

## Eficácia da ACT e ACT associada à compaixão: análise comparativa em mulheres acima do peso

### Efficacy of ACT and ACT associated with compassion: comparative analysis in overweight women

Luciana Pacheco Miranda Rochael<sup>1</sup>, Sônia Maria Mello Neves<sup>1</sup>, Fernanda Posch Rios<sup>1</sup>, Ellen Ferreira de Castro<sup>1</sup>, Maria Luiza de Lima Vasconcelos<sup>2</sup>, Yuri Kozima Pacheco<sup>2</sup>

[1] Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO) [2] Consultório particular | **Título abreviado:** ACT para mulheres acima do peso | **Endereço para correspondência:** Av. Universitária, 1440, Setor Universitário, Campus I PUC/GO, área IV, bloco A (1 andar). CEP: 74.810-210 | **Email:** lucianapachecomr@gmail.com | **doi:** doi.org/10.18761/PAC.ACT.013

**Resumo:** O autoestigma relacionado a obesidade e sobrepeso tem sido investigado como um dos fatores que prejudicam a adesão ao tratamento e o engajamento no desenvolvimento de hábitos saudáveis. Objetivou-se, com este estudo, investigar os desfechos de dois tipos de intervenções com foco na redução do autoestigma do peso, sendo elas: (1) intervenção com Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT); (2) intervenção com ACT e direcionamento explícito para autocompaixão. Participaram do estudo 20 mulheres, com sobrepeso e obesidade, idade entre 29 e 49 anos e indicativos de autoestigma do peso. Foram realizadas, para cada intervenção, 10 sessões em grupo on-line com periodicidade semanal. Os resultados indicaram que não houve diferença significativa entre os grupos. Ambos apresentaram melhoras significativas com tamanho de efeito grande a médio para o autoestigma do peso, autocompaixão, flexibilidade psicológica para o peso e imagem corporal. Nos dois grupos a flexibilidade psicológica apresentou correlações fortes e moderadas com a imagem corporal e compulsão alimentar e a flexibilidade psicológica para o peso correlacionou-se fortemente com compulsão alimentar. Os dados sugerem que intervenções baseadas na ACT e na compaixão podem ser promissoras para o desenvolvimento da flexibilidade psicológica, melhoras no autoestigma do peso, na imagem corporal e na compulsão alimentar.

**Palavras-chave:** ACT; autocompaixão; autoestigma do peso; imagem corporal; compulsão alimentar.

**Abstract:** Self-stigma related to obesity and overweight has been investigated as one of the factors that hinder adherence to treatment and engagement in the development of healthy habits. The aim of this study was to investigate the outcomes of two types of interventions focused on reducing weight self-stigma, namely: (1) intervention with Acceptance and Commitment Therapy (ACT); (2) intervention with ACT and explicit targeting of self-compassion. Twenty overweight and obese women, aged between 29 and 49 years old with indicative of weight self-stigma, participated in the study. For each intervention, 10 online group sessions were held weekly. The results indicated that there was no significant difference between the groups. Both showed significant improvements with large to medium effect sizes for weight self-stigma, self-compassion, psychological weight flexibility and body image. In both groups, psychological flexibility showed strong and moderate correlations with body image and binge eating and psychological flexibility for weight was strongly correlated with binge eating. Data suggest that interventions based on ACT and compassion may be promising for developing psychological flexibility, improvements in weight self-stigma, body image and binge eating.

**Keywords:** ACT; self-compassion; weight self-stigma; body image; binge eating.

**Notas dos autores:**

Agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pela bolsa de mestrado concedida à autora Luciana Pacheco Miranda Rochael.

O peso corporal é uma identidade social sujeita a estigmatização e discriminação. Embora seja menos estudado, o estigma do peso é mais socialmente aceitável, severo e, em alguns casos, mais prevalente do que o racismo, sexismo e outras formas de preconceito (Tomiya et al., 2014). Evidências têm mostrado que pessoas com sobrepeso ou obesidade enfrentam desvalorização social e maus-tratos/hostilidade e explicitam que essa desvalorização social por causa do peso corporal é referida como estigma de peso, o qual alimenta estereótipos negativos que atribuem aos indivíduos marcas pejorativas (Goffman, 1984; Puhl & Heuer, 2009; Puhl et al., 2020;).

Segundo Lillis et al. (2009), é comum que indivíduos obesos estejam cientes das atribuições negativas a eles direcionadas e, para evitar o desprezo social percebido, tendem a estreitar seu mundo consideravelmente. Frequentemente relatam diminuição das atividades físicas e sociais, diminuição do funcionamento sexual e prejuízos na autoimagem. Esses fatores contribuem para o aumento do autoestigma, a menor intenção em buscar ajuda, a baixa adesão a tratamentos e o agravamento de condições de saúde física e mental (Wong et al., 2019).

Lillis et al. (2020) investigaram se dois aspectos do autoestigma, o medo do estigma público e a autoavaliação negativa, estariam associados à mudança de peso e envolvimento com o tratamento. Participaram da pesquisa 188 indivíduos, participantes de um programa para perda de peso on-line, com duração de três meses. O medo de ser estigmatizado foi associado a menor perda de peso, a um menor engajamento no programa; já a auto-desvalorização não foi associada com menor perda de peso. Tanto a autodesvalorização quanto o medo do estigma público foram fortemente associados aos sintomas de ansiedade e depressão.

Outra particularidade relevante e que se relaciona com a experiência do autoestigma, refere-se às questões de insatisfação com a imagem corporal e compulsão alimentar, este último caracterizado por uma recorrência de ingestão de grandes quantidades de alimento, de uma só vez, com sensação de perda de controle, experimentando sofrimento acentuado (Hill et al., 2015). A insatisfação da imagem corporal, por sua vez, envolve o autojulgamento associado a pensamentos que representam

estereótipos negativos a respeito do próprio corpo e, assim como o autoestigma, estão relacionados a indesejáveis resultados de saúde física e psicológica, incluindo sentimentos de isolamento, questões de desordem alimentar, compulsão alimentar, depressão e outros sintomas psiquiátricos (Carels et al., 2010; Griffiths et al., 2018; Marshall et al., 2020; Wott & Carels, 2010).

Além da autoavaliação negativa, também faz parte do autoestigma do peso a experiência pessoal de vergonha (Lillis et al., 2009). Luoma et al. (2012) indicam que a vergonha é o núcleo emocional da vivência do estigma que tende a envolver a identificação com pensamentos de ser defeituoso e não digno de ser amado ou aceito relacionados à construção de um autoconceito negativo (Tangney et al., 2007). Prejuízos no envolvimento social, desconexão interpessoal e interferência na resolução de problemas interpessoais podem ser observados em pessoas estigmatizadas (Dickerson et al., 2004).

O autoestigma do peso pode estar associado a estratégias de mudanças pautadas pela aversão por si mesmo e autocrítica depreciativa, o que pode resultar em rápidas mudanças de comportamento, as quais não se sustentam a longo prazo, além de adicionar mais sentimentos de vergonha, inadequação ou desgosto. Por outro lado, construir um repertório de relacionamento consigo mesmo pautado na bondade, apoio e encorajamento tem se mostrado um caminho mais promissor na direção de mudanças mais bem sustentadas a longo prazo (Lillis et al., 2016).

Congruente com essa perspectiva, a compaixão vem sendo estudada como um aspecto importante a ser desenvolvido por envolver um senso básico de cuidado, sensibilidade e abertura ao próprio sofrimento e ao dos outros e a intenção genuína de tentar aliviá-lo e preveni-lo (Gilbert, 2009; 2022). Autocompaixão, por sua vez, seria a compaixão dirigida a si mesmo. Luoma e Platt (2015) evidenciam que, em contraste com os efeitos de distanciamento e isolamento social provenientes da vergonha e autocrítica, altamente prevalentes no autoestigma, a autocompaixão tende a evocar formas mais flexíveis de resposta, incluindo repertórios comportamentais envolvendo o cuidado e relacionamento consigo mesmo e com os outros associados a emoções afiliativas, como calor interpessoal, interesse, alegria, e valorização própria (Goetz et al., 2010).

Hilbert et al. (2015) encontraram, em uma amostra de 1.158 indivíduos com sobrepeso e obesidade, que o efeito protetor da autocompaixão no estigma do peso foi baseado nos baixos níveis de atitudes de autoisolamento e autojulgamento, bem como na baixa superidentificação com pensamentos e sentimentos negativos. Assim, intervenções clínicas que têm como alvo a vergonha e a autocrítica têm se concentrado em promover a autocompaixão (Gilbert, 2009; 2014; Gilbert & Procter, 2006).

Carter et al. (2021a), em uma revisão sistemática, indicam que o uso de intervenções baseadas na compaixão aponta na direção de ajudar a reduzir a vergonha do peso corporal e aumentar os níveis de compaixão. Um estudo piloto (Carter et al., 2021b) forneceu 12 sessões, de 2 horas, em um programa direcionado para atingir diretamente a vergonha do peso corporal cultivando a compaixão em um grupo de 5 mulheres, com IMC maior que 30. Os resultados indicaram impacto positivo na redução da vergonha do peso corporal, aumentando a compaixão e melhorando os comportamentos de engajamento com a saúde relacionados à alimentação e ao exercício. O feedback qualitativo indicou a importância de a intervenção ser em grupo para auxiliar na desestigmatização da aparência corporal dos indivíduos.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é um modelo psicoterapêutico analítico-comportamental (Hayes et al., 1999), que coevoluiu com a Teoria das Molduras Relacionais (RFT) e que se utiliza de seus fundamentos para a explicação da linguagem e seus impactos no sofrimento humano (Hayes et al., 2001). Na ACT, a compaixão não aparece como componente formal do modelo. No entanto, pesquisadores e clínicos atuantes na perspectiva da ACT têm discutido e explorado empiricamente o papel da compaixão nessa psicoterapia (Neff & Tirch, 2013; Skinta et al., 2015; Tirch et al., 2014; Yadavaia et al., 2014). A autocompaixão seria um mecanismo subjacente, inerente aos processos centrais da ACT (Hayes, 2008a; Luoma & Platt, 2015).

Na ACT, associa-se processos de aceitação e atenção à processos de compromisso e mudança de comportamento para o desenvolvimento de flexibilidade psicológica, definida como a habilidade de desfusão de pensamentos difíceis e aceitação de sentimentos desagradáveis enquanto

persiste-se em ações baseadas em valores (Hayes et al., 2008b; 2021). Seu principal objetivo é promover o desenvolvimento da flexibilidade psicológica, que, no contexto das questões relacionadas ao peso, se refere à abertura para experimentar eventos privados, como angústia, anseio por comida, sensação de cansaço ou pensamentos autoestigmatizantes, ao mesmo tempo em que se persiste em comportamentos orientados por valores (Wallin et al., 2018).

A sobreposição dos conceitos dos processos da ACT e compaixão vem sendo discutida na literatura, ainda que não esteja claro o papel da compaixão, seja como um mecanismo de mudança ou efeito de intervenções. Dahl et al. (2009) descreveram como os processos da ACT afetam diretamente a compaixão por si mesmo e pelos outros. Em seu modelo, a autocompaixão envolveria a capacidade de experimentar, com boa vontade, emoções difíceis; observar atentamente os pensamentos de autoavaliação, angústia e vergonha, sem permitir que o emaranhamento nessas narrativas influencie o comportamento; para que o indivíduo possa se envolver mais plenamente nas buscas de sua vida, com bondade e autovalidação; e para mudar com flexibilidade sua perspectiva em direção a um senso de identidade mais amplo e transcendente (Hayes, 2008a).

A autocompaixão, na ACT, estaria relacionada aos processos de aceitação experiencial, tomada de perspectiva e ação comprometida com valores. Ao desenvolver habilidades para ser menos dominado por autoavaliações categóricas e julgadoras, a pessoa poderá se engajar menos prontamente em condenações e julgamentos ao seu próprio respeito ou em relação aos outros e agir direcionada por seus valores. À medida que a compaixão é cultivada, elementos centrais da flexibilidade psicológica também são desenvolvidos (Hayes et al., 2021; Tirch et al., 2014).

Segundo Palmeira et al. (2017) a ACT e intervenções baseadas em *mindfulness* e compaixão compartilham aspectos comuns por se concentrarem na promoção de uma relação mais consciente, gentil, de aceitação e sem julgamentos das experiências, incluindo a relação da pessoa consigo mesma (Neff & Tirch, 2013). Luoma e Platt (2015), assim como, Neff e Tirch (2013) argumentam que os protocolos ACT podem se beneficiar do dire-

cionamento explícito para autocompaixão, uma vez que há evidências que indicam melhora na capacidade de seguir práticas relacionadas à comportamentos saudáveis e diminuição do estigma, vergonha e autocrítica.

Palmeira et al. (2017), em um ensaio clínico randomizado, desenvolveram uma intervenção em grupo com 12 sessões, de 2h 30 minutos cada, para 73 mulheres com sobrepeso e obesidade integrando ACT, *mindfulness* e componentes de autocompaixão. A intervenção foi elaborada para promover a qualidade de vida e redução do autoestigma de peso e comportamentos alimentares pouco saudáveis (alimentação emocional), visando a evitação experiencial relacionada ao peso e a autocrítica. Os resultados revelaram aumento significativo da qualidade de vida relacionada à saúde e exercício físico e redução do autoestigma de peso, alimentação emocional, alimentação descontrolada, IMC, autocrítica, esquivas experiencial relacionada ao peso, sintomas psicopatológicos no pós-tratamento; e autocompaixão com tendência à significância, enquanto não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para *mindfulness*.

Intervenções baseadas na aceitação, *mindfulness* e compaixão tem se mostrado promissoras no desenvolvimento da autocompaixão e aliadas na redução do estigma (Hilbert et al., 2015). No entanto, até o momento, poucos estudos empíricos foram desenvolvidos para investigar o autoestigma do peso e o papel da compaixão nesse processo e se o foco mais explícito na autocompaixão poderia estar associado a redução do autoestigma.

Os estudos com intervenção em ACT para estigma do peso utilizaram protocolos padrões, como o de Lillis et al. (2007). Skinta et al. (2015) obtiveram resultados de diminuição de estigma em pessoas com HIV, em estudo piloto com protocolo ACT associado a elementos da TFC para compaixão. Exclusivamente com protocolos de compaixão para estigma do peso encontrou-se o estudo de Forbes et al. (2020) e para vergonha corporal o de Cartes et al. (2021b).

Dessa forma, com o propósito de ampliar as investigações nessa área, o presente estudo, teve como objetivo principal investigar de que forma os processos de flexibilidade psicológica e auto-

compaixão influenciaram os desfechos em dois tipos de intervenções com foco na redução do autoestigma do peso, sendo elas: (1) Intervenção com ACT; (2) Intervenção com ACT com direcionamento explícito para autocompaixão. Dentre os objetivos específicos, pretendeu-se: identificar se houve diferença entre os grupos nas medidas de processo ACT, autoestigma, autocompaixão, imagem corporal, compulsão alimentar e IMC; avaliar o impacto das intervenções nos processos ACT de aceitação, desfusão cognitiva, self e valores; e identificar se mudanças nos processos ACT estão relacionadas a mudanças na imagem corporal, compulsão alimentar e IMC.

## Método

### Delineamento

Trata-se de um estudo quase-experimental, longitudinal, aplicado, descritivo e correlacional para verificação dos efeitos de duas intervenções clínicas. O projeto do qual este estudo faz parte foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) e aprovado com parecer nº 5.351.454, conforme as diretrizes da Resolução CNS nº 466, de 2012(41).

### Participantes

Participaram do estudo 20 voluntárias do sexo feminino que foram alocadas em dois grupos, denominados de grupo protocolo ACT e grupo protocolo ACT-Compaixão. A amostra foi não probabilística e formada por conveniência.

Os critérios de inclusão foram: mulheres acima de 18 anos com sobrepeso e obesidade, classificado pelo IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>. Obtenção de score:  $\geq 39$  ao responder o Questionário de autoestigma de peso (WSSQ) e  $\leq 3$  ao responder a Escala de Autocompaixão (SCS). Em relação aos critérios de exclusão, para esse estudo foram: participar de outro grupo ou intervenção para perda de peso durante a intervenção; gestantes; diagnósticos de Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno Bipolar (em um episódio ativo), Transtorno Depressivo Maior (em um episódio ativo) e Transtornos por Uso de Substâncias, avaliados em uma entrevista clínica inicial.

## Local

As sessões terapêuticas em ambos os grupos aconteceram no ambiente virtual *Zoom Meetings*.

## Instrumentos

Para obtenção dos dados demográficos e história de vida foi utilizado:

**Questionário Multimodal de História Vital (Lázarus, 1975/1980).** Utilizado para para obtenção dos dados demográficos e história de vida. Tradução organizada por U. C. Arantes. Foi adaptado para ser utilizado como facilitador para a composição dos dados sobre a história comportamental da participante. Este questionário é composto com os dados pessoais, descrição dos problemas, dados laborativos, dados familiares, informações adicionais, avaliação sumária, informações se o indivíduo está tendo atendimentos com outros profissionais e avaliação física.

**Questionário de autoestigma de peso (WSSQ. Weight self-stigma Questionnaire; Lillis et al., 2010).** Utilizado como medida de autoestigma do peso em pessoas com sobrepeso e obesidade. Os 12 itens são avaliados em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), com pontuações variando de 12 a 60, sendo que scores mais altos refletem a presença de mais autoestigma do peso. A versão original do WSSQ mostrou boas propriedades psicométricas ( $\alpha = 0,88$ ), semelhantes às encontradas na versão portuguesa (Oliveira, 2014). Rodrigues et al. (2022) finalizaram a versão do WSSQ em português brasileiro que será utilizada nesse estudo, mostrando consistência interna por Alpha de Cronbach de 0,79.

As medidas dos efeitos da intervenção nos processos ACT foram:

**Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II. Acceptance and Action Questionnaire; Bond et al., 2011).** Foi traduzido e validado para a população brasileira por Barbosa e Murta (2015). É um questionário de sete itens e objetiva mensurar a esquivia experiencial. As respostas estão dispostas em uma escala de sete pontos, na qual 1 corresponde a “nunca verdadeira” e 7 a “sempre verdadeira”. Os

escores finais variam de 10 a 70 pontos, sendo as baixas pontuações correspondentes à maior aceitação e habilidade de agir na presença de pensamento emoções difíceis. O questionário possui boa validade convergente e divergente ( $\alpha=0,84$ ).

**Questionário de Aceitação e Ação para o Peso (AAQ-W. Acceptance and Action Questionnaire for Weight; Lillis & Hayes, 2008).** Foi traduzido, adaptado e validado por Lucena-Santos et al. (2015a). Trata-se de um questionário de 22 itens que objetiva mensurar a esquivia experiencial no contexto de redução ou manutenção do peso. O instrumento é composto por um total de 22 itens, divididos em duas etapas. Na primeira etapa, composta por 10 itens, os participantes devem classificar a frequência em que a situação expressada por cada item é verdadeira para eles, por meio de uma escala de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). A segunda etapa é composta por 12 itens onde é solicitado que os respondentes digam o quanto eles acreditam nesses pensamentos (1 = nada acreditável; 7 = completamente acreditável). Alguns itens são cotados de forma inversa (1, 6, 7, 14 e 18) e, em seguida, o escore total, com variação de 22 a 154, pode ser calculado, sendo menores pontuações representando maior flexibilidade psicológica. O estudo de validação original da escala apontou boa consistência interna, com Alpha de Cronbach de  $\alpha=0,88$ .

**Questionário de Fusão Cognitiva (CFQ-7. Cognitive Fusion Questionnaire; Gillanders et al., 2014).** Este questionário que visa avaliar o processo de fusão cognitiva com uma escala de 7 itens (1 = “nunca verdadeira”; 7 = “sempre verdadeira”). Adaptado e validado por Lucena-Santos et al. (2015b). Dentre os 6 processos de inflexibilidade psicológica abordados pela ACT, a fusão cognitiva diz respeito ao emaranhamento psicológico do indivíduo com o conteúdo ou a forma dos seus pensamentos. O escore total é calculado através do somatório dos itens, que pode variar de 7 a 49, indicando que quanto maior o escore, maior a fusão cognitiva. A versão brasileira apresenta elevada consistência interna ( $\alpha=0,93$ ).

**Questionário da Fusão Cognitiva-Imagem Corporal (CFQ-BI. Cognitive Fusion**

**Questionnaire; Ferreira et al., 2015).** Foi validado por Lucena-Santos et al. (2015). O CFQ-BI é um questionário que pretende avaliar a fusão cognitiva em relação à imagem corporal. Esta é uma medida de autorresposta breve, composta por 10 itens respondidos numa escala de 1 (“Nunca verdadeiro”) a 7 (“Sempre verdadeiro”), cuja variação dos scores vão de 10 a 70. No estudo original a escala apresentou boa validade convergente, divergente, temporal e discriminante e boa consistência interna ( $\alpha = .97$ ).

**Questionário de Valores de Vida (VLQ. Valued Living Questionnaire;ilson et al., 2010).** A versão brasileira foi validada por Lucena-Santos et al. (2015a). O questionário é composto por 20 itens subdivididos em duas partes (contendo 10 itens cada, sendo que cada item avalia um domínio de vida). A primeira parte (subescala importância) se destina a avaliar o grau de importância que cada indivíduo atribui a diferentes domínios de vida em que cada item deve ser respondido com base em uma escala de 10 pontos (0 = nada importante; 10 = extremamente importante). A segunda parte (subescala consistência) visa mensurar o quanto as ações da semana anterior foram condizentes com cada um dos domínios, em que cada item também deve ser respondido com base em uma escala de 10 pontos (0 = nada consistentes com meus valores; 10 = completamente consistentes com meus valores). Os scores variam de 100 a 1000. No estudo original, Alpha de Cronbach de 0,77 e 0,75 para as subescalas de Importância e Consistência, respectivamente).

**Inventário Reno de Autoperspectiva (RISP. Reno Inventory of Self-Perspective; Jeffcoat (2015).** Foi validado no Brasil por Peixoto et al. (2019). O RISP tem por objetivo avaliar a habilidade de tomada de perspectiva (do inglês *perspective taking*). O instrumento é composto por 13 itens que são estruturados em três diferentes fatores: *Entangled* (enredado), *Centered* (centrado) e *Trancendent* (transcendente) e respondidos por escala de 7 pontos, de 1 (nunca) a 7 (sempre). Os scores variam de 13 a 91. No estudo original a escala apresentou boa consistência interna ( $\alpha=.89$ ).

A medida utilizada para avaliar a autocompaixão foi:

**Escala de Autocompaixão (SCS. Self-Compassion Scale; Neff., 2003).** A versão brasileira de Souza e Hutz (2016) é um questionário de 26 itens que avalia a atitude do indivíduo consigo mesmo em momentos difíceis e de sofrimento. O instrumento é composto por seis subescalas que medem três componentes de autocompaixão: (1) bondade/ autojulgamento; (2) humanidade compartilhada/ isolamento; (3) *mindfulness* (atenção plena) /superidentificação. Os itens são avaliados em uma escala de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre). Os scores variam de 26 a 130 ou quando divididos pela quantidade de itens (26), variam de 1 a 5. No estudo original e versão brasileira, o SCS mostrou boa consistência interna ( $\alpha = 0,92$ ).

Os seguintes instrumentos foram utilizados para acessar a insatisfação da imagem corporal e compulsão alimentar:

**Questionário da Imagem Corporal (BSQ. Body Shape Questionnaire; Cooper et al., 1987).** Foi traduzido e adaptado para versão brasileira por Di Pietro e Silveira (2009), tem o objetivo de avaliar a insatisfação com a imagem corporal. O questionário é composto por 34 itens e utiliza uma escala de 6 pontos com opções entre “nunca” e “sempre”. Os scores variam de 34 a 204. O resultado é obtido através da soma total dos pontos e da classificação em distorção da imagem corporal normal (até 110 pontos), leve (de 111 a 138), moderada (139 a 167) e grave (maior que 167). Na versão brasileira, o estudo de validação apresentou alta consistência interna ( $\alpha = .97$ ).

**Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP. Binge Eating Scale (BES); Gormally et al., 1982).** Foi traduzida e validada por Freitas et al. (2001). Composta por 16 itens, com scores variando de 0 a 41, a escala classifica a compulsão alimentar por níveis, como, sem compulsão ( $x < 18$ ), compulsão moderada ( $17 < 27$ ) e compulsão alimentar severa ( $x > 26$ ). A escala apresentou consistência interna de 0,85.

Foram utilizadas medidas autorrelatadas para cálculo do IMC: peso, altura.

## Procedimento

As participantes do estudo foram recrutadas por meio físico e virtual. Folders foram fixados em locais estratégicos em uma instituição de ensino superior. O mesmo folder, em formato virtual, foi divulgado em redes sociais e enviado para grupos de profissionais da saúde pelo aplicativo de mensagem *WhatsApp* convidando mulheres com sobrepeso e obesidade para participar de uma intervenção psicológica em formato de grupo on-line.

Fizeram contato 98 mulheres. Dessas, 75 preenchiam os critérios de inclusão e realizaram uma primeira entrevista com a pesquisadora pela plataforma *Google Meet*, com duração aproximada de 30 minutos, ocasião em que foi explicado o projeto de pesquisa com informações detalhadas do estudo. Após a confirmação do interesse em participar da pesquisa, era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pela Plataforma Brasil (nº 5.351.454). Prosseguia-se com envio de link eletrônico para aceite do termo. Imediatamente, ao receber a concordância do TCLE, a pesquisadora enviava pelo *WhatsApp* o Questionário de autoestigma de peso (WSSQ) e a Escala de Autocompaixão (SCS).

Aquelas que atenderam aos scores do WSSQ, SCS e IMC definidos nos critérios de inclusão e tinham disponibilidade para participar das sessões em grupo on-line no horário previsto participaram de uma segunda entrevista pela plataforma *Google Meet*, com duração aproximada de 60 minutos. Nessa ocasião, responderam à versão adaptada do questionário de Lazarus (1975/1980) no formato de entrevista semiestruturada com a pesquisadora que, a partir dos critérios de inclusão e exclusão selecionou 30 participantes para os dois grupos terapêuticos. Uma semana anteriormente ao início dos grupos, os instrumentos elencados para o estudo, foram enviados pelo *WhatsApp* para as participantes selecionadas para o estudo e respondidos via formulário do *Google Forms*. Essas medidas de avaliação foram replicadas, ao final da intervenção e *follow-up* de 3 meses.

As participantes foram distribuídas, por compatibilidade com os horários, entre os dois grupos de intervenção, ficando 15 participantes em cada grupo. As intervenções em grupo nas duas modalidades

tiveram 10 sessões, com periodicidade semanal de 2h 30 min cada. As sessões foram conduzidas pela pesquisadora, psicóloga com pós-graduação em ACT e formações em Terapia Focada na Compaixão (TFC) e *Teacher Trained* do Programa *Mindful Self Compassion* (MSC) e que contou com uma aluna de graduação e Iniciação Científica como apoio terapêutico, cuja função era estar atenta às nuances que pudessem passar despercebidas pela terapeuta e oferecer suporte de escuta individual, caso necessário, durante a ocorrência das sessões terapêuticas. Supervisões periódicas com a orientadora foram mantidas durante todo o processo.

Os encontros ocorreram pelo aplicativo *Zoom Meetings*. Inicialmente, foram enfatizadas orientações sobre: o uso do aplicativo *Zoom Meetings*, os dispositivos eletrônicos adequados, etiqueta on-line que incluiu informações em relação aos cuidados com o local em que a participante assistiria aos encontros e que deveria ser apropriado para garantir a privacidade e o sigilo das informações, com uso de fone de ouvido, em ambiente sem circulação de outras pessoas. As sessões foram gravadas seguindo procedimentos de segurança na transferência e no armazenamento adequado dos dados.

## Intervenção

O grupo ACT teve como subsídio teórico e técnico a adaptação do protocolo *Obesity Stigma and Weight Management Acceptance and Commitment Therapy Treatment Manual* (Lillis et al., 2007), o qual baseou-se nas obras *Acceptance and commitment therapy* (Hayes et al., 1999) e *Get out of your mind & into your life* (Hayes & Smith, 2005).

Para o grupo ACT-Compaixão, adaptou-se o protocolo *Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial* (Palmeira et al., 2017), o qual baseou-se, no que se refere à ACT, no protocolo *Obesity Stigma and Weight Management Acceptance and Commitment Therapy Treatment Manual* (Lillis et al., 2007) e inclui exercícios de autocompaixão adaptados da TFC (Gilbert, 2010; Goss, 2011). Ademais, foram integradas práticas de autocompaixão do protocolo *Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma* (Skinta et al., 2015).

Em ambos os grupos, o conteúdo foi trabalhado de forma expositiva, dialogada e vivencial, por meio de metáforas, exercícios e práticas. Os principais temas abordados foram: o autoestigma; os processos da ACT (aceitação, desfusão, momento-presente, self-como-contexto, valores e ação comprometida) e autocompaixão, exclusivamente para o protocolo ACT-Compaixão. Todas as sessões iniciaram com: a) um momento denominado de aterrissagem suave com uma prática de *mindfulness* para o desenvolvimento gradual das habilidades de *mindfulness* requeridas nos dois programas; b) uma verificação do estado emocional das participantes no momento e de como a semana havia transcorrido, com o objetivo de promover autopercepção em relação ao processo em que estavam envolvidas. e c) o processamento da atividade para casa com o propósito de checar as habilidades desenvolvidas, dúvidas e promover o compartilhamento em grupo.

Na primeira sessão, nas duas modalidades de intervenção, ocorreu uma introdução com as boas-vindas às participantes, apresentação da proposta do grupo, justificativa da intervenção e metodologia. Assim como foram discutidas as diretrizes dos grupos e o contrato terapêutico para garantia da confiabilidade, segurança e sigilo das informações partilhadas. As demais sessões, nos dois grupos, tiveram em comum temas relacionados ao autoestigma e aos princípios da ACT e são descritas a seguir.

A sessão 2 teve como objetivo desenvolver a perspectiva da desesperança criativa e compreensão sobre a linguagem (o bom e o ruim). A sessão 3 o foco foi na aceitação e flexibilidade psicológica por meio de reflexões e vivências sobre “Podemos controlar nossos pensamentos e sentimentos?” e “Observar que o controle é o problema.” A sessão 4 explorou a fusão e desfusão cognitiva e aspectos de estigmatizar a si mesmo. A sessão 5 trabalhou com o foco no momento presente, disposição à abertura para estar com desconforto e sofrimento e como aplicá-las às preocupações e medos em re-

lação ao peso. A sessão 6 visou o self-como-contexto ao explorar questões sobre “Quem somos nós e como podemos ter uma perspectiva diferente dos rótulos e conceitos rígidos a respeito de nós mesmos?”. A sessão 7 propôs o trabalho com clarificação de valores e introdução do processo de ação com compromisso. A sessão 8 dedicou-se ao processo de ação com compromisso por meio da deliberação sobre a escolha de ações direcionadas à construção de uma vida significativa, apoiada em valores, mesmo quando isso for difícil. A sessão 9, exclusivamente para o protocolo-ACT, revisou as habilidades aprendidas no programa com a proposta “Interligando tudo”. Na sessão 10 ocorreu o fechamento do programa com o compartilhamento de experiências e reflexões sobre as sessões anteriores e discussão e planejamentos para consolidar as mudanças a longo prazo.

O protocolo ACT-Compaixão, além dos temas relacionados ao autoestigma e aos processos da ACT, contou com elementos específicos para o desenvolvimento de autocompaixão. Na sessão 3 iniciou-se a conceituação sobre compaixão e o incentivo ao uso de uma linguagem compassiva em contraponto a uma linguagem autocrítica. A sessão 4 continuou a explorar os conceitos de compaixão e autocompaixão e como esses aspectos se relacionam com o autoestigma. As sessões 5, 7, 8 e 10 incluíram uma abordagem apoiada na motivação compassiva do manejo do sofrimento. A sessão 9 discorreu sobre o papel da vergonha e do autocrítico no autoestigma apresentando a autocompaixão e os sistemas de regulação de afeto, na perspectiva da Terapia Focada na Compaixão, como recurso de enfrentamento.

Nos dois grupos, todas as sessões foram concluídas com um encerramento que incluía o esclarecimento de dúvidas, a explicação da atividade para a semana e o compartilhamento de uma palavra que representasse como as participantes estavam saindo da sessão. Os temas e objetivos das sessões dos dois grupos encontram-se na Tabela 1.

**Tabela 1. Protocolo ACT e Protocolo ACT-Compaixão com descrição das sessões e objetivos.**

Sessão	Protocolos ACT e ACT-Compaixão	Apenas protocolo ACT-Compaixão
	Objetivos	Objetivos
1. Introdução	Boas-vindas, apresentação da proposta do grupo, justificativa da intervenção e metodologia.	
2. Desesperança criativa e linguagem	Desenvolver a perspectiva da Desesperança Criativa e compreensão sobre a Linguagem (o bom e o ruim).	
3. Aceitação e flexibilidade psicológica.	Refletir se “podemos controlar os pensamentos e sentimentos? “Observar que controle é o problema”	Sessão 3 - Iniciou-se a conceituação sobre compaixão e o incentivo ao uso de uma linguagem compassiva em contraponto a uma linguagem autocrítica.
4. Fusão e autoestigma do peso	Explorar os aspectos de estigmatizar a si mesmo e aos outros.	Sessão 4 - Continuou a explorar os conceitos de compaixão e autocompaixão e como esses aspectos se relacionam com o autoestigma.
5. Momento presente e disposição à abertura	Explorar sobre a abertura para estar com o desconforto e sofrimento e como aplicá-las às preocupações e medos em relação ao peso.	
6. Self-como-contexto	Explorar questões sobre: “Quem somos nós e como podemos ter uma perspectiva diferente dos rótulos e conceitos rígidos a respeito de nós mesmos?”	Sessões 5 a 8 Incluíram uma abordagem apoiada na motivação compassiva do manejo do sofrimento.
7. Valores	Clarificação de valores e introdução da ideia de ação com compromisso	
8. Ação Comprometida.	Deliberar sobre a escolha de ações direcionadas à construção de uma vida significativa, apoiada em valores, mesmo quando isso for difícil.	
9. Protocolo ACT: Interligando tudo Protocolo ACT-Compaixão: Autocompaixão e vergonha: os dois lados da mesma moeda	Interligando tudo: revisar as habilidades aprendidas no programa	Sessão 9 – Discorreu sobre o papel da vergonha e do autocriticismo no autoestigma apresentando a autocompaixão e os sistemas de regulação de afeto, na perspectiva da TFC, como recurso de enfrentamento.
10. Fechamento e feedback das participantes	Compartilhamento de experiências com reflexões sobre as sessões anteriores e discutir ou planejar mudanças a longo prazo.	

### Avaliação de integridade e competência

As sessões gravadas em vídeo e áudio foram avaliadas por três juízas convidadas com conhecimento prévio em ACT. Das 10 sessões de cada grupo, foram excluídas a primeira e a última, por se referirem à introdução e ao encerramento, momentos em que as atividades interventivas não foram aplicadas. A segunda sessão foi utilizada para o treinamento das aferidoras, sendo mantido até que fosse alcançada a confiabilidade interavaliadores de 0,80 (Stemler, 2004; Kottner et al., 2011). As sessões três a nove foram analisadas segundo os protocolos adaptados de integridade e competência das inter-

venções ACT (Plumb & Vilardaga, 2016) e ACT-Compaixão (Horwood et al., 2020; Thorne, 2020). A aferição ocorreu em 20% das sessões, conforme indicado na literatura (Perepletchikova et al., 2009; Plumb & Vilardaga, 2016).

### Análise de dados

A caracterização do perfil sociodemográfico foi realizada por meio da frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk* e a distribuição do perfil sociodemográfico entre os grupos foi testada aplicando

o teste do Qui-quadrado de *Pearson*. A comparação dos instrumentos ao longo das avaliações até o *follow-up*, nos grupos, foi realizada aplicando a ANOVA de *Friedman* seguido da análise *Post Hoc* pelo método *Pairwise* com correção de *Bonferroni*. A partir dos deltas dos instrumentos, foi ainda realizada a comparação direta entre os grupos por meio do teste de *Mann-Whitney*. A relação entre a variação observada no questionário de autoestigma do peso (WSSQ) e na escala de autocompaixão (SCS) com os demais instrumentos, e destes entre si, foi testada por meio da correlação de *Spearman*. Para a avaliação de integridade e competência foi realizada a análise de fidedignidade por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) (modelo de efeitos mistos bidirecionais; tipo de concordância absoluta). Os dados foram analisados com o auxílio do Statistical Package for Social Science, (IBM Corporation, Armonk, USA) versão 26.0. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

A análise de fidedignidade revelou alta concordância entre as avaliadoras para os protocolos ACT e ACT-Compaixão. Para o protocolo ACT, o ICC foi de 0,894 (IC 95% = 0,849 - 0,927;  $F(87, 174) = 9,424$ ;  $p < 0,001$ ) e para o protocolo ACT-Compaixão, o ICC foi de 0,833 (IC 95% = 0,766 - 0,882;  $F(111, 222) = 6,397$ ;  $p < 0,001$ ). Ambos os valores indicam alta confiabilidade (Koo & Li, 2016). As avaliações atingiram pontuação de 5 em 5 pontos possíveis e evidenciaram adesão ao manual das intervenções e competência da terapeuta, demonstrando que as intervenções foram conduzidas de forma consistente e alinhada aos critérios de integridade e competência (Perepletchikova et al., 2009; Plumb & Vilardaga, 2016; Waltz et al., 1993).

Em relação a taxa de adesão, das 30 participantes que iniciaram a intervenção, 20 concluíram as 10 sessões, com frequência igual ou maior que 70% das sessões, e 19 responderam ao *follow-up*, o que configura uma taxa de adesão geral de 66,5% no pós-teste e de 63% no *follow-up*. Os dois grupos iniciaram com 15 participantes cada um, sendo que o grupo do protocolo ACT concluiu com 11 participantes e o grupo do protocolo ACT-Compaixão concluiu com

9 participantes. Portanto, para o protocolo ACT a taxa de adesão foi de 73,33% no pós-teste e 66,66% no *follow-up* e para o protocolo ACT-Compaixão foi de 60% em ambos os momentos.

Os dados demográficos da amostra total mostram que a idade das participantes se encontrava entre 23 e 49 anos, com média de 35,4 (DP = 7,42); IMC com média de 37,61 (DP = 6,90), sendo que 90% das participantes apresentavam obesidade; 60% eram de Goiânia; 40% se declararam branca; 55% eram casadas. 70% da amostra tinha pós-graduação ou ensino superior completo e 45% apresentavam renda familiar de 04 a 10 salários-mínimos. Por meio do teste Qui-quadrado de *Pearson* verificou-se a homogeneidade entre os grupos que comprovou não haver diferença estatisticamente significativa entre eles em relação aos dados demográficos ( $p > 0,05$ ). A comparação dos instrumentos entre os grupos no pré-teste demonstrou haver diferença significativa para o grupo do protocolo ACT-Compaixão no AAQ-II ( $p = 0,002$ ), CFQ-7 ( $p = 0,02$ ) e RISP ( $p = 0,001$ ).

A fim de comparar os escores obtidos nos grupos nos três momentos avaliados, pré-teste, pós-teste e *follow-up*, foi realizado o teste ANOVA de *Friedman* e *Post Hoc Pairwise* para uma análise exploratória dos resultados, considerando-se  $p < 0,05$  para significância estatística, sendo esses dados vistos na Tabela 2.

No protocolo ACT, observou-se, entre o pré-teste e pós-teste e entre o pré-teste e *follow-up*, diferenças estatisticamente significativas e tamanho de efeito grande para o autoestigma do peso (WSSQ), autocompaixão (SCS), flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W) e imagem corporal (BSQ).

Para o protocolo ACT-Compaixão, entre pré-teste e pós-teste, observou-se diferenças estatisticamente significativas e tamanho de efeito grande para o autoestigma do peso (WSSQ) e autocompaixão (SCS); tamanho de efeito médio para flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W) e imagem corporal (BSQ). Entre o pré-teste e *follow-up*, observou-se diferença estatisticamente significativa e tamanho de efeito grande para o autoestigma do peso (WSSQ) e autocompaixão (SCS); tamanho de efeito médio para fusão cognitiva (CFQ-7), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) e imagem corporal

**Tabela 2. Resultado da comparação dos instrumentos ao longo da avaliação até o follo-up nos grupos.**

Proto- colo	Média ± DP	Avaliação			p*	D de Cohen	Pré vs Pós**	Pré vs follow- up**	Pós vs follow- up
		Pré	Pós	Follow-up					
ACT (n = 11)	WSSQ	47.00 ± 5.31	34.00 ± 10.46	35.95 ± 10.49	<b>0,003</b>	1,108	<b>0,001</b>	<b>0,011</b>	0,522
	SCS	2.24 ± 0.42	3.18 ± 0.61	3.15 ± 0.60	<b>0,001</b>	1,323	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	1,000
	AAQ-II	38.18 ± 4.38	30.45 ± 5.07	30.58 ± 8.23	0,076	1,265	na	na	na
	AAQ-W	115.64 ± 12.82	85.55 ± 19.19	90.00 ± 27.43	<b>0,004</b>	1,335	<b>0,003</b>	<b>0,006</b>	0,831
	CFQ-7	38.45 ± 4.59	33.18 ± 11.32	31.63 ± 8.07	0,060	0,227	na	na	na
	CFQ-BI	53.64 ± 8.23	39.82 ± 13.61	42.12 ± 14.38	0,086	0,317	na	na	na
	RISP	65.45 ± 4.11	57.18 ± 8.62	60.11 ± 7.34	0,060	0,194	na	na	na
	VLQ	502.00 ± 172.58	487.45 ± 173.86	511.01 ± 160.76	0,178	0,061	na	na	na
	BSQ	160.18 ± 19.40	124.00 ± 40.76	129.11 ± 41.53	<b>0,035</b>	0,813	<b>0,033</b>	<b>0,019</b>	0,831
	ECAP	27.18 ± 9.14	21.55 ± 12.18	21.62 ± 12.86	0,486	0,400	na	na	na
	Peso	101.32 ± 18.03	98.47 ± 18.58	100.74 ± 18.35	0,811	0,118	na	na	na
IMC	38.66 ± 7.64	37.59 ± 7.86	38.92 ± 7.53	0,811	0,101	na	na	na	
ACT- Com- paixão (n = 9)	WSSQ	48.00 ± 5.00	39.33 ± 7.81	37.00 ± 13.40	<b>0,016</b>	1,046	<b>0,018</b>	<b>0,010</b>	0,814
	SCS	2.43 ± 0.27	3.32 ± 0.67	3.29 ± 0.90	<b>0,016</b>	1,423	<b>0,010</b>	<b>0,018</b>	0,814
	AAQ-II	30.44 ± 4.77	29.00 ± 6.50	25.78 ± 8.44	0,166	0,139	na	na	na
	AAQ-W	104.56 ± 17.04	87.22 ± 21.85	85.67 ± 28.79	<b>0,016</b>	0,629	<b>0,018</b>	0,010	0,814
	CFQ-7	30.44 ± 6.80	25.78 ± 5.85	23.44 ± 7.45	<b>0,032</b>	0,640	0,346	<b>0,010</b>	0,099
	CFQ-BI	45.00 ± 9.81	37.78 ± 8.23	33.67 ± 13.12	<b>0,008</b>	0,664	0,059	<b>0,002</b>	0,239
	RISP	58.33 ± 2.92	55.11 ± 5.53	51.56 ± 8.41	0,058	0,401	na	na	na
	VLQ	628.33 ± 162.86	709.56 ± 133.14	706.89 ± 179.74	0,641	0,386	na	na	na
	BSQ	148.00 ± 27.04	117.89 ± 38.38	116.00 ± 46.22	<b>0,004</b>	0,665	<b>0,003</b>	<b>0,007</b>	0,814
	ECAP	21.78 ± 10.32	14.78 ± 9.47	33.22 ± 11.67	<b>0,004</b>	0,520	0,099	0,099	<b>0,001</b>
	Peso	94.12 ± 18.53	92.56 ± 18.29	93.67 ± 19.27	0,210	0,079	na	na	na
IMC	36.34 ± 6.06	35.73 ± 5.97	36.18 ± 6.49	0,210	0,118	na	na	na	

Nota: \*Teste ANOVA de *Friedman*; \*\*Post Hoc *Pairwise*; DP, desvio padrão; na, não se aplica. WSSQ = Questionário de autoestigma do peso; SCS = Escala de autocompaixão; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação; AAQ-W = Questionário de Aceitação e Ação para o Peso; CFQ-7 = Questionário de Fusão Cognitiva; CFQ-BI = Questionário da Fusão Cognitiva-Imagem Corporal; RISP = Questionário de autoperspectiva; VLQ = Questionário de Valores de Vida; BSQ = Questionário da Imagem Corporal; ECAP = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; IMC = Índice de Massa Corporal.

(BSQ). Entre o pós-teste e *follow-up*, observou-se diferença estatisticamente significativa e tamanho de efeito médio para compulsão alimentar (ECAP), contudo, como houve aumento dos scores, esse é um indicativo de piora nessa medida.

Nos dois grupos, as demais variáveis não apresentaram diferenças significativas do ponto de vista estatístico. No entanto, é importante considerar que as pontuações obtidas nos questionários a elas correspondentes, variaram na direção esperada, indicando, portanto, melhora das condições avaliadas.

A comparação entre os grupos, visualizada na Tabela 3, foi realizada com o teste de *Mann-Whitney* que constatou não haver diferença significativa da comparação dos instrumentos entre os grupos ao longo dos diferentes momentos de avaliação, exceto para a compulsão alimentar (ECAP). Esse resultado indica uma tendência de melhora no protocolo ACT e piora no protocolo ACT-Compaixão, no *follow-up*, o que é congruente com os dados mostrados anteriormente para essa medida, na Tabela 2.

Tabela 3. Resultado da comparação dos instrumentos entre os grupos nos três momentos avaliados.

Mediana (Mínimo - Máximo)	Grupos		p*
	GT1	GT2	
SCS (Pré vs Pós)	1,16 (0,04 - 1,58)	0,70 (-0,19 - 2,54)	0,518
SCS (Pré vs <i>follow-up</i> )	1,05 (-0,84 - 1,89)	0,70 (-0,54 - 3,00)	0,569
SCS (Pós vs <i>follow-up</i> )	0,08 (-1,42 - 0,98)	-0,04 (-0,66 - 0,46)	0,909
WSSQ (Pré vs Pós)	-13,00 (-27,00 - 1,00)	-6,00 (-20,00 - 2,00)	0,401
WSSQ (Pré vs <i>follow-up</i> )	-7,00 (-30,00 - 3,00)	-6,00 (-29,00 - 1,00)	0,703
WSSQ (Pós vs <i>follow-up</i> )	3,00 (-12,00 - 17,00)	-1,00 (-25,00 - 9,00)	0,402
AAQ-II (Pré vs Pós)	-11,00 (-16,00 - 2,00)	-2,00 (-10,00 - 11,00)	0,062
AAQ-II (Pré vs <i>follow-up</i> )	-7,00 (-24,00 - 5,00)	-2,00 (-21,00 - 5,00)	0,358
AAQ-II (Pós vs <i>follow-up</i> )	-2,00 (-12,00 - 19,00)	-1,00 (-12,00 - 3,00)	0,594
AAQ-W (Pré vs Pós)	-32,00 (-49,00 - -8,00)	-14,00 (-55,00 - 7,00)	0,068
AAQ-W (Pré vs <i>follow-up</i> )	-17,00 (-61,00 - 6,00)	-13,00 (-77,00 - 13,00)	0,424
AAQ-W (Pós vs <i>follow-up</i> )	-2,95 (-16,00 - 46,00)	-2,00 (-22,00 - 10,00)	0,879
CFQ-7 (Pré vs Pós)	-7,00 (-20,00 - 11,00)	-7,00 (-15,00 - 14,00)	0,594
CFQ-7 (Pré vs <i>follow-up</i> )	-8,00 (-18,05 - 12,00)	-5,00 (-19,00 - 9,00)	0,970
CFQ-7 (Pós vs <i>follow-up</i> )	-2,00 (-19,00 - 15,00)	-3,00 (-7,00 - 8,00)	0,703
CFQ-BI (Pré vs Pós)	-14,00 (-32,00 - 17,00)	-6,00 (-21,00 - 11,00)	0,094
CFQ-BI (Pré vs <i>follow-up</i> )	-8,00 (-37,00 - 8,00)	-11,00 (-33,00 - 16,00)	0,909
CFQ-BI (Pós vs <i>follow-up</i> )	-3,00 (-15,00 - 23,00)	-5,00 (-14,00 - 8,00)	0,424
RISP (Pré vs Pós)	-10,00 (-17,00 - 5,00)	-3,00 (-9,00 - 1,00)	0,195
RISP (Pré vs <i>follow-up</i> )	-4,00 (-15,00 - 5,00)	-3,00 (-20,00 - 1,00)	0,939
RISP (Pós vs <i>follow-up</i> )	2,00 (-9,00 - 16,00)	-1,00 (-17,00 - 5,00)	0,119
BSQ (Pré vs Pós)	-46,00 (-78,00 - 10,00)	-24,00 (-70,00 - -3,00)	0,939
BSQ (Pré vs <i>follow-up</i> )	-26,00 (-88,00 - 12,00)	-27,00 (-103,00 - 19,00)	0,849
BSQ (Pós vs <i>follow-up</i> )	-4,00 (-42,00 - 66,00)	0,00 (-35,00 - 22,00)	0,939
ECAP (Pré vs Pós)	-7,00 (-23,00 - 10,00)	-7,00 (-20,00 - 7,00)	0,819
ECAP (Pré vs <i>follow-up</i> )	-9,00 (-31,00 - 14,00)	15,00 (-6,00 - 34,00)	<b>0,007</b>
ECAP (Pós vs <i>follow-up</i> )	-1,00 (-12,16 - 20,00)	17,00 (12,00 - 28,00)	<b>0,002</b>
Peso (Pré vs Pós)	-0,50 (-11,00 - 5,00)	-0,60 (-5,00 - 1,00)	0,849
Peso (Pré vs <i>follow-up</i> )	-2,00 (-21,00 - 17,56)	0,00 (-9,00 - 7,00)	0,909
Peso (Pós vs <i>follow-up</i> )	2,00 (-10,00 - 25,36)	2,00 (-6,00 - 6,00)	0,909
IMC (Pré vs Pós)	-0,18 (-4,14 - 1,95)	-0,25 (-1,93 - 0,38)	0,819
IMC (Pré vs <i>follow-up</i> )	-0,69 (-7,90 - 8,30)	0,00 (-3,52 - 2,67)	0,970
IMC (Pós vs <i>follow-up</i> )	0,78 (-3,76 - 11,17)	0,75 (-2,34 - 2,29)	0,849
VLQ (Pré vs Pós)	-57,00 (-190,00 - 311,00)	71,00 (-288,00 - 263,00)	0,210
VLQ (Pré vs <i>follow-up</i> )	-11,00 (-202,00 - 266,00)	-23,00 (-91,00 - 307,00)	0,447
VLQ (Pós vs <i>follow-up</i> )	28,00 (-322,00 - 271,16)	54,00 (-288,00 - 235,00)	0,790

Nota: \*Teste de Mann-Whitney. WSSQ = Questionário de autoestigma do peso; SCS = Escala de autocompaixão; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação; AAQ-W = Questionário de Aceitação e Ação para o Peso; CFQ-7 = Questionário de Fusão Cognitiva; CFQ-BI = Questionário da Fusão Cognitiva-Imagem Corporal; RISP = Questionário de autoperspectiva; VLQ = Questionário de Valores de Vida; BSQ = Questionário da Imagem Corporal; ECAP = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; IMC = Índice de Massa Corporal.

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos, ao analisarmos o pré-teste e pós-teste pode-se observar que no protocolo ACT houve uma variação maior do que no protocolo ACT-Compaixão para o autoestigma do peso (WSSQ), flexibilidade psicológica (AAQ-II), flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), self (RISP) e imagem corporal (BSQ).

Coefficientes de correlação *Rho de Spearman* indicaram a relação de coevolução entre as variáveis que obtiveram resultados estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ) nos diferentes momentos avaliados. Entre o pré-teste e pós-teste, encontrou-

-se no protocolo ACT, correlação forte e negativa entre autocompaixão (SCS) e self (RISP) ( $r = -0,71$ ). Correlações fortes a moderadas e positivas foram encontradas entre: flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W) e compulsão alimentar (ECAP) ( $r = 0,66$ ); fusão cognitiva (CFQ-7) e imagem corporal (BSQ) ( $r = 0,68$ ) e, também, com compulsão alimentar (ECAP) ( $r = 0,68$ ); fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) e imagem corporal (BSQ) ( $r = 0,75$ ) e, também, com self (RISP) ( $r = 0,63$ ). O self (RISP) com imagem corporal (BSQ) ( $r = 0,66$ ) e valores (VLQ) correlacionou-se forte e negativamente com compulsão alimentar (ECAP) ( $r = -0,81$ ).

**Tabela 4. Matriz de correlação de Spearman testando a relação do delta (Pré vs Follow-up) nos instrumentos de pesquisa do estudo.**

Protocolo		WSSQ	SCS	AAQ-II	AAQ-W	CFQ-7	CFQ-BI	RISP	VLQ	BSQ	ECAP	Peso
ACT (n = 11)	SCS	-0,54										
	AAQ-II	<b>0,92*</b>	-0,60									
	AAQ-W	<b>0,90*</b>	<b>-0,64*</b>	<b>0,85*</b>								
	CFQ-7	<b>0,69*</b>	<b>-0,63*</b>	<b>0,83*</b>	<b>0,62*</b>							
	CFQ-BI	<b>0,73*</b>	<b>-0,85*</b>	<b>0,72*</b>	<b>0,85*</b>	<b>0,62*</b>						
	RISP	0,54	-0,61	0,50	<b>0,65*</b>	0,27	<b>0,63*</b>					
	VLQ	-0,32	0,60	-0,36	-0,43	-0,18	<b>-0,72*</b>	-0,47				
	BSQ	<b>0,78*</b>	<b>-0,83*</b>	<b>0,76*</b>	<b>0,89*</b>	<b>0,66*</b>	<b>0,86*</b>	0,59	-0,38			
	ECAP	0,61	<b>-0,71*</b>	<b>0,67*</b>	<b>0,76*</b>	0,38	<b>0,838</b>	<b>0,75*</b>	<b>-0,78*</b>			
	Peso	0,42	-0,32	0,41	<b>0,64*</b>	0,18	0,34	0,47	0,07	0,59	0,42	
	IMC	0,50	-0,25	0,45	<b>0,68*</b>	0,12	0,34	0,48	-0,02	0,55	0,46	<b>0,96*</b>
ACT- Compaixão (n = 9)	SCS	<b>-0,80*</b>										
	AAQ-II	0,56	<b>-0,69*</b>									
	AAQ-W	<b>0,68*</b>	<b>-0,68*</b>	<b>0,81*</b>								
	CFQ-7	0,63	<b>-0,71*</b>	<b>0,71*</b>	<b>0,85*</b>							
	CFQ-BI	0,64	-0,61	<b>0,95*</b>	<b>0,87*</b>	<b>0,74*</b>						
	RISP	0,66	-0,66	<b>0,79*</b>	<b>0,71*</b>	0,48	<b>0,80*</b>					
	VLQ	-0,31	0,25	-0,63	-0,42	-0,21	<b>-0,73*</b>	<b>-0,72*</b>				
	BSQ	0,64	-0,62	<b>0,74*</b>	0,52	0,54	<b>0,71*</b>	0,54	-0,42			
	ECAP	<b>0,76*</b>	<b>-0,76*</b>	<b>0,76*</b>	<b>0,97*</b>	<b>0,81*</b>	<b>0,80*</b>	<b>0,71*</b>	-0,32	0,54		
	Peso	0,25	-0,30	0,46	0,56	0,46	0,41	0,60	-0,06	0,13	0,54	
	IMC	0,25	-0,30	0,46	0,56	0,46	0,41	0,60	-0,06	0,13	0,54	<b>0,96*</b>

Nota: \* $p < 0,05$ . WSSQ = Questionário de autoestigma do peso; SCS = Escala de autocompaixão; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação; AAQ-W = Questionário de Aceitação e Ação para o Peso; CFQ-7 = Questionário de Fusão Cognitiva; CFQ-BI = Questionário da Fusão Cognitiva-Imagem Corporal; RISP = Questionário de autoperspectiva; VLQ = Questionário de Valores de Vida; BSQ = Questionário da Imagem Corporal; ECAP = Escala de Compulsão Alimentar Periódica; IMC = Índice de Massa Corpora

No protocolo ACT-Compaixão, correlacionaram-se fortemente e positivamente o autoestigma do peso (WSSQ) e flexibilidade psicológica (AAQ-II) ( $r = 0,73$ ) e a flexibilidade psicológica (AAQ-II) com a fusão cognitiva (CFQ-7) ( $r = 0,74$ ) e com a imagem corporal (BSQ) ( $r = 0,85$ ). A flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W) apresentou correlações variando de muito forte a moderada e positiva com fusão cognitiva (CFQ-7) ( $r = 0,93$ ), imagem corporal (BSQ) ( $r = 0,72$ ), compulsão alimentar (ECAP) ( $r = 0,74$ ), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) ( $r = 0,68$ ), peso ( $r = 0,68$ ) e IMC ( $r = 0,68$ ).

A fusão cognitiva (CFQ-7) apresentou correlação forte e positiva com a imagem corporal (BSQ) ( $r = 0,74$ ) e a fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) apresentou correlações muito forte, moderada e positiva com imagem corporal (BSQ) ( $r = 0,90$ ) e compulsão alimentar (ECAP) ( $r = 0,76$ ). A imagem corporal (BSQ) correlacionou-se moderadamente com compulsão alimentar (ECAP) ( $r = 0,68$ ).

No *follow-up* de 3 meses, comparado ao pré-teste, observa-se na Tabela 4 que no protocolo ACT o autoestigma do peso (WSSQ) apresentou correlações variando de muito fortes a moderadas e positivas com flexibilidade psicológica (AAQ-II), flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), imagem corporal (BSQ) e fusão cognitiva (CFQ-BI). A autocompaixão (SCS) apresentou correlações de fortes a moderadas e negativas com fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), imagem corporal (BSQ), compulsão alimentar (ECAP), flexibilidade psicológica (AAQ-II) e fusão cognitiva (CFQ-7).

A flexibilidade psicológica (AAQ-II) apresentou correlações de fortes a moderadas e positivas com flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W) fusão cognitiva (CFQ-7), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), imagem corporal (BSQ) e compulsão alimentar (ECAP). A flexibilidade psicológica relacionada ao peso (AAQ-W) apresentou correlações fortes a moderadas e positivas com fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), imagem corporal (BSQ), compulsão alimentar (ECAP), fusão cognitiva (CFQ-7), self (RISP), peso e IMC.

A fusão cognitiva (CFQ-7) apresentou correlações moderadas e positivas com a fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) e com a ima-

gem corporal (BSQ). A fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) apresentou correlações fortes a moderadas e positivas com imagem corporal (BSQ), compulsão alimentar, self (RISP) e negativa com valores (VLQ). Correlações fortes e positivas foram encontradas entre self (RISP) e compulsão alimentar (ECAP) e negativa entre valores (VLQ) e compulsão alimentar (ECAP).

Em relação ao protocolo ACT-Compaixão, o autoestigma do peso (WSSQ) apresentou correlações fortes, moderadas e negativa com autocompaixão (SCS) e positivas com flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W) e compulsão alimentar (ECAP). A autocompaixão (SCS) apresentou correlações fortes e moderadas e negativas com fusão cognitiva (CFQ-7), compulsão alimentar (ECAP), flexibilidade psicológica (AAQ-II) e com a flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W).

A flexibilidade psicológica (AAQ-II) apresentou correlações muito fortes a fortes e positivas com fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI), flexibilidade psicológica para o peso (AAQ), fusão cognitiva (CFQ-7), self (RISP), imagem corporal (BSQ) e compulsão alimentar (ECAP). A flexibilidade psicológica para o peso (AAQ-W) apresentou correlações muito fortes a fortes e positivas com compulsão alimentar (ECAP), fusão cognitiva (CFQ-7), fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) e inventário de autoperspetiva (RISP).

A fusão cognitiva (CFQ-7) apresentou correlações fortes e positivas com a fusão cognitiva para o peso (CFQ-BI) e com a compulsão alimentar (ECAP). A fusão cognitiva da imagem corporal (CFQ-BI) apresentou correlações fortes e negativa com valores (VLQ) e positivas com self (RISP), imagem corporal (BSQ) e compulsão alimentar (ECAP). O self (RISP) apresentou correlações fortes e negativa com valores (VLQ) e positiva com compulsão alimentar (ECAP).

## Discussão

O presente estudo realizou a aplicação de dois protocolos: ACT e ACT-Compaixão em mulheres com sobrepeso e obesidade e que apresentavam indicativos de autoestigma do peso e baixos scores em autocompaixão que foram as principais variáveis alvo

das intervenções. Os resultados dos dois grupos indicam que o autoestigma do peso reduziu após as intervenções propostas e que melhoras nos processos ACT estão relacionadas a melhoras no autoestigma do peso e autocompaixão. Esses dados corroboram os achados de Lillis et al. (2009) que mostraram melhoras significativas no estigma relacionado à obesidade, qualidade de vida, sofrimento psicológico, IMC, na tolerância ao sofrimento, na aceitação geral e específica do peso e flexibilidade psicológica. No presente estudo, não houve mudança significativa em relação ao IMC, assim como nas pesquisas de Forbes et al. (2020) e Potts et al. (2022).

No entanto, é importante salientar que mudanças nas variáveis peso e IMC são esperadas pelas participantes, ainda que o foco da intervenção não seja a perda de peso. Esse é um aspecto importante de se ressaltar e que vem sendo discutido pela literatura sobre como manejar as expectativas das participantes em relação a perda de peso, sem desconsiderar os aspectos clínicos relacionados à saúde que podem estar associados à demanda de emagrecimento. Na perspectiva da ACT, a agenda com foco na perda de peso em si e pautada no controle leva ao estreitamento da vida do indivíduo e ao sofrimento. A sua proposta perpassa pelo foco na promoção de valores em vez da perda de peso, visando um aumento global da saúde e da qualidade de vida (Lillis & Kendra, 2014).

Dessa forma, a perda de peso pode ocorrer como reflexo do engajamento da pessoa em ações comprometidas aos valores, como ocorreu no estudo de Levin et al. (2018) cujos resultados de uma intervenção ACT, com 13 participantes com IMC 27,5 ou superior e autoestigma relacionado ao peso, mostraram redução de peso médio de 1,8 kg, em 7 semanas, embora esse não fosse um objetivo do estudo. Ademais, houve melhora significativa no autoestigma relacionado ao peso, reduções significativas na inflexibilidade psicológica relacionada ao peso e diminuição das barreiras que atrapalham a ação com compromisso e aumento do progresso em direção às ações baseadas em valores.

O presente estudo, diferentemente, do estudo de Levin et al. (2018) não apresentou melhoras significativas na medida de valores (VLQ) o que se pode relacionar ao fato de que os processos de valores e ação comprometida foram trabalhados

ao final das intervenções, na sétima e oitava sessão respectivamente. Infere-se que o trabalho com clarificação de valores e ação comprometida poderia ser melhor desenvolvido e consolidado pelas participantes caso ocorresse ao longo das sessões, podendo refletir, assim, nos resultados do IMC. Essa perspectiva é sustentada por evidências de que o engajamento em ações comprometidas com valores está associado a melhorias clínicas em intervenções de ACT (Lillis et al., 2021).

Os dados não mostraram diferenças significativas entre os grupos do protocolo ACT e protocolo ACT-Compaixão. Segundo Kirby e Gilbert (2019) e Palmeira et al. (2017), é possível que o desenvolvimento de autocompaixão requiera mais tempo e prática e que seja necessário que os conteúdos de autocompaixão tenham maior presença desde o início das sessões. Dessa forma, infere-se que intervenções mais longas poderiam apontar diferenças entre os grupos que apresentassem maior quantidade de conteúdos de compaixão de forma mais explícita desde o início dos encontros.

Por outro lado, estudos (Ong et al., 2019a; 2019b; Yadavaia et al., 2014) sugerem que a ACT pode ser usada para aumentar a autocompaixão, o que ocorreu de forma significativa nos dois grupos do presente estudo. Segundo Yadavaia et al. (2014) ao incentivar a observação sem julgamento de pensamentos autocríticos, a auto empatia por meio do fortalecimento da tomada de perspectiva e a aceitação, a ACT aumenta a probabilidade de os indivíduos serem capazes de melhorar o seu bem-estar ao adotarem intencionalmente uma postura compassiva em relação às suas próprias experiências difíceis, reconhecendo tais experiências como parte de ser humano (Neff & Tirch, 2013).

Os dois protocolos apresentaram diferenças estatisticamente significativas e tamanho de efeito variando de grande a médio no autoestigma do peso, na autocompaixão, na flexibilidade psicológica para o peso e na imagem corporal, acrescentando, para o protocolo ACT-Compaixão, a melhora na fusão cognitiva e na fusão cognitiva para o peso. Assim como no estudo de Palmeira et al. (2017), há indicativos de que as intervenções apoiaram o desenvolvimento de uma postura mais receptiva em relação ao próprio corpo e peso e diminuição da tendência de ser duro e crítico consi-

go mesmo, especialmente diante do que considera ser erros e fracassos, o que pode levar à diminuição do autoestigma.

A análise correlacional, que indica o quanto a mudança em uma variável está associada a outra, demonstrou que, nos dois grupos, melhoras na flexibilidade psicológica estão relacionadas a melhoras na imagem corporal e compulsão alimentar. No protocolo ACT, houve correlação moderada entre a flexibilidade psicológica para o peso e IMC. Esses dados são consistentes com os de Lillis et al. (2010) que em um workshop ACT para o autoestigma relacionado ao peso alcançou baixos níveis de autoestigma, melhoras na flexibilidade psicológica e flexibilidade psicológica relacionada ao peso. Ademais, na direção dos dados encontrados no presente estudo, Lillis et al. (2020) observaram associações entre o autoestigma, atitudes alimentares desordenadas, além de ansiedade e depressão e Pearson et al. (2012) encontraram, após uma intervenção ACT, redução da ansiedade corporal e angústia relacionada a pensamentos sobre imagem corporal e alimentação e medidas de evitação experiencial ( $p = 0,02$ ).

Em ambos os protocolos, a flexibilidade psicológica em relação ao peso correlacionou-se com o autoestigma e a autocompaixão. No protocolo ACT, o autoestigma e a autocompaixão também se correlacionam com fusão cognitiva, fusão cognitiva para o peso e imagem corporal. Além disso, o autoestigma está relacionado à flexibilidade psicológica e a autocompaixão à compulsão alimentar. Forbes et al. (2020) forneceram evidências da autocompaixão como uma estratégia promissora que ajuda os indivíduos a lidar melhor com os efeitos dolorosos do estigma de peso durante a aplicação de um protocolo de autocompaixão. Os resultados demonstraram melhoras significativas para autocompaixão, estigma de peso internalizado, além de melhoras significativas nas medidas de sofrimento psicológico, satisfação com a vida, solidão, autoeficácia alimentar e insatisfação corporal.

No protocolo ACT, os dois processos de fusão cognitiva estão correlacionados com a imagem corporal, sendo que a fusão cognitiva da imagem corporal também se correlaciona com compulsão alimentar. No protocolo ACT-Compaixão, fusão cognitiva e fusão cognitiva da imagem corporal es-

tão associados à compulsão alimentar. Essas informações encontram respaldo no estudo de Berman et al. (2022) que avaliaram a eficácia da intervenção ACT para depressão e autoestigma com o objetivo de promover bem-estar, saúde física e mental, hábitos saudáveis. Os resultados indicaram melhora na depressão, desordens alimentares, bem-estar relacionado à alimentação, imagem corporal e peso.

Por sua vez, Marshall et al. (2020) trouxeram evidências de que o autoestigma do peso, por eles nominado de viés de peso internalizado, estava positivamente correlacionado com a alimentação desordenada, busca por magreza e esquiva da imagem corporal e IMC. Adicionalmente, a alimentação desordenada mostrou-se positivamente associado às três últimas variáveis mencionadas anteriormente. Os resultados indicaram uma mediação da relação entre o autoestigma e a alimentação desordenada pela busca por magreza e pela esquiva da imagem corporal.

Portanto, conhecer os fatores que mantêm a relação entre o autoestigma e os transtornos alimentares favorece a criação de intervenções que abordem variáveis que vêm mostrando resultados promissores, como o desenvolvimento de flexibilidade psicológica e autocompaixão. No entanto, intervenções para o autoestigma do peso são escassas, ainda que as evidências de sofrimento e impactos deletérios envolvidos nessa experiência apontem para a importância do desenvolvimento de programas com foco no autoestigma para essa população (Hilbert et al., 2015; Puhl et al., 2020; Puhl & Heuer, 2009).

As limitações deste estudo abrangem aspectos metodológicos e fatores relacionados ao contexto da pesquisa. Primeiramente, destaca-se a amostra reduzida e a não aleatoriedade na alocação das participantes. Além disso, os grupos foram conduzidos pela mesma terapeuta, que também é a pesquisadora. Sugere-se que futuros estudos sejam realizados com amostras ampliadas e metodologias mais robustas, como ensaios clínicos randomizados, para garantir maior precisão e confiabilidade nos resultados obtidos.

Outra limitação é o uso de medidas de autorrelato para obtenção de dados como peso e altura, utilizados no cálculo do IMC. Embora frequentemente adotadas em estudos clínicos, essas medi-

das estão sujeitas a vieses de memória, percepção corporal e desejabilidade social. No contexto online deste estudo, com participantes distribuídas por diferentes regiões do país, a aferição direta desses dados não foi viável. Apesar de não terem sido observadas mudanças significativas no IMC em ambos os grupos, é necessário considerar que possíveis variações podem ter sido subestimadas ou superestimadas pelas próprias participantes, o que impacta a precisão das análises.

Adicionalmente, as diferenças significativas nos escores do AAQ-II, CFQ-7 e RISP entre os grupos ACT e ACT-Compaixão no pré-teste representa uma limitação na interpretação dos efeitos da intervenção, pois essas diferenças podem ter influenciado os desfechos. É importante considerar a necessidade de análises futuras que controlem essas diferenças iniciais e forneçam maior robustez aos resultados.

No contexto das medidas psicológicas utilizadas, ressalta-se que pesquisas como as de Wolgast (2014) e Tyndall et al. (2019) identificaram limitações importantes no uso do AAQ-II. Os dados desses estudos indicam que esse instrumento mede não apenas flexibilidade psicológica, mas também aspectos relacionados ao neuroticismo, desconforto emocional e psicopatologia, o que compromete sua validade discriminante e pode superestimar correlações com outras variáveis clínicas. Como alternativa, o Psy-Flex, recentemente adaptado para a população brasileira por Neto et al. (2024), apresenta maior alinhamento teórico e validade convergente, capturando os processos centrais da flexibilidade psicológica propostos pela ACT. A adoção de instrumentos como o Psy-Flex reflete uma tendência em direção a medições mais precisas e alinhadas ao modelo teórico subjacente, reforçando a importância de que pesquisas futuras utilizem medidas de flexibilidade psicológica mais atualizadas.

O presente estudo, ao desenvolver intervenções com foco no autoestigma do peso, oferece contribuições para a investigação dessa área. Além disso, apresentou resultados que sugerem que desenvolver flexibilidade psicológica e autocompaixão podem apoiar o processo de redução do autoestigma do peso, da distorção da imagem corporal e da compulsão alimentar, adicionando dados ao conjunto de evidências sobre o tema.

## Referências

- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2015). Propriedades psicométricas iniciais do Acceptance and Action Questionnaire-II-versão brasileira. *Psico-USF*, 20(1), 75-85. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200107>
- Berman, M. I., Park, J., Kragenbrink, M. E., & Hegel, M. T. (2022). Accept yourself! A pilot randomized controlled trial of a self-acceptance-based treatment for large-bodied women with depression. *Behavior Therapy*, 53(5), 913-926. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.03.002>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Carels, R. A., Wott, C. B., Young, K. M., Gumble, A., Koball, A., & Oehlhof, M. W. (2010). Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. *Eating behaviors*, 11(3), 180-185. <https://doi.org/10.1016/j.eat-beh.2010.03.002>
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021a). A systematic review of compassion-based interventions for individuals struggling with body weight shame. *Psychology & Health*, 38(1), 94-124. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1955118>
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2021b). 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>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of eating disorders*, 6(4), 485-494. [https://doi.org/10.1002/1098-1108X\(198707\)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-1108X(198707)6:4%3C485::AID-EAT2260060405%3E3.0.CO;2-O)
- Dahl, J., Lundgren, T., Plumb, J., & Stewart, I. (2009). *The Art and Science of Valuing in*

- Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of personality*, 72(6), 1191-1216. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x>
- Di Pietro, M., & Silveira, D. X. D. (2009). Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(1), 21-24. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008005000017>
- 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: Theory, Research and Practice*, 88(3), 304-316. <https://doi.org/10.1111/papt.12047>
- Forbes, Y. N., Moffitt, R. L., Van Bokkel, M., & Donovan, C. L. (2020). Unburdening the weight of stigma: Findings from a compassion-focused group program for women with overweight and obesity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 336-357. doi: 10.1891/JCPSY-D-20-00015
- 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. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>
- 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: An International Journal of Theory & Practice*, 13(6), 353-379. <https://doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge/Taylor & Francis Group
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P. (2022). Setting the scene: psychotherapy at a crossroads and a compassionate way forward. In P. Gilbert, & G. Simons (Eds.), *Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications* (pp. 36-81). Routledge.
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychological bulletin*, 136(3), 351. <https://doi.org/10.1037/a0018807>
- Goffman, E. (1984). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Riardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 41-55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
- Goss, K. (2011). *The compassionate mind approach to beating overeating: Using compassion focused therapy*. Robinson.
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A Systematic Review of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Body Image Dissatisfaction and Weight Self-Stigma in Adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48, 189-204. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9384-0>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford press.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-skinnerian. Account of human language and cognition*. Plenum: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C. & Smith. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

- Hayes, S. C. (2008a, June 7). The roots of compassion. Chicago: Keynote address presented at the fourth Acceptance and Commitment Therapy Summer Institute. [Slides de PowerPoint]. [https://contextualscience.org/blog/act\\_si\\_4\\_workshop](https://contextualscience.org/blog/act_si_4_workshop)
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008b). 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. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v10i1.234>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. Artmed.
- Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Löwe, B., Häuser, W., & Zenger, M. (2015). Self-compassion as a resource in the self-stigma process of overweight and obese individuals. *Obesity facts*, 8(5), 293-301. <https://doi.org/10.1159/000438681>
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for Women Diagnosed with Binge Eating Disorder: A case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 22(3), 367-378. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.005>
- Horwood, V., Allan, S., Goss, K., & Gilbert, P. (2020). The development of the compassion focused therapy therapist competence rating scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(2), 387-407. <https://doi.org/10.1111/papt.12230>
- Jeffcoat, T. R. (2015). *Development of the reno inventory of self-perspective* [Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno].
- Kirby, J. N., & Gilbert, P. (2019). Commentary regarding Wilson et al.(2018)“Effectiveness of ‘self-compassion’related therapies: A systematic review and meta-analysis.” All is not as it seems. *Mindfulness*, 10, 1006-1016. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1088-8>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kottner, J., Audigé, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B. J., Hróbjartsson, A., ... & Streiner, D. L. (2011). Guidelines for reporting reliability and agreement studies (GRRAS). *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.03.002>
- Lazarus, A. A. (1980). *Terapia multimodal do comportamento*. (U. C. Arantes, Trad.). Manole. (Trabalho original publicado em 1975).
- Levin, M. E., Potts, S., Haeger, J., & Lillis, J. (2018). Delivering Acceptance and Commitment Therapy for Weight Self-Stigma Through Guided Self-Help: Results From an Open Pilot Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 87-104. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.02.002>
- Lillis, J., Hayes, S., & Bunting, K. (2007). Obesity stigma and weight management acceptance and commitment therapy treatment manual. *Não publicado*. University of Nevada, Reno. [https://contextualscience.org/weight\\_maintenance](https://contextualscience.org/weight_maintenance)
- 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 <https://doi.org/10.1037/h0100829>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9083-x>
- Lillis, J., Luoma, J., Levin, M., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self stigma: The Weight Stigma Questionnaire. *Obesity*, 18, 971-976. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>
- Lillis, J., Dahl, J., & Weineland, S. M. (2016). *A Armadilha das Dietas*. Cultrix
- Lillis, J., & Kendra, K. E. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.005>
- Lillis, J., Thomas, J. G., Levin, M. E., & Wing, R. R. (2020). Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized. *Journal of health psychology*, 25(7), 922-930. <https://doi.org/10.1177/1359105317739101>

- Lillis, J., Dunsiger, S., Thomas, J. G., Ross, K. M., & Wing, R. R. (2021). Novel behavioral interventions to improve long-term weight loss: A randomized trial of acceptance and commitment therapy or self-regulation for weight loss maintenance. *Journal of Behavioral Medicine, 44*(4), 527–540. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00215-z>
- 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). *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. (2015a). Escalas que avaliam construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua disponibilidade para uso no Brasil. In P. Lucena-Santos, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Terapias Comportamentais de Terceira Geração: Guia para profissionais* (pp. 273- 309). Sinopsys Editora.
- Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R. K., & Oliveira, M. S. (2015b). Propriedades psicométricas da versão brasileira do Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7): Um estudo com análise multigrupos de invariância fatorial. In *Programa e resumo do X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas*. ISBN (pp. 978085-66867).
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(1), 43-53. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0026070>
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current opinion in Psychology, 2*, 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>
- Marshall, R. D., Latner, J. D., & Masuda, A. (2020). Internalized weight bias and disordered eating: the mediating role of body image avoidance and drive for thinness. *Frontiers in Psychology, 10*, 2999. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02999>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity, 2*(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K., & Tirsch, D. (2013). Self-compassion and ACT. In T. B. Kashdan, & J. Ciarrochi (Eds.), *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*, 78-106. New Harbinger Publication
- Neto, D. D., Mouadeb, D., Lemos, N., da Silva, A. N., Gloster, A. T., & Perez, W. F. (2024). Contextual similarities in psychological flexibility: The Brazil-Portugal transcultural adaptation of PsyFlex. *Current Psychology, 43*, 25595–25603. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06241-9>
- Oliveira, S. M. (2014). *Quando o estigma leva ao comportamento alimentar desajustado* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/27365>
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019a). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 22*, 100444. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100444>.
- Ong, C. W., Barney, J. L., Barrett, T. S., Lee, E. B., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). The role of psychological inflexibility and self-compassion in acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Contextual Behavioral Science, 13*, 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.005>
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite, 112*, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.01.027>
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S.C. (2012). A Pilot Study of Acceptance and Commitment Therapy as a Workshop Intervention for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(1), 181-197. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.001>

- Peixoto, E. M., Gagnon, J., & Jeffcoat, T. R. (2019). Inventário Reno de Autoperspectiva RISP: Adaptação Transcultural e Evidência de Validade. *Psico-USF*, 24, 233-244. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240202>
- Perepletchikova, F., Treat, T. A., & Kazdin, A. E. (2009). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829–841. <https://doi.org/10.1037/a0018588>
- Plumb, J. C., & Vilardaga, R. (2016). Assessing treatment integrity in acceptance and commitment therapy: Strategies and suggestions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 94–102. <https://doi.org/10.1037/h0100992>
- Potts, S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). A pilot randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy guided self-help for overweight and obese adults high in weight self-stigma. *Behavior Modification*, 46(1), 178-201. <https://doi.org/10.1177/0145445520975112>
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Pearl, R. L. (2020). Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *American Psychologist*, 75(2), 274. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/amp0000538>
- Rodrigues, A. C. M., Barbosa, E. S., Neves, S. M. M. & Zanini, D. S. (2022, June 16th to 19th) Adaptation and Initial Validity Evidence of the Weight Self-stigma Questionnaire. [Apresentação de trabalho]. *Annals of ACBS World Conference 2022*. <https://contextualscience.org/files/WC2022%20Poster%20Details%206.14.pdf>
- Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. W. (2015). Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 481-490. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.05.006>
- Skinta, M. D., Lezama, M., Wells, G. *Acceptance and compassion-based group therapy to decrease HIV stigma among HIV-positive gay and bisexual men. Session Handbook*. [https://contextualscience.org/act\\_for\\_hivrelated\\_stigma\\_and\\_shame](https://contextualscience.org/act_for_hivrelated_stigma_and_shame)
- Souza, L. K. de, & Hutz, C. S. (2016). Adaptação da escala de autocompaixão para uso no Brasil: Evidências de validade de construto. *Temas em Psicologia*, 24(1), 159–172. <https://doi.org/10.9788/TP2016.1-11>
- Stemler, S. E. (2004). A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 9(4), 1–11. <https://doi.org/10.7275/96jp-xz07>
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 345-372. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
- Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility*. New Harbinger Publications.
- Thorne, G. (2020). *The Compassion Focused Therapy Therapist Rating Scale: Psychometric properties and expert opinion* (Doctoral dissertation). University of Leicester. <https://doi.org/10.25392/leicester.data.13317815.v1>
- Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.108>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.02.001>
- Wallin, E., Parling, T., Weineland, S., & Dahl, J. (2018). Acceptance and commitment therapy to promote value attainment among individuals with overweight: A multiple baseline evaluation. *Journal of contextual behavioral science*, 10, 41-49. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.08.007>
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 620–630. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.620>

- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record, 60*, 249-272. <https://doi.org/10.1007/BF03395706>
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy, 45*(6), 831-839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- Wong, C. C. Y., Knee, C. R., Neighbors, C., & Zvolensky, M. J. (2019). Hacking stigma by loving yourself: A mediated-moderation model of self-compassion and stigma. *Mindfulness, 10*(3), 415-433. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0984-2>
- Wott, C. B., & Carels, R. A. (2010). Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *Journal of Health Psychology, 15*, 608-614. <https://doi.org/10.1177/1359105309355339>
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of contextual behavioral science, 3*(4), 248-257. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.09.002>

### Histórico do Artigo

Submetido em: 29/10/2023

Aceito em: 22/12/2024