

ARTIGO ORIGINAL

Terapia Focada na Compaixão para pessoas com obesidade: um estudo de viabilidade

Compassion Focused Therapy for people with obesity: a feasibility study

Terapia Centrada en la Compasión para personas con obesidad: un estudio de viabilidad

Nazaré de Oliveira Almeida ^a, Carmem Beatriz Neufeld ^a

^a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Laboratório de pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental (LaPICC-USP-RP) – Ribeirão Preto/SP – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20220009

Resumo

A epidemia mundial de obesidade nas últimas décadas, as previsões pessimistas dessa tendência e o insucesso dos programas de emagrecimento tornam necessárias pesquisas de intervenções que possam reverter esse quadro. Nesse contexto surge a Terapia Focada na Compaixão (TFC) como uma proposta integradora que, no caso da obesidade, visa melhorar a relação com o corpo e com a alimentação, além de outros benefícios. Ela é uma abordagem de tratamento transdiagnóstico que visa consolidar a autocompaixão e reduzir o sentimento de vergonha. O objetivo deste estudo foi analisar a viabilidade do programa de TFC para pessoas com obesidade com a intenção de planejar um futuro ensaio clínico randomizado. O programa foi realizado com 12 participantes oriundos de uma lista de um programa de emagrecimento. A análise de viabilidade consistiu na criação e verificação de 10 categorias, por exemplo, recrutamento, adesão, assimilação de conteúdos e prática, entre outros. Após a intervenção, verificou-se a necessidade de modificação e adequação de uma categoria. Além de benefícios em relação à saúde mental e alguma perda de peso, a intervenção apresentou ampla aceitação por parte dos participantes, terapeuta e supervisora, demonstrando sua viabilidade para posterior condução do ensaio clínico randomizado que visa avaliar a eficácia da intervenção.

Palavras-chaves: Viabilidade; Obesidade; Terapia focada na compaixão; Alimentação transtornada

Abstract

The global obesity epidemic in recent decades, the pessimistic forecasts of this trend and the failure of weight loss programs make it necessary researches of interventions that can reverse this picture. In this context, Compassion Focused Therapy (CFT) emerges as an integrative proposal that, in the case of obesity, aims to improve the relationship with the body and with food. It is a transdiagnostic treatment approach that aims to consolidate self-compassion and reduce the feeling of shame. The aim of this study was to analyze the feasibility of the CFT program for people with obesity with the intention of planning a future randomized clinical trial. The program was carried out with 12 participants from a list of a weight loss program. The feasibility analysis consisted of creating and verifying 10 categories, for example, recruitment, adherence, assimilation of content and practice, among others. After the intervention, the need for modification and adequacy of a category was verified. In addition to benefits in relation to mental health and some weight loss, the intervention was widely accepted by the participants, therapist and supervisor, demonstrating its feasibility for further conducting the randomized clinical trial that aims to assess the effectiveness of the intervention.

Keywords: Empathy; Obesity; Psychotherapy

Resumen

La epidemia mundial de obesidad en las últimas décadas, las predicciones pesimistas de esa tendencia y el fracaso de los programas de adelgazamiento hacen necesarias investigaciones de intervenciones que puedan revertir este cuadro. En este contexto, la Terapia Centrada en la Compasión (TCC) surge como una propuesta integradora que, en el caso de la obesidad, tiene como objetivo mejorar la relación con el cuerpo y con la comida, entre otros beneficios. Es un enfoque de tratamiento transdiagnóstico que tiene como objetivo consolidar la autocompasión y reducir el sentimiento de vergüenza. El objetivo de este estudio fue analizar la viabilidad del programa TCC para personas con obesidad con la intención de planificar un futuro ensayo clínico aleatorizado. El programa se llevó a cabo con 12 participantes de una lista de un programa de adelgazamiento. El análisis de factibilidad consistió en crear y verificar 10 categorías, por ejemplo, reclutamiento, adherencia, asimilación de contenido y práctica, entre otras. Después de la intervención, se verificó la necesidad de modificación y adecuación de una categoría. Además de los beneficios en relación con la salud mental y cierta pérdida de peso, la intervención fue ampliamente aceptada por los participantes, el terapeuta y el supervisor, lo que demostró su viabilidad para seguir llevando a cabo el ensayo clínico aleatorizado que tiene como objetivo evaluar la efectividad de la intervención.

Palabras clave: Empatía; Obesidad; Psicoterapia

Introdução

A obesidade é considerada pela OMS¹ um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, um estado de epidemia global. Nas últimas décadas, cerca de 200 milhões de homens, 300 milhões de mulheres e 40 milhões de crianças com menos de cinco anos, o que representa 10% da população, atingiram graus

preocupantes de obesidade. Sua prevalência mundial mais que dobrou entre 1980 e 2014 e, para 2025, a obesidade está projetada em 700 milhões de adultos e 75 milhões de crianças. Um dos principais fatores de risco para obesidade e transtornos alimentares é a insatisfação corporal. Pessoas com obesidade apresentam níveis mais elevados de insatisfação corporal do que pessoas com peso eutrófico^{2,3}. Comumente elas têm crenças disfuncionais sobre o próprio corpo, incluindo julgamentos distorcidos sobre seu tamanho e forma, bem como a frequente discrepância percebida entre o corpo ideal e o real^{4,5}.

A Terapia Focada na Compaixão (TFC) é uma das abordagens psicoterapêuticas que propõe a regulação da relação do cliente com o seu corpo e com a sua alimentação. Desenvolvido por Paul Gilbert (2009)^{6,7} como uma abordagem de tratamento transdiagnóstico que visa construir a autocompaixão e reduzir o sentimento de vergonha, visa desenvolver um sistema de suporte interno que antecede o envolvimento com o conteúdo interno doloroso. Seu modelo considera o sentimento de vergonha e a autocrítica centrais para a manutenção de psicopatologias. Segundo o modelo evolutivo, em situações de ameaça social, abuso ou hostilidade, a autocrítica é uma estratégia adaptativa, e está associada ao sentimento de vergonha, derrota, rejeição e perseguição social, tendo sua origem na memória de eventos ameaçadores.

A abordagem da TFC à compaixão se inspira em práticas e filosofia budistas do alívio do sofrimento e também no evolucionismo, neurociências, psicologia social e neuropsicofisiologia de dar e receber cuidados^{7,12,32}. Sentir-se cuidado, aceito e ter um sentido de pertencimento e afiliação com os outros é fundamental para a maturação fisiológica e bem-estar do ser humano^{7,12,32}. Estes estão ligados a tipos particulares de afeto positivo que estão associados ao bem-estar e a um aumento da produção e liberação de neurohormônios como endorfina e ocitocina, os quais promovem sentimentos e sensações de calma, distintas daquelas emoções ativadoras da psicomotricidade associadas à realização, excitação e busca de recursos^{7,12,32}. Estas sensações de foco em realizações podem ser distintas da sensação positiva de bem-estar, contentamento e segurança, inclusive por que estão menos associadas à prevenção e tratamento dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse⁷.

No contexto dos transtornos alimentares, Goss e Gilbert (2002)⁸ propuseram que o sentimento de vergonha poderia estar subjacente aos sintomas de restrição alimentar, compulsão e purgação e que o transtorno também poderia ser visto como uma tentativa de autoproteção para regular tal sentimento. Apoiados no modelo psicopatológico da TFC, eles sugerem que, no curto prazo, os comportamentos típicos desses transtornos podem promover algum conforto, mas, a médio e longo prazo, intensificam o sofrimento, principalmente por perpetuarem a crença de que se é diferente, inadequado, sem controle, defeituoso ou nojento. De acordo com o modelo da TFC, o desenvolvimento da autocompaixão é a única forma desses pacientes romperem com esses ciclos não adaptativos e prevenir a recaída⁹.

O estresse e a ansiedade podem aumentar a sensação de fome e resultar na preferência por alimentos ricos em gordura e açúcar¹⁰, como estratégia de enfrentamento para distrair esses estados desagradáveis, como também ocorre na depressão, na qual há uma falta de motivação para se envolver em comportamentos saudáveis¹¹. Em geral, estudos sobre a eficácia da TFC demonstraram que, após a intervenção, os pacientes apresentam redução significativa dos sintomas depressivos, ansiedade, vergonha, autocrítica e comportamentos

submissos, bem como aumento da capacidade de autocontenção e compaixão por si mesmo¹². A autocompaixão e essas condições psicológicas têm uma forte relação inversa¹³, sendo a primeira preditora da segunda, sendo também associada a menos ruminação, perfeccionismo e medo do fracasso¹⁴. Nesse sentido, a autocompaixão é promissora como forma de abordar alguns dos fatores de risco psicológicos relacionados à obesidade.

Outra abordagem importante para a alimentação transtornada é a Alimentação Intuitiva, a qual visa fazer com que a pessoa observe, perceba e atenda às necessidades de seu próprio corpo. A autocompaixão é um princípio transversal da Alimentação Intuitiva. A Alimentação Intuitiva é um programa estruturado de autocuidado para a alimentação que integra instinto, emoção e pensamento racional. Foi criada em 1995 por duas nutricionistas chamadas Evelyn Tribole e Elyse Resch¹⁵ como um modelo baseado em evidências, cuja premissa fundamental é que, se ouvido, o corpo intuitivamente “sabe” a quantidade e a qualidade do alimento a comer para manter a saúde nutricional e o peso adequado. Este conceito é conhecido como “sabedoria interna” ou “sabedoria do corpo”. Justamente pela convergência com o objetivo da TFC, a Alimentação Intuitiva foi escolhida como psicoeducação alimentar para complementar o grupo de comparação com o grupo de intervenção.

O objetivo deste estudo foi analisar a viabilidade de uma intervenção de TFC para pessoas com obesidade, testando e refinando sua proposta, a fim de informar o modelo definitivo subsequente para o ensaio clínico randomizado. Os objetivos específicos são avaliar os efeitos da intervenção em sintomas de depressão, ansiedade e estresse, compulsão alimentar, bem como na autoestima, consciência alimentar e autocompaixão. Além disso, a perda de peso.

Método

Contexto da pesquisa

Este foi um estudo de viabilidade de a intervenção que aconteceu em julho e agosto de 2019, no Espaço Roberta Ferreira, localizado na Rua Jorge Sanwais, n.º 975, Centro, Foz do Iguaçu/PR.

Os participantes foram recrutados a partir de um cadastro de pessoas com diferentes graus de excesso de peso, por meio do qual esperavam ser atendidas em um programa de emagrecimento da empresa Rede Paranaense de Comunicação (RPC) na cidade de Foz do Iguaçu.

Participantes

Para a fase de intervenção, 13 participantes foram selecionados de forma aleatória pelo critério de cálculo estatístico de tamanho de amostra ($n=(N \times n_0)/(N+n_0)$). Após o aceite os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e realizaram a primeira avaliação quantitativa.

Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 e 50 anos, de ambos os sexos, ensino fundamental completo e com obesidade grau 1 (IMC entre 30.0 - 34.9 kg/m²) ou obesidade grau 2 (IMC entre 35.0 - 39.9 kg/m²), segundo a Organização Mundial de Saúde¹, que apresentem alimentação emocional ou vergonha corporal. Os critérios de exclusão foram: transtornos psicóticos, autistas, ideação suicida grave, depressão, ansiedade

ou outros transtornos mentais em estado agudo, avaliados pelo instrumento DASS-21 e pela Entrevista clínica baseada no DSM-5¹⁵.

Intervenção

A intervenção foi baseada no protocolo da Terapia Focada na Compaixão descrito por Paul Gilbert, Nicola Petrochhi e James Kirby¹⁶ em 2019 ([Anexo A](#)). Este protocolo é uma intervenção de grupo de Terapia Focada em Compaixão para pessoas com excesso de peso, o qual foi traduzido e adaptado culturalmente, utilizando-se a metodologia de Reichenheim e Moraes (2007)¹⁷, a qual se baseia nas equivalências: conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração e funcional. O protocolo original compreende 12 sessões semanais de grupo de 2h de duração. Cada sessão era iniciada com uma prática de meditação de compaixão, a qual normalmente conta com uma respiração calmante, ativação do self compassivo pelas qualidades da compaixão (sabedoria, força e compromisso) e, na sequência, o reforço da melhor intenção para estar no grupo: estar aberto para aprender maneiras de se ajudar, apoiar os outros da melhor maneira possível em sua jornada e estar aberto à ajuda das outras pessoas. Depois da prática de abertura, os participantes eram convidados a compartilharem sua experiência durante a semana e também durante a prática de abertura. Depois dessa partilha, a pesquisadora e facilitadora introduzia a psicoeducação do tema da sessão, a qual era seguida de práticas de meditação ou exercício escrito que podia ser feito individualmente e às vezes em pares ou pequenos grupos. Ao final, a sessão era encerrada com nova prática de meditação. Após todas as práticas de meditação ou exercícios havia compartilhamento das vivências pessoais e debate entre os participantes e a facilitadora.

Além da intervenção de Terapia Focada na Compaixão, os participantes, assim que encerraram as 2h de sessão, passaram pela intervenção de Comer Intuitivo ([Anexo B](#)).

Todas as sessões foram realizadas por uma psicóloga (primeira autora) treinada no protocolo e houve supervisão pela orientadora de pesquisa, também psicóloga e doutora em psicologia, a qual acompanhou o processo de pesquisa e análise de dados.

Em cada sessão foram entregues folhetos para discutir conceitos e propiciar reflexões durante a atividade de casa. Além disso, foram indicadas práticas meditativas com o uso de áudios de meditações guiadas. Além disso, durante essas sessões, foram utilizadas metáforas e poesias para trabalhar alguns conceitos.

Medidas de desfecho

Medidas de desfecho primário

Para avaliar a viabilidade pela caracterização da população, recrutamento/consentimento e avaliar as taxas de retenção, determinar a adequação dos instrumentos, avaliar a aceitação da intervenção) os participantes responderam a um formulário de preenchimento anônimo, contemplando questões referentes a diferentes características da intervenção foi entregue aos participantes. As questões tratavam dos seguintes tópicos: local de realização do curso, duração do curso, duração das sessões, temas trabalhados na Terapia

Focada na Compaixão, temas trabalhados na psicoeducação da Alimentação Intuitiva, adequação do conteúdo do manual, assimilação do conteúdo, assimilação das práticas, adequação da terapeuta e desvantagens potenciais. Além do formulário, um grupo focal foi realizado com todos os participantes na semana seguinte ao término da intervenção.

Medidas de desfecho secundário

Para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse, compulsão alimentar, bem como na autoestima, consciência alimentar e autocompaixão, bem como a perda de peso, foram utilizados os seguintes instrumentos antes e depois da intervenção:

- **Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse – DASS-21**

A DASS-21 é um conjunto de três subescalas cada uma contendo 7 itens do tipo Likert, de 4 pontos, de autorresposta. Ela foi desenvolvida por Daza¹⁸. Foi adaptada para o contexto brasileiro por Vignola e colegas¹⁹, que verificaram uma boa consistência interna: os valores do alfa de Cronbach foram, respectivamente, de 0,90 para a depressão, 0,86 para a ansiedade, 0,88 para o estresse e 0,95 para o total das três sub-escalas.

- **Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR**

A EAR foi desenvolvida por Rosenberg²⁰ e adaptada para o contexto brasileiro por Hutz e Zanon²¹, possui dez itens, sendo seis referentes a uma visão positiva de si mesmo e quatro referentes a uma visão autodepreciativa. Foi verificada uma boa consistência interna, com valores do alfa de Cronbach variando entre 0,68 e 0,86.

- **Escala de Compulsão Alimentar – ECAP**

A ECAP foi desenvolvida por Gormally e colegas²² e avalia a existência de episódios de compulsão alimentar em obesos. A Escala foi traduzida e adaptada para o português por Freitas e colegas²³ que encontraram a consistência interna moderadamente alta: alfa de Cronbach=0,85.

- **Questionário de Mindful Eating – MEQ**

O questionário MEQ foi desenvolvido por Framson e colegas²⁴ para avaliar o grau de alimentação consciente do respondente. Ele foi validado para o contexto brasileiro por Lucena-Santos e colegas²⁵ que encontraram a consistência interna de alfa de Cronbach=0,85.

- **Escala de Autocompaixão – SELFCS**

A escala SELFCS foi desenvolvida por Neff²⁶, composta de 26 itens, subdividida seis fatores (seis subescalas) que avaliam autocrítica, calor/compreensão, sobreidentificação, condição humana, isolamento e mindfulness. Foi validada para o contexto brasileiro por Souza e Hutz²⁷ que encontraram a consistência interna de alfa de Cronbach=0,87.

- **Questionário dos Três Fatores da Alimentação – TFEQ-R21**

O TFEQ-R21 foi desenvolvido por Stunkard e Messick²⁸ e traduzido por o português por Natacci e Ferreira²⁹, é uma escala de autorrelato que identifica os seguintes padrões de comportamento alimentar. O valor de coeficiente alfa de Cronbach da escala é de 0,85.

- **IMC**

Foi realizada a caracterização da obesidade, ganho ou perda de peso por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela divisão do peso, medido em quilogramas, pela altura ao quadrado, medida em metros (kg/m²)¹.

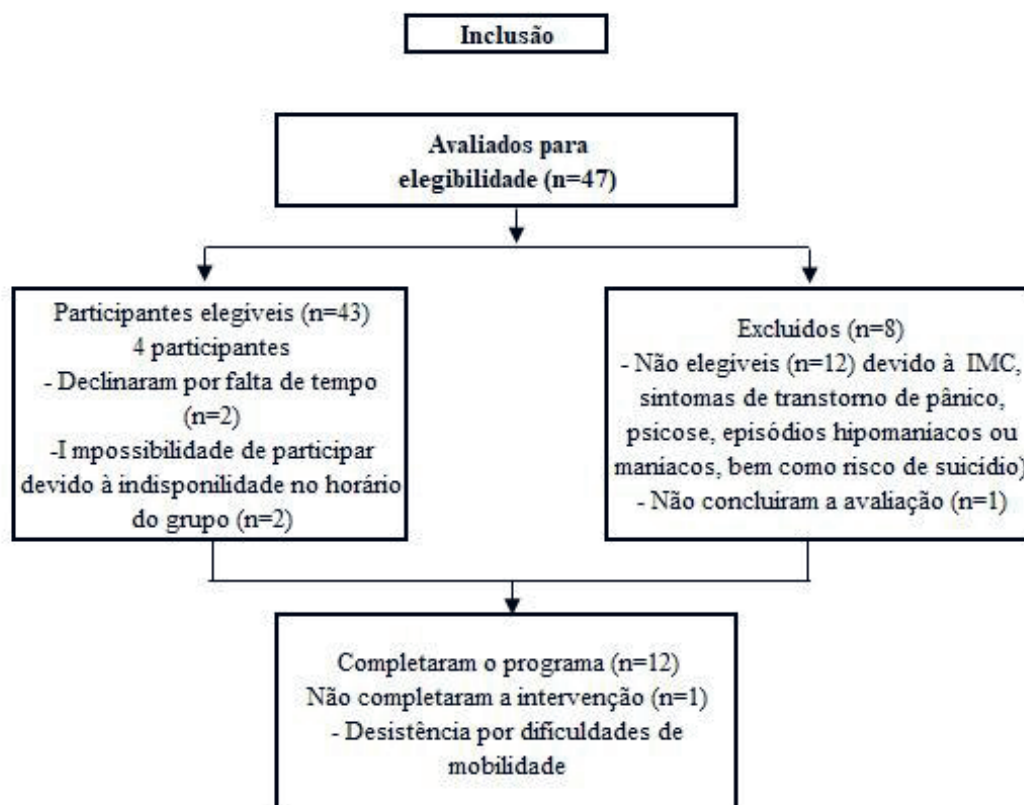
Análise dos dados

Foi utilizada estatística descritiva para descrever as medidas de resultado quantitativo antes, durante e depois da intervenção. Não foram realizadas comparações estatísticas. As transcrições dos grupos focais foram analisadas por tema, usando uma abordagem dedutiva-indutiva combinada.

Resultados e Discussão

O fluxo de participantes ao longo do estudo de viabilidade pode ser visto na Figura 1, segundo as orientações do guia The Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)³⁰.

Figura 1. Diagrama CONSORT do fluxo dos participantes ao longo do estudo



Na Tabela 1 estão descritas algumas variáveis sociodemográficas dos participantes inelegíveis e elegíveis, contemplando a média de idade, escolaridade e se realizavam ou não acompanhamento psiquiátrico no momento da entrevista de triagem.

Tabela 1. *Dados sociodemográficos das participantes inelegíveis e elegíveis.*

	Grupo experimental		
	Total	Completeram	Desistiram
N	13	12	1
Idade média (anos)	44,33	39,17	-
Desvio Padrão (DP)	(11,54)	(10,07)	-
Escolaridade			
Ensino Fundamental completo	2	2	0
Ensino Médio completo	6	6	0
Ensino Superior incompleto	3	3	0
Ensino Superior completo	2	1	1
Fuma	1	0	1
Bebe	2	2	0
Faz uso de medicamento	5	3	1
Uso de medicamento psiquiátrico	2	2	0
Acompanhamento psiquiátrico	2	1	1
Realiza tratamento psicológico	1	0	1
Faz atividade física	4	3	1

Resultados e discussão dos dados quantitativos

Os resultados da aplicação dos instrumentos antes e após a intervenção podem ser vistos na tabela 2.

Tabela 2. *Avaliação antes e após a intervenção*

	PRE		POS		Anova fator duplo com repetição		
	M	DP	M	DP	F	p	F crítico
DASS Depressão	11,33	3,17	3,17	2,08	18,72	0,06*	4,30
DASS Ansiedade	10,58	3,32	3,08	1,68	48,90	5,11*	4,30
DASS Estresse	12,42	6,22	2,83	1,40	27,14	3,17*	4,30
EAR	15,75	4,16	34,58	2,71	17,26	6,83*	4,30
ECAP	4,98	1,73	14,17	4,02	4,48	4,01*	4,30
MEC Desinibição	28,83	1,01	12,50	4,78	13,40	7,87*	4,30
MEC Consciência	26,08	1,51	6,08	5,20	16,41	1,13*	4,30
MEC Estímulos externos	41,42	1,56	9,67	3,80	9,81	1,42*	4,30
MEC Respostas emocionais	14,50	1,38	5,83	2,76	9,47	1,97*	4,30
MEC Distração	10,75	1,29	5,33	1,83	7,05	2,61*	4,30

	PRE		POS		Anova fator duplo com repetição		
	M	DP	M	DP	F	p	F crítico
SCS Mindfulness	25,67	3,11	8,75	3,89	13,84	5,81*	4,30
SCS Humanidade Compartilhada	36,67	1,51	8,67	6,56	20,23	1,42*	4,30
SCS Bondade consigo	54,25	2,60	9,00	8,27	32,71	1,08*	4,30
TFEQ Restrição cognitiva	54,42	3,32	13,17	7,54	30,08	2,56*	4,30
TFEQ Alimentação Emocional	57,50	4,52	15,00	7,98	25,77	1,24*	4,30
TFEQ Descontrole alimentar	87,50	4,52	24,17	9,96	40,21	1,26*	4,30
IMC	35,12	2,12	34,57	2,94	0,16	0,68*	4,30

Legenda: * diferenças significativas

Pode-se verificar que todos os participantes apresentavam grau moderado de depressão, ansiedade e estresse antes da intervenção, avaliado pela escala DAAS-21¹⁹. O programa de Terapia Focada na Compaixão mostrou evidências de eficácia para o tratamento da depressão. Para Gilbert e Procter¹², o treinamento da compaixão reduz a vergonha e a autocrítica, o que alivia os sintomas de depressão e ansiedade. A carta de autocompaixão, por exemplo, melhora o enfrentamento dos eventos da vida e reduz a depressão³³. Isso pode explicar os sintomas de depressão terem diminuído significativamente do valor inicial após a intervenção.

Essas altas taxas de depressão podem ser explicadas pelo histórico de restrição alimentar observada pela escala TREQ-R21²⁹. O ciclo vicioso das dietas pode ser explicado pela ativação do sistema de ameaças e pela queda do humor. O bloqueio e a frustração de impulsos, objetivos e incentivos ativam o sistema de ameaça, produzindo emoções de ansiedade, frustração e raiva, até que o bloqueio seja superado e o objetivo alcançado³¹. Se a meta for abandonada, pode haver uma queda vertiginosa do ânimo, principalmente se as implicações para o "self" fossem intensas, ou seja, se a pessoa se identifica fortemente com o corpo e, portanto, tendo um corpo ideal significa muito. Gilbert³² demonstrou que algumas depressões estão associadas à continuação da busca por objetivos que não podem ser alcançados e ao fracasso em realinhar esses objetivos.

Quanto à autoestima dos participantes, avaliada pela escala EAR²¹, no início do programa era muito baixa em todos eles. No entanto, após o treinamento, os números melhoraram significativamente entre antes e após a intervenção.

No caso da compulsão alimentar, avaliada pela escala ECAP²³, os números também melhoraram significativamente após a intervenção. A autocompaixão pode atuar como um amortecedor contra a alimentação transtornada, o que é em parte consequência da autocrítica e da vergonha do corpo. Para McKinley e Hyde³³, lutar por um peso corporal irreal pode levar a comportamentos disfuncionais de perda de peso, como dietas restritivas, autoavaliação negativa e culpa em resposta a falhas na dieta³⁸. Adams e Leary³⁴ mostram que a culpa pode resultar em excessos como forma de lidar com pensamentos negativos. Indivíduos com autocompaixão são menos autocríticos quando quebram suas dietas e, portanto, são menos propensos a se envolver em excessos desencadeados por autoavaliação negativa.

O grau de alimentação consciente dos participantes, avaliado pela escala MEQ²⁵, foi analisado em suas 5 subescalas: desinibição, consciência, estímulos externos, respostas emocionais e distração. Em todas as subescalas pode-se observar a melhora significativa.

O nível de autocompaixão, avaliado pela escala SELFCS²⁷, também foi analisado em suas 6 subescalas, mas agrupadas em seus opostos: mindfulness (Isolamento e Mindfulness), humanidade compartilhada (Superidentificação e Humanidade comum) e Bondade consigo (Autocrítica severa e Bondade consigo). Da mesma forma que a escala MEQ²⁵, em todas as subescalas aqui pode-se observar a melhora significativa. Albertson e colegas³⁵ demonstraram que a autocompaixão está relacionada à melhora da imagem corporal e existem várias explicações teóricas para isso: a) ser gentil e compreensivo consigo mesmo (Bondade consigo) é inconsistente com a base da insatisfação corporal, que envolve criticar seu próprio corpo; b) uma atitude compassiva pode ajudar a perceber que todos os seres humanos são imperfeitos e que muitas pessoas, em alguma medida, vivenciam inadequações relacionadas ao corpo (humanidade comum), o que pode minimizar a vergonha do corpo; e c) uma visão não crítica e equilibrada (mindfulness) sobre o corpo ajuda a evitar ser oprimido por pensamentos negativos relacionados a características corporais imperfeitas ou emoções de aversão em relação à si mesmo, por exemplo. Berry e colegas³⁶ demonstraram que, além disso, a autocompaixão pode melhorar a valorização e aceitação do corpo, proporcionando às pessoas uma forma alternativa de se valorizarem, ao invés de se engajarem em padrões sociais de atratividade física. Estudos sobre autocompaixão na depressão conduzidos por Gilbert e Procter (2006)⁴², corroborados pelos estudos de Pauley e McPherson (2010)³⁷, descobriram que a maioria das pessoas nunca considerou a possibilidade de ser autocompassiva.

Por sua vez, os padrões de comportamento alimentar, avaliados pela escala TFEQ-R21²⁹, também foram analisados em suas 3 subescalas: Restrição cognitiva, Alimentação emocional e Descontrole alimentar. Também aqui em todas as subescalas pode-se observar a melhora significativa.

Por fim, o IMC passou de uma média (DP) de 35,12 (2,22) para 34,57 (2,94). A perda de peso, um dos objetivos da intervenção, foi alcançada. No entanto, pode aumentar se houver acompanhamento por um período mais longo. Os participantes passaram pelo mesmo processo previsto na literatura básica de programas de alimentação consciente e intuitiva. Deram³⁷ esclarece que é esperado que no processo de recuperação da capacidade de perceber as pistas de saciedade e satisfação, além de dar permissão incondicional para comer, o participante ganhe peso, pois vai compensar o tempo perdido em períodos anteriores de restrição à alimentação. Porém, essa perda, se saudável e convergente com a genética do organismo, é lenta, gradual, mas progressivamente alcançada, na medida em que o alimento se torna consciente e compassivo. Nesse caso, a pessoa come o que e quanto o corpo quer e precisa. Estudos relacionando insatisfação corporal e adesão a comportamentos saudáveis encontraram o primeiro como um preditor de atrito e controle de peso malsucedido em 1 ano de monitoramento do programa de perda de peso³⁹. Além disso, Adams e Leary³⁴ demonstraram uma relação positiva entre autocompaixão e hábitos alimentares saudáveis e que a autocompaixão ajuda a focar nos objetivos de longo prazo da alimentação saudável, pois favorece uma autoavaliação mais realista que

ajuda a reconhecer possibilidades de melhoria e minimizam sua experiência de afeto negativo, influenciando o progresso das metas.

Resultados e discussão dos dados qualitativos

Avaliações de aceitação e viabilidade da intervenção pelos participantes e terapeuta/supervisor

Para avaliar as opiniões dos participantes pós-intervenção, eles foram convidados a conduzir um grupo focal transversal, seguindo um guia temático que incluía opiniões sobre a aceitabilidade do programa e sua implementação. Todos os processos foram gravados e transcritos digitalmente na íntegra.

Para avaliar a opinião do terapeuta e do supervisor, foram realizadas reuniões do estudo sobre os dados quantitativos e qualitativos coletados dos participantes, bem como as percepções do terapeuta. Esses estudos seguiram a discussão e o consenso.

Pontos de vista dos participantes sobre a aceitabilidade da intervenção e da pesquisa

Os itens do formulário anônimo e das entrevistas são resumidos e ilustrados com exemplos de citações identificadas entre aspas e os participantes (identificados apenas pelas iniciais de seus nomes devido à necessidade de preservar o anonimato), quando relevantes, na tabela 3.

Tabela 3. Aceitabilidade da intervenção e pesquisa por parte do participante

Item	Aceitabilidade	Comentários dos participantes
Local de realização	100%	“com cara de casa de vó por causa dos tapetes, almofadas e cortinas” (BA)
Duração do grupo	91,67%	“eu não queria que o grupo acabasse, porque aqui posso errar, posso fazer e ser quem eu sou, me aceitar e me amar” (SA) “eu preciso fazer ainda muitos exercícios para me permitir comer sem culpa” (PS)
Duração das sessões	83,33%	“a gente passa a semana inteira esperando chegar o dia de chegar o encontro. Dá vontade de ter todo dia o encontro” (MS) “a gente quer falar tudo o que acontece com a gente por que é gostoso saber que podemos ter prazer em tudo na vida” (LU)
Temas abordados na Terapia Focada na Compaixão	83,33%	
Temas trabalhados na psicoeducação da Alimentação Intuitiva	66,67%	
Adequação do conteúdo da apostila do participante	66,67%	“eu nunca imaginei na minha vida que nós deveríamos ser bons pra nós mesmos. Onde é que eu posso aprender mais disso?” (RS) “o que eu aprendi na igreja e com os meus pais é que não posso pensar em mim. Inclusive em todas as clínicas de emagrecimento que eu já fui, a primeira coisa que a psicóloga pergunta pra gente toda semana é: e aí? Conseguiu fazer a dieta esta semana?” (BA)
Assimilação das práticas	58,33%	“na vida real as coisas são diferentes. As pessoas não vão falar doces com a gente” (AO)

Item	Aceitabilidade	Comentários dos participantes
Adequação do terapeuta	100%	
Desvantagens potenciais da intervenção*		<p>“estou muito chateada por que minhas roupas não estão entrando” (RS)</p> <p>“estou muito triste por que eu estou engordando igual a uma baleia” (AA)</p> <p>“não esperava que fosse engordar tanto” (AP)</p> <p>“não estou falando, se eu tivesse comendo menos eu não teria engordado. Estou feia igual a Fiona” (BA)</p>

* Esta provável desvantagem de ganho de peso é prevista na literatura³⁷ e é mantida por cerca de 1 ano e após isso há uma progressiva perda de peso se esta perda for saudável.

Refinamentos para especialização da intervenção

Pontos de vista da terapeuta e supervisora

A terapeuta e a supervisora (orientadora da pesquisa) elegeram os seguintes tópicos de análise de intervenção: *recrutamento, critérios de elegibilidade, triagem, adesão ao tratamento, adesão aos exercícios de casa, duração das sessões e exercícios/meditações, possibilidade de minimizar os sintomas de compulsão alimentar, depressão, ansiedade, estresse, alimentação emocional*, bem como melhorar os *estados autocompaixão*, além da *perda de peso*. Esses itens estão resumidos abaixo.

Os itens do consenso são resumidos na tabela 4 com comentários do consenso, quando relevantes.

Tabela 4. Aceitabilidade da intervenção e pesquisa por parte do participante

Item	Aceitabilidade
Recrutamento	Sim
Crítérios de elegibilidade	Sim
Triagem	Sim
Adesão ao tratamento	Sim
Adesão aos exercícios de casa	Sim
Duração das sessões e exercícios/meditações	Não*
Possibilidade de minimizar os sintomas e melhora em estado de autocompaixão e perda de peso	Sim
Fidelidade à implementação	Sim

* A realização destas práticas girou em torno de 53%, faixa superior à média brasileira, o que pode indicar uma boa adesão à intervenção. Rees e colegas⁴⁰ demonstraram que a qualidade e quantidade de tarefa de casa realizada prediz resultados nas medidas de depressão, ansiedade e qualidade de vida. Considerando estes dados, a adesão às tarefas de casa do grupo pode ter sido preditores de resultados nas medidas.

Alguns aspectos da avaliação qualitativa são ainda importantes. O primeiro deles é em relação às emoções. É previsto que a TFC mobilize emoções intensas e memórias, muitas vezes, remotas não acessadas. Neste contexto, principalmente raiva encoberta aflorada pode ser mal interpretada pelos participantes. Muitas

peças podem considerar que estão piorando, outras achar que estão reagindo mal. Contudo, segundo Neff e colegas¹⁴, se estes sentimentos estão aparecendo, é sinal que a cura está começando. Gilbert³² demonstrou que algumas pessoas sentem raiva, mas temendo-a, preferem inibi-la. Gilbert⁶ sugere explorar a possibilidade da autocrítica e do ódio a si mesmos ligados a sentimentos de hostilidade não processados e temidos em relação aos outros. Além disso, apesar de sua natureza biológica saudável, a raiva é uma emoção socialmente condenada e, por isso, ao senti-la pode ser que seja seguida da vergonha, pois a necessidade de pertencer e então ser aceito no grupo é imperativa.

Outro aspecto é relacionado ao medo da compaixão. Sabe-se que esse é um fenômeno previsto principalmente quando se inicia uma intervenção de treinamento de compaixão e autocompaixão. Ele pode, segundo Gilbert⁶, estar associado a várias metacognições: autoindulgência, fraqueza, não merecimento ou catastrofização e pode ser de três tipos: medo de ser compassivo com os outros, medo de aceitar e estar aberto à compaixão dos outros e medo de ser compassivo consigo mesmo. Apesar do mal-estar promovido pelo autocrítico e vergonha e sua associação com o estresse, ansiedade e depressão, diante do medo da compaixão, as pessoas muitas vezes consideram que embora aprender a ser autocompassivo possa ser extremamente útil, elas consideram extremamente difícil porque sua identidade com a autocrítica, especialmente quando da presença de sintomas de depressão, é intensa. Gilbert⁶ afirma que algumas pessoas consideram que desenvolver a autocompaixão criaria uma mudança tão grande na autoidentidade relacionada com a autoantipatia criada pela depressão, que seria difícil se equilibrar. O proponente da TFC salienta que é necessário desenvolver melhor compreensão e mais pesquisas sobre os complexos blocos, barreiras e resistências ao desenvolvimento da autocompaixão, mas que isto é urgentemente necessário⁶. Na condução do grupo estudado, a terapeuta percebeu diversas manifestações do medo da compaixão. Muitas vezes, ele foi abordado diretamente, seguido de insight do participante, por exemplo. “Eu estou bem chateada por que eu estou ficando relaxada. Eu estou comendo todos os dias o que eu quero” (SA); “mas você pode e deve comer o que tem vontade. Se lembra que sua vontade vem do seu corpo e ele sabe informar o que você precisa? E isto envolve o prazer de comer aquilo que é gostoso!” (Terapeuta); “então, eu não fiz errado?” (SA); “claro que não! Você está aprendendo a ‘escutar’ novamente (da mesma forma nós todos sabíamos quando éramos crianças) os seus sinais de fome, saciedade e satisfação!”; “ai, que gostoso ouvir isso...” (SA), dando um sorriso. Entretanto, algumas vezes a abordagem não foi suficiente para quebrar a barreira, por exemplo: “eu não posso comer nenhum chocolate, senão eu não páro!” (BA); “mas você pode experimentar comer lentamente saboreando e se dando o prazer de comer o que você gosta. Você pode se surpreender com sua satisfação sendo alcançada no segundo ou terceiro pedaço” (Terapeuta). “Eu não posso fazer isso. Fui tentar na semana passada e comi 3 barras completas” (BA); “e você saboreou da forma que eu ensinei?”; “sim e minha vontade não passava nunca” (BA). De fato, na TFC, a abordagem do medo da compaixão requer cuidado, muita reflexão e acordos de colaboração⁷.

Em relação à fidelidade à implementação, mindfulness e intervenções baseadas na compaixão, e em qualquer abordagem teórica da psicologia, consideram que todas as psicoterapias devem ser conduzidas de uma forma compassiva que seja respeitosa, solidária e gentil com as pessoas⁷, o que faria impossível controlar

o efeito de um estudo como este, pois para atingir os benefícios do programa, o vínculo com o terapeuta deve contemplar os elementos da compaixão. Principalmente no caso de TFC, entre as habilidades que um terapeuta de TFC deve desenvolver, a voz afetuosa, sustentada por uma atitude compassiva, é a principal⁶. Desta forma, o forte vínculo do grupo com o terapeuta também pode ser explicado pela atitude compassiva necessária do terapeuta para com os pacientes para a realização da TFC.

Conclusão

Os resultados deste estudo sustentam a viabilidade e aceitabilidade de prosseguir para o estudo principal. A intervenção atingiu razoavelmente os objetivos esperados. Em particular, não foram identificados problemas com recrutamento, avaliação de elegibilidade, sessões e trabalhos de casa. Uma variedade de medidas foi aplicada de forma eficiente e conseguindo uma coleta suficiente. Foi realizada avaliação qualitativa, além de qualitativa com os participantes, a fim de obter a percepção da intervenção. Melhorias para intervenções futuras foram identificadas, mas nada que exigisse mudanças substanciais.

O sucesso deste estudo de viabilidade, relatado de acordo com os principais elementos da lista de verificação de orientação em estudos piloto randomizados (CONSORT), reflete o processo de desenvolvimento iterativo completo. Este processo garantiu que a intervenção fosse testada e o modelo desenvolvido de forma aceitável e de acordo com as necessidades. Por fim, é dada ênfase especial à força dos dados das medidas de resultados e aos relatos dos participantes relacionados à satisfação da intervenção.

Embora a viabilidade do serviço seja confirmada e as medidas tomadas sejam aprovadas, os desafios da cegueira e a vontade dos participantes de serem recrutados para um estudo randomizado não foram explorados neste estudo de viabilidade. Essas incertezas serão analisadas e evitadas no RCT final. Outra limitação é a abordagem do fenômeno do medo da compaixão e o provável ganho de peso inicial seguido da provável perda de peso.

Os achados decorrentes da intervenção no presente estudo demonstram que ela é viável em um sistema maior, em amostras semelhantes de pessoas com obesidade no resto do Brasil e no mundo.

O recrutamento ocorreu de forma equilibrada em todos os níveis, mesmo quando excluídos os participantes interessados em participar do estudo. O nível de manifestações de interesse sugere que a estimativa da população elegível pode ser reavaliada para o estudo principal no futuro.

Para refinar a especialização da intervenção, vale considerar a introdução de uma avaliação quantitativa do fenômeno do medo da compaixão, bem como a revisão da intervenção de nutrição.

Considerações éticas e registro do estudo

Esse estudo cumpre as exigências éticas de pesquisa conforme a resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo n. CAAE: 07725119.4.0000.5407

e registro do ensaio clínico randomizado inscrito na Plataforma REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) em 25 de julho de 2019 sob o registro RBR-10x3sdwq

Referências

1. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2010. Geneva. 2010.
2. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*. 2006; 21(6), 770–782.
3. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Facts*. 2016; 9(6), 424–441.
4. Cash TF, Szymanski ML. The development and validation of the body-image ideals questionnaire. *Journal of Personality Assessment*. 1995; 64 (3), 466–477. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6403_6.
5. Dounchis JZ, Hayden HA, Wilfley DE. Obesity, body image, and eating disorders in ethnically diverse children and adolescents. In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment* (pp. 67–98). 2001; Didcot: Taylor Francis.
6. Gilbert P. *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. London, UK: Routledge. 2010.
7. Gilbert P. *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. London: Constable & Robinson. 2009.
8. Goss K, Gilbert P. Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. In Gilbert P, Miles J, editors. *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (pp. 2219-255). 2002. New York: Brunner-Routledge.
9. Kelly AC, Carter, JC, Zuroff DC, Borairi S (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: A preliminary investigation. *Psychotherapy Research*. 2013; 23, 252–264.
10. Dallman MF. Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology & Metabolism*. 2010; 21(3), 159–165.
11. Lazzaretti L, Rotella F, Pala L, Rotella CM. Assessment of psychological predictors of weight loss: how and what for? *World Journal of Psychiatry*. 2015; 5(1), 56–67.
12. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2006; 13, 353-379.
13. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 2012; 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>.
14. Neff KD, Hsieh YP, Dejitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*. 2005; 4 (3), 263–287. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>.
15. First MB et al.. Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5: SCID.SCV versão clínica. Trad. Fernando de Siqueira Rodriguez. revisão técnica: Flávia de Lima Osório, João Paulo Machado de Sousa, José Alexandre de Souza Crippa. Porto Alegre. Artemed. 2017.
16. Gilbert PR, Petrochhi N, Kirby J. Protocolo de Terapia Focada na Compaixão concedido pelos autores. Não publicado. 2020.
17. Reichenheim ME, Moraes CL (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos

- de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):665-73. doi: 10.1590/S0034-89102006005000035
18. Daza P, Novy D, Stanley M, Averill P (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*. 2002; 24(3), 195-205. doi: 10.1023/A:1016014818163
 19. Vignola RC, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. 2014; 155:104-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031
 20. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press. 1989.
 21. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Rosenberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*. 2011; 10(1), 41-49.
 22. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*. 1982; 7:47-55.
 23. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001; 23(4), 215-220.
 24. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *J Am Diet Assoc*. 2009; 109(8):1439-44. doi: 10.1016/j.jada.2009.05.006
 25. Lucena-Santos P. Validação do Questionário de Mindful Eating para população brasileira. Não publicada. 2017.
 26. Neff K. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2. 223-250. doi:10.1080/15298860390209035
 27. Souza LK, Hutz CS. Adaptation of the self-compassion scale for use in Brazil: evidences of construct validity. *Temas em Psicologia*. 2016; 24(1), 159-172.
 28. Stunkard AJ, Messick S. The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res*. 1985; 29(1):71-83.
 29. Natacci LC. The three Factor Eating Questionnaire – R21 (TFEQ – R21): Tradução, aplicabilidade, comparação a um questionário semiquantitativo de frequência de consumo alimentar e a parametros antropométricos. Dissertação (mestrado) – USP/FM/SBD. São Paulo. 2009.
 30. The Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT). 2010. Disponível em: <www.consortstatement.org>. Acessado 13 set. 2017.
 31. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Allen AB, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality Social Psychology*. 2007; 92(5), 887–904. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>.
 32. Gilbert P. *Depression: From psychology to brain state*. London, UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd. 1984.
 33. McKinley NM, Hyde JS. The objectified body consciousness scale development and validation. *Psychology of Women Quarterly*. 1996; 20(2), 181–215.
 34. Adams CE, Leary MR. Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2007; 26(10), 1120–1144. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.10.1120>.
 35. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A

randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*. 2014; 6(3), 444–454. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3>.

36. Berry KA, Kowalski KC, Ferguson LJ, McHugh TLF (2010). An empirical phenomenology of young adult women exercisers body self-compassion. *Qualitative Research in Sport and Exercise*. 2010; 2(3), 293–312.
37. Pauley G, McPherson S. The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy*. 2010; 83, 129–143.
38. Deram S. *O peso das dietas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sextante. 2019.
39. Teixeira PJ, Going SB, Houtkooper LB, Cussler EC, Metcalfe LL, Blew RM, Sardinha LB, Lohman TG. Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women. *International Journal of Obesity*. 2004; 28(9), 1124–1133.
40. Rees C, Mcevoy P, Nathan PR. Relationship Between Homework Completion and Outcome in Cognitive Behaviour Therapy. *Cognitive behaviour therapy*. 2005; 34. doi: 10.1080/16506070510011548

Contribuições: Nazaré de Oliveira Almeida – Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Software;

Carmem Beatriz Neufeld – Análise estatística, Aquisição de financiamento, Gerenciamento de Recursos, Metodologia, Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Validação.

Autor correspondente

Nazaré de Oliveira Almeida

nazareacademico@gmail.com / E-mail alternativo: nazarealmeida@usp.br

Submetido em: 03/06/2021

Aceito em: 01/11/2021

ANEXO A – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO TERAPIA FOCADA NA COMPAIXÃO

Semana	Tema	Fundamento teórico
1	Cérebro Complicado	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Normas fundamentais para trabalhar em conjunto • O que é compaixão? • Entendendo nossa mente complicada • Seis princípios essenciais da TFC • O cérebro complicado • Criando loops na mente • Trazemos o mundo externo para nosso mundo interno • Prática pessoal diária
2	Três círculos	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • O modelo de três círculos • A função da ansiedade • A função da raiva • A função da integração das emoções • A função da calma • Desenhando os próprios três círculos • Emoções no corpo • Variabilidade da frequência cardíaca e o nervo vago • Segurança: conexão e o sistema parassimpático • O modelo de três círculos e motivação • Prática pessoal diária
3	Mindfulness e Ritmo de respiração tranquilizante (Respiração Calmante)	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Ciclo de mindfulness • Comportamento compassivo consciente • Práticas corporais focadas na compaixão • Compaixão debaixo do edredom • Prática pessoal diária
4	Busca de segurança versus sensação de segurança e compaixão pelos outros	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Busca de segurança <i>versus</i> sensação de segurança • O fluxo interativo de compaixão • Construindo a imagem compassiva ideal • Compaixão pelos outros • Prática pessoal diária
5	Self compassivo	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Compaixão como um padrão cerebral • Treinando o self compassivo • Trabalhamos o self compassivo em pares • Uma resposta compassiva a uma situação difícil • Prática pessoal diária
6	Múltiplos Selves	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Descobrimos nossa multiplicidade inata • Explorando os múltiplos selves em detalhes • Integração dos múltiplos selves e as emoções ao self compassivo • Prática pessoal diária
7	Autocriticismo	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Automonitoramento • Análise funcional do autocriticismo • Abraçando o self crítico com o self compassivo • Abraçando o self criticado com o self compassivo • Prática pessoal diária

Semana	Tema	Fundamento teórico
8	Vergonha e culpa	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Natureza da vergonha: histórico evolutivo, experiência corporal, sentimentos, reações comportamentais • Explorando a vergonha em detalhes • Vergonha <i>versus</i> culpa • Vergonha e humilhação • Competências para curar a vergonha: não julgamento, tolerância à angústia, compreensão empática, motivação compassiva • Prática pessoal diária
9	Aprofundando a autocompaixão	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Escrita da carta compassiva • Explorações no espelho • Prática pessoal diária
10	Assertividade compassiva	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Componentes da assertividade compassiva • Expressando apreço um pelo outro • Pedir o que precisamos com assertividade compassiva • Respondendo às críticas com assertividade compassiva • Prática pessoal diária
11	Perdão	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Motivação para compaixão pelos outros • Empatia • Compaixão pelos outros em situações difíceis e perdão • Prática pessoal diária
12	Preparando um futuro compassivo	<ul style="list-style-type: none"> • Introdução • Estratégias de prevenção e emergência • Prevendo um futuro compassivo • Reflexão da experiência • Escrita da carta de gratidão • Prática pessoal diária

ANEXO B - PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO SOBRE COMER INTUITIVO

Semana	Tema
0	<i>Pré-teste e breve prática de mindfulness e compaixão</i>
1	Mentalidade de dieta
2	Rejeitando a mentalidade de dieta
3	Honrando a fome
4	Fazendo as pazes com a comida
5	<i>Testagem intermediária e breve prática de mindfulness e compaixão</i>
6	Desafiando a vigilância de alimentos
7	Sentindo a plenitude
8	Descobrimo o fator satisfação
9	Atendendo as emoções sem usar a comida
10	Respeitando o próprio corpo
11	Sentindo a diferença
12	Nutrição gentil
13	Manutenção
14	Manutenção
15	Manutenção
16	<i>Pos-teste e breve prática de mindfulness e compaixão</i>