: uma revisão de escopo”, teve como objetivo investigar a literatura acerca das intervenções de TFC para a população em geral. Inicialmente, em 2019 quando esse estudo foi iniciado, seu objetivo era realizar uma revisão sistemática de intervenções baseadas em compaixão em geral. Entretanto, ao longo de 3 anos, muitos estudos especificamente baseados em TFC surgiram, permitindo que uma revisão de escopo que incluísse apenas ECR de qualidade fosse realizada e assim inspirasse o ECR que seria realizado como objetivo geral do doutorado. Os achados da revisão mostram uma boa evidência de eficácia das intervenções de TFC para uma série de problemas de saúde mental, bem como para diferentes contextos e populações. Este artigo foi submetido para publicação na Revista Psicologia - Teoria e Prática (Mackenzie).

Ambas as revisões permitiram consolidar as bases para a intervenção piloto do programa de TFC para pessoas com obesidade, proposta principal dessa tese. Assim, o terceiro artigo, intitulado “Terapia Focada na Compaixão para pessoas com obesidade: um estudo de viabilidade” relatou os resultados desse estudo. Os resultados desse estudo, relatados de acordo com os principais elementos da lista de verificação de orientação em estudos piloto randomizados (CONSORT), sustentaram a viabilidade e aceitabilidade de prosseguir para o

estudo principal, considerando que a intervenção atingiu razoavelmente os objetivos esperados e não foram identificados problemas com recrutamento, avaliação de elegibilidade, sessões e trabalhos de casa. Resultados quantitativos de medidas foi aplicada de forma eficiente e conseguindo uma coleta suficiente. Resultados qualitativos obtiveram a percepção dos participantes do estudo acerca da intervenção, apontado para melhorias, mesmo que não substanciais. Este artigo foi publicado na Revista Brasileira de Psicoterapia (Almeida, & Neufeld, 2022), com autorização da revista para inclusão do artigo nesta tese.

Os resultados do estudo de viabilidade do futuro ECR apontaram para a necessidade de alteração e adição de um instrumento que medisse a vergonha da imagem corporal, mas não havia naquele momento algum que fosse adaptado e validado para o contexto brasileiro. Dessa forma, o quarto artigo, intitulado “*Adaptation, confirmatory factor analysis, and psychometric properties of the Brazilian version of the Body Shame Image Scale*”, teve como objetivo adaptar e validar o modelo de dois fatores proposto da *Body Shame Image Scale* (BISS) em uma amostra da comunidade brasileira. Os resultados revelaram bons índices de ajuste para o modelo de dois fatores por análise fatorial confirmatória, apoiando a solução original. A consistência interna foi excelente para o escore total ( $\alpha$  de Cronbach = 0,90) e das subescalas (variação de 0,91 a 0,92) e confirmou a estrutura fatorial proposta da BISS em uma amostra da comunidade brasileira, oferecendo suporte adicional para distinção conceitual entre os subtipos de vergonha externalizada e internalizada da imagem corporal. Este artigo foi submetido para publicação na revista *Journal of Affective Disorders*.

Todos os estudos relatados nos quatro artigos anteriores sustentaram a realização do estudo principal. Assim, o quinto e último artigo, intitulado “*A randomised controlled trial of Compassion Focused Therapy and Cognitive Behavioural Therapy for people with obesity*”, teve enquanto objetivos: compare the effectiveness of a CBT programme for people with obesity with a Cognitive Behavioural Therapy (CBT) programme. Os resultados mostram que ambas as intervenções foram eficazes para reduzir o peso e o IMC, melhoraram condições associadas à obesidade e à alimentação transtornada (alimentação emocional, descontrole alimentar e belisco contínuo), bem como promoveram autocompaixão e consciência alimentar. Algumas dessas variáveis tiveram efeitos maiores em uma condição ou outra, por exemplo, autocompaixão e descontrole emocional na intervenção TFC, enquanto que belisco contínuo na TCC. Este artigo foi submetido para publicação no *International Journal of Eating Disorder*.

Espera-se que esta coletânea de artigos possa contribuir com a literatura nacional e internacional acerca do tratamento das pessoas com sobrepeso, obesidade e com problemas com

o estigma do peso, com a imagem corporal e com alimentação transtornada. Espera-se ainda que esse estudo possa inspirar futuras publicações com os resultados do follow-up, os quais não foram incluídos aqui.

### **Aspectos Éticos**

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) (CAAE: 07725119.4.0000.5407) (Anexo F). Os procedimentos referentes à ética em pesquisa foram realizados em consonância com a legislação nacional, Resolução Nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanas (Brasil, 2012). Além disso, foram respeitados os princípios da bioética, da autonomia, da não maleficência, da beneficência, da justiça e da equidade, visando assegurar os direitos e deveres dos participantes e dos pesquisadores.

Todos os indivíduos que participaram da pesquisa foram esclarecidos sobre informações referentes aos objetivos da pesquisa e sua participação se deu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), no qual eles declararam ter ciência da liberdade para a participação ou não do estudo, da possibilidade de desistência e retirada do consentimento em qualquer etapa da pesquisa e do cuidado com a preservação da identidade dos participantes no decorrer do processo e na divulgação científica. Além disso, todos autorizaram o armazenamento e o uso dos dados coletados para a pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a inserção dos dados da pesquisa em banco.

## CONCLUSÕES

O objetivo principal desta tese do presente trabalho foi traduzir e adaptar um programa de intervenção de grupo de Terapia Focada na Compaixão para pessoas portadoras de obesidade grau 1 e 2, visando investigar seus efeitos sobre os estados de depressão, ansiedade, estresse, alimentação emocional, autocompaixão, vergonha corporal, bem como efeito de perda de peso. Além disso, especificamente essa tese objetivou comparar os resultados obtidos nos diferentes instrumentos utilizados entre os grupos de participantes submetidos à intervenção de TFC e Reeducação Alimentar com os participantes submetidos à intervenção de TCC (TU) e Reeducação Alimentar.

A obesidade é uma doença que representa problema de saúde pública mundial em estado de epidemia. Sua causa é multifatorial, passando por fatores fisiológicos e ambientais (WHO, 2022). Sua cura ainda não foi encontrada, o que a eleva ao patamar de sexto maior fator de risco de morte no mundo, levando mais de 4 milhões de pessoas à morte no (GBD, 2020). Os programas de perda de peso têm pouco sucesso no que se refere ao número de beneficiados, à quantidade de peso e principalmente na sustentabilidade da perda de peso (Brenton-Peters, 2021; DerSarkissian et al., 2017; Wadden, Butryn, & Byrne, 2004; Sherwood, Jeffrey & Wing, 1998). Por isso, a cada dia mais intervenções são estudadas e propostas para enfrentar o desafio do complexo tratamento da obesidade.

A partir da revisão sistemática apresentada no artigo 1, foi possível ter um panorama geral da situação da literatura científica no tema no âmbito internacional acerca das intervenções que objetivavam aumentar a autocompaixão relatada pelos participantes, melhorar a relação com a imagem corporal, melhorar a regulação do peso, a partir da melhora da qualidade da alimentação e atividade física, e avaliar a sustentabilidade desses resultados.

Os resultados mostraram que todas as intervenções puderam alcançar esses objetivos e sugerem que a autocompaixão pode ter efeitos benéficos em uma série de desfechos em pessoas saudáveis e em população clínica, com peso normal ou com excesso de peso. Esses benefícios são: perda de peso, melhor comportamento nutricional, alimentação transtornada (desinibição alimentar e alimentação emocional e restritiva) e redução dos fatores de risco como insatisfação corporal. A literatura que apresenta uma associação positiva entre autocompaixão e efeitos benéficos no peso corporal e nos comportamentos alimentares (Brenton-Peters et al., 2021) foi então confirmada nessa revisão sistemática. Outra confirmação da literatura (Gilbert & Miles, 2002; Gilbert & Simons, 2022; Rahimi-Ardabili et al.; Brenton-Peters et al., 2021) encontrada

nessa revisão sistemática é a também positiva associação entre autocompaixão e bem-estar psicológico, por exemplo, redução do afeto negativo e perturbação do humor ou aumento do controle do estresse, o que pode estar associado a comportamentos alimentares pouco saudáveis. Em relação à perda de peso os achados dessa revisão também são consistentes com a literatura que sugere que pessoas com sobrepeso e obesidade têm pouco sucesso em programas de controle de peso, sendo mais provável que abandonem o tratamento e recuperem o peso rapidamente (Brenton-Petters et al., 2021; DerSarkissian et al., 2017; Wadden, Butryn, & Byrne, 2004; Sherwood, Jeffrey & Wing, 1998), pois os estudos relataram tamanho de efeito pequeno ou insignificante na maioria dos estudos. Um estudo (Carter, Gilbert & Kirby, 2020) relatou que a vergonha do peso corporal se mostrou associada a esses efeitos. Isso mostra que a autocompaixão como forma de os indivíduos lidarem com a decepção potencial de uma perda de peso mais lenta ou menor e sustentar a motivação para continuar com os comportamentos de controle de peso. Em relação aos estudos que examinaram comportamentos alimentares e resultados de saúde (alimentação saudável e diminuição da alimentação não saudável dos participantes na intervenção de autocompaixão, melhora na consciência alimentar, mostraram melhora do hábito de atividade física e exercícios físicos conscientes), quase todos relataram melhora com tamanhos de efeito acima do médio. Dois estudos incluídos (Kelly & Carter, 2015; Kelly et al., 2016) relataram grandes tamanhos de efeito na redução de compulsão alimentar e sintomas de transtornos alimentares em geral depois de uma intervenção de TFC e comparados ao tratamento usual. Esse é um importante achado, considerando que a alimentação transtornada não se enquadra nos critérios de transtornos alimentares, mas que podem se tornar potencialmente perigoso (Pennesi & Wade, 2016) e tem sido associada à insatisfação e vergonha corporais, as quais são fatores importantes relacionados ao ganho e à manutenção deficiente de peso ao longo do tempo (Lazzeretti et al., 2015) e que consiste em um fator de risco para a obesidade e transtornos alimentares (Haines e Neumark-Sztainer, 2006; Weinberger et al., 2016).

A sustentabilidade da perda de peso é um desafio para os participantes e para as intervenções. Assim como sustenta a literatura (Lazzeretti et al., 2015), os estudos apontam tamanhos de efeitos maiores para as mudanças no peso e comportamentos alimentares e de saúde, os quais tendem a não se sustentar ao longo do tempo. A manutenção da perda de peso em follow-up de 3 meses, não em 1 ano, inclusive em um estudo apresentando perda/manutenção menor do que o grupo controle.



A maior preocupação dos programas que objetivam a perda de peso dos participantes é a sustentabilidade dessa perda, visto que até agora esse fator não foi promissor em nenhuma intervenção (Brenton-Peters, 2021; DerSarkissian et al., 2017). A revisão sistemática apresentada no artigo 1 dessa tese mostrou sustentabilidade maior nos benefícios em relação à alimentação transtornada (restrição alimentar, desinibição/compulsão alimentar e fome emocional) do que a manutenção da perda de peso, dos comportamentos nutricionais e de saúde (atividade física). Sendo assim consistente com a literatura (Brenton-Peters, 2021; DerSarkissian et al., 2017; Wadden, Butryn, & Byrne, 2004; Sherwood, Jeffrey & Wing, 1998) um obstáculo ainda a ser superado.

Em relação à TFC três estudos (Gilbert & Simons, 2022; Sirois, Kitner & Hirsch, 2015; Ferrari & Steele, 2017) relataram associação da autocompaixão com as intenções de mudança. Esse é um importante achado, visto que um dos principais objetivos da TFC é proporcionar por meio do cultivo da compaixão as qualidades de coragem e compromisso para a mudança e isso envolve mudanças de comportamentos de saúde (Gilbert & Simons, 2022; Gilbert & Milees, 2002).

A partir da revisão sistemática apresentada no artigo 2, foi possível conhecer a eficácia da TFC, indicando-a como mais eficaz do que nenhum tratamento ou TU para transtornos alimentares (Duarte, Pinto-Gouveia & Stubbs (2017; Kelly & Waring, 2018; Kelly et al., 2016), para depressão (Navab, Dehghani, & Salehi, 2019; Noorbala et al., 2013) e psicose (Braehler et al., 2013). Reduções significativas em sintomas de psicopatologia foram encontradas em intervenções breves de compaixão em comparação com outros tratamentos ativos (*mindfulness* e autoajuda comportamental) (Feliu-Soler et al., 2017; Kelly & Carter, 2015), o que indica que mesmo intervenções breves e de auto-ajuda de compaixão podem se mostrar promissoras. Isso converge com a literatura (Hutcherson, Seppala e Gross, 2008) que conclui que uma breve meditação de gentileza amorosa aumenta sentimentos de conexão social e afiliação em relação a estranhos.

A TFC foi inicialmente projetada para dificuldades baseadas na vergonha (Gilbert, 2014), mas sabe-se agora que a prática da compaixão aumenta o bem-estar e afeta o funcionamento do cérebro, especialmente em áreas de regulação emocional (Begley, 2007; Davidson et al., 2003). Um grande número de estudos sobre dos benefícios do cultivo da compaixão (Fehr et al., 2009; Rein, Atkinson e McCraty, 1995) mostram que orientar pessoas em imagens compassivas pode gerar efeitos positivos em um indicador de funcionamento imunológico (S-IgA), enquanto imagens de raiva tiveram efeitos negativos. Por sua vez,

práticas de imaginação de compaixão pelos outros produzem mudanças no córtex frontal, no sistema imunológico e no bem-estar (Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, & Davidson, 2008).

A partir do estudo de viabilidade apresentado no artigo 3 foi possível sustentar a viabilidade e aceitabilidade de prosseguir para o estudo principal. Isso porque a intervenção atingiu razoavelmente os objetivos esperados e não foram identificados problemas com recrutamento, avaliação de elegibilidade, sessões e trabalhos de casa. Os resultados desse estudo possibilitaram as mudanças para melhor execução do futuro ECR. Tópicos de análise de intervenção como *recrutamento, critérios de elegibilidade, triagem, adesão ao tratamento, adesão aos exercícios de casa, duração das sessões e exercícios/meditações, possibilidade de minimizar os sintomas de compulsão alimentar, depressão, ansiedade, estresse, alimentação emocional*, bem como melhorar os *estados autocompaixão*, além da *perda de peso* foram eleitos pela pesquisadora principal e supervisora, orientadora da pesquisa, para avaliação de aceitação. Entre eles, apenas a duração das sessões e exercícios ou meditações não foram aceitas, pois eram curtas na percepção da maioria dos participantes.

A mudança nos sintomas de depressão, ansiedade e estresse foi um importante fator que mostrou ser promissora a intervenção. Todos os participantes apresentavam grau moderado de depressão, ansiedade e estresse antes da intervenção, avaliado pela escala DAAS-21, tendo esse grau caído consideravelmente depois da intervenção. Gilbert e Procter (2006) realizaram um treinamento da compaixão, relatando redução da vergonha e da autocrítica, o que aliviou os sintomas de depressão e ansiedade.

Reflexões aprofundadas acerca do tema insatisfação e vergonha da imagem corporal surgiram imprevisivelmente ao longo das sessões e no grupo focal. As pesquisadoras não incluíram esta variável de estudo no estudo piloto, mas sabe-se que a vergonha da imagem corporal (Gilbert & Miles, 2002; Carter, Gilbert & Kirby, 2021a, 2021b; Deram, 2018; Lazzarotti et al., 2015), a culpa (Rand et al., 2017; Kirk et al., 2014), a vulnerabilidade e a angústia (Ramos Salas, 2019; Vallis, 2016) têm sido relacionadas ao ganho e à manutenção deficiente de peso ao longo do tempo. E ela tem sido associada à adesão das pessoas a dietas muito restritivas e excesso de atividades físicas, o que pode levar à alimentação transtornada e transtornos alimentares e de imagem corporal, constituindo um ciclo vicioso de ganho de peso.

Estas reflexões inspiraram a adição dessa variável de análise ao futuro ECR e a utilização da escala BISS. O artigo 4 apresenta o estudo de adaptação e validação da escala BISS para o contexto brasileiro.

Finalmente, através do artigo 5 é possível avaliar o principal objetivo da pesquisa desse doutorado. Dessa forma, os próximos parágrafos serão focados nos resultados obtidos do ECR relatado no artigo 5. Ele avaliou a eficácia de uma intervenção de TFC e a comparou com outra de TCC, ambas em conjunto com reeducação alimentar baseada em Nutrição Comportamental. Além disso, ele avaliou mudanças nos sintomas de depressão, ansiedade, estresse, também de alimentação transtornada (alimentação emocional, alimentação externa, descontrole alimentar, belisco contínuo e restrição cognitiva), bem como os estados de autocompaixão e consciência alimentar (mindful eating).

Os dados foram analisados a partir de uma ANOVA de medidas repetidas, investigando o efeito das diferentes intervenções e do tempo, assim como a interação entre ambos. Não foram observadas interações significativas entre as intervenções e o tempo, nem diferenças entre os grupos. Porém, na análise do tempo foi verificado que as intervenções tiveram efeitos no peso, IMC, %G (marginalmente), Estresse, Vergonha da imagem corporal, Autocompaixão, Alimentação consciente (marginalmente), Belisco contínuo, Descontrole alimentar e Alimentação emocional.

Os resultados mostraram que ambas intervenções tiveram efeitos no peso, IMC, estresse, vergonha da imagem corporal, autocompaixão, belisco contínuo, descontrole alimentar e alimentação emocional. Contudo, curiosamente e não consistente com a literatura, os indivíduos em ambas as intervenções não mostraram maiores reduções nos sintomas de depressão ( $d = 0.22$ ), ansiedade ( $d = 0.07$ ) e estresse ( $d = 0.31$ ) na intervenção de TFC e depressão ( $d = 0.28$ ), ansiedade ( $d = 0.34$ ) e estresse ( $d = 0.29$ ) na intervenção de TCC em relação ao tempo. Esses sintomas (medidos pela DASS), tiveram tamanho de efeito muito abaixo do relatado pela literatura, inclusive do programa PRO-META, utilizado na intervenção TCC do presente ECR (Neufeld et al., 2016). Um crescente corpo de pesquisas sugere que ter maiores níveis de autoconhecimento e outras compaixão têm efeitos positivos no bem-estar (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007) e em sintomas de depressão, ansiedade e estresse (Van Dam et al., 2011). Duas meta-análises evidenciaram que uma maior autocompaixão está associada a menos dificuldades de saúde mental, mas a menor autocompaixão está associada a aumento da psicopatologia, e que intervenções de compaixão promovem melhorias significativas ansiedade, depressão, mindfulness, sofrimento psicológico e bem-estar geral (Kirby, Tellegen, & Steindl, 2017; MacBeth, & Gumley, 2012). Vale considerar que a consistência interna da subescala ansiedade para a população estudada no ECR foi baixa ( $\alpha = 0.44$ ), o que não ocorreu com as outras subescalas. Esse fato sugere algumas reflexões: o estudo durante a pandemia por

COVID-19 pode ter influenciado os sintomas de depressão, ansiedade e estresse. A taxa de abandono foi de 42% (37 sujeitos), contaminação por COVID-19 (14%), familiar contaminado por COVID-19 (13%), ameaça financeira devido à pandemia (9%) sugerem possível relação entre essas variáveis. Contudo, a baixa eficácia das intervenções para esses sintomas provavelmente seria acompanhada de também baixa eficácia para os outros desfechos. Vale ressaltar que a subescala de ansiedade da escala DASS baixa consistência interna para a população desse estudo ( $\alpha = 0,44$ ). Isso implica na necessidade de considerar com ressalvas os resultados de ansiedade apresentados aqui e a necessidade de replicação em estudos futuros.

Da mesma forma, a consciência alimentar (medida pelo MEQ) e a restrição cognitiva (medida pelo TFEQ) tiveram tamanhos de efeito baixo ( $d = 0,25$  e  $0,33$ ) respectivamente em ambas intervenções ambas as intervenções (TFC e TCC). Esse achado também não é consistente também com a literatura (Brenton-Peters et al., 2021; Almeida, Demarzo & Neufeld, submetida para publicação) que demonstrara a relação positiva entre autocompaixão e os resultados do controle de peso. A escala MEQ e da subescala de restrição cognitiva da escala TFEQ também apresentaram baixa consistência interna ( $\alpha = 0,66$  e  $-0,77$  respectivamente), o que sugere que os resultados de consciência alimentar e restrição cognitiva sejam tomados com cautela.

Em relação à subescala de restrição cognitiva, suas alternativas podem deixar os participantes confusos. As questões que podem ser ambíguas para os respondentes são: “1. Eu deliberadamente consumo pequenas porções para controlar meu peso”, “5. Eu não como alguns alimentos porque eles me engordam”, “11. Eu conscientemente me controlo nas refeições para evitar ganhar peso”, “17. O quanto frequentemente você evita “estocar” (ou se aprovisionar de) comidas tentadoras?”, “18. O quanto você estaria disposto(a) a fazer um esforço para comer menos do que deseja?”. Em relação à questão 1, apesar do *deliberadamente* parecer a linha de corte entre uma regulação saudável e não saudável, a quantidade de alimento consumido pode ser consequência da consciência alimentar. Jan Chozen Bays (2018) chama a atenção para o fato da quantidade de alimento que um corpo normalmente precisa ser muito menor do que a quantidade normalmente ingerida atualmente, principalmente nas cidades grandes. A conquista da consciência alimentar, por meio do resgate da percepção dos sinais de fome e saciedade, para a autora, culminará provavelmente na ingestão menor de alimentos. Em relação à questão 11, parece ser essa a questão mais clara em relação à restrição cognitiva, pois ela usa as expressões *conscientemente*, *controlo* e *evitar ganhar peso*. Em relação à questão 17, há um problema maior, pois uma das formas de enfrentamento da alimentação externa, ou seja, sentir

fome ou desejo por alimentos simplesmente pela exposição à eles (quando são vistos), é evitar ter em casa os alimentos tentadores. Em relação à questão 18, muitos respondentes consideraram que eles terão os benefícios de saúde física, mental e perda de peso se eles se engajarem em ações que representarão sacrifício. De fato, em muitos momentos, especialmente no programa de reeducação alimentar baseado na Nutrição Comportamental, fala-se de esforço e dedicação. Sendo assim, somente com uma explicação prévia muito consistente e uma avaliação posterior acerca da compreensão do que é restrição alimentar, poder-se-ia se assegurar que as respostas às questões relacionadas à essa subescala foram apropriadamente respondidas. Considerando a inconsistência interna dessa subescala e as considerações acerca da possível incompreensão dos respondentes, vale a cautela em relação aos seus resultados.

Um achado inédito dessa pesquisa é o tamanho de efeito grande para vergonha da imagem corporal (medido pela BISS) ( $d = 0,98$  e  $1,14$ ) e alimentação emocional (medida pelo TFEQ) ( $d = 1,01$  e  $0,85$ ) respectivamente em ambas as intervenções (TFC e TCC), contudo grande para autocompaixão (medida pela CEAS) ( $d = 0,85$ ) apenas para a intervenção TFC. Até o momento, a literatura associa positivamente a autocompaixão com a vergonha da imagem corporal (Carter, Gilbert, & Kirby, 2021; Duarte et al., 2021; Thogersen-Ntoumani et al., 2020; Kirby, 2017; Hilbert et al., 2015; Breines et al., 2014; Ferreira et al., 2014), e não foram encontrados estudos que associassem a intervenção TCC com a vergonha da imagem corporal. É interessante refletir ainda acerca do tamanho de efeito grande para a vergonha da imagem corporal (medida pela BISS) ( $d = 1,14$ ) para a intervenção TCC. Algumas hipóteses para isso são: 1) a intervenção TCC utilizada é o programa é uma intervenção integradora e fiel aos avanços da TCC, abarcando temas de psicoeducação e práticas da perspectiva evolucionista, neurocientífica e contemplativa (*mindfulness* e *Mindful Eating*) e avançou do modelo linear para a proposta de modos (Beck & Bredemeier, 2016; Beck, A. T., & Haigh, 2014; Beck, 1996). 2) O treinamento das psicoterapeutas da intervenção TCC envolveu indiretamente, visto que não está prevista no programa oficial, uma abordagem de mudança da vergonha da imagem corporal. A última hipótese é que 3) talvez a mudança do estado de vergonha da imagem corporal pode ser alcançada por diferentes intervenções e não seja melhor alcançado por intervenções baseadas na compaixão. Nessa hipótese, a mudança na vergonha da imagem corporal pode ser alcançada por iniciativas inclusive contrapostas à da autocompaixão (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007; Neff & Germer, 2013; Gilbert, 2018), como é o caso das intervenções para promover a autoestima. Nas últimas décadas um debate acerca dos benefícios da promoção da autoestima para a saúde mental, qualidade de vida e bem-estar ganhou volume. Uma

reconhecida revisão da literatura (Baumeister et al., 2003), baseada no relatório California Department of Education (1990) mostrou falhas na relação causal entre a autoestima e indicadores de saúde mental e comportamento pro-social. Não obstante outros importantes estudos tenham surgido para resgatar a associação positiva entre a autoestima e esses indicadores (Orth & Robins, 2022), o debate permanece irresoluto e sem consenso. De qualquer forma, do ponto de vista da compaixão, não importa o tipo de relação entre a autoestima e tais indicadores. De qualquer forma, o mais importante é que há uma diferença paradigmática entre uma intervenção de compaixão, que se sustenta no desenvolvimento de uma mentalidade compassiva e cooperativa, e da intervenção de autoestima, que se sustenta no desenvolvimento de uma mentalidade competitiva (Gilbert, 2022). A compaixão é cultivada porque sofremos e não para fazer nos sentirmos bem. Ao contrário da autoestima, a autocompaixão não se baseia em autoavaliações. (Neff & Germer, 2013).

Se a hipótese “1” procede, os resultados a respeito desses resultados devem ser tomados com cautela, pois eles podem, pelo menos no Brasil, retratar uma prática especializada e exceção daquela comumente observada nos consultórios e intervenções. Contudo, ela é preconizada por seus propositores, sendo assim, a prática esperada. Se a hipótese “3” procede, a relação entre a vergonha da imagem corporal e a compaixão precisa ser aprofundada.

Outro achado importante refere-se ao tamanho de efeito grande para descontrolar alimentar (medido pelo TFEQ) na intervenção TFC ( $d = 0,84$ ) e médio para a TCC ( $d = 0,71$ ). Esse resultado é muito promissor para o apoio aos programas de perda de peso, visto que 50% das pessoas com obesidade apresentam também compulsão alimentar.

Muito importante e também relacionado com o descontrolar alimentar é o achado acerca do tamanho de efeito grande para belisco contínuo (medido pelo Repeat) para a intervenção TCC ( $d = 0,92$ ) e médio para a TFC ( $d = 0,58$ ). O comportamento de belisco contínuo é definido na literatura atual como a ingestão de pequenas/modestas quantidades de alimentos de forma repetitiva e não planejada, não em resposta a sensações de fome/saciedade (Conceição et al., 2014; Teodoro et al., 2021). A natureza não planejada do comportamento de belisco contínuo, está, para alguns autores (Conceição et al., 2017; Conceição et al., 2014; Lane & Szabó, 2013), associada em algum nível à sensação de perda de controle sobre a alimentação. Além do descontrolar alimentar, o belisco contínuo pode estar associado a comportamentos aditivos (Bonder, Davis, Kuk, & Loxton, 2018), IMC, pior perda de peso após cirurgia bariátrica, obesidade e diminuição da qualidade de vida (Heriseanu, Hay, & Touys, 2019). Sendo assim, o efeito de ambas intervenções para o comportamento de belisco contínuo é promissor. As

intervenções, seja elas de qualquer natureza podem planejar psicoeducação e/ou exercícios de TCC e TFC com a finalidade de melhorar esse comportamento entre os participantes e assim alcançar melhores resultados na condição geral de excesso de peso. Além disso, as classificações iniciais do descontrole alimentar (medido pelo TFEQ) em TFC e TCC, convergentes com as de belisco contínuo (medido pela escala Repeat), bem como os tamanhos de efeitos obtidos para os mesmos em TFC e TCC ( $d = 0,84$  e  $0,71$  respectivamente) e ( $d = 0,58$  e  $0,92$  respectivamente), respaldados pela consistência interna da subescala (principalmente pelo fator  $\Omega$  de McDonald =  $0,78$ ) podem ser uma forma de evidência para a afirmação dos autores do belisco contínuo ser um tipo de descontrole alimentar.

Em relação ao desfecho perda de peso, o tamanho médio de efeito mostra que para o peso ( $d = 0,62$  e  $0,76$ ) e IMC ( $d = 0,51$  e  $0,70$ ) respectivamente para ambas intervenções (TFC e TCC) mostram que ambas intervenções foram eficazes para a perda de peso. Esse dado é consistente com a literatura que afirma que tratamentos baseados em autocompaixão para promoção de hábitos saudáveis, perda de peso e vergonha corporal com boa eficácia (Braun, Park e Gorin, 2016; Rahimi-Ardabili et al., 2018; Turk e Waller, 2020). Uma revisão de literatura recente (Brenton-Peters et al., 2021), confirmada e atualizada por outra (Almeida, Demarzo & Neufeld, submetida para publicação) demonstraram a relação entre autocompaixão e os resultados do controle de peso, avaliando comportamentos nutricionais, insatisfação e vergonha da imagem corporal e atividade física.

Em relação ao fato de a intervenção do ECR ter sido realizado de forma on-line, os resultados confirmam a literatura quando mostrou resultados similares aos obtidos nas intervenções realizadas de forma presencial. Estudos de revisão sistemática e metanálise que compararam a eficácia da TCC mediada pela internet e a TCC presencial (Carlbring et al., 2018; Berryhill et al., 2019; Gentry et al., 2019) mostram que não há diferenças entre os benefícios em ambos os formatos de TCC. Um estudo realizado pelo mesmo laboratório de pesquisa (LaPICC-USP) que representa os pesquisadores do presente estudo, utilizou uma adaptação de 12 sessões para 4 e para a forma on-line do mesmo protocolo (Kirby, Petrocchi & Gilber, 2018), relatando resultados significativos (Almeida et al., 2022).

Por último, três variáveis apresentaram tamanho de efeito insignificante ou marginalmente pequena que são %G (medido pelo protocolo McArdle, Katch e Katch, 2016) ansiedade (medida pela DASS) e restrição cognitiva (medida pelo TFEQ). Vale lembrar que os dados de ansiedade e restrição cognitiva precisam ser analisados com cautela devido à baixa

consistência interna dessas escalas e subescalas para população desse estudo ( $\alpha = 0,44$  e  $-0,77$  respectivamente).

Os resultados eles sugerem que ambos os tratamentos foram igualmente eficazes na redução de sintomas associados à obesidade e aumentam o bem-estar e condições associadas à melhora na saúde como aponta a literatura (Almeida, Demarzo & Neufeld, 2022; Carter, Gilbert, & Kirby, 2021; Brenton-Peters et al., 2021; Rahimi-Ardabili et al., 2018).

O resultado de maior eficácia da intervenção TFC no estado de autocompaixão e na vergonha da imagem corporal é esperado, considerando o foco da intervenção e também consistente com a literatura (Carter, Gilbert, & Kirby, 2021; Duarte et al., 2021; Thogersen-Ntoumani et al., 2020; Kirby, 2017; Hilbert et al., 2015; Breines et al., 2014; Ferreira et al., 2014). Contudo,

Algumas limitações encontradas nessa pesquisa são: tamanho pequeno da amostra (Hackshaw, 2008); baixa consistência interna para a escala MEQ ( $\Omega$  de McDonald = 0,451 e  $\alpha = 0,66$ ) e para a subescala restrição cognitiva da escala TFEQ ( $\Omega$  de McDonald = 0,451 e  $\alpha = 0,66$ ); e o não relato do follow-up.

Essas limitações sugerem cautela na interpretação dos dados que se referem principalmente em relação à consciência alimentar e restrição cognitiva.

No geral, ambas intervenções são tratamentos eficazes para obesidade. Considerando que a TCC é considerada tratamento usual (Castelnuovo et al., 2017; Cuzzolaro, 2016; Wilson et al., 2010), a partir da presente pesquisa e de outras que investigam as abordagens baseadas na autocompaixão para o contexto associado à obesidade (por exemplo, Brenton-Peters et al., 2021), a TFC pode ser considerada um tratamento eficaz para a obesidade e condições associadas.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, N. O., & Neufeld, C. B. (2022). Terapia Focada na Compaixão para pessoas com obesidade: um estudo de viabilidade. *Revista Brasileira de Psicoterapia (Online)*, 24(1): 139-158. <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20220009>
- Almeida, N. O., Demarzo, M., & Neufeld, C. B. Intervenções baseadas em compaixão para comportamentos alimentares e imagem corporal relacionados à obesidade: uma revisão sistemática. Submetida para a *Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas*.....



- Almeida, N. O., Rebessi, I. P., Szupczynski, K., & Neufeld, C. B. (2021). Uma intervenção de Terapia Focada na Compaixão em Grupos Online no contexto da pandemia por COVID-19. *Psico*, 52(3), e41526. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.3.41526>
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles?. *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society*, 4(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Bonder, R., Davis, C., Kuk, J. L., & Loxton, N. J. (2018). Compulsive “grazing” and addictive tendencies towards food. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 569–573. <https://doi.org/10.1002/erv.2642>
- Braun, T. D., Park, C. L., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body image*, 17, 117–131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>
- Brenton-Peters, J., Consedine, N. S., Boggiss, A., Wallace-Boyd, K., Roy, R., & Serlachius, A. (2021). Self-compassion in weight management: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 150, 110617. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110617>
- California Department of Education (1990). Toward a state of esteem: The final report of the California Task Force to Promote Self-Esteem and Personal and Social Responsibility. California State Department of Education, Sacramento, CA.
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(1), 93–108. <https://doi.org/10.1002/cpp.2488>
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, 10, 165–173. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278>
- Choate, L. H., & Ginger, C. G. (2016). Feeding and eating disorders. In B. Flamez & C. J. Sheperis (Eds.), *Diagnosing and treating children and adolescents: A guide for mental health professionals* (pp. 315–339). Hoboken, NJ: Wiley.
- Conceição, E. M., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Machado, P. P., Lancaster, K., & Wonderlich, S. A. (2014). What is “grazing”? Reviewing its definition, frequency, clinical characteristics, and impact on bariatric surgery outcomes, and proposing a standardized definition. *Surgery for obesity and related diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery*, 10(5), 973–982. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2014.05.002>
- Conceição, E. M., Mitchell, J. E., Machado, P. P., Vaz, A. R., Pinto-Bastos, A., Ramalho, S., & Freitas, A. C. (2017). Repetitive eating questionnaire [Rep(eat)-Q]: Enlightening the concept of grazing and psychometric properties in a Portuguese sample. *Appetite*, 117, 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.07.012>
- Cuzzolaro, M. (2016). Eating disorders and obesity. In Sbraccia, P., Nisoli, E., & Vettor, R. (Ed.). *Clinical Management of Overweight and Obesity: Recommendations of the Italian Society of Obesity (SIO)*. London: Springer; 2016:103–124.
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *The Behavioral and brain sciences*, 28(3), 313–395. <https://doi.org/10.1017/S0140525X05000063>
- Deram, S. (2018). O peso das dietas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sextante.
- DerSarkissian, M., Bhak, R. H., Huang, J., Buchs, S., Vekeman, F., Smolarz, B. G., Brett, J., Ganguly, R., & Duh, M. S. (2017). Maintenance of weight loss or stability in subjects with obesity: a retrospective longitudinal analysis of a real-world population. *Current medical research and opinion*, 33(6), 1105–1110. <https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1307173>

- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Stubbs, J. (2017). Compassionate attention and regulation of eating behaviour: a pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 1437-47. <http://www.doi.org/10.1002/cpp.2094>
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361–404). Guilford Press.
- Farinatti, P.; Monteiro, W. (1992). *Fisiologia e avaliação funcional*. 2ª edição. Rio de Janeiro. Sprint. p. 226-235.
- Fundação Fio Cruz (Ministério da Saúde) (2020). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19 - Recomendações aos psicólogos para atendimento online. Brasília. [https://efg.brasilia.fiocruz.br/ava/pluginfile.php/73438/mod\\_resource/content/5/cartilha\\_recomenda%C3%A7%C3%B5es\\_online.pdf](https://efg.brasilia.fiocruz.br/ava/pluginfile.php/73438/mod_resource/content/5/cartilha_recomenda%C3%A7%C3%B5es_online.pdf)
- Garvey, W.T., & Mechanick, J.I. (2020). Proposal for a Scientifically Correct and Medically Actionable Disease Classification System (ICD) for Obesity. *Obesity*, 28, 484-492. <https://doi.org/10.1002/oby.22727>
- GBD (2020). Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*, 396, 204–222.
- Germer, C. (2012). Cultivating compassion in psychotherapy. In C. K. Germer & R. D. Siegel (Eds.). *Wisdom and Compassion in Psychotherapy* (pp. 93-110). New York: Guilford Press.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856–867. <https://doi.org/10.1002/jclp.22021>
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson; Oaklands, CA: New Harbinger.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. London, UK: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British journal of clinical psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *The British journal of clinical psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (Ed.) (2005). *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P., & Miles, J. (Eds.) (2002). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315820255>
- Gilbert, P., & Miles, J. (Eds.) (2002). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315820255>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.) (2022). *Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003035879>
- Goss, K. & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. In Gilbert P, Miles J, editors. *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (pp. 2219-255). New York: Brunner-Routledge.
- Heriseanu, A. I., Hay, P., & Touyz, S. (2019). The short inventory of grazing (SIG): development and validation of a new brief measure of a common eating behaviour with a

- compulsive dimension. *Journal of eating disorders*, 7(1), 4.  
<https://doi.org/10.1186/s40337-019-0234-6>
- Heriseanu, A. I., Hay, P., Corbit, L., & Touyz, S. (2017). Grazing in adults with obesity and eating disorders: A systematic review of associated clinical features and meta-analysis of prevalence. *Clinical psychology review*, 58, 16–32.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.004>
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). *Base de informações do Censo Demográfico 2020: resultados do universo por setor censitário: documentação do arquivo*. Rio de Janeiro, RJ, IBGE
- Kelly, A. C., Carter, J. C., Zuroff, D. C., & Borairi, S. (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: a preliminary investigation. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 23(3), 252–264. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.717310>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Kirk, S.F., Price, S.L. Penney, T.L. Rehman, L. Lyons, R.F. Piccinini-Vallis, H. et al., (2014). Blame, shame, and lack of support: a multilevel study on obesity management. *Qualitative Health Research*, 24(6), 790–800. <https://doi.org/10.1177/1049732314529667>
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating disorders*, 19(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>
- Lane, B., & Szabó, M. (2013). Uncontrolled, repetitive eating of small amounts of food or ‘grazing’: development and evaluation of a new measure of atypical eating. *Behaviour Change*, 30(2), 57-73. <https://doi.org/10.1017/bec.2013.6>
- Lazzeretti, L., Rotella, F., Pala, L., & Rotella, C. M. (2015). Assessment of psychological predictors of weight loss: how and what for? *World Journal of Psychiatry*, 5(1), 56–67.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Lyzwinski, L. N., Caffery, L., Bambling, M., & Edirippulige, S. (2018). A Systematic Review of Electronic Mindfulness-Based Therapeutic Interventions for Weight, Weight-Related Behaviors, and Psychological Stress. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 24(3), 173–184.  
<https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0117>
- Lyzwinski, L. N., Edirippulige, S., Caffery, L., & Bambling, M. (2019). Mindful Eating Mobile Health Apps: Review and Appraisal. *JMIR mental health*, 6(8), e12820.  
<https://doi.org/10.2196/12820>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- McArdle, W.; Katch, F.; Katch, V. (2011). *Fisiologia do exercício: nutrição, energia e desempenho humano*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara. p. 768-772.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde & Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (2021). *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/@@download/file/vigitel-brasil-2021.pdf>
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.

- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23–50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity*, 4(3), 263–287. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139–154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neufeld, C. B., Affonso, G., Bueno Júnior, C. R., Pessa, R. P. & Rangé, B. P. (2016). Tratamento em TCC em Grupo para Obsessão e Sobrepeso: Foco no Manejo. In Finger, I. R., & Oliveira, M. S. (Orgs.) (2016). *A prática da terapia cognitivo- comportamental nos transtornos alimentares e obesidade*. Novo Hamburgo: Synopsys.
- Neufeld, C. B., Barletta, J. B., Mendes, A. I. F., Amorim, C. A., Rios, B. F., Amaral, E., Ferreira, I. M., Scotton, I. L., Rebessi, I. P., Nogueira, J. M., Teodoro, M. C., Almeida, N. O., Becker, P. L., Peron, S., & Szupzynski, K. P. D. R. (2022). Propostas de intervenção e formação de terapeutas e supervisores: Overview dos programas on-line do LAPICC. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 18(1). 114–121.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2022). Is high self-esteem beneficial? Revisiting a classic question. *The American psychologist*, 77(1), 5–17. <https://doi.org/10.1037/amp0000922>
- Palavras, M. A., Kaio, G. H., Man, J. J., & Claudino, A. M. (2011). Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), 81–94. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462011000500007>
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(8), 1141–1163. <https://doi.org/10.1111/obr.12701>
- Pennesi, J.-L., & Wade, T.D. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? *Clinical Psychology Review*, 43. 175-192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.004>
- Pimenta, F., Leal, I., Branco, J., & Maroco, J. (2009). O peso da mente – Uma revisão de literatura sobre factores associados ao excesso de peso e obesidade e intervenção cognitivo-comportamental. *Análise Psicológica*, 2(27), 175-187.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 14(10), 1802–1815. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.208>
- Rahimi-Ardabili, H., Reynolds, R., Vartanian, L. R., McLeod, L. V. D., & Zwar, N. (2018). A systematic review of the efficacy of interventions that aim to increase self-compassion on nutrition habits, eating behaviours, body weight and body image. *Mindfulness*, 9(2), 388–400. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0804-0><https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01409>
- Ramos Salas, X., Forhan, M., Caulfield, T., Sharma, A. M., & Raine, K. D. (2019). Addressing Internalized Weight Bias and Changing Damaged Social Identities for People Living With Obesity. *Frontiers in psychology*, 10, 1409.
- Rand, K. Vallis, M. Aston, M. Price, S. Piccinini-Vallis, H. Rehman, L. et al. (2017). “It is not the diet; it is the mental part we need help with.” A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *International Journal of*

- Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1), 1306421.  
<https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1306421>
- Schvey, N. A., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2011). The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 19(10), 1957–1962.  
<https://doi.org/10.1038/oby.2011.204>
- Sherwood, N. E., Morton, N., Jeffery, R. W., French, S. A., Neumark-Sztainer, D., & Falkner, N. H. (1998). Consumer preferences in format and type of community-based weight control programs. *American journal of health promotion: AJHP*, 13(1), 12–18.  
<https://doi.org/10.4278/0890-1171-13.1.12>
- Siegel, D. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration*. New York: W. W. Norton & Company. 288 pp.
- Stott, R. (2007). When the head and heart do not agree: A theoretical and clinical analysis of rational-emotional dissociation (RED) in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 37-50.
- Striegel-Moore, R. H., & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of Eating Disorders in Women. *The Counseling Psychologist*, 29(5), 635–661. <https://doi.org/10.1177/0011000001295002>
- Tavares Filho, T. E., Magalhães, P. M. S., & Tavares, B. M. (2009). A Terapia Cognitivo-Comportamental e seus efeitos no tratamento dos transtornos do comportamento alimentar. *Revista de Psicologia da IMED*, 1(2), 160-168. <https://doi.org/10.18256/2175-5027>
- Teodoro, M. C., Conceição, E. M., de Lourdes, M., Alves, J. R., & Neufeld, C. B. (2021). Grazing's frequency and associations with obesity, psychopathology, and loss of control eating in clinical and community contexts: A systematic review. *Appetite*, 167, 105620.  
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105620>
- Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 79, 101856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856>
- Vallis M. (2016). Quality of life and psychological well-being in obesity management: improving the odds of success by managing distress. *International journal of clinical practice*, 70(3), 196–205. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12765>
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, 25(1), 123–130.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011>
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., & Byrne, K. J. (2004). Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control. *Obesity research*, 12 Suppl, 151S–62S.  
<https://doi.org/10.1038/oby.2004.282>
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior modification*, 28(6), 711–738.  
<https://doi.org/10.1177/0145445503259853>
- Wills, F. (2009). *Beck's cognitive therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Wilson, G. T. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*, 27(3), 417–439. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80025-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80025-6)
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(1), 94–101.  
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.170>
- Wolever, R. Q., & Best, J. L. (2009). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 259-288). New York: Springer.
- World Health Organization (WHO) (2022). *World Health Statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.