

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

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO BASEADA NO TREINAMENTO
DE HABILIDADES DA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA
EM INDIVÍDUOS COM OBESIDADE**

ANA CAROLINA MACIEL CANCIAN

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

**Porto Alegre
Novembro, 2016**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO BASEADA NO TREINAMENTO
DE HABILIDADES DA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA
EM INDIVÍDUOS COM OBESIDADE**

ANA CAROLINA MACIEL CANCIAN

ORIENTADOR:

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

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

Porto Alegre

Novembro, 2016

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

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO BASEADA NO TREINAMENTO
DE HABILIDADES DA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA
EM INDIVÍDUOS COM OBESIDADE**

ANA CAROLINA MACIEL CANCIAN

COMISSÃO EXAMINADORA:

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

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

Prof.^a Dr.^a Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Prof.^a Dr.^a Paula Cristina Castilho Freitas

Universidade de Coimbra (UC)

Porto Alegre

Novembro, 2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que fizeram este trabalho possível, iniciando pela equipe maravilhosa que me acompanhou e ajudou a tornar este estudo realidade: Ronald Liboni, Simone Barros, Victória Pesenti, Tahis Garrido, Andréia Podolano e Pablo Moura. Um agradecimento especial ao Lucas Schuster de Souza, que acreditou no projeto e deu andamento a pesquisa de follow-up. Ao Wagner de Lara Machado, pelo estímulo e preciosas contribuições estatísticas.

À minha orientadora, Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira, por ter acreditado em mim e me incentivado a entrar no mestrado. Agradeço também pelo seu suporte e apoio constante e pela convivência cheia de desafios e aprendizado. A Tatiana Quarti Irigaray pelas contribuições no projeto, disponibilidade e dedicação.

À minha família e meus pais, Euzébio e Marileide, que me estimularam a sempre continuar estudando. Agradeço ao Felipe, que estava ao meu lado comemorando cada conquista e acolhendo cada momento difícil.

Agradeço aos participantes do estudo por seu tempo, interesse e dedicação. Foram inspiradores para continuar desenvolvendo estudos que visam ao cuidado com as pessoas e para dar sentido a todo trabalho que realizamos.

Aos queridos colegas de mestrado e aos colegas de grupo de pesquisa que dividiram momentos difíceis do processo e momentos de convivência e alegria.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, professores e funcionários, por toda ajuda e orientação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES) agradeço pela concessão da bolsa de mestrado que me permitiu realizar este estudo.

Aos componentes da minha banca examinadora agradeço pela disposição e dedicação de avaliar este trabalho e por suas contribuições.

RESUMO

Nos últimos 30 anos, a prevalência da obesidade no mundo dobrou e de acordo com levantamentos nacionais, cerca de 18% dos brasileiros estão obesos. A obesidade traz riscos à saúde física e psicológica e grande parte da prevenção e modificação desta condição multicausal depende de modificações no comportamento. Entretanto, alguns aspectos psicológicos podem ser entraves para tratamentos bem-sucedidos, já que o comer as vezes pode estar associado a função de regular estados emocionais aversivos. A Terapia Comportamental Dialética (TCD) é uma abordagem que sugere que comportamentos problema podem ser tentativas efetivas a curto prazo para regular emoções, porém trazendo prejuízos a longo prazo. Por isto, é central na TCD que os indivíduos aprendam um novo repertório de habilidades que auxiliem a lidar com as emoções. Na Seção 1 deste estudo foi avaliado o efeito de uma intervenção de 10 sessões baseada no Treinamento de Habilidades da TCD sobre a regulação emocional, sintomas psiquiátricos e comportamentos disfuncionais e adaptativos em obesos adultos que foram randomizados para a condição intervenção ou para uma lista de espera. Foi utilizado um delineamento quase experimental longitudinal, com medidas no pré-teste e pós-teste. Os critérios de inclusão foram (a) IMC igual ou acima de 30, (b) adultos com idade entre 18 e 59 anos e (c) pelo menos 8 anos de estudo formal. Foram excluídos participantes que possuísem (a) sintomas psicóticos, (b) ideação suicida ativa ou tentativa de suicídio ao longo do último ano, (c) os transtornos por uso de substâncias e (d) que já haviam recebido qualquer tratamento com componentes da TCD. Os instrumentos utilizados no pré-teste e pós-teste foram a Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), Emotional Eating Scale (EES), Intuitive Eating Scale (IES-2), Mindful Eating Questionnaire (MEQ) e Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). A amostra foi composta por 31 indivíduos obesos divididos em Grupo Intervenção (n = 14) e lista de espera (n = 17). Com base nos grandes tamanhos de efeito, os resultados mostraram que uma intervenção baseada no treinamento de habilidades da TCD pode ser eficaz na redução da gravidade da compulsão alimentar, na melhora de sintomas depressivos e no aumento de comportamentos alimentares adaptativos, como o comer intuitivo, mais conectado com sinais fisiológicos de fome e saciedade. No entanto, o estudo não possui poder estatístico para conclusões fortes. Estes resultados são, portanto, preliminares e exigem repetições com amostras maiores. A Seção 2 teve objetivo analisar a equivalência semântica da DERS para o português brasileiro. Para isto um processo de adaptação foi realizado em cinco etapas: (1) tradução; (2) tradução reversa; (3) correção e adaptação semântica com a autora do instrumento original; (4) validação de conteúdo por juízes especialistas (n = 10) e; (5) avaliação pela população geral através de uma escala verbal numérica (n = 28). Os resultados apontam que a versão final manteve equivalência semântica satisfatória, com bons níveis de compreensibilidade pelos juízes especialistas e população geral e aprovação final da autora do instrumento original.

Palavras-Chaves: Terapia Comportamental Dialética; obesidade; regulação emocional; compulsão alimentar; Difficulties in Emotion Regulation Scale.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015 – Intervenção Terapêutica

ABSTRACT

Over the past 30 years, the prevalence of obesity in the world has doubled, and according to national surveys, about 18% of Brazilians are obese. Obesity is associated with risks to physical and psychological health and a great share of prevention and modification of this multifactorial condition relies on behavior changes. However, some psychological aspects may be barriers to successful treatments, especially when eating is associated with regulation of aversive emotional states. The Dialectical Behavior Therapy (DBT) is an approach that conceptualize problem behaviors as effective attempts to regulate emotions in the short term, but not effective in the long-term. Therefore, it is a central goal in DBT that individuals learn a new repertoire of skills that help to deal with emotions. Section 1 of this study analyzes the effects of a 10 session intervention based on DBT Skills Training on emotion regulation, psychiatric symptoms and dysfunctional and adaptive eating behaviors in obese adults who were randomly assigned to intervention group or to a waiting list comparison condition. This study had measures at pre and posttest, and was quasi experimental. Inclusion criteria were (a) BMI equal to or over 30, (b) adults aged 18 to 59 and (c) at least 8 years of formal study. Participants were excluded if they presented (a) psychotic symptoms, (b) active suicidal ideation or attempted suicide over the last year, (c) the use disorders substances and (d) that had already received any treatment with DBT components. The scales used in the pretest and posttest were Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Binge Eating Scale (BES), Emotional Eating Scale (EES), Intuitive Eating Scale (IES-2), Mindful Eating Questionnaire (MEQ) and Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). The sample consisted of 31 obese subjects divided into intervention group (n = 14) and waiting list (n = 17). Based on the large effects sizes, the results show that the intervention based on DBT skills training might be effective in reducing the severity of binge eating, improving depressive symptoms and increasing adaptive eating behaviors such as intuitive eating, that is, eating more connected with physiological signals of hunger and satiety. However, the study lacks statistical power to support strong conclusions. These results are therefore preliminary and require replications with larger samples. Section 2 aimed to analyze the semantic equivalence of the DERS for Brazilian Portuguese. For that, it was utilized a five-step adaptation process: (1) translation; (2) back translation; (3) correction and semantic adaptation with the author of the original instrument; (4) content validation by expert judges (n = 10) and; (5) assessment by the general population through a numeric verbal scale (n = 28). The results show that the final version had satisfactory semantic equivalence, with good comprehensibility by expert judges and general population and final approval of the author of the original instrument.

Key-words: Dialectical Behavior Therapy; obesity; emotion regulation; binge eating; Difficulties in Emotion Regulation Scale.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psychology

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015 - Therapeutic Intervention

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO	6
ABSTRACT.....	7
SUMÁRIO	8
RELAÇÃO DE TABELAS.....	9
RELAÇÃO DE FIGURAS.....	10
1. APRESENTAÇÃO	11
1.1 Temática da Dissertação.....	11
1.2 Justificativa.....	28
1.3 Objetivos	29
1.4 Problema/Hipóteses e Questões da Pesquisa.....	30
1.5 Contexto/Campo da Pesquisa.....	31
1.6 Delineamento de Pesquisa.....	32
1.6.1 Estudo 1 - Intervenção em Grupo baseada no Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética em Obesos	32
1.6.2 Estudo 2: Equivalência semântica da versão em português (Brasil) da Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS.....	38
Referências	41
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
4. ANEXOS.....	51
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS	51
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GRUPO INTERVENÇÃO	55
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GRUPO CONTROLE	56
ANEXO D – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	57
ANEXO E – ESCALA TRANSVERSAL DE SINTOMAS DE NÍVEL 1 AUTOAPLICÁVEL DO DSM-5 – ADULTO.....	58
ANEXO F – EMOTIONAL EATING SCALE (EES).....	60
ANEXO G – ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (ECAP)	61
ANEXO H – INTUITIVE EATING SCALE (IES-2).....	63
ANEXO I – MINDFUL EATING QUESTIONNAIRE (MEQ).....	64
ANEXO J – DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21).....	66
ANEXO K – DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SCALE (DERS).....	67
ANEXO L – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO.....	69

RELAÇÃO DE TABELAS

1. APRESENTAÇÃO

Tabela 1. Habilidades contempladas neste estudo e as correspondentes na Terapia Dialética Comportamental.....	36
--	----

RELAÇÃO DE FIGURAS

1. APRESENTAÇÃO

Figura 1. Modelo de Regulação Emocional	14
Figura 2. Modelo de ativação da Emoção e Regulação Emocional.....	24

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Temática da Dissertação

1.1.1 Terceira Onda das Terapias Cognitivo Comportamentais

A “Terceira Onda” das Terapias Cognitivo Comportamentais foi proposta por Hayes (2004) para abarcar novas abordagens que estavam surgindo e que compartilhavam metas, hipóteses e métodos que organizavam uma nova forma de prática clínica. A Terceira Onda inclui um heterogêneo grupo de abordagens tais como a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, 2004), Ativação Comportamental (Jacobson et al, 1996), Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993a), Terapia Cognitiva baseada na Atenção Plena (Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Williams, Russell & Russell, 2008), entre outras. Estas intervenções são reconhecidas por sua base empírica e após Ensaios Clínicos Randomizados realizados nos últimos 10 anos, as terapias citadas foram consideradas eficazes (Kahl, Winter, & Schweiger, 2012).

A Terapia Comportamental teve início nos anos 1950, com os experimentos de Pavlov e o condicionamento clássico. A característica marcante da “Primeira Onda” foi o foco na aprendizagem através do condicionamento, tanto clássico quanto operante. Já a “Segunda Onda” deu ênfase ao processamento da informação, e como as cognições influenciam as emoções e comportamentos e vice-versa. É importante destacar que as Terapias de Primeira e Segunda Onda possuem sustentação empírica, mas também apresentam limitações, o que vem abrindo o caminho para o desenvolvimento de uma nova onda. Tais limitações se referem a tamanhos de efeito limitados e não serem universalmente aceitas por todos os indivíduos. Além disso, o foco no conteúdo das cognições e somente nos comportamentos problema também vem sendo questionado. Por isso, a “Terceira Onda” é caracterizada por temas e focos inovadores, como metacognição, regulação emocional, atenção plena, dialética e aceitação (Kahl, et al., 2012; Hayes, 2004).

As Terapias de Terceira Onda são focadas em princípios, colocando grande ênfase no contexto e nas funções dos comportamentos, não somente em sua forma (Hayes, 2004). Por isso, estas terapias têm em comum a meta de não somente eliminar comportamentos problema, mas construir repertórios efetivos e flexíveis. Na Terapia Comportamental Dialética a meta é “construir uma vida que valha a pena” (Linehan, 1993a). Uma grande

vantagem das Terapias de Terceira Onda é que tem sido bem-sucedida em populações de difícil tratamento, como o Transtorno de Personalidade Borderline, apresentando maiores taxas de adesão (Kahl, et al., 2012).

Os métodos e técnicas utilizados pelas terapias de Terceira Onda são bastante heterogêneos (Kahl et al., 2012). Em comum, há o uso limitado de intervenções cognitivas orientadas para o conteúdo dos pensamentos, com o foco recaindo na função. Para isto, estas terapias utilizam modelos de déficit de habilidades para explicar o mecanismo de manutenção de alguns transtornos, conforme princípios de condicionamento operante (Hayes, 2004; Kahl, et al., 2012). Para a Terapia Comportamental Dialética, os déficits nas habilidades de regular-se emocionalmente têm um papel central no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos problema (Linehan & Wilks, 2015).

1.1.2 Regulação Emocional

As emoções estão envolvidas em vários processos adaptativos para o indivíduo. As emoções provêm informações importantes sobre o meio, preparam o indivíduo para respostas rápidas e facilitam a tomada de decisões (Frijda, 1986). Eventos emocionalmente relevantes também ficam mais gravados na memória (Gross & Thompson, 2007) e a emoção também tem funções sociais, já que, através das expressões faciais, informa outras pessoas sobre suas intenções ou avisa de intenções alheias, modelando nosso comportamento (Ekman, 1993). Entretanto, quando as emoções são expressas em intensidade ou em situações inadequadas, elas podem se tornar desadaptativas e estão associadas a diversas formas de psicopatologia (Kring & Werner, 2004).

O modelo modal define a emoção como um sistema complexo de respostas fisiológicas, comportamentais e de experiência subjetiva que podem forçar-se na consciência, demandando atenção, e que vem em resposta a estímulos considerados importantes para o indivíduo (Gross & Thompson, 2007). Os estímulos que provocam respostas emocionais podem ser situações que ocorrem no ambiente externo e também respostas a representações mentais, provenientes de estímulos internos do indivíduo. Emoções não são eventos isolados, cada conjunto de respostas emocionais acaba interagindo com o contexto, provocando mais conjuntos de respostas emocionais (Gross & Barrett, 2011). Como as emoções envolvem componentes comportamentais, não estão restritas ao sentir, mas também motivam impulsos

específicos relativos ao contexto em que ocorrem (Ferguson, 2000). Desta forma, uma emoção não pode ser compreendida fora de seu contexto.

A regulação emocional se refere ao processo, automático ou sob controle consciente, que o indivíduo faz para regular o surgimento, expressão, duração ou magnitude dos componentes da emoção, sejam fisiológicos, comportamentais ou experienciais. Emoções negativas e positivas estão sujeitas a regulação emocional e este não é um processo adaptativo ou desadaptativo em si, pois isto estará relacionado com as consequências relativas ao contexto em que a emoção ocorre (Gross & Thompson, 2007). A regulação emocional dependerá dos objetivos do indivíduo na situação, sejam eles de curto ou longo prazo. Assim, embora a emoção tenha uma função para o indivíduo, às vezes, suas consequências em alguns contextos podem ser desadaptativas. A habilidade de se regular emocionalmente de acordo com o contexto e de formas flexíveis tem sido apontada como um indicador de saúde mental (Gyurak, Gross, & Etkin, 2011).

É possível modular as respostas emocionais antes que se iniciem, focando nos seus antecedentes ou depois que a emoção já foi gerada, focando nos componentes de resposta emocional (Gross, 1998a). Gross (1998b) descreve um modelo de Regulação Emocional em que seriam possíveis cinco estratégias de regulação emocional, conforme a Figura 1.

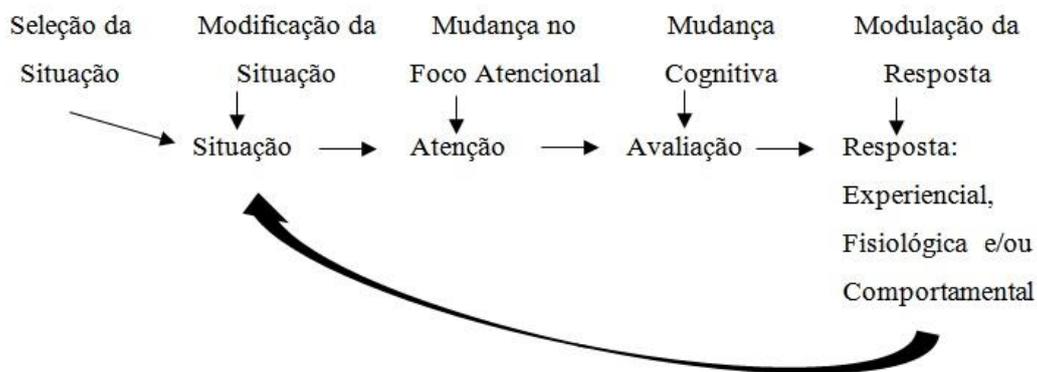


Figura 1. Modelo de Regulação Emocional (adaptado de Gross, 1998b).

As cinco estratégias de regulação emocional referem-se à seleção da situação, modificação da situação, mudança no foco atencional, mudança cognitiva e modulação dos componentes da resposta. Na seleção da situação, o indivíduo age de maneira a tornar mais ou menos provável à exposição a uma situação em que existe expectativa de desencadear emoções, desejadas ou não. Já a modificação da situação envolve o processo ativo de modificar o contexto externo, que desencadearia respostas emocionais (Gross, 1998b). Quanto à modificação de aspectos internos que podem desencadear a emoção, este processo

denomina-se mudança cognitiva. A mudança cognitiva se refere a reavaliar a importância da situação ou a capacidade percebida para lidar com a situação. Se o evento desencadeador não for importante para o indivíduo, não haverá resposta emocional (Gross, 1998b).

A mudança cognitiva só é possível depois que um estímulo foi percebido, através da atenção. A estratégia de mudança do foco atencional tem sido atrelada a situações em que não é possível modificar a situação, então o indivíduo modifica a atenção dada à situação. Desta forma, o foco atencional é como a seleção da situação, mas funciona internamente. É possível que o indivíduo se distraia dos estímulos eliciadores de emoção, prestando atenção a outros aspectos da situação, mudando o foco interno ou afastando a atenção da situação. A ruminação e a preocupação podem estar ligadas a mudança do foco atencional, porém de maneira negativa, concentrando-se em estímulos negativos ou possíveis ameaças futuras (Gross & Thompson, 2007).

Finalmente, quando a emoção já iniciou, é possível modular os componentes que fazem parte da resposta emocional, sejam estes fisiológicos, comportamentais ou experienciais (Gross, 1998b). A mudança de qualquer um desses componentes altera o sistema da emoção. Regular a expressão comportamental da emoção tem sido apontado como uma estratégia eficaz para diminuir a resposta emocional (Gross, Richards, & John, 2006). Drogas podem ser utilizadas para alterar o componente fisiológico e uma série de comportamentos, adaptativos ou não dependendo do contexto, podem ser utilizados para alterar a experiência da emoção. Um destes comportamentos é o comer (Gross & Thompson, 2007). Comportamentos impulsivos podem ser interpretados como tentativas mal adaptativas de se regular emocionalmente. Pesquisadores vêm formulando modelos explicativos relacionados a regulação emocional para compreender comportamentos problema que trazem alívio a curto prazo e prejuízos a longo prazo. Linehan (1993a) sugere que tentativas suicidas ou de automutilação também seriam meios de regular emoções, com consequências desastrosas a longo prazo.

Por isso, autores sugerem que a regulação emocional seria um processo transdiagnóstico, pois existiria uma base comum para os transtornos mentais e essa base estaria relacionada à desregulação emocional (Barlow, 2004; Gratz & Roemer, 2004; Werner & Gross, 2009). As estratégias de regulação emocional têm sido relacionadas com psicopatologias por meio de sua habilidade de exacerbar ou diminuir sintomas. Estratégias consideradas desadaptativas seriam a supressão emocional, evitação, preocupação e ruminação. Estratégias relacionadas à diminuição de sintomas seriam a aceitação, reavaliação e solução de problemas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Teóricos defendem que até 75%

dos transtornos descritos no DSM-IV-TR (APA, 1994) envolveriam falhas na identificação, expressão e duração emocional (Werner & Gross, 2009). Barlow (2004) enfatiza a importância de unificar intervenções no campo da saúde mental e sugere que a base das intervenções seria atuar na reavaliação de antecedentes cognitivos, na prevenção de evitação emocional e no estímulo de ações não relacionadas às emoções desreguladas. As Terapias Cognitivo Comportamentais de Terceira Onda adotam os processos de regulação emocional como balizador das intervenções e têm se focado em estratégias adaptativas de aceitação e reavaliação (Aldao, 2012).

Para que a regulação emocional seja bem-sucedida é necessário que o indivíduo possua habilidades referentes à capacidade de perceber, entender e aceitar emoções, habilidade de controlar impulsos referentes a emoções positivas ou negativas e comportar-se de maneira independente do humor. Ademais, envolve a habilidade de usar estratégias de regulação emocional com flexibilidade e adequadas ao contexto e manter-se em direção aos objetivos e necessidades do contexto, mesmo na presença de estados emocionais intensos (Gratz & Roemer, 2004).

1.1.3 O Comer e sua Associação com a Regulação Emocional

O comer emocional está relacionado ao uso da comida para alterar emoções. Assim como a regulação emocional, o comer emocional é encontrado em populações clínicas e não clínicas, e o contexto, intensidade e frequência da resposta de comer determinarão a disfuncionalidade do comportamento (Macht & Simons, 2011). O princípio do comer emocional opera através de duas vias de aprendizagem: a experiência da emoção negativa elicia respostas de condicionamento clássico, causando vontade intensa de consumir o alimento, o que é seguido por uma resposta operante de comer que reforça negativamente o comportamento, pois diminui a intensidade da emoção negativa (Davis & Carter, 2009).

Os mecanismos por trás do comportamento de comer emocional podem estar relacionados a vários fatores. Componentes genéticos, envolvendo sensibilidade no paladar, poderiam deixar o indivíduo mais vulnerável para utilizar-se da alimentação para além da função de nutrição (Miller & Reedy, 1990). A combinação da ampliação da oferta de alimentos ricos em carboidratos e açúcares, com o aumento do estresse da vida, também é uma hipótese do que pode estar influenciando o aumento do comer emocional nas sociedades desenvolvidas (Thayer, 2001). Pela via fisiológica, os nutrientes presentes nos alimentos

afetam o metabolismo de energia e alteram níveis de hormônios e neurotransmissores, o que poderia alterar o estado emocional, e influenciar a tendência de utilizar-se dessa alteração de modo sistemático (Macht & Simons, 2011).

O comer emocional pode ter pelo menos três níveis (Macht & Simons, 2011). O primeiro está relacionado ao uso do alimento para regular-se emocionalmente, motivado pela busca de sensações prazerosas, que pode ocorrer de maneira ocasional. O segundo nível refere-se a um consumo habitual de refeições inteiras para regular a emoção. Neste caso, os níveis de energia também sobem, e a tensão e cansaço diminuem, provocando reforço negativo (Macht & Dettmer, 2006). O terceiro nível refere-se a um comer emocional compulsivo e crônico, em que grande quantidade de comida rica em açúcares e carboidratos seria consumida e acabaria por gerar alterações neuroquímicas (Colantuoni et al., 2002), sendo fator de risco para desenvolver obesidade (Volkow & O'Brien, 2007).

Embora tanto o comer por prazer quanto o comer para aliviar estados negativos dividam o mesmo princípio do uso do alimento para alterar emoções, em formas mais graves do comer emocional, o ato de comer perde as características prazerosas. O indivíduo termina por comer de forma rápida e descontrolada, sem prestar atenção nas características do alimento e, com frequência, sozinho. O comedor emocional mais grave sente-se estressado, tenso, fisicamente desconfortável e com sentimento de culpa e raiva. Para que a ajuda a estes indivíduos seja efetiva, é necessário ensinar estratégias de regulação emocional que aumentem os sentimentos de bem-estar e prazer em relação ao alimento e ao ato de comer (Macht & Simons, 2011).

Percebe-se o paralelo do comer emocional com o comportamento de comer compulsivo. O comer compulsivo é definido como um episódio de ingestão de alimentos de forma rápida e excessiva, acompanhado por uma sensação subjetiva de perda de controle e sentimentos negativos subsequentes (APA, 2013). Um indivíduo em um episódio de comer compulsivo pode ainda comer sozinho devido ao sentimento de vergonha, comer até se sentir desconfortavelmente cheio e sem sentir-se fisiologicamente com fome. O DSM 5 define a ocorrência de um Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) quando episódios de comer compulsivo ocorrem de maneira recorrente causando sofrimento significativo e prejuízos associados (APA, 2013).

Estudos relacionam o comer emocional e comer compulsivo à adição de substâncias, reforçando a hipótese do condicionamento clássico (Volkow & O'Brien, 2007). Comportamentos correspondentes ao Transtorno por Uso de Substâncias que também seriam encontrados no comer emocional e no comer compulsivo envolveriam desenvolvimento de

tolerância, em que o indivíduo sente necessidade de consumir quantidades cada vez maiores de comida. O indivíduo também pode apresentar estresse e disforia quando em restrição alimentar, consumir maior quantidade de alimento que o pretendido, e possuir tentativas fracassadas de comer menos. Além disso, demonstrar desejo intenso por comidas específicas e importantes atividades sociais, de lazer ou ocupacionais serem prejudicadas por medo da rejeição devido ao excesso de peso ou devido ao gasto de grande parte do tempo comendo. Finalmente, os comportamentos se mantêm apesar do conhecimento das consequências negativas causadas pelo consumo excessivo de comida (Davis & Carter, 2009; Volkow & O'Brien, 2007).

De maneira similar a outras adições, a exposição prolongada a determinados alimentos em indivíduos vulneráveis, em especial os ricos em carboidrato e açúcares, pode resultar em consumo compulsivo, controle inibitório prejudicado e condicionamento a estímulos relacionados à comida (Volkow & O'Brien, 2007). Estudos apontam que alimentos ricos em açúcares liberam dopamina no núcleo accumbens (Rada, Avena, & Hoebel, 2005), causando dependência opióide endógena, caracterizada por sintomas de abstinência na retirada do açúcar (Colantuoni et al., 2002). Evidências sugerem que comidas calóricas e saborosas ao paladar, como os doces, podem ser ainda mais efetivas para aliviar estados emocionais negativos, especialmente em mulheres (Levitan & Davis, 2010).

Dentre os instrumentos utilizados para avaliação das dificuldades de regulação emocional, destaca-se a Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004), um instrumento que se demonstrou confiável para medir mudanças na regulação emocional ao longo do tempo (Gratz & Gunderson, 2006; Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann, & Linehan, 2014). Estudos que utilizaram a DERS, encontraram associações significativas entre dificuldades na regulação emocional e comportamentos de comer compulsivo em homens e mulheres, independente da presença sintomas depressivos (Gianini, White, & Masheb, 2013; Whiteside et al, 2007). Porém, estudos também apontam diferenças entre os sexos, sendo que mulheres obesas apresentaram maiores déficits na consciência emocional em comparação com controles, e a falta de consciência emocional foi relacionada com o uso da comida como estratégia de regulação (Rommel et al., 2012). Já a maior dificuldade na identificação e descrição de emoções foi associada ao comportamento de comer emocional em homens obesos (Larsen, Van Strien, Eisinga, & Engels, 2006).

O comer emocional vem sendo apontado como um comportamento de risco para o desenvolvimento de obesidade e transtornos alimentares (Crockett, Myhre, & Rokke, 2015). O TCAP não é preditor de obesidade, mas a presença de IMCs elevados é frequente em

indivíduos com o transtorno, além disso, o TCAP piora o prognóstico da obesidade (APA, 2013). Para indivíduos obesos com comer emocional ou compulsivo, o tratamento padrão de dieta associado a exercícios físicos pode não ser efetivo, desencadeando o efeito oposto, pois a restrição de comida aumenta a tendência de se alimentar motivado por emoções (Match, 2008; Volkow & O'Brien, 2007). Além disso, a quebra nos padrões da dieta pode gerar estresse, que pode ser regulado novamente através do comer emocional, criando um ciclo vicioso (Match & Simons, 2011).

De fato, o comer emocional não seria apenas uma tentativa de regulação emocional, mas também seria influenciado pela inabilidade do indivíduo de se regular emocionalmente através de outras estratégias. Essa hipótese é sustentada por diversos estudos que encontraram associações positivas entre as dificuldades na regulação emocional e o comportamento de comer emocional (Crockett et al., 2015; Michopoulos et al., 2015; Gianini et al., 2013; Rommel et al., 2012; Vandewalle, Moens, & Braet, 2014). Dificuldades na regulação emocional foram preditoras de comportamentos de comer em resposta a emoções negativas, como o tédio (Crockett et al., 2015). Devido a estas associações, estudos sugerem que intervir nas dificuldades de regulação emocional poderia ser uma tentativa viável para a melhora do comer emocional em obesos (Michopoulos et al., 2015).

Nesta linha, um estudo desenvolvido por Roosen e colaboradores (2012) ofereceu uma intervenção grupal baseada no Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética para um grupo de obesos com comportamento de comer emocional, mas sem critérios para TCAP. Os resultados mostraram que o comportamento de comer emocional diminuiu no pós-teste e se manteve menor no *follow-up*. Em adição a isto, o Índice de Massa Corporal (IMC) dos participantes e os sintomas depressivos também apresentaram diminuição significativa, mesmo que o estudo não tenha focado na perda de peso. O estudo foi um piloto e teve como limitação a ausência de grupo controle (Roosen, et al., 2012).

Por todas as razões expostas, o comportamento alimentar relacionado a regulação de estados emocionais negativos ou indução de estados emocionais positivos vem sendo apontado como uma questão importante para o tratamento efetivo de perda e manutenção de peso (Levitan & Davis, 2010). A obesidade resulta de um excesso de energia consumida em relação à energia gasta. A medida mais utilizada para definir sobrepeso e obesidade é o IMC, que é o resultado da equação do peso dividido pela altura ao quadrado. O sobrepeso é definido por um IMC igual ou maior que 25, e a obesidade é definida por um IMC igual ou maior do que 30 (WHO, 2015). Entretanto, as razões para o excessivo consumo e pouco gasto de energia podem estar relacionadas a componentes genéticos, fisiológicos, comportamentais e

ambientais, sendo a obesidade uma condição multicausal (APA, 2013). Desta forma, a obesidade não depende exclusivamente de fatores psicológicos e não está descrita como um transtorno no DSM-5, embora pesquisadores tenham defendido sua inclusão como um transtorno mental devido à semelhança do comer compulsivo com o uso de substâncias psicoativas (Volkow & O'Brien, 2007).

A obesidade é considerada pela Organização Mundial da Saúde como uma epidemia global, e estima-se que 39% dos adultos estavam com sobrepeso e 13% com obesidade no ano de 2014 (WHO, 2015). Em um levantamento realizado em todo o território brasileiro com 40.853 entrevistados em 2014, foi identificado que 52,5% dos brasileiros estavam acima do peso e 17,9% da população estava obesa, estando Porto Alegre como a quarta colocada entre as capitais em relação ao percentual da população com excesso de peso (Malta et al., 2014). A alta prevalência da obesidade é alarmante pois indivíduos obesos têm maior probabilidade de desenvolver outras doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer, condições responsáveis por até 72% dos óbitos no Brasil (Malta et al., 2014).

A relação entre a obesidade e problemas psicológicos é complexa. Evidências apontam que tanto a obesidade poderia levar a distúrbios emocionais quanto à presença prévia de transtornos mentais poderia levar à obesidade (Gatineau, 2011; Kivimäki et al., 2009). Dentre esses transtornos mentais, estudos apontam os transtornos depressivos (Petry, Barry, Pietrzak, & Wagner, 2008; Luppino et al., 2010; Scott, McGee, Wells, & Oakley Browne, 2008) e transtornos ansiosos (Petry et al., 2008; Scott et al., 2008) como os mais associados a obesidade. A depressão se relaciona com a obesidade de maneira positiva, sendo que a presença de uma aumentaria o risco para o desenvolvimento da outra (Luppino et al., 2010).

Estudos apontam que a obesidade pode levar ao desenvolvimento de transtornos mentais devido a fatores como padrões de dieta e comer compulsivo, presença de doenças crônicas, dores, problemas de sono, concentrações anormais de hormônios e falta de atividade física. Fatores psicológicos, como baixa autoestima e distorções da imagem corporal, além do estigma social que a obesidade traz também seriam contribuintes para o desenvolvimento de distúrbios emocionais. Por outro lado, a presença prévia de transtornos mentais pode estar relacionada a estilos de vida pouco saudáveis, redes de apoio deficientes e também uso da comida como uma forma de regulação emocional. Esses fatores somados ao efeito colateral das medicações psiquiátricas podem levar a um quadro de sobrepeso ou de obesidade (Gatineau, 2011; Markowitz, Friedman, & Arent, 2008).

Um estudo internacional mostrou que o IMC elevado tem sido associado a Transtorno de Personalidade Antissocial, Evitativa, Esquizoide, Paranoide e Obsessivo-compulsiva (Petry et al., 2008). No Brasil, encontrou-se um resultado semelhante em relação à ansiedade e depressão em obesos, porém este estudo foi realizado com uma amostra pequena (Verdolin et al., 2012). Estudos indicam que Transtornos de Personalidade com características impulsivas, como o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) podem estar associados a transtornos alimentares de caráter impulsivo, como o TCAP (Sansone & Sansone, 2013). Estudos com indivíduos obesos mostram que comorbidades com o TPB variam de 2,2 a 94,1%, e a literatura aponta que existem razões para acreditar que uma parcela significativa de obesos podem ter TPB comórbido (Sansone & Sansone, 2013).

1.1.4 Terapia Comportamental Dialética: uma abordagem para Desregulação Emocional

Devido as associações encontradas entre a obesidade e as dificuldades na regulação emocional, comportamentos compulsivos e transtornos psiquiátricos, faz-se necessária a investigação de intervenções que possam atuar nesses fatores relacionados para diminuir o sofrimento do indivíduo e ampliar as possibilidades de fazer um tratamento para perda de peso bem-sucedido. A Terapia Comportamental Dialética (TCD) é uma abordagem de tratamento que foi desenvolvida para tratar indivíduos cronicamente suicidas, com TPB e possui ênfase em comportamentos com função de regulação emocional. As ações disfuncionais do TPB são entendidas como tentativas de regular estados emocionais intensos, que seriam desadaptativas à longo prazo (Linehan, 1993a; Linehan, 1993b). A abordagem da TCD integrou elementos da Terapia Cognitivo Comportamental e da filosofia oriental zen budista, unindo estratégias de aceitação com estratégias de solução de problemas. Na base desta abordagem encontra-se a filosofia dialética. A dialética fundamental da TCD é equilibrar a validação do cliente com a ajuda e instrumentalização para mudança de contextos de vida problemáticos. As estratégias de aceitação estão relacionadas com habilidades de Atenção Plena e técnicas de aceitação e validação. As estratégias de mudança incluem análise funcional de comportamentos problema e solução de problemas, técnicas de exposição, de manejo de contingências e de Treinamento de Habilidades (Linehan & Dimeff, 2001; Linehan, 1993a). A TCD é organizada em terapia individual, *coaching* telefônico entre sessões e grupo de Treinamento de Habilidades, além de reuniões de consultoria para manter os terapeutas motivados (Linehan, 1993a; Linehan, 1993b).

O conceito de desregulação emocional é central na TCD, e diz respeito à inabilidade de regular estados emocionais e comportamentos, o que pode acarretar excesso de experiências dolorosas, dificuldade em voltar a atenção para outro estímulo ou conseguir funcionar de maneira independente do humor, controle insuficiente de comportamentos impulsivos relacionados com afeto positivo ou negativo e tendência a dissociar em contextos de estresse elevado (Linehan, 1993b).

A Teoria Biossocial é um modelo transacional elaborado para explicar possíveis origens da desregulação emocional. A desregulação emocional surgiria da combinação de uma vulnerabilidade biológica e de ambientes de crescimento desfavoráveis, que invalidariam respostas emocionais ao longo do tempo (Linehan, 1993a). A hipótese é que indivíduos nasceriam com temperamentos e necessidades distintas. A interação do ambiente familiar poderia potencializar ou amenizar possíveis disfuncionalidades. Ao mesmo tempo, a criança que demanda muito, poderia levar o ambiente a um esgotamento, resultando em invalidações da experiência privada da criança. Ambientes invalidantes dizem respeito a ambientes familiares que respondem a comunicação privada da experiência da criança, rotulando-a como não válida, injustificada, banal, distorcida, exagerada, entre outros. O ponto crucial é que este ambiente não ensina a criança a rotular suas próprias experiências, criando dificuldades para reconhecimento efetivo de emoções e problemas, já que estes não são considerados válidos. Constitui-se então uma oscilação entre a inibição de respostas emocionais e respostas emocionais extremas, que geralmente são reforçadas pelo ambiente, que só atende as necessidades se forem comunicadas de maneira extrema (Linehan, 1993a).

Linehan (1993a) ainda faz uma comparação entre os ambientes invalidantes com os dilemas vividos pelo obeso em nossa sociedade. Com frequência, os problemas com o peso são considerados simples, e o ambiente diz a pessoa que ela “deveria se esforçar mais”. O excesso de peso é visto como preguiça, desmotivação e outros atributos negativos. Geralmente, estes indivíduos também acabam aprendendo um padrão que oscila entre dietas restritivas e descontrole alimentar (Linehan, 1993a).

Embora a TCD tenha surgido e se estabilizado como um tratamento de primeira linha para o TPB, também foram encontradas evidências de efetividade da TCD para outras condições e transtornos (Linehan & Wilks, 2015). Existem evidências que somente o módulo de Treinamento de Habilidades ou adaptações desse treinamento seriam efetivas para condições relacionadas com a alimentação, como comer compulsivo, comer emocional e Bulimia (Roosen et al., 2012; Safer, Robinson, & Jo, 2010; Safer, Telch, & Agras, 2001; Telch, Agras, & Linehan, 2001). Entretanto, mesmo que a TCD tenha se mostrado efetiva

em estudos internacionais, no contexto brasileiro, não foi encontrado nenhum estudo. Assim, adaptações transculturais do modelo seriam necessárias para testar a efetividade em outras culturas, incluindo o Brasil.

1.1.5 Habilidades da Terapia Comportamental Dialética que atuam na Desregulação Emocional

O módulo de Treinamento de Habilidades é uma atividade em grupo, em formato psicoeducativo, que tem como objetivo ensinar habilidades necessárias para regular comportamentos, emoções e pensamentos que estejam ligados a prejuízos. Este módulo está subdividido em quatro grupos de habilidades principais: habilidades de Atenção Plena, habilidades de Efetividade Interpessoal, habilidades de Regulação Emocional e habilidades de Tolerância ao Estresse (Linehan, 1993b). Para cada ponto da regulação emocional, são descritas habilidades específicas para ensinar o indivíduo a lidar com as emoções, e estas habilidades foram desenvolvidas pela TCD com base em evidências coletadas em outras abordagens com eficácia comprovada (Linehan, Bohus, & Lynch, 2006). Os pontos de regulação emocional possíveis para TCD são ampliados a partir dos processos descritos por Gross (1998b). Estes pontos estão considerados na Figura 2.

Para cada ponto descrito no fluxo da reação emocional, existem habilidades específicas para a regulação. O fluxo se inicia na vulnerabilidade emocional, que é definida pela alta sensibilidade a estímulos emocionais, com reações emocionais intensas e lento retorno ao estado basal. Existem dois processos possíveis para diminuir a vulnerabilidade emocional: atuar no contexto causador de vulnerabilidade ou atuar para alterar condições biológicas que predisponham o indivíduo a maior emocionalidade (Linehan, 1993b).

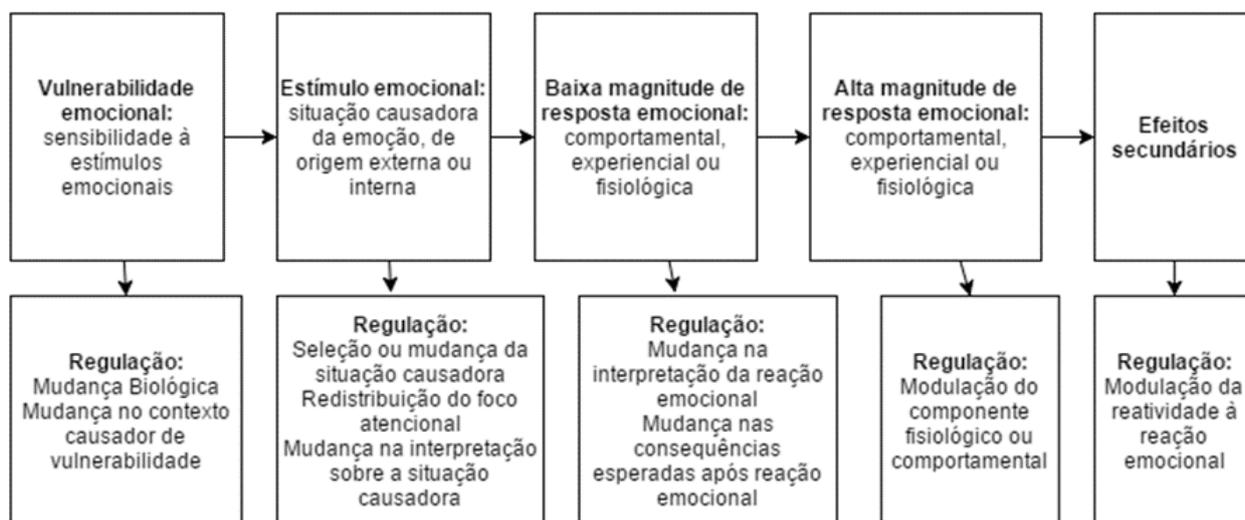


Figura 2. Modelo de ativação da Emoção e Regulação Emocional (adaptado de Linehan, Bohus, & Lynch, 2006).

Os contextos causadores de vulnerabilidade emocional, frequentemente, contêm excesso de emoções negativas e uma modulação exagerada de emoções positivas. O Treinamento de Habilidades da TCD propõe duas habilidades para atuar no contexto: a acumulação de eventos positivos (*DBT Accumulate Positives skills*) e o estímulo à construção de sensação de domínio, competência e auto eficácia (*DBT Build Mastery skills*). Os objetivos dessas técnicas envolvem aumentar experiências positivas, que causem sensação de competência à curto prazo, e aumentar a consciência sobre objetivos e valores à longo prazo (Linehan, Bohus, & Lynch, 2006).

As condições biológicas que podem predispor o indivíduo a maior emocionalidade dizem respeito à alimentação ou sono inadequados, falta de exercícios físicos, presença de doenças e uso de substâncias que alterem o humor. A habilidade *PLEASE skills* propõe estimular e comprometer o indivíduo com um plano para tratar doenças físicas e tomar medicação se necessário (*Physical Illness*), balancear a alimentação (*Eating*), evitar a uso de substâncias que alterem o humor não prescritas (*mood-Altering drugs*), dormir o suficiente, nem mais e nem menos do que o necessário (*Sleep*) e fazer exercícios físicos, de preferência diariamente (*Exercise*). As habilidades de Atenção Plena (*DBT Mindfulness Skills*) demonstraram diminuir a vulnerabilidade biológica através da ativação de áreas cerebrais responsáveis por emoções positivas e controle executivo e através da exposição constante à emoção, que pode levar à extinção de respostas de evitação emocional (McMain, Korman, & Dimeff, 2001).

Os estímulos emocionais são definidos como situações externas e/ou internas ao indivíduo (seus próprios pensamentos ou sensações) que podem desencadear uma resposta emocional. Pode-se retardar, diminuir ou modular a ativação aos estímulos emocionais através de três processos: seleção ou modificação da situação causadora, redirecionamento da atenção e reavaliação de interpretações sobre a situação. A prática de Atenção Plena pode atuar nos três processos, pois exercita a mudança de foco atencional, o que vai ajudar no reconhecimento de situações problema. A percepção de pensamentos, como pensamentos e não fatos, pode alterar as interpretações sobre a situação (Linehan, Bohus, & Lynch, 2006).

Se o indivíduo conseguir perceber quais são as situações que podem desencadear respostas emocionais, ele pode evitar ou modificar as situações. A habilidade da TCD que

pretende ensinar habilidades para lidar com as situações em antecedência é denominada *Coping Ahead skills*, e pretende estimular o contato com a situação através de imaginação e que se gerem soluções possíveis para lidar com o problema com antecedência. A habilidade que pretende modificar os contextos emocionais é a resolução de problemas (*DBT Problem Solving*) que visa a instrumentalizar o indivíduo gerando estratégias possíveis para resolver o problema (Linehan, 1993b).

Quando uma situação é emocionalmente relevante, o indivíduo tem a tendência a voltar sua atenção para aspectos que reforcem a emocionalidade, tais como interpretações e suposições, que podem enviesar a percepção da situação. Através do redirecionamento da atenção é possível dar ao indivíduo tempo para que sua resposta não seja tão intensa e fornecer outras perspectivas a respeito do problema (Gross, & Thompson, 2007). A distração (*DBT Distracting skills*) e habilidades para controle da crise (*DBT Crise Surviving Skills*) podem ajudar neste processo, retirando o foco do problema e modulando a resposta emocional (Linehan, 1993b).

Quanto aos processos de interpretação a respeito da situação problema, a habilidade checando os fatos (*DBT Checking the Facts skills*), pretende que o indivíduo perceba quais pressuposições, preocupações, pensamentos ruminativos ou interpretações dos fatos estão gerando ou mantendo reações emocionais. O objetivo não é mudar o conteúdo do pensamento, mas perceber pensamentos como pensamentos e identificar que tipos de pensamentos podem ativar possíveis reações emocionais e avaliar se estas reações são efetivas (Linehan, Bohus, & Lynch, 2006).

Alguns elementos podem ser obstáculos para a utilização das habilidades de regulação emocional. O ambiente do indivíduo, às vezes, acaba reforçando respostas desadaptativas. Além disso, é possível que as emoções sejam confundidas e interpretadas como fatos pelo indivíduo (“se me sinto assim é porque é verdade”). Nesses casos, torna-se difícil mudar a reação emocional. Uma habilidade que pode ser efetiva é a análise da função da emoção. Geralmente, reações emocionais desadaptativas têm função de aliviar estados emocionais intoleráveis à curto prazo, mas trazem prejuízos à longo prazo. Os benefícios de usar as habilidades ao invés de manter comportamentos dependentes da emoção pode ser analisada através da habilidade de prós e contras (*DBT Pros and Cons skills*) e posterior aplicação da resolução de problemas (Linehan, 1993a).

Algumas respostas emocionais podem ser consideradas intoleráveis e levar o indivíduo a interpretar que é necessário evitá-las ou transformá-las imediatamente. Porém, evitar ou transformar pode ser uma alternativa inviável em alguns casos. Para esses casos,

uma habilidade possível é a aceitação radical (*DBT Radical Acceptance skills*). A aceitação da realidade já se mostrou uma melhor opção que a supressão emocional, causando menores níveis de ansiedade. A prática de Atenção Plena pode reforçar o contato com a realidade como ela é (Linehan, Bohus, & Lynch, 2006).

Uma alta magnitude de resposta emocional pode dificultar o uso de habilidades de regulação emocional. Para esses casos, uma alternativa possível é a mudança da resposta emocional fisiológica, pois a mudança de uma parte da resposta emocional pode alterar a resposta como um todo. A proposta dessa habilidade é mudar a fisiologia da resposta emocional através da mudança da temperatura corporal, exercício físico intenso ou relaxamento muscular progressivo (*DBT TIP skills – Temperature, Intense Exercise and Progressive Relaxation*). É recomendado, entretanto, que se avalie a condição de saúde do indivíduo antes de aplicar algumas destas habilidades (Linehan, 1993b).

A modulação da resposta comportamental da emoção pode ser uma alternativa possível para evitar comportamentos disfuncionais, ajudando também na mudança emocional propriamente dita. Isto se baseia nas evidências de que a expressão da resposta emocional, seja verbal, postural ou de fisiológica, pode amplificar a resposta emocional (Gross, Richard, & Jones, 2006). A habilidade da TCD proposta para modulação da resposta comportamental é a ação oposta (*DBT Opposite Action skills*), que estimula que o indivíduo, ao notar que seu comportamento pode não ser efetivo, aja de maneira totalmente oposta a emoção que está sentindo, através do corpo e do comportamento (Linehan, 1993b).

Respostas emocionais podem desencadear reações que mantenham ou iniciem uma nova ativação emocional. Essas reações podem dizer respeito a interpretações, novas emoções e vieses atencionais (Gross & Thompson, 2007). A habilidade referente à observação e descrição de emoções (*DBT Observe and Describe Emotions Skills*) permite que o indivíduo aumente a consciência emocional, assim podendo formular estratégias para lidar com as emoções (Linehan, 1993b). A falta de consciência e clareza emocional foi associada à desregulação emocional presente em algumas condições psiquiátricas. Pesquisadores enfatizam o papel da descrição das emoções, pois indivíduos que fazem uma descrição mais detalhada de seus estados emocionais podem ter mais consciência das vivências emocionais do que os indivíduos que fazem descrições globais. Essa consciência pode prover informações referentes ao papel das emoções e quando necessitam ser reguladas. Além disso, essas habilidades de detalhamento e consciência estariam ligadas a uma maior capacidade de se regular, em especial, nas emoções negativas (Feldman Barrett, Gross, Christensen, & Benvenuto, 2001).

1.1.6 Comportamentos Alimentares Adaptativos: Comer com Atenção Plena e Comer Intuitivo

Uma característica das Terapias Comportamentais de Terceira Onda é a ênfase na construção de repertórios alternativos além da diminuição da frequência de comportamentos problema (Hayes, 2004). Na TCD, uma das metas é “construir uma vida que vale a pena ser vivida” (Linehan, 1993a). Para isto, uma investigação de comportamentos alimentares adaptativos também se faz necessária. É desejável que comportamentos alimentares estejam conectados a escolhas nutritivas e prazerosas e à sinais fisiológicos de fome e saciedade. Nesta linha, dois conceitos têm se destacado: o comer intuitivo e o comer com atenção plena (“*mindful eating*”). Existem evidências de que o comer com atenção plena e comer intuitivo estão inversamente associados ao IMC, ou seja, quanto mais estas habilidades estão presentes menor é o IMC (Framson, et al, 2009; Moor, et al, 2013; Camilleri, et al, 2016; Gast, Nielson, Hunt, & Leiker, 2015; Van Dyke & Drinkwater, 2014).

Comer com atenção plena se refere à habilidade de estar consciente e atento a sensações físicas e emocionais no momento em que se alimenta, prestando atenção aos cinco sentidos (Moor, Scott, & McIntosh, 2013). De acordo com Kristeller e Hallet (1999) alimentar-se com atenção plena inclui o processo de comer devagar, mastigando bem e longe de distrações. Em conjunto com isso, presta-se a atenção desde a escolha do alimento, até respostas corporais de fome e saciedade e como o alimento afeta os cinco sentidos, abandonando julgamentos que possam ocorrer no processo. Recomenda-se a inclusão da meditação como parte do dia a dia e o monitoramento dos gatilhos e consequências de uma alimentação sem atenção plena. Estudos realizados visando a ensinar habilidades para comer com atenção plena em populações com comer compulsivo ou comer emocional mostram que comer com atenção plena reduz significativamente estes comportamentos (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers, & Corsica, 2014).

Já o comer intuitivo é o alimentar-se em resposta a estímulos fisiológicos de fome ou saciedade, ou seja, quando o comer está associado a razões físicas e não a razões emocionais ou a regras externas de restrição de alimentos (Tylka, 2006; Camilleri, et al, 2016). Tribble e Resch (1995) propuseram 10 princípios que fazem parte do conceito de comer intuitivo: não se alimentar através de regras externas como dietas, não “brigar” com a comida, praticar desafiar pensamentos punitivos em relação à alimentação, respeitando sinais de fome e saciedade. Também se destacam o respeito à saúde, à genética individual e às emoções, e a

recomendação de manter-se fisicamente ativo. Evidências indicam que o comer intuitivo está associado positivamente com a apreciação do próprio corpo, auto estima e satisfação com a vida e inversamente associado com sintomas de compulsão ou restrição alimentar, baixa consciência interoceptiva, vergonha em relação ao corpo e IMC (Tylka & Van Diest, 2013). Os conceitos de comer intuitivo e comer com atenção plena são diferentes, mas possuem pontos de convergência, utilizando-se de conceitos e práticas de atenção plena para instrumentalizar o indivíduo a praticar novas formas de se relacionar com o alimento (Framson et al, 2009). Por isso, destaca-se a necessidade de pesquisas nacionais que analisem o papel desses comportamentos na obesidade.

1.2 Justificativa

O aumento mundial e nacional da prevalência da obesidade é preocupante pois traz riscos à saúde física e psicológica dos indivíduos acometidos (Hruby & Hu, 2015; Malta et al., 2015). A prevenção e tratamento da obesidade dependem de mudanças nos comportamentos do indivíduo no sentido de consumir menos calorias na dieta e gastar mais energia, ficando mais ativo. Entretanto, esta é uma meta às vezes muito difícil, especialmente quando a alimentação possui outras funções além de apenas suprir nutrientes e calorias. Uma das funções da alimentação pode estar ligada a regulação emocional de estados aversivos (Polivy & Herman, 1993). Evidências indicam que déficits na regulação emocional estão relacionados à obesidade, a compulsão alimentar e outros distúrbios alimentares (Whiteside, Chen, Vizinhas, Hunter & Larimer, 2007; Leehr et al, 2015; Zeeck, Stelzer, Linster, Joos, & Hartmann, 2011).

Uma abordagem de intervenção que prioriza o ensino e generalização de habilidades de regulação emocional é a Terapia Comportamental Dialética (TCD; Linehan 1993). Estudos sugerem que o Treinamento de Habilidades da TCD é eficaz como um tratamento autônomo para comportamentos disfuncionais alimentares, reduzindo a compulsão alimentar em comparação com grupos controle (Safer, Telch, & Agras, 2001; Telch, Agras, & Linehan, 2001; Safer, Robinson, & Jo, 2010). Porém, a maioria destes estudos foi realizada com mulheres brancas da América do Norte, conforme apontado por uma meta análise recente (Lenz, Taylor, Fleming, & Serman, 2014). Não há conhecimento de nenhum estudo que utilizou a TCD em obesos no Brasil. Por isso, este estudo é inovador e vem preencher uma importante lacuna em termos de pesquisa de intervenções psicológicas no Brasil. Além disso, enfatiza-se a relevância de buscar novas formas de tratamento para lidar com o importante problema de saúde pública que a obesidade apresenta para o cenário nacional.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivos do Estudo 1

1.3.1.1 Objetivo Geral

Verificar os efeitos de uma intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética para brasileiros com obesidade adultos.

1.3.1.2 Objetivos Específicos

Traduzir, adaptar e elaborar um protocolo de intervenção com foco na regulação emocional baseado no grupo de Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética para brasileiros com obesidade adultos.

Investigar os efeitos da intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da TCD sobre as dificuldades na regulação emocional e sintomas de ansiedade, depressão e estresse na amostra.

Verificar os efeitos da intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da TCD sobre comportamento alimentares disfuncionais de comer emocional e comer compulsivo na amostra.

Explorar os efeitos da intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da TCD sobre comportamentos alimentares adaptativos de comer com atenção plena e comer intuitivo na amostra.

1.3.2 Objetivos do Estudo 2

1.3.2.1 Objetivo Geral

Fornecer evidências de validade da equivalência semântica da *Difficulties in Emotion Regulation Scale* – DERS.

1.4 Problema/Hipóteses e Questões da Pesquisa

1.4.1 Questão de Pesquisa 1

Quais os efeitos da intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da TCD sobre as dificuldades na regulação emocional, sintomas de ansiedade, depressão e estresse em brasileiros com obesidade adultos comparados a uma lista de espera?

H0 – Não haverá diferenças significativas entre os participantes da intervenção e da lista de espera após a intervenção nos desfechos de dificuldades na regulação emocional, sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

H1 - Haverá diferenças significativas entre os participantes da intervenção e da lista de espera após a intervenção nos desfechos de dificuldades na regulação emocional, sintomas de ansiedade, depressão e estresse.

1.4.2 Questão de Pesquisa 2:

Quais os efeitos da intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da TCD sobre comportamentos alimentares disfuncionais de compulsão alimentar e comer emocional em brasileiros com obesidade adultos comparados a uma lista de espera?

H0 – Não haverá diferenças significativas entre os participantes da intervenção e da lista de espera após a intervenção nos desfechos de comportamentos alimentares disfuncionais de compulsão alimentar e comer emocional.

H1 - Haverá diferenças significativas entre os participantes da intervenção e da lista de espera após a intervenção nos desfechos de comportamentos alimentares disfuncionais de compulsão alimentar e comer emocional.

1.4.3 Questão de Pesquisa 3:

Quais os efeitos da intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da TCD sobre comportamentos alimentares adaptativos de comer intuitivo e comer com atenção plena em brasileiros com obesidade adultos comparados a uma lista de espera?

H0 – Não haverá diferenças significativas entre os participantes da intervenção e da lista de espera após a intervenção nos desfechos de comportamentos alimentares adaptativos de comer intuitivo e comer com atenção plena.

H1 - Haverá diferenças significativas entre os participantes da intervenção e da lista de espera após a intervenção nos desfechos de comportamentos alimentares adaptativos de comer intuitivo e comer com atenção plena.

1.5 Contexto/Campo da Pesquisa

O Estudo 1 da presente dissertação está contextualizado na área da Psicologia Clínica, na linha de pesquisa “Projetos de Prevenção e Intervenção Terapêutica” (PROTRATA) do Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental (GAAPCC), sob supervisão da Prof.^a Dr.^a Margareth da Silva Oliveira. Esta linha de pesquisa desenvolve estudos com programas de intervenção terapêutica, com ênfase nas abordagens cognitivo comportamentais.

O GAAPCC tem tradição no estudo de intervenções na área da saúde psicológica, com destaque nos contextos dos Transtornos por Uso de Substâncias e mais recentemente também nos Transtornos Alimentares e Obesidade. O GAAPCC vem aplicando intervenções da Terceira Onda das Terapias Cognitivo Comportamentais ao contexto da obesidade, com estudos preditivos, validação de instrumentos e intervenções na área da Terapia de Aceitação e Compromisso. A inserção deste estudo no grupo vem ampliar o estudo de intervenções direcionadas a saúde psicológica dos indivíduos com obesidade através da Terapia Comportamental Dialética, também pertencente a Terceira Onda das TCCs.

Além disso, o Estudo 2 desta dissertação pertence a linha de pesquisa “Projetos de Padronização, Adaptação e Validação de Instrumentos” (PROINSTRU) que visa ao desenvolvimento de normas brasileiras, padronização e validação de inventários, escalas e instrumentos psicológicos. O objetivo da adaptação semântica da *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) também se conecta com a linha PROTRATA, pois é uma ferramenta que foi utilizada para aperfeiçoar o programa de intervenção.

1.6 Delineamento de Pesquisa

Considerando os objetivos desta dissertação, foram desenvolvidos dois estudos. A seguir, cada um dos estudos foi metodologicamente detalhado.

1.6.1 Estudo 1 - Intervenção em Grupo baseada no Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética em Indivíduos com Obesidade

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS), reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) estando registrado com o número de CAEE 50096515.0.0000.5336.

1.6.1.1 Delineamento

Longitudinal e quase-experimental, grupo controle do tipo lista de espera. A pesquisa foi realizada em dois tempos: pré-teste (T1) e pós-teste (T2).

1.6.1.2 Participantes

Configuraram a análise do presente estudo 31 indivíduos com obesidade, randomizados e alocados no Grupo Intervenção (n = 14) e Lista de Espera (n = 17).

1.6.1.3 Cálculo Amostral

A amostra do presente estudo foi determinada utilizando dois estudos prévios como base através do software para cálculo em epidemiologia *Winpepi VII.49*. O cálculo amostral considerou 5% de erro amostral e 95% de poder estatístico, além disso acrescentou-se 30% de perda amostral. Desta forma, o número total de participantes sugerido para o presente estudo foi de pelo menos 26, sendo 13 do grupo experimental e 13 do grupo controle. Na realização do cálculo amostral, analisaram-se os resultados de Roosen et al. (2012) e Gratz e Gunderson (2006).

1.6.1.4 Critérios de Inclusão

- (a) IMC igual ou acima de 30.
- (b) entre 18 e 59 anos.
- (c) com mais de oito anos de estudo formal.

1.6.1.5 Critérios de Exclusão

Foram avaliados através da Escala Transversal de Sintomas de Nível I Autoaplicável do DSM-5 - Adulto (APA, 2013) e da ficha de dados sociodemográficos.

- (a) transtornos psicóticos.
- (b) transtornos de desenvolvimento.
- (c) ideação suicida.
- (d) tentativa de suicídio no último ano.
- (e) transtornos por uso de substâncias.
- (f) já ter realizado tratamento com componentes do modelo da Terapia Comportamental Dialética.

1.6.1.6 Instrumentos

a) Ficha de Dados Sociodemográficos

A ficha de dados sociodemográficos incluiu as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, situação de moradia, ocupação atual, atividade física realizada, uso de medicação, realização prévia de tratamentos psiquiátricos, psicológicos ou de controle de peso.

b) Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS (Gratz & Roemer, 2004)

É um questionário autoaplicável que acessa elementos envolvidos nas dificuldades de regulação emocional e é destinado à população adulta. Tem seis subescalas: Não Aceitação da Resposta Emocional, Falta de Clareza Emocional, Acesso Limitado a Estratégias de Regulação Emocional, Dificuldade em Controlar Impulsos, Dificuldade em manter Comportamento Dirigido a Objetivos e Falta de Consciência Emocional. A soma dos escores das subescalas gera um escore total, e escores altos indicam maior dificuldade na Regulação Emocional. A versão original demonstrou alta consistência interna ($\alpha = .93$). Foi adaptada uma versão da escala em português para utilização neste estudo, descrita na Seção Empírica II e no anexo K.

c) Escala de Compulsão Alimentar Periódica – ECAP (Freitas, Lopes, Coutinho, & Appolinário, 2001)

É uma escala composta por três ou quatro opções que aumentam em termos de severidade de comportamentos e cognições relacionadas a alimentação. A ECAP provê classificação da severidade de compulsão alimentar baseada no escore dos participantes conforme os seguintes pontos de corte: Leve/Sem Compulsão Alimentar (0-17), Compulsão Alimentar Moderada (18-26) e Compulsão Alimentar Severa (27-46). A diferença entre a compulsão

considerada moderada ou severa é o grau e frequência de perda de controle sobre a alimentação e a gravidade das consequências emocionais advindas do comer compulsivo. A ECAP demonstrou alta consistência interna no estudo original ($\alpha = .85$; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982).

d) Emotional Eating Scale – EES (Arnow, Kenardy, & Agras, 1995)

É um instrumento de 25 itens desenvolvido para acessar quanto o ato de comer foi motivado por emoções negativas. Apresenta-se em uma escala *likert* autoaplicável, com três subescalas: Raiva, Ansiedade e Depressão. Os respondentes avaliam o quanto sentem vontade de comer sob emoções específicas, variando em cinco pontos desde “nenhuma vontade de comer” até “vontade de comer irresistível”. A EES possui boa consistência interna ($\alpha = .81$) demonstrando confiabilidade na avaliação do construto (Arnow, Kenardy, & Agras, 1995; Schneider, 2012). A versão da EES em português que foi utilizada neste estudo está em processo de adaptação por Lucena-Santos, Oliveira e e Pinto-Gouveia e está descrita no anexo F.

e) Intuitive Eating Scale-2 (IES-2; Tylka & Kroon Van Diest, 2013)

É uma escala de auto-relato de 23 itens referentes ao comer intuitivo. Os itens são pontuados em uma escala *likert* de 5 pontos que varia entre 1 (discordo fortemente) até 5 (concordo fortemente). Altos escores indicam melhores níveis de comer intuitivo. A IES-2 demonstrou alta confiabilidade $\alpha = .87$ (Tylka & Van Diest, 2013). A versão da IES-2 em português que foi utilizada neste estudo está em processo de adaptação por Lucena-Santos, Oliveira e Pinto-Gouveia e está descrita no anexo H.

f) Mindful Eating Questionnaire (MEQ; Framson, et al., 2009)

É um questionário de auto-relato de 28 itens que avalia 5 domínios: Desinibição, Estímulos Externos, Consciência, Resposta Emocional e Distração. Apresenta-se em uma escala *likert* de 4 pontos que varia entre “nunca/raramente” e “quase sempre/sempre”. O questionário original tem consistência interna de $\alpha = .64$ (Framson, 2009). A versão da MEQ em português que foi utilizada neste estudo está em processo de adaptação por Lucena-Santos, Oliveira e Pinto-Gouveia e está descrita no anexo I.

g) Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21; Vignola & Tucci, 2014)

É uma escala de 21 itens que avalia a severidade de sintomas de depressão, ansiedade e estresse na última semana. Os itens são marcados em uma escala *likert* de 4 pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) até 3 (aplicou-se muito, ou na maioria do tempo). A versão da DASS-21 utilizada neste estudo foi adaptada por Vignola e Tucci (2014) e possui alta confiabilidade ($\alpha = .95$).

h) Escala Transversal de Sintomas de Nível I Autoaplicável do DSM-5 - Adulto (APA, 2013)

É uma escala autoaplicável para avaliar 13 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, distúrbio do sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substâncias. É composta de 23 perguntas, para cada domínio são feitas de 1 a 3 perguntas, que variam a intensidade e frequência do comportamento apresentado (0= nada ou de modo algum até 4= grave ou quase todos os dias). A avaliação consiste em levantar os escores de cada domínio. A escala apresenta boa confiabilidade em estudos conduzidos em amostras clínicas, demonstrando ser uma boa ferramenta para acompanhar mudanças de sintomas ao longo do tempo (APA, 2013). Foi utilizada neste estudo somente como auxílio para rastreio de transtornos psiquiátricos na triagem.

1.6.1.7 Adaptação e Elaboração do Protocolo de Intervenção

O protocolo elaborado para esta pesquisa foi traduzido e adaptado com base no *DBT Skills Training Manual - Second Edition* (Linehan, 2015). Foram selecionadas apenas habilidades referentes aos processos envolvidos na regulação emocional, resultando em um protocolo reduzido de 10 sessões. As habilidades foram traduzidas para o português e analisadas por três juízes com treinamento oficial da TCD. Foi verificado assim se a versão traduzida preservou o significado original dos folhetos. As habilidades contempladas neste estudo e as correspondentes na Terapia Comportamental Dialética estão dispostas na Tabela 1.

Sessão e Módulo	Handouts e Worksheets Selecionados	Habilidades e Prática de Atenção plena
Sessão 1 – Introdução a intervenção e Atenção Plena	General Handout 1 Mindfulness Handout 1A, 3 e 4 Mindfulness Worksheet 4A	Atenção Plena: Esteira Rolante de Pensamentos Habilidades de Mente Sábia e “O que”: Observar, Descrever e Participar
Sessão 2 – Atenção Plena	Mindfulness Handout 5 Mindfulness Worksheet 2 e 5A	Atenção Plena: Encontre seu Limão Habilidades de “Como”: Atitude de Não Julgar, Com a Mente em Uma Coisa de Cada Vez e Sendo Efetivo
Sessão 3 – Regulação Emocional	Emotion Regulation Handout 1, 3, 4, 5 e 6 Emotion Regulation Worksheet 2	Atenção Plena: Mente Sábia – Pedra no Lago Objetivos de Regulação Emocional Habilidades de Função das Emoções, Modelo para Descrever Emoções e Maneiras de Descrever Emoções
Sessão 4 – Regulação Emocional	Emotion Regulation Handout 8, 8A Emotion Regulation Worksheet 5	Atenção Plena: Participar – Improvisação em Grupo Habilidades de Checar os Fatos
Sessão 5 – Regulação Emocional	Emotion Regulation Handout 9, 10, 12 e 13 Emotion Regulation Worksheet 7 e 8	Atenção Plena: Percebendo Impulsos Habilidades de Ação Oposta e Resolução de Problemas
Sessão 6 – Regulação Emocional	Emotion Regulation Handout 15, 16, 17 e 18 Emotion Regulation Worksheet 9	Atenção Plena: Percebendo Sensações Habilidades de Acumulação de Emoções Positivas à Curto e Longo Prazo

Sessão 7 – Regulação Emocional	Emotion Regulation Handout 19 e 20 Distress Tolerance Handout 8 Emotion Regulation Worksheet 9 e 16	Atenção Plena: Sons Habilidades Construir Domínio, Lidar com Antecedência e Cuidando de seu Corpo, Cuidando de sua Mente
Sessão 8 – Tolerância ao Estresse	Distress Tolerance Handout 7 e 9	Atenção Plena: Uva Passa Habilidades Distrair-se, Reconfortar-se e Melhorando o Momento
Sessão 9 – Tolerância ao Estresse	Distress Tolerance Handout 5, 11 e 11B Distress Tolerance Worksheet 3 e 9	Atenção Plena: Escaneamento Corporal Habilidades de Prós e Contras e Aceitação Radical
Sessão 10 – Fechamento		Atenção Plena: Mente Sábia – Respiração

Tabela 1. Habilidades contempladas neste estudo e as correspondentes na Terapia Comportamental Dialética.

1.6.1.8 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta foi realizada na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Foi divulgado um convite aberto nas redes sociais para participação em pesquisa de intervenção para condições emocionais associadas a obesidade. Duzentos e trinta e seis participantes entraram em contato com os pesquisadores via telefone ou e-mail, sendo 96% mulheres. Após verificados os critérios de inclusão, os participantes foram chamados para uma triagem presencial. Cento e vinte um participantes foram triados em grupos de até oito participantes por dois pesquisadores treinados. Setenta e nove participantes atenderam aos critérios após triagem presencial, e foram randomizados através de um software online (Randomlists.com) em dois grupos: grupo experimental (n = 37) e grupo controle do tipo lista de espera (n = 42). Os participantes do grupo experimental foram alocados em 3 grupos conforme turno de disponibilidade para participar da intervenção (manhã, tarde ou noite). Cada grupo se reuniu duas vezes por semana, até completar o total de 10 sessões. Os grupos foram compostos de cinco a oito participantes. Todos os participantes que completaram a intervenção responderam a bateria de instrumentos no pós-teste. Após terem sido finalizados os grupos experimentais, foi oferecida a intervenção para os participantes alocados na lista de espera, também em três grupos conforme turnos de disponibilidade. A amostra final analisada foi composta apenas com os participantes que completaram a intervenção no grupo experimental (n = 14) e para fins de comparação de tempo com os participantes que vieram a primeira sessão da lista de espera (n = 17).

Quanto ao andamento da intervenção, cada sessão teve duração de 2h, que consistiu em torno de 40 minutos de revisão das tarefas de casa, intervalo de 5 minutos e 1h15 de introdução de novo material, seguindo as mesmas orientações para condução do protocolo

original. Durante a intervenção, a líder ficou responsável pela condução da sessão, ensino das habilidades e revisão de tarefas de casa. O Colíder ajudou a controlar o tempo, garantir que os participantes tenham material adequado e manter o grupo no foco de trabalho.

Foram utilizadas as estratégias para ensino das habilidades e as fichas de tarefa referentes a cada habilidade ensinada. O formato de grupo foi fechado, não sendo permitida a inclusão de novos participantes após o início da intervenção. A agenda das sessões foi determinada pela habilidade ensinada na semana. O tema de casa foi baseado nas fichas de tarefa de cada habilidade ensinada no protocolo original. Os participantes realizaram leituras e exercícios em casa, após cada sessão, a fim de generalizarem as habilidades propostas em cada sessão. Cada participante recebeu uma cópia do material utilizado em cada sessão, bem como cópia das tarefas para serem realizadas em casa. Embora a intervenção não tenha sido o tratamento padrão da TCD e consiste apenas de uma adaptação do treinamento de habilidades da TCD, uma equipe de consultoria foi formada com intenção de aumentar a aderência ao modelo.

1.6.1.9 Procedimentos de Análise dos Dados

Foram realizadas análises descritivas incluindo média, desvio padrão e percentual. A distribuição dos dados foi verificada através do teste Kolmogorov-Smirnov. Na comparação das características dos grupos nas etapas de pré e pós-teste, foi utilizado o teste T de *student* para amostras independentes e para as variáveis categóricas o Qui Quadrado. Na análise de efeito terapêutico intragrupo foi utilizado o teste T de *student* para amostras pareadas. Na análise da variância, uma ANCOVA foi utilizada para comparar as pontuações dos grupos no pós-teste, controlando-se as diferenças entre os grupos no pré-teste. A análise do tamanho de efeito entre as comparações inter e intragrupos foi realizada através do d de Cohen. O pacote estatístico utilizado foi o SPSS V23 para Windows.

1.6.2 Estudo 2: Equivalência semântica da versão em português (Brasil) da *Difficulties in Emotion Regulation Scale* – DERS

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS), reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) estando registrado com o número de CAEE 50096515.0.0000.5336.

1.6.2.1 Delineamento

O delineamento do estudo foi transversal. O estudo descreve o processo de análise e adaptação da equivalência semântica da escala DERS para a língua portuguesa. Este estudo foi realizado segundo as diretrizes do *International Test Commission* (2005) para adaptação de testes psicométricos, utilizando as abordagens propostas por Reichenheim & Moraes (2007) e Borsa, Damásio e Bandeira (2012).

1.6.2.2 Procedimento de Elaboração da Versão em Português

a) Tradução

Elaboração de duas versões traduzidas para o português, por dois tradutores independentes – psicóloga bilíngue (T1) e tradutora profissional com especialização em inglês (T2) - a partir da escala original em inglês.

b) Tradução Reversa

Realização de síntese das duas versões traduzidas, originando a versão T3. Esta foi retro traduzida (*back translation*) para a língua inglesa por tradutor independente de área não relacionada à temática da escala, originando a versão R1.

c) Correção e Adaptação Semântica

A versão R1 foi submetida à autora da escala original, para que a mesma verificasse a equivalência semântica do conteúdo gerado. Foram identificados ajustes vinculados ao conteúdo que, depois de realizados, foram adicionados à versão T3 da escala, gerando a versão final do instrumento.

1.6.2.3 Coleta de Dados

1.6.2.3.1 Análise da Equivalência Semântica através de consulta a Juízes Especialistas

a) Participantes

Foram selecionados 10 juízes, para realizarem avaliação referente ao grau de compreensão da escala final. A equipe de juízes foi constituída por psicólogos formados, convidados individualmente via e-mail.

b) Procedimento de Coleta

A participação dos juízes teve como objetivo avaliar o nível de entendimento dos itens do instrumento, através de uma escala verbal numérica, respondida na plataforma *online Qualtrics*. Os juízes foram instruídos a indicar em uma escala *likert* o grau de compreensão das perguntas realizadas. Além disso foram disponibilizados campos para a justificativa das respostas ou sugestão de modificações e alterações. A escala *likert* contou com itens de: 0 - não entendi nada; 1 - entendi só um pouco; 2 - entendi mais ou menos; 3 - entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; 4 - Entendi quase tudo; 5 - entendi perfeitamente e não tenho dúvidas.

1.6.2.3.2 Análise da Equivalência Semântica através de consulta a População Geral

a) Participantes

Uma amostra da população geral, composta por 28 estudantes universitários, selecionados por conveniência pelo método bola de neve (Goodman, 1961; Gray, 2012) avaliou o grau de compreensibilidade da escala.

b) Procedimento

Utilizou-se uma escala verbal numérica, respondida na plataforma *online Qualtrics*. A escala *likert* contou com itens de: 0 - não entendi nada; 1 - entendi só um pouco; 2 - entendi mais ou menos; 3 - entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; 4 - Entendi quase tudo; 5 - entendi perfeitamente e não tenho dúvidas. Além disso foram disponibilizados campos para a justificativa das respostas ou sugestão de modificações e alterações.

1.6.2.4 Análise de Dados

a) Dados Quantitativos

Os dados quantitativos, relacionados as análises de compreensão dos itens, foram analisados segundo determinação das médias de escores de entendimentos atribuídos a cada questão, em ambos os grupos. Calcularam-se intervalos de confiança de 95% para as médias em cada elemento. Para geração dos intervalos adotou-se o método *bootstrap* com correção de vício acelerada (BCa) para que os intervalos de confiança gerados considerem a assimetria da distribuição. Os cálculos estatísticos foram realizados com o *software* SPSS versão 23.

b) Dados Qualitativos

Já os dados qualitativos, relacionados aos comentários, justificativas e sugestões feitos pelos juízes especialistas, foram submetidos a análise de conteúdo de Bardin (2009).

Referências

- Aldao, A. (2012). Emotion Regulation strategies as Transdiagnostic Processes: a closer look at the invariance of their form and function. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 261-278.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behavioral Research and Therapy*. 48(10), 974-983. doi: 10.1016/j.brat.2010.06.002.
- American Psychiatric Association (2012). *DSM-IV-TR– manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4a Ed. Porto Alegre: Editora Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 79–90.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. 5ed. Lisboa: Edições 70.
- Barlow, D. H. (2004) Psychological treatments. *American Psychology*, 59(9), 869-878.
- Borsa, J.C., Damásio, B.F., & Bandeira, D.R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423-432.
- Camilleri, G. M., Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V. A., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S., & Péneau, S. (2016). Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population-based NutriNet-Santé study. *Obesity*, 24(5), 1154-1161. DOI: 10.1002/oby.21440
- Colantuoni C., Rada, P., McCarthy J., Patten, C., Avena, N.M., Chadeayne, A., & Hoebel, B. G. (2002). Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence. *Obesity Research*, 10(6), 478-88.
- Crockett, A. C., Myhre, S. K., & Rokke, P. D. (2015). Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 670-80. doi: 10.1177/1359105315573439.
- Davis, C., & Carter J. C. (2009). Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*, 53(1), 1-8. doi:10.1016/j.appet.2009.05.018.

- Ekman, P. (1993). Facial Expression and Emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197–204. <http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.01.005>
- Feldman Barrett, L., Gross, J. J., Conner Christensen, T., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713-724.
- Ferguson, E. D. (2000). *Motivation: A biosocial and cognitive integration of motivation and emotion*. New York: Oxford University Press.
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. <http://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>
- Freitas, S., Lopes, C.S., Coutinho, W., & Appolinario, J.C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gast, J., Campbell Nielson, A., Hunt, A., & Leiker, J. J. (2015). Intuitive eating: associations with physical activity motivation and BMI. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), e91-e99. doi: 10.4278/ajhp.130305-QUAN-97
- Gatineau, M., & Dent, M. (2011). *Obesity and Mental Health*. Oxford: National Obesity Observatory.
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating Pathology, Emotion Regulation, and Emotional Overeating in Obese Adults with Binge Eating Disorder. *Eating Behaviors*, 14(3), 309–313. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55. doi:10.1016/0306-4603(82)90024-7
- Gratz K.L., & Gunderson J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25-35.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *36*, 41-54.
- Gross, J. J. (1998a) The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology. Special Issue: New directions in research on emotion*, *2*(3), 271–299.
- Gross J.J. (1998b) Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology.*; *74*(1):224–237.
- Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review*, *3*(1), 8–16. doi:10.1177/1754073910380974
- Gross, J. J., Richards, J. M. & John, O. P. (2006). Emotion Regulation in everyday life. In Snyder, D. K., Simpson, J.A., & Hughes, J. N. (Eds.), *Emotion Regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp.13-35). Washington DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. & Thompson R.A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In Gross, J. J.(Editor), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and Implicit Emotion Regulation: A Dual-Process Framework. *Cognition & Emotion*, *25*(3), 400–412. doi:10.1080/02699931.2010.544160
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, *35*(4), 639-665.
- Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics*, *33*(7), 673–689. <http://doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x>
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. *Current opinion in psychiatry*, *25*(6), 522-528.
- Kivimäki, M., Jokela, M., Hamer, M., Geddes, J., Ebmeier, K., Kumari, & M. Batty, G. D. (2011). Examining Overweight and Obesity as Risk Factors for Common Mental Disorders Using Fat Mass and Obesity-Associated (*FTO*) Genotype-Instrumented

- Analysis: The Whitehall II Study, 1985–2004. *American Journal of Epidemiology*, 173(4), 421–429. doi:10.1093/aje/kwq444
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In Philippot, P. & Feldman, R. S. (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Hove, UK: Psychology Press.
- Larsen J. K., van Strien T., Eisinga R., & Engels R. C.. (2006) Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 237-243.
- Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity--a systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 49, 125–34. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>
- Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 26-35. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2014.00127.x
- Levitan, R. D., & Davis, C. (2010). Emotions and eating behavior: Implications for the current obesity epidemic. *University of Toronto Quarterly*, 79(2), 783-799.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In: Gross, J. J. (Editor), *Handbook of emotion regulation* (pp.581–605). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. & Dimeff, L. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110.
- Luppino F.S., de Wit L.M., Bouvy P.F., Stijnen T., Cuijpers P., Penninx B.W., & Zitman F.G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives General Psychiatry*, 67(3), 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*. 50, 1-11.

- Macht, M., & Dettmer, D. (2006). Everyday mood and emotions after eating a chocolate bar or an apple. *Appetite*, *46*, 332-336.
- Macht, M., & Simons, G. (2011). Emotional eating. In Nyklíček, I., Vingerhoets, A., Zeelenberg, M. (Editors), *Emotion Regulation and Well-Being* (pp.281–295). New York: Springer.
- Malta, D. C., Stopa, S. R.izzato, Iser, B. P. M., Bernal, R. T. I., Claro, R. M., Nardi, A. C. F., Reis, A. A. C., & Monteiro, C, A, (2015). Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *18*(Suppl. 2), 238-255. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060021>
- McMain, S., Korman, L. M., & Dimeff, L. (2001), Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal Clinical Psychology*, *57*, 183–196. doi: 10.1002/1097-4679(200102)57:2<183::AID-JCLP5>3.0.CO;2-Y
- Markowitz, S., Friedman, M. A., & Arent, S. M. (2008). Understanding the Relation Between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *15*, 1–20. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00106.x
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, *1*, 91, 129-36. doi: 10.1016/j.appet.2015.03.036.
- Miller, I. J. Jr., & Reedy, F. E. Jr.(1990). Variations in human taste bud density and taste intensity perception. *Physiology Behavior*, *47*(6), 1213-1219.
- Moor, K. R., Scott, A. J., & McIntosh, W. D. (2013). Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness*, *4*(3), 269-274. DOI: 10.1007/s12671-012-0124-3
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann T, & Linehan M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behavioral Research Therapy*, *59*, 40-51. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.005.
- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner J. A.(2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine*, *70*(3), 288-97. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181651651.

- Rada, P, Avena NM, & Hoebel, B. G. (2005). Daily bingeing on sugar repeatedly releases dopamine in the accumbens shell. *Neuroscience*, *134*(3), 737-744.
- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, *41*(4), 665-673.
- Rommel, D, Nandrino, J. L., Ducro, C., Andrieux, S., Delecourt, F, & Antoine, P. (2012) Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite*, *59*(1), 21-26. doi: 10.1016/j.appet.2012.03.006.
- Roosen, M. A., Safer, D., Adler, S., Cebolla, A., & van Strien, T. (2012). Group dialectical behavior therapy adapted for obese emotional eaters; a pilot study. *Nutricion Hospitalaria*,*27*(4):1141-1147. doi: 10.3305/nh.2012.27.4.5843.
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2010). Outcome From a Randomized Controlled Trial of Group Therapy for Binge Eating Disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy Adapted for Binge Eating to an Active Comparison Group Therapy. *Behavior Therapy*, *41*(1), 106–120. doi:10.1016/j.beth.2009.01.006
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001), Dialectical behavior therapy adapted for bulimia: A case report. *International Journal Eating Disorders*, *30*, 101–106. doi: 10.1002/eat.1059
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). The relationship between borderline personality and obesity. *Innovation in Clinical Neuroscience*, *10*(4), 36-40.
- Schneider, K. L., Panza, E., Appelhans, B. M., Whited, M. C., Oleski, J. L., & Pagoto, S. L. (2012). The Emotional Eating Scale: Can a self-report measure predict observed emotional eating? *Appetite*, *58*(2), 563–566. doi:10.1016/j.appet.2012.01.012
- Scott, K. M., McGee M. A., Wells, J. E., & Oakley Browne M. A. Obesity and mental disorder in the adult general population. *Journal Psychosomatic Research*, *64*(1), 97-105.
- Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, *31*, 569–582.
- Thayer, R. E. (2001). *Calm energy: how people regulate mood with food and exercise*. Oxford University Press, Oxford
- Tribole, E., & Resch, E. (1995). *Intuitive eating: a recovery book for the chronic dieter: rediscover the pleasures of eating and rebuild your body image*. St Martins Pr.

- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology, 53*(2), 226. doi: 10.1037/a0030893
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology, 60*(1), 137. doi: 10.1037/a0030893.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2009). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. In Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Editors), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp.13-38). New York: Guilford Press.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behavior, 8*(2), 162-169.
- Williams, J. M. G., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Further Issues in Current Evidence and Future Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 524–529. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.524>
- World Health Organization (2015). *Obesity and overweight*. Retirado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Review article relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public health nutrition, 17*(08), 1757-1766. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980013002139>
- Vandewalle, J., Moens, E., & Braet, C. (2014). Comprehending emotional eating in obese youngsters: the role of parental rejection and emotion regulation. *International Journal of Obesity, 38*(4), 525-530. doi: 10.1038/ijo.2013.233.
- Verdolin, L. D., Borner, A. R. S., Guedes Junior, R. O., Silva, T. F. C., & Belmonte, T. S. A. (2012). Comparação entre a prevalência de transtornos mentais em pacientes obesos e com sobrepeso. *Science medicine, 22*(1), 15-22.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders, 155*, 104–109. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Volkow, N. D., & O'Brien, C. P. Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorder? *American Journal Psychiatry, 164*(5), 708-710.

Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, *19*(5), 426-437. DOI: 10.1002/erv.1066

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou dados iniciais sobre os efeitos de uma intervenção de 10 sessões baseada no Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética (TCD) para obesos adultos no Brasil. Os resultados encontrados sugerem que esta abordagem pode ser uma opção efetiva para diminuir a severidade da compulsão alimentar, em conformidade com resultados prévios de outros estudos que utilizaram a TCD no contexto do comportamento alimentar.

Além disso, a intervenção também pode ser efetiva para a melhora de sintomas psiquiátricos associados a obesidade, como a depressão. Os dados encontrados também sugerem que a intervenção pode ajudar na construção de repertórios de comportamento alimentar mais adaptativos e conectados com sinais fisiológicos de fome e saciedade. Entretanto, estes resultados devem ser interpretados com cautela. Embora os tamanhos de efeito indiquem diferenças expressivas, houve uma falha em rejeitar a hipótese nula. A falta de poder estatístico é um entrave para afirmações mais robustas. Por isso, estes resultados são preliminares e podem ajudar a apontar direções para investigações mais aprofundadas e com amostras maiores.

Ao elaborar o protocolo de intervenção utilizado no Estudo 1, houve a necessidade de um instrumento que medisse a regulação emocional, visto que esta medida de desfecho era central na intervenção. Para isto, no Estudo 2, foi realizada uma adaptação semântica da *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) para o português brasileiro. Destaca-se que nesta adaptação o instrumento foi considerado como tendo uma boa compreensibilidade por juízes especialistas e pela população geral e após contribuições ativas de ajustes semânticos o instrumento foi aprovado pela autora original da escala (Prof. Kim Gratz). Entretanto, conforme foi verificado nos resultados do Estudo 1, ainda permanece incerto se o instrumento é sensível a diferenças no tempo, visto que a intervenção foi voltada para a regulação emocional, porém este foi um desfecho que apresentou tamanhos de efeito moderados, e falhou em rejeitar a hipótese nula. Um estudo das propriedades psicométricas deste instrumento se faz necessário e já se encontra em andamento.

Quanto a viabilidade da intervenção para a população brasileira, destaca-se que os participantes que completaram a intervenção tiveram ótimas taxas de comparecimento,

com 12 dos 14 participantes presentes em 75% ou mais das sessões durante a intervenção. Porém, este estudo possui taxas de abandono de 44%. Embora, a maioria dos participantes tenha referido razões financeiras ou ocupacionais para não continuar a intervenção, este dado reflete a dificuldade de realizar pesquisas com intervenção no contexto brasileiro, já que os participantes dispõem de tempo para participar da pesquisa sem serem compensados financeiramente por isto. Ainda assim, os presentes achados indicam que esta intervenção pode ser bem aceita no contexto brasileiro e sugere-se estudos qualitativos que analisem com mais detalhes a percepção dos participantes e impactos da intervenção.

4. ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO BASEADA NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA EM OBESOS COM DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Pesquisador: Tatiana Quarti Irigaray

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 50096515.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.457.912

Apresentação do Projeto:

A Terapia Comportamental Dialética é uma abordagem de tratamento cognitivo comportamental direcionada a indivíduos com dificuldades na regulação emocional. Um dos contribuintes da obesidade pode estar relacionado ao comer motivado por emoções, sendo uma forma de regular-se emocionalmente. Desta forma, o objetivo deste estudo é traduzir e adaptar um protocolo de Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética e verificar os efeitos desta intervenção em obesos com desregulação emocional. O projeto tem delineamento longitudinal e quase experimental. A amostra será composta por 26 indivíduos que preencherem os critérios de obesidade medida através do Índice de Massa Corporal através de auto relato, desregulação emocional, adultos e com mais de 8 anos de estudo formal. Os participantes selecionados serão divididos em grupo experimental e grupo controle que se configurará em uma lista de espera, que receberá a intervenção após o término da intervenção no grupo experimental. Os participantes serão avaliados no pré-teste e pós teste para avaliar as medidas de desfecho que envolvem desregulação emocional, comer emocional e sintomas psiquiátricos. O protocolo elaborado para esta pesquisa foi traduzido e adaptado com base no DBT Skills Training Manual - Second Edition (Linehan, 2015). Foram selecionadas apenas habilidades referentes aos processos envolvidos na regulação emocional, resultando em um protocolo

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

Continuação do Parecer: 1.457.912

reduzido de 10 sessões. O protocolo traduzido e adaptado será avaliado por dois especialistas independentes quanto

ao nível de concordância. Para análise de dados serão realizadas análises descritivas incluindo média, desvio padrão e percentual. Será utilizada a correlação de Pearson ou de Spearman conforme distribuição dos dados. Na comparação das variáveis entre os grupos experimental e controle nas etapas de pré e pós-teste, será utilizado o teste T de student para amostras independentes, ou o teste U de Mann-Whitney conforme distribuição dos dados, e para as variáveis categóricas será utilizado Qui Quadrado. Na análise de efeito terapêutico intragrupo será utilizado o teste T de student para amostras pareadas ou Wilcoxon, conforme distribuição dos dados. Já foi verificada a efetividade desta intervenção em outras populações e em outros países. Este estudo pretende testar a adequabilidade desta intervenção no contexto brasileiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar os efeitos de uma intervenção baseada no Treinamento de Habilidades da TCD sobre a desregulação emocional, comer emocional e sintomas psiquiátricos (Depressão, Mania, Ansiedade) em obesos.

Objetivo Secundário:

Traduzir e adaptar um protocolo de intervenção com foco na regulação emocional baseado no grupo de Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética para obesos com desregulação emocional. Investigar associação entre desregulação emocional, comportamento de comer emocional, expressão de sintomas psiquiátricos (Depressão, Mania, Ansiedade) e variáveis sociodemográficas em obesos. Investigar se raiva, ansiedade e depressão estão associadas com o comportamento de comer emocional. Fornecer evidências de validade da Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos diretamente associados a participação na pesquisa. Indiretamente, pode ocorrer mobilização de conteúdo emocional pelo participante ao responder os questionários.

Benefícios:

O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo pretende incluir 56 participantes, entre eles 30 do grupo experimental e 26 do grupo

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

Continuação do Parecer: 1.457.912

controle.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas adequadamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_601948.pdf	08/03/2016 17:07:40		Aceito
Outros	Carta_resposta_pesquisador.pdf	08/03/2016 17:05:58	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	TCUD.pdf	08/03/2016 17:01:32	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_Intervencao.pdf	08/03/2016 17:01:00	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Grupo_Control.pdf	08/03/2016 17:00:38	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_DE_AUTORIZACAO_PESQUISADORA.pdf	11/01/2016 17:01:06	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	11/01/2016 16:56:34	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/10/2015 17:08:51	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	Lattes.pdf	02/10/2015 11:57:18	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	Documento_unificado.pdf	02/10/2015 11:52:56	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito

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

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



Continuação do Parecer: 1.457.912

Outros	Carta_Aprovacao_Comissao.pdf	02/10/2015 11:52:34	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	Carta_de_autorizacao.pdf	02/10/2015 11:42:39	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Outros	Carta_de_apresentacao.pdf	02/10/2015 11:38:31	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	02/10/2015 11:35:50	Tatiana Quarti Irigaray	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 18 de Março de 2016

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

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

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GRUPO INTERVENÇÃO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERVENÇÃO BASEADA NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA EM OBESOS COM DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Prezado (a) participante:

Você está sendo convidado (a) participar de uma pesquisa que está sendo realizada na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul que tem como objetivo adaptar um protocolo de intervenção com foco nos processos de regulação emocional e verificar os efeitos desta intervenção em indivíduos obesos.

Tal estudo prevê a participação de obesos, que apresentem dificuldades de controle do peso, relacionadas a estados emocionais. Sua participação consiste em preencher um protocolo de pesquisa composto por algumas escalas de auto-relato. A aplicação desses instrumentos acontecerá em um encontro com duração aproximada de quarenta minutos. Após, será oferecida uma intervenção que inclui 10 encontros presenciais de 2h cada, e tarefas para fazer entre sessões.

Os dados obtidos através desses instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsável pelo estudo. O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para participar da intervenção e responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

A participação nesse estudo é voluntária, e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Declaro que fui informado (a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a). Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela Coordenadora do Projeto Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray, fone 99979670 ou 3320.3500 (ramal 7710) ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, localizado no Hospital São Lucas da PUCRS, na Av. Ipiranga 6690, Prédio 60 -

Sala 314, Porto Alegre /RS - Brasil - CEP: 90610-900 Fone/Fax: (51) 3320.3345. E-mail: cep@pucrs.br. Horário de atendimento: De segunda a sexta-feira das 8h às 12h horas e das 13h30min às 17h. Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via deste termo de consentimento.

Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray

Assinatura do Participante

Local e Data

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GRUPO CONTROLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERVENÇÃO BASEADA NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA EM OBESOS COM DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Prezado (a) participante:

Você está sendo convidado (a) participar de uma pesquisa que está sendo realizada na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul que tem como objetivo adaptar um protocolo de intervenção com foco nos processos de regulação emocional e verificar os efeitos desta intervenção em indivíduos obesos.

Tal estudo prevê a participação de obesos, que apresentem dificuldades de controle do peso, relacionadas a estados emocionais. Sua participação consiste, inicialmente, em preencher um protocolo de pesquisa composto por algumas escalas de auto-relato. A aplicação desses instrumentos acontecerá em um encontro com duração aproximada de quarenta minutos. Após, você será incluído em uma lista de espera e, posteriormente, será oferecida a você, uma intervenção que inclui 10 encontros presenciais de 2h cada, e tarefas para fazer entre sessões.

Os dados obtidos através desses instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição do pesquisador responsável pelo estudo. O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para participar da intervenção e responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico.

A participação nesse estudo é voluntária, e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Declaro que fui informado (a) dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a). Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela Coordenadora do Projeto Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray, fone 99979670 ou 3320.3500 (ramal 7710) ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, localizado no Hospital São Lucas da PUCRS, na Av. Ipiranga 6690, Prédio 60 -

Sala 314, Porto Alegre /RS - Brasil - CEP: 90610-900 Fone/Fax: (51) 3320.3345. E-mail: cep@puers.br. Horário de atendimento: De segunda a sexta-feira das 8h às 12h horas e das 13h30min às 17h. Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via deste termo de consentimento.

Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Tatiana Quarti Irigaray

Assinatura do Participante

Local e Data

ANEXO D – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS



INTERVENÇÃO BASEADA NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA EM OBESOS COM DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome: _____ _____	10. Mora com alguém: <input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Outro: _____
2. Idade: _____	11. Qual a sua ocupação atual: <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Nunca trabalhou <input type="checkbox"/> Dona de casa <input type="checkbox"/> Trabalhando <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Outro: _____
3. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	12. Tem algum problema de saúde? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
4. Telefone: _____ Celular: _____	15. Atualmente, usa alguma medicação/remédio? <input type="checkbox"/> Sim Qual (is)? E para que serve(m)? _____ <input type="checkbox"/> Não
5. Endereço (Completo com bairro): _____	16. É fumante? <input type="checkbox"/> Nunca fumou <input type="checkbox"/> Não. Parou há mais de 1 ano <input type="checkbox"/> Sim. Quantos cigarros por dia? _____
6. Estado civil atual: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) (nunca casou) <input type="checkbox"/> Casado (a) ou com companheiro (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) Divorciado (a) (sem companheiro(a) atual) <input type="checkbox"/> Viúvo/viúva <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	17. Costuma beber? <input type="checkbox"/> Nunca bebeu <input type="checkbox"/> Não. Parou há mais de 1 ano. <input type="checkbox"/> Sim. Qual bebida? _____ Quanto bebe? _____
7. Mais alto nível de escolaridade alcançado: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Primário incompleto ou Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Primário completo ou Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ginásio incompleto ou Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ginásio completo ou Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Curso clássico ou técnico incompleto <input type="checkbox"/> Curso clássico ou técnico completo <input type="checkbox"/> Curso superior incompleto <input type="checkbox"/> Curso superior completo <input type="checkbox"/> Pós-Graduação <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____	18. Você realiza algum tipo de atividade física? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____
8. Qual a sua renda? O salário mínimo é no valor de R\$ 1.006,88. <input type="checkbox"/> De 1 a 2 salários mínimos – de R\$ 1.006,88 a R\$2.013,76 <input type="checkbox"/> De 3 a 4 salários mínimos – de R\$ 3.020,64 a R\$ 4.027,52 <input type="checkbox"/> De 5 a 6 salários mínimos – de R\$ 5.034,40 a R\$ 6.041,28 <input type="checkbox"/> De 7 a 8 salários mínimos – de R\$ 7.048,16 a R\$ 8.055,04 <input type="checkbox"/> De 9 a 10 salários mínimos – de R\$ 9.061,92 a R\$ 10.068,80 <input type="checkbox"/> Mais de 10 salários mínimos – mais de R\$ 10.068,80	19. Já realizou algum tratamento psicológico ou psiquiátrico? <input type="checkbox"/> Sim Qual (is)? _____ <input type="checkbox"/> Não 20. Já realizou algum tratamento para controle de peso? <input type="checkbox"/> Sim Qual (is)? _____ <input type="checkbox"/> Não

ANEXO E – ESCALA TRANSVERSAL DE SINTOMAS DE NÍVEL 1 AUTOAPLICÁVEL DO DSM-5 – ADULTO

Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 – Adulto

Nome: _____ Data: _____

Instruções: As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo perturbado. Para cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos problemas descritos a seguir durante as **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

			Nada (de modo algum)	Muito Leve (raramen- te, menos de um ou dois dias)	Leve (vários dias)	Moder- ado (mais da metade)	Grave (quase todos os dias)	Maior Pontuaç- ão no Domínio (clínico)
I.	1.	Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3	4	
	2.	Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Sentiu-se mais irritado, mal-humorado ou zangado do que o usual?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?	0	1	2	3	4	
	5.	Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o usual?	0	1	2	3	4	
IV.	6.	Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?	0	1	2	3	4	
	7.	Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?	0	1	2	3	4	
	8.	Evitou situações que o deixam ansioso?	0	1	2	3	4	
V.	9.	Dores e sofrimento sem explicação (p.ex., cabeça, costas, articulações, abdome, pernas)?	0	1	2	3	4	
	10.	Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?	0	1	2	3	4	
VI.	11.	Pensamentos de ferir a si mesmo?	0	1	2	3	4	
VII.	12.	Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?	0	1	2	3	4	
	13.	Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?	0	1	2	3	4	
VIII.	14.	Problemas com o sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?	0	1	2	3	4	
IX.	15.	Problemas com a memória (p. ex., aprender informações) ou com localização (p.ex., encontrar o caminho para casa)?	0	1	2	3	4	
X.	16.	Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?	0	1	2	3	4	
	17.	Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?	0	1	2	3	4	
XI.	18.	Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?	0	1	2	3	4	

XII.	19.	Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?	0	1	2	3	4	
	20.	Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?	0	1	2	3	4	
XIII.	21.	Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?	0	1	2	3	4	
	22.	Fumou cigarros, charutos ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?	0	1	2	3	4	
	23.	Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que prescrito (p. ex., analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam] ou drogas, como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas [como ecstasy], alucinógenos, [como LSD], heroína, inalantes ou solventes [como cola] ou metanfetamina [ou outros estimulantes])?	0	1	2	3	4	

ANEXO F – EMOTIONAL EATING SCALE (EES)

EES

(Arnou, Kenardy, & Agras, 1995)

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

Instruções: Todos nós respondemos a diferentes emoções de diferentes maneiras. Alguns tipos de emoções levam as pessoas a experimentar um forte desejo de comer. Por favor, indique a intensidade da vontade que tem de comer alguma coisa quando você sente cada uma das emoções listadas abaixo:

	0 Nenhuma vontade de comer	1 Pouca vontade de comer	2 Moderada vontade de comer	3 Forte vontade de comer	4 Irresistível vontade de comer
1. Magoado (a)					
2. Desanimado (a)					
3. Inseguro (a)					
4. Exausto (a)					
5. Inadequado (a)					
6. Empolgado(a)/ Excitado(a)					
7. Revoltado (a)/ indignado(a)					
8. "Pra baixo"/ melancólico(a)					
9. Tenso(a)					
10. Triste					
11. Apreensivo(a)					
12. Irritado (a)					
13. Enciumado (a)					
14. Preocupado (a)					
15. Frustrado (a)					
16. Sozinho (a)					
17. Furioso (a)					
18. "No limite"					
19. Confuso (a)					
20. Nervoso (a)/ ansioso(a)					
21. Irado (a)/brabo(a)					
22. Culpado (a)					
23. Entediado (a)					
24. Desamparado (a)					
25. Chateado (a)					

ANEXO G – ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (ECAP)

ECAP

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

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

1

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

2

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

3

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

4

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

5

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

6

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

7

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

8

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

#9

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

#10

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

#11

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

#12

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

#13

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

#14

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

#15

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

#16

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

ANEXO H – INTUITIVE EATING SCALE (IES-2)

IES-2

(Tylka, & Van Diest, 2013)

(Tradução e Adaptação Brasileira: Lucena-Santos, Oliveira & Pinto Gouveia, 2014)

Instruções: Por favor, circule em cada item a resposta que melhor caracteriza suas atitudes ou comportamentos.

1= Discordo fortemente	2= Discordo	3= Não concordo nem discordo	4= Concordo	5= Concordo fortemente	
1. Eu tento evitar alimentos com alto teor de gordura, carboidratos ou calorias.	1	2	3	4	5
2. Eu me “pego” comendo quando estou me sentindo emotivo (por exemplo, ansioso, deprimido, triste), mesmo quando não estou fisicamente com fome.	1	2	3	4	5
3. Eu me permito comer quando estou com um desejo intenso por certo alimento.	1	2	3	4	5
4. Fico irritado comigo quando como algo não saudável.	1	2	3	4	5
5. Eu me “pego” comendo quando me sinto sozinho, mesmo quando não estou com fome.	1	2	3	4	5
6. Eu confio no meu corpo para saber QUANDO devo comer.	1	2	3	4	5
7. Eu confio no meu corpo para saber O QUE devo comer.	1	2	3	4	5
8. Eu confio no meu corpo para saber O QUANTO devo comer.	1	2	3	4	5
9. Não me permito comer alimentos que eu considero proibidos.	1	2	3	4	5
10. Eu como para me sentir melhor quando tenho emoções negativas.	1	2	3	4	5
11. Eu me “pego” comendo quando estou estressado, mesmo não estando com fome.	1	2	3	4	5
12. Sou capaz de lidar com minhas emoções negativas (como ansiedade, tristeza, etc.) sem recorrer à comida para me sentir melhor.	1	2	3	4	5
13. Quando me sinto entediado, eu como só para ter algo para fazer.	1	2	3	4	5
14. Quando me sinto sozinho, eu NÃO recorro à comida para me sentir melhor.	1	2	3	4	5
15. Eu encontro outras maneiras de lidar com o estresse e a ansiedade além da comida.	1	2	3	4	5
16. Eu sempre me permito comer o que desejo.	1	2	3	4	5
17. Eu NÃO sigo dietas ou planos alimentares que determinam o que, quando e/ou quanto comer.	1	2	3	4	5
18. Na maior parte das vezes, eu desejo comer alimentos nutritivos.	1	2	3	4	5
19. Na maior parte das vezes, eu como alimentos que fazem meu corpo funcionar de forma eficiente.	1	2	3	4	5
20. Na maior parte das vezes, eu como alimentos que dão energia e vigor ao meu corpo.	1	2	3	4	5
21. Eu me baseio nos sinais de fome do meu corpo para saber QUANDO COMER.	1	2	3	4	5
22. Eu me baseio nos sinais de saciedade do meu corpo para saber QUANDO PARAR DE COMER.	1	2	3	4	5
23. Eu confio no meu corpo para saber quando parar de comer.	1	2	3	4	5

ANEXO I – MINDFUL EATING QUESTIONNAIRE (MEQ)

MEQ

(Framson et al., 2009)

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

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

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

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

ANEXO J – DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21)



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde

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

Instruções

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

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

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

ANEXO K – DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SCALE (DERS)

DERS

(Gratz, K. & Roemer, L., 2004)

(Adaptação Cancian, A., Schuster, L., Irigaray, T. & Oliveira, M., 2016)

Por favor, indique a frequência que as frases a seguir se aplicam a você, escrevendo o número apropriado conforme escala abaixo ao lado de cada item.

Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maior parte do tempo (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
1	2	3	4	5

- _____ 1) Para mim, os meus sentimentos são claros.
- _____ 2) Presto atenção à forma como me sinto.
- _____ 3) Experiencio minhas emoções como intensas e fora de controle.
- _____ 4) Não faço ideia de como me sinto.
- _____ 5) Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos.
- _____ 6) Eu observo cuidadosamente meus sentimentos.
- _____ 7) Sei exatamente como me sinto.
- _____ 8) Importo-me com aquilo que sinto.
- _____ 9) Sinto-me confuso (a) com a forma como me sinto.
- _____ 10) Quando estou chateado(a), reconheço as minhas emoções.
- _____ 11) Quando estou chateado (a), fico zangado (a) comigo mesmo (a) por me sentir assim.
- _____ 12) Quando estou chateado (a), fico constrangido(a) por me sentir assim.
- _____ 13) Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em completar tarefas.
- _____ 14) Quando estou chateado (a), fico descontrolado (a).
- _____ 15) Quando estou chateado (a), acredito que vou continuar assim por muito tempo.
- _____ 16) Quando estou chateado(a), acredito que vou acabar ficando muito deprimido (a).
- _____ 17) Quando estou chateado (a), acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.

Quase nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maior parte do tempo (66-90%)	Quase sempre (91-100%)
1	2	3	4	5

- _____ 18) Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em focar a minha atenção em outras coisas.
- _____ 19) Quando estou chateado (a), sinto-me descontrolado (a).
- _____ 20) Quando estou chateado (a), sou capaz de continuar a fazer o que tenho para fazer.
- _____ 21) Quando estou chateado (a), sinto-me envergonhado (a) por me sentir assim.
- _____ 22) Quando estou chateado (a), eu sei que vou acabar descobrindo uma maneira de me sentir melhor.
- _____ 23) Quando estou chateado (a), sinto-me como se eu fosse fraco (a).
- _____ 24) Quando estou chateado (a), sinto que continuo podendo controlar os meus comportamentos.
- _____ 25) Quando estou chateado (a), sinto-me culpado (a) por me sentir assim.
- _____ 26) Quando estou chateado(a), tenho dificuldades de concentração.
- _____ 27) Quando estou chateado (a), tenho dificuldades em controlar os meus comportamentos.
- _____ 28) Quando estou chateado (a), acredito que não há nada que possa fazer para me sentir melhor.
- _____ 29) Quando estou chateado (a), fico irritado (a) comigo mesmo (a) por me sentir assim.
- _____ 30) Quando estou chateado (a), começo a me sentir mal comigo mesmo (a).
- _____ 31) Quando estou chateado (a), acredito que me afundar nesse estado é a única coisa que posso fazer.
- _____ 32) Quando estou chateado (a), perco o controle sobre os meus comportamentos.
- _____ 33) Quando estou chateado (a), tenho dificuldade em pensar em qualquer outra coisa.
- _____ 34) Quando estou chateado(a), reservo um tempo para descobrir o que realmente estou sentindo.
- _____ 35) Quando estou chateado (a), passa muito tempo até que me sinta melhor.
- _____ 36) Quando estou chateado (a), as minhas emoções são muito intensas.

ANEXO L – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

Submission Confirmation for Equivalência semântica da versão em português (Brasil) da Difficulties in Emotion Regulation Scale



Entrada x



Jornal Brasileiro de Psiquiatria <em@editorialmanager.com>

14 de jul



para mim

Dear Mrs Maciel Cancian,

Your submission entitled "Equivalência semântica da versão em português (Brasil) da Difficulties in Emotion Regulation Scale" has been received by Jornal Brasileiro de Psiquiatria

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://jbp.edmgr.com/>.

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

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

A manuscript number has been assigned to Equivalência semântica da versão em português (Brasil) da Difficulties in Emotion Regulation Scale



Entrada x



Jornal Brasileiro de Psiquiatria <em@editorialmanager.com>

25 de jul



para mim

CC: lucas.schuster@acad.pucrs.br, tatiana.irigaray@pucrs.br, marga@pucrs.br

Dear Mrs Maciel Cancian,

Your submission entitled "Equivalência semântica da versão em português (Brasil) da Difficulties in Emotion Regulation Scale" has been assigned the following manuscript number: JBP-D-16-00062.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://jbp.edmgr.com/>.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Leonardo F Fontenelle, M.D., Ph.D.
Editor-in-Chief

...