



ASSOCIAÇÃO PARADIGMA
CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO

Beatriz Passos Guimarães

Terapia Comportamental Dialética para Compulsão Alimentar:
Um Estudo na População Brasileira

São Paulo

2020



ASSOCIAÇÃO PARADIGMA
CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DO COMPORTAMENTO

BEATRIZ PASSOS GUIMARÃES

**Terapia Comportamental Dialética para
Compulsão Alimentar: Um Estudo na População Brasileira**

Dissertação de mestrado apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada, ao Programa na Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, sob orientação do Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi.

São Paulo
2020

BEATRIZ PASSOS GUIMARÃES

Terapia Comportamental Dialética para Compulsão Alimentar:

Um Estudo na População Brasileira

Dissertação de mestrado apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Análise do Comportamento Aplicada, ao Programa na Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, sob orientação do Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi.

Banca Examinadora

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Local e data _____

Beatriz Passos Guimarães

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador **Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi**, além de ser um excelente orientador foi também um professor, amigo e modelo de profissional competente.

Aos **meus pais**, que são a luz que me ilumina, minhas luzes no fim do túnel (essas são minhas palavras desde 2004 quando tinha 10 anos).

A **minha mãe Heloísa** pelo modelo de amor incondicional, amiga, guerreira e meu maior exemplo de dedicação a ciência, conhecimento e sabedoria.

Ao **meu pai Luiz** pelo modelo de amor incondicional, amigo, artista e meu maior exemplo de professor.

Ao **Guilherme**, meu parceiro, por além compartilhar sua vida comigo, partilha, amor, determinação, força e companheirismo.

Ao **Fellipe** e ao **Gibson** que foram exemplos de profissionais dedicados e fundamentais para a realização desse estudo.

Aos **participantes** dessa pesquisa, pelo comprometimento e carinho com esse estudo.
Serei eternamente grata.

Aos meus admirados **professores** do Paradigma

Aos colegas de Mestrado, especialmente, **Jade, Marília, Pedro e Ste** por compartilhar de momentos especiais nessa fase.

As minhas melhores amigas que sempre me motivaram: **Luiza e Larissa**

Ao meus animais: Serena, Mel e Kitty, pelos momentos de amor e distração

RESUMO

A compulsão alimentar (CA) é caracterizada como a ingestão em um breve período de tempo de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiriam no mesmo período sob circunstâncias semelhantes, acompanhada pela sensação de falta de controle sobre o que, e quanto é comido. Para o diagnóstico de Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA), esses episódios devem ocorrer pelo menos uma vez por semana em um período de três meses e estarem associados a três dos seguintes aspectos: comer mais rapidamente do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo; sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou culpado após comer. Os episódios não podem ser acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso. Diversos estudos apontam a Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behavior Therapy* – DBT) como opção baseada em evidência para o tratamento de TCA. Em vista disso, o presente estudo tem por objetivo avaliar o efeito da DBT para TCA conforme o manual de Safer. O estudo foi realizado replicando o manual das diretrizes de Safer baseado na DBT padrão em cinco participantes. Os instrumentos de mensuração utilizados foram a Escala de Compulsão Alimentar periódica (ECAP); Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP-R); Escala de Figuras de Stunkard (FRS), Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D); Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS); Teste de Atitudes Alimentar (EAT 26); Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (DERS). Os resultados obtidos revelaram que para dois participantes foram encontradas mudanças clinicamente significativas relacionadas a diminuição da CA. Para os outros três não foi possível mensurar. Pode-se afirmar que este estudo forneceu dados úteis que podem contribuir para aprimorar estudos futuros que visam testar a eficácia do manual de Safer da DBT para população Brasileira com TCA.

Palavras-chave: Transtorno de Compulsão Alimentar; Terapia Comportamental Dialética; Compulsão Alimentar.

ABSTRACT

Binge Eating Disorder is characterized as a short-term ingestion of an amount of food that is greater than most people consumed in the same period under the same circumstances, accompanied by a lack of control over what, and how much is eaten. For the diagnosis of Binge Eating Disorder, these effects should occur less than once a week over a period of three months and be associated with three of the following aspects: eat more quickly than normal; eat until feel uncomfortably full; eating large amounts of food in the absence of physical hungry; eating alone ashamed of how much you are eating; feel disgusted with it, depressed or guilty after eating. Episodes cannot be accompanied by compensatory physical exercises aimed at weight loss. Several studies point to Dialectical Behavior Therapy (DBT) as an option used in evidence for the treatment of Binge Eating Disorder. The present study aims to evaluate the effect of DBT for Binge Eating Disorder according to Safer's manual. The study was carried out by replicating the manual as Safer's guidelines in the standard DBT for five participants. The instruments used in the study were the Binge Eating Scale (BES); Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R); Stunkard's Figure Rating Scale (SFRS), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D); Positive and Negative Affective Scale (PANAS); Eating Attitudes Test (EAT 26); Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). The results obtained revealed that, for two participants, they presented clinically significant changes related to the decrease in Binge Eating Disorder. For the other three, it was not possible to measure. This results can indicate that this study provided useful data that can contribute to future studies that aim to test the effectiveness of the DBT Safer's manual for the Brazilian population with Binge Eating Disorder.

Keywords: Binge Eating Disorder; Dialectical Behavior Therapy; Food Compulsion.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Diferenças observadas pré e pós o tratamento no grupo de participantes.....	29
<i>Figura 2.</i> Resultados dos instrumentos para P1.....	30
<i>Figura 2.</i> Resultados dos instrumentos para P2.....	31

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1.</i> Intervenção a ser realizada	21
<i>Tabela 2.</i> Dados descritivos e clínicos associados ao comportamento alimentar dos participantes do estudo...	28
<i>Tabela 3.</i> Comparação intra grupo.....	29
<i>Tabela 4.</i> Correlação entre as variáveis do cartão diário do P1.....	32
<i>Tabela 5.</i> Correlação entre as variáveis do cartão diário do P2.....	33

Sumário

INTRODUÇÃO	12
MÉTODO	20
Participantes	20
Considerações Éticas	21
Instrumentos	21
Procedimentos	23
Intervenção	24
Análise de Dados	26
RESULTADOS	28
DISCUSSÃO	34
REFERÊNCIAS	38

A compulsão alimentar (CA) é caracterizada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2014) como a ingestão em um breve período de tempo (uma hora, por exemplo) de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiriam no mesmo período sob circunstâncias semelhantes, acompanhada pela sensação de falta de controle sobre o que e o quanto é comido. Para o diagnóstico de Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA), o DSM-V afirma que esses episódios devem ocorrer pelo menos uma vez por semana em um período de três meses e estarem associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos: (1) comer mais rapidamente do que o normal; (2) comer até se sentir desconfortavelmente cheio; (3) comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome; (4) comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo; (5) sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou culpado após comer. Os episódios não podem ser acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso (comportamentos bulímicos), havendo sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.

O nível de gravidade do TCA baseia-se na frequência semanal dos episódios de compulsão alimentar, sendo considerado leve de um a três episódios, moderado de quatro a sete, grave de oito a 13, e extremo de 14 ou mais. Embora o TCA esteja constantemente associado com indivíduos com sobrepeso, há controvérsias sobre esta relação. Por um lado, o DSM-V afirma que a CA não é exclusividade desta população e a maioria dos indivíduos obesos não se envolvem com CA. Por outro, Safer, Telch e Chen (2009) apontam que indivíduos com TCA são mais propensos a estarem acima do peso do que indivíduos sem TCA e quanto maior a gravidade da compulsão alimentar maior o grau de excesso de peso.

Kasseler et al, 2013 estimaram a prevalência de TCA em 1,5% da população mundial¹, 2,6% da população adulta dos Estados Unidos da América (EUA)² e 4,7% da população de São Paulo³.

No geral, a forma de intervenção psicoterápica mais investigada para o TCA é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que pressupõe que há um sistema disfuncional de crenças associado ao desenvolvimento e manutenção desse quadro clínico (Duchesne et al., 2007).

1 Segundo a Agência Estado (2013), o Estadão portal de notícias vinculado a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP) divulgou que em 2013 a população mundial foi de 7,2 bilhões de pessoas de acordo com Organização mundial das Nações Unidas (ONU).

2 Conforme o *Population Pyramid* (2013) portal online que reúne as pirâmides populacionais do mundo todo desde 1950, a população dos EUA em 2013 atingiu 317,135,919 milhões de pessoas.

3 O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), noticiado pelo G1, portal de notícias da Globo a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP), em 2013 a cidade de São Paulo alcançou 11,8 milhões de pessoas.

Duchesne et al. realizaram em 2007 uma revisão de literatura que contemplou 38 artigos que avaliaram a eficácia da TCC no tratamento do TCA. Foram incluídos ensaios clínicos e meta-análises publicadas entre janeiro de 1980 e fevereiro de 2006, em todas as línguas. Os resultados mostraram que, após a intervenção, houve uma redução significativa nos sintomas do TCA (avaliado por meio da Escala de Compulsão Alimentar Periódica; *Three-Factor Eating Questionnaire*; *Eating Disorder Examination*; *Beck Depression Inventory*; *Rosenberg Self-Esteem Questionnaire*; *Inventory of Interpersonal Problems*; *Well Being Questionnaire*⁴) e melhora do funcionamento psicológico geral dos pacientes, mas não foi observada diminuição significativa no peso corporal. Embora existam evidências de que o tratamento com TCC ofereça melhorias significativas nos sintomas do TCA, esta modalidade de psicoterapia não promove o alívio sintomático para todos (Safer et al., 2009; Wisniewski, Safer, & Chen, 2007).

Diversos estudos (Bankoff, Karpel, Forbes, & Pantalone, 2012; Safer, Robinson, & Jo, 2010; Telch, Agras & Linehan, 2001) apontam a Terapia Comportamental Dialética (DBT, do original Dialectical Behavior Therapy) como opção para o tratamento de transtornos alimentares. Esta modalidade terapêutica começou como tratamento de comportamentos suicidas e autolesivos, posteriormente foi reconhecida como o padrão-ouro no tratamento do transtorno de personalidade *borderline* e, mais recentemente, foi estendida para transtornos alimentares (Leonardi, 2018).

Desenvolvida por Marsha Linehan em 1987, A DBT é uma abordagem baseada na análise do comportamento, na filosofia dialética e na prática Zen (Leonardi, 2018). A intervenção padrão da DBT é um programa com duração de um ano que envolve terapia individual, treino de habilidades em grupo, consultoria por telefone e reunião de consultoria (Behavioral Tech, s.d.; Linehan, 2015; O'Connel & Dowling, 2014; Wilks et al., 2017). Tendo em vista que o presente trabalho abarca exclusivamente DBT para TCA, apenas este componente será abordado mais detalhadamente a seguir.

A Terapia Comportamental Dialética para Transtorno de Compulsão Alimentar

Em 1997, Telch desenvolveu os primeiros manuais que descrevem a proposta da DBT para TCA: "*Emotion regulation skills training treatment for binge eating disorder: Therapist manual*" (1997a) e "*Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder*" (1997b). Neles, a autora argumenta que a conceituação da DBT é um modelo útil para entender a função da CA em pacientes com TCA. Mais recentemente, Safer, Telch e Chen, (2009)

4 Bradley, C. (1994) The wellbeing questionnaire. In: Bradley C, ed. Handbook of psychology and diabetes. Sydney: Harwood

desenvolveram uma adaptação da DBT para o TCA, publicada no livro *"Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia"*, no qual o presente estudo está embasado.

A proposta de tratamento de Safer et al., (2009) tem como base uma análise da combinação da vulnerabilidade biológica (alta sensibilidade a estímulos emocionais, intensa reação emocional e retorno lento à linha de base) somado a um ambiente invalidante pervasivo, caracterizado por reações negativas, inconsistentes ou aversivas às experiências privadas do indivíduo. Como resultado, a transação entre vulnerabilidade biológica e ambiente de invalidação pode criar e manter padrões comportamentais associados à desregulação emocional. Por exemplo, o cliente pode apresentar tendência em buscar validação externa para ditar seu peso e sua forma física ideal, provocando fracasso no desenvolvimento no senso de identidade (Safer et al., 2009).

Assim como nos comportamentos de autolesão no transtorno de personalidade *borderline*, a CA tem sido conceituada como uma estratégia de enfrentamento para regular estados emocionais desconfortáveis. Em suma, os episódios de CA servem como mecanismos de reforçamento negativo temporariamente eficazes cuja função é suprimir, negar ou mitigar emoções, impedindo que o indivíduo use de estratégias mais adaptativas de regulação emocional (Telch, 1997; Telch et al., 2001). Assim, com este tratamento se espera que os clientes com TCA aprendam e usem novas habilidades para regular as emoções e, então, cessem a CA, obtendo maior controle sobre sua alimentação em geral (Safer et al., 2009).

De modo semelhante à intervenção da DBT padrão, os comportamentos-alvo para Safer et al. (2009) são organizados hierarquicamente com base em sua gravidade, a saber: (1) interromper qualquer comportamento que interfira no tratamento, como constantemente chegar atrasado, faltar e não implementar as habilidades; (2) parar a compulsão alimentar; (3) parar de comer em “piloto automático”, o que inclui comer demais ou comer quando não se está fisicamente com fome e não está prestando atenção (e.g., comer um saco de batata-fritas assistindo à televisão); (4) diminuir os desejos e preocupações com a comida; (5) decisão ativa de fechar suas opções para não comer compulsivamente, e por fim; (6) diminuir os “comportamentos aparentemente irrelevantes”, como comprar a comida favorita para ter em casa caso os amigos façam uma visita surpresa algum dia.

Alcançar esses objetivos comportamentais significa estar no "caminho para a alimentação consciente"; comer conscientemente significa comer no momento presente. A alimentação consciente é o oposto da compulsão alimentar (comer sem consciência ou sem um senso de controle). Nesse sentido, a CA é um comportamento aprendido e, portanto, pode

ser substituída por novo aprendizado (Safer et al., 2009).

Ao passo que a DBT padrão conta com um modelo de tratamento de um ano de duração que inclui terapia individual, treinamento de habilidades em grupo, *coaching* telefônico e equipe de consultoria para o terapeuta, a versão adaptada de Safer et al.(2009) envolve apenas a modalidade do treino de habilidades em grupo misturada com alguns elementos importados da terapia individual, como o uso do cartão diário e da ferramenta de análise em cadeia.

A intervenção de Safer et al. (2009) contempla entre oito a 12 pessoas durante sessões de duas horas, que ocorrem semanalmente. A primeira hora é utilizada para a revisão de exercícios de casa. Cada membro do grupo relata sua prática de habilidades durante a última semana (registrada em cartões diários coletados a cada encontro) e, além disso, qualquer episódio de CA ou outros episódios de alimentação desadaptativos que ocorreram são avaliados por meio da análise em cadeia, que é um tipo de análise funcional (Leonardi, 2018). Na segunda hora, os membros do grupo aprendem novas habilidades por meio de apresentações didáticas e exercícios experimentais (Safer et al., 2009). Toda a intervenção é guiada por meio de fichas, que são folhas explicativas que resumem os conteúdos abordados. Alguns exemplos podem ser observados nos anexos A e B.

A DBT para TCA inclui três dos quatro módulos de treinamento de habilidades do programa padrão DBT: *mindfulness*, regulação emocional e tolerância a mal-estar. A justificativa para a exclusão do módulo de habilidades de efetividade interpessoal foi evitar sobreposição com outro tratamento desenvolvido para CA que se concentra especificamente no tratamento de problemas interpessoais. A intervenção ocorre da seguinte forma: da I a V sessão, *mindfulness*; da VI a XII, regulação emocional; da XIV a XVIII, tolerância a mal-estar. Por fim, as duas últimas sessões são reservadas para revisão e fortalecimento de todas as habilidades (Safer et al., 2009).

Iniciando as sessões em grupo com o módulo de *mindfulness*. Sabendo que a CA envolve perda de controle sobre o que se está fazendo ou uma falta de consciência sobre o que está acontecendo, *mindfulness* é prestar atenção às emoções, pensamentos e experiências físicas sem tentar terminá-las ou finalizá-las. Sendo assim, *mindfulness* e CA são incompatíveis (Safer et al., 2009).

As principais estratégias de *mindfulness* incluem os conjuntos “O que” (*What*) e “Como” (*How*). Nas “O Que” estão (1) observar a experiência no momento presente, sem colocar palavras; (2) descrever, isto é, colocar em palavras a experiência como ela é, sem adicionar quaisquer outros elementos; (3) participar, que diz respeito ao contato direto com a experiência tal qual ela é (Safer et al., 2009). Um exemplo de habilidade que envolve todas as três habilidades do tipo “O que” é a

alimentação consciente ou *mindful eating*. Baseado no trabalho de Kabat-Zinn (1990), no grupo cada cliente recebe tradicionalmente algumas uvas passas. Enquanto seguram nas palmas das mãos, usam a observação para se tornarem conscientes do cheiro e textura do alimento. Ao colocarem em suas bocas, focam na sensação, sabor e forma. Por fim, quando começam a mastigar conscientemente, eles percebem transformações na textura, sabor e salivagem. Nesse momento, estão descrevendo e participando, deixando de comer em piloto automático para plena consciência e atenção à experiência de comer (Safer, et al., 2009). O segundo conjunto de habilidade, "Como", inclui (1) não julgar, não adicionar valor moral ou adjetivar; (2) uma coisa de cada vez, que visa total atenção no aqui e no agora, seja comer, dirigir, ou pensar sobre um problema; (3) efetividade, ou seja, fazer o que funciona para interromper os episódios compulsivos (Safer et al., 2009).

Dadas as sessões de *mindfulness*, é iniciado o módulo de regulação emocional, cujos objetivos são ajudar os clientes a (1) identificar e rotular as várias partes de uma resposta emocional; (2) entender funções de emoções; (3) reduzir a vulnerabilidade a emoções desconfortáveis; (4) construir experiências emocionais positivas; (5) aumentar atenção às emoções e (6) mudar estados emocionais (Wiser & Telch, 1999). Assim, esse módulo consiste em ajudar os clientes a adquirir, desenvolver e implementar habilidades adaptativas que lhes permitam gerenciar com mais eficácia os estados emocionais desagradáveis bem como cultivar uma maior capacidade de experiências emocionais agradáveis. Os clientes são encorajados a questionar se uma determinada emoção é efetiva ou inefetiva para diminuir a frequência e intensidade da CA. Aprendem que o julgamento severo das emoções aumenta o sofrimento e diminuir o bem-estar (Safer et al., 2009).

Na sequência, inicia-se o módulo de tolerância ao mal-estar. Neste, os terapeutas ensinam aos clientes como suportar situações altamente angustiantes que não são possíveis de alterar. São estratégias específicas para usar quando estão sobrecarregados e se sentem incapazes de aceitar a situação em que estão vivendo. Tem como objetivo resistir as situações e sentimentos sem piorá-los, ou seja, comportar-se sem CA ou sem qualquer outro comportamento alimentar disfuncional. As discussões são a respeito da inevitabilidade do sofrimento gerado pela CA e da sabedoria de viver efetivamente (Wiser & Telch, 1999). Existem dois conjuntos diferentes de habilidades de tolerância ao mal-estar: aceitar a realidade e sobrevivência à crise. A primeira visa que o cliente aceite a vida como está no momento e lide com situações dolorosas que atualmente não podem ser alteradas, o que inclui habilidades como observar a respiração, meio sorriso e aceitação radical. Em contrapartida, as habilidades de sobrevivência são projetadas para facilitar o suporte a situações dolorosas de curto prazo. Seu objetivo é ajudar os clientes a permanecerem funcionais

sem recorrer a comportamentos impulsivos, o que inclui distração, fazer prós e contras, estratégias para se acalmar, etc. (Safer et al., 2009).

Por fim, as duas últimas sessões do tratamento são reservadas para revisão e fortalecimento de todas as habilidades e soluções de possíveis dúvidas. São abordadas questões como renovar o compromisso dos clientes com a abstinência e usar as habilidades em vez de compulsão alimentar; discutir estratégias para prevenir a recaída pós-tratamento e sentimentos associados ao fim do tratamento.

Pesquisas sobre a Eficácia da DBT para Transtorno de Compulsão Alimentar

Em 2012, Bankoff, et al. realizaram uma revisão sistemática de literatura sobre o uso de DBT para tratamento de transtornos alimentares, abrangendo publicações entre janeiro de 1998 e julho de 2011. No total, foram encontrados 13 estudos, sendo que em cinco sobre TCA apresentaram redução na frequência de comportamentos dos transtornos alimentares após intervenção da terapia DBT e treino de habilidades.

Destes, três são ensaios clínicos randomizados (Safer, Telch, & Agras, 2001; Safer et al., 2010; Telch et al., 2001). Os resultados apontaram que os participantes que passaram por 20 semanas de terapia DBT com ensino das habilidades de *mindfulness*, regulação emocional e tolerância ao mal-estar tiveram maior redução de comportamentos de CA quando comparados ao grupo-controle (lista de espera ou terapia suportiva Rogeriana com foco no encorajamento ao invés do ensino de técnicas e habilidades).

Safer, Lock e Couturier (2007) realizaram um estudo de caso utilizando 21 semanas de DBT individual uma versão para adolescente com TCA, somado a sessões com familiares. Os resultados demonstraram diminuição de 22 episódios de CA antes da intervenção para quatro durante e nenhum após dois meses de follow-up.

Por fim Telch, Agras e Linehan (2000) desenvolveram um estudo descritivo com 20 semanas de treino de habilidades (*mindfulness*, regulamento de emoção, tolerância ao mal-estar) em 11 mulheres com idades entre 18 e 65 anos com CA. Após as quatro semanas de treino as participantes passaram a não atender mais aos critérios do TCA para o DSM-IV, além de uma redução nos sintomas depressivos, no desejo de comer quando irritadas, ansiosas, e preocupadas sobre comer, peso e forma. Com três meses de follow-up 80% permaneciam abstinentes.

Além dos estudos abrangidos pela revisão sistemática acima outros trabalhos foram realizados posteriormente. Roosen, Safer, Adler, Cebolla e Van Strien (2012) desenvolveram um estudo piloto

com 35 comedores emocionais do sexo masculino e feminino pertencentes em um ambulatório de transtornos alimentares na Holanda. O tratamento incluiu uma breve entrevista inicial de pré-tratamento seguida de 20 sessões de grupo semanais de duas horas, de acordo com os estudos de Telch, Agras e Linehan (2001). Os grupos foram liderados por dois terapeutas treinados e incluíram um máximo de nove pacientes por grupo. Utilizou-se um delineamento quase-experimental de pré e pós-teste e análise de covariância para comparar estas pontuações. Após seis meses de follow-up, além da pequena taxa de abandono, com apenas dois participantes, os resultados obtidos demonstraram que 80% dos participantes não ganharam peso, isto é, 40% mantiveram o peso inicial e 40% alcançaram a redução de peso. Correspondendo menos 0,86 ponto no IMC (2,42% a menos em relação a seu peso inicial). Como resultado, os efeitos dessa intervenção demonstraram a eficácia para reduzir o aumento ou mesmo impedir o surgimento de comorbidade relacionada à obesidade.

Cancian, Souza Libon, Machado e Oliveira (2017) realizaram, no Brasil, um estudo piloto que analisou os efeitos de um grupo de treinamento de habilidades adaptado para indivíduos obesos com comportamentos alimentares problemáticos⁵ de acordo com os estudos de Roosen et al., (2012); Safer et al., (2010); Telch, et al., (2001). Trinta e um participantes foram aleatoriamente designados para 10 sessões de treinamento (n = 14) ou dois meses de uma condição de comparação lista de espera (n = 17). Utilizou-se um delineamento quase-experimental de pré e pós-teste e análise de covariância para comparar estas pontuações. Os resultados mostraram melhorias na severidade da compulsão alimentar (d = 0,80)⁶ e de depressão (d = 0,82) em comparação com nenhuma condição de tratamento. Outros efeitos da intervenção foram observados, como melhora nos resultados adaptativos de alimentação e angústia, mas não tiveram dados estatisticamente significativos.

Os estudos citados revelam que a DBT para TCA promoveu aumento nos índices de abstinência de CA (Safer et al., 2010; Telch et al., 2000), redução ou manutenção do peso (Roosen, et al., 2012) e redução na severidade do comportamento compulsivo alimentar. O Comportamento alimentar foi, em geral, avaliado pela classificação na Escala de Compulsão Alimentar periódica – ECAP. Após intervenção, ocorreu alteração na classificação da ECAP de grave/moderada para sem compulsão alimentar (Bankoff et al., 2012; Cancian et al., 2017). Conclui-se, portanto, que a DBT para TCA é uma intervenção eficaz.

Apesar desses dados, existem algumas limitações nos desenhos dos estudos envolvendo: (1)

⁵ Comportamentos alimentares problemático foi definido pelo estudo como indivíduos os quais apresentassem altos níveis na Escala de Alimentação Emocional (EES) e The Binge Eating Scale (BED). Dado esses fatores este estudo foi usado na presente dissertação.

6 As medidas de resposta foram apresentadas usando os tamanhos de efeito de Cohen, interpretados da seguinte forma: 0,2 = pequeno, 0,5 = médio e 0,8 = grande. Em, Cohen J (1992) A power primer. Psychol Bull 112(1):155-159.

amostras predominantemente homogêneas: adultos, caucasianos, do sexo feminino e alfabetizados; (2) falta de padronização nas modificações da DBT; (3) critérios de inclusão-exclusão amplamente variáveis. Por exemplo, alguns estudos não exigiram diagnóstico prévio, enquanto outros basearam seus diagnósticos somente em medidas de autorrelato (Bankoff, et al., 2012).

Em revisão prévia de literatura, não foram localizados artigos que tenham utilizado a DBT para TCA conforme o manual de Safer et al. (2009) no Brasil. As diferenças culturais, decorrentes do país de moradia e até mesmo das condições socioeconômicas, podem interferir diretamente na viabilidade e na efetividade da intervenção, considerando os temas ensinados e a forma como são administrados.

Em vista disso, o presente estudo teve por objetivo avaliar o efeito da DBT para TCA conforme o manual de Safer et al. (2009). Como hipótese, era esperado que mudanças ocorreriam no que se refere aos episódios de CA após a intervenção. Em específico, era almejado produzir: (1) alteração na classificação da Escala de Compulsão Alimentar periódica (ECAP), (Gormally, Black, Daston & Rardin, 1982) de *grave/moderada* para *sem compulsão alimentar*; (2) modificar o diagnóstico confirmativo de Transtorno de Compulsão Alimentar segundo Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso (QEWP-R) para não diagnosticado; (3) diminuição na percepção corporal mensurada pela Escala de Figuras de Stunkard (FRS), (Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983); (4) diminuição de sintomas de depressão mensurados pela Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), (Hamilton, 1960) e pela Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988); (5) alcance de pontuação máxima de 20 no Teste de Atitudes Alimentar (EAT 26); (6) diminuição da desregulação emocional medido pela Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (DERS), (Gratz & Roemer, 2004).

MÉTODO

Participantes

A partir de divulgações convocatórias via mala direta, folhetos e redes sociais 118 pessoas preencheram o Formulário de Triagem Online (FTO) (Apêndice A) por meio de um link, no qual constava uma breve explicação do estudo e a quantidade de vagas disponíveis.

Para serem incluídos, os interessados deveriam preencher os seguintes critérios: ser brasileiro acima de 18 anos, alfabetizado, estar em condições de responder aos questionários utilizados, revelar interesse em participar do estudo e ter disponibilidade para frequentar o grupo de habilidades presencialmente por 21 semanas consecutivas. Como critério de exclusão: IMC <18,50, apresentar sintomas psicóticos, ideação suicida e/ou tenham tentado suicídio nos últimos 12 meses; uso atual de drogas ou álcool; participação simultânea em psicoterapia, tratamento de perda de peso ou que já tenham passado por algum tratamento em DBT; uso por menos de três meses de medicações antidepressivas ou estabilizadores de humor; gravidez ou amamentação.

Desta triagem foram incluídos cinco participantes, os quais serão referidos ao longo deste trabalho como: P1, P2, P3, P4 e P5. P1, P3 e P4 são homens. P1, se autodeclarou branco, 54 anos, IMC 29,1; P3, também se autodeclarou branco, 30 anos com IMC 49,9 e por último P4, do mesmo modo declarou-se branco, 46 anos, IMC 37. P2 e P5 são mulheres. P2, se autodeclarou branca, 49 anos, IMC 37,2 já P5 se autodeclarou negra, 21 anos IMC 32,7. Sendo, a média salarial de dois salários mínimos⁷ por participante.

Durante o tratamento de 20 semanas, três participantes abandonaram o grupo de habilidades. Na 5ª semana P4, justificou-se dizendo que de modo consciente não gostaria de colocar as habilidades que o grupo o ensinava em prática, na 9ª semana P3, alegou passar por problemas familiares e por fim, 10ª semana P5, declara estar muito estressada pelo final de sua graduação. Resultando na amostra final de 2 participantes, P1 e P2 até o término do protocolo.

⁷ Segundo Gasparin (2013), do G1, O portal de notícias da Globo a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP) passou a adotar em 2014 um critério para a definição das classes sociais no Brasil que contrasta com o utilizado pelo Governo Federal desde 2012, determinado pela Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE). De acordo com a SAE, a renda familiar do grupo “extremamente pobre” é de até R\$ 324,00, enquanto que o modelo ABEP determina uma base renda média familiar de, em média, R\$ 854,00. Segundo os critérios da SAE os grupos “extremamente pobres”, “pobres” e “vulneráveis” estão enquadrados dentro de uma renda familiar de até R\$1.164,00 e renda percapta até R\$2.910,00, enquanto que para a ABEP estes grupos estão incluídos em uma renda familiar de até R\$1.484,00. Em 2016, a ABEP elaborou um documento em que consta a determinação de que as classes E, D e C2 estão enquadradas dentro de uma renda familiar média de até R\$ 1.625,00 (em torno de dois salários mínimos da época). Tendo em vista que a definição de “baixa renda” pode se pautar em diversas variáveis, optamos por aumentar o valor deste enquadramento, considerando o fato de que o participante terá que arcar com custos de deslocamento, assim como dificilmente teria possibilidade de pagar por tratamentos psicológicos dentro de uma faixa salarial de três salários mínimos.

Considerações Éticas

Foi atendida à resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde sobre a participação de humanos em pesquisa, foi garantido aos participantes o direito de terem conhecimento acerca dos procedimentos e dos riscos mínimos a que foram submetidos. Foi realizada entrevista devolutiva referente aos resultados obtidos a todos os participantes após a conclusão da coleta de dados; encontrou-se como benefícios diminuição dos episódios de compulsão alimentar, diminuição significativa nos escores do fator objetivo da escala DERS. A participação foi voluntária podendo desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo algum; e que as informações obtidas não irão expor a identidade de qualquer indivíduo (a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – Apêndice B). Por se tratar de um treinamento em grupo, qualquer participante foi sujeito a riscos inerentes, como: cansaço ao responder questionários; constrangimento ao se expor; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias; medo e/ou vergonha. Com o objetivo de minimizar os possíveis riscos, todos os encontros (incluindo a entrevista inicial) foram iniciados com exercícios de relaxamento e garantido que caso o participante se sentisse prejudicado pela exposição no grupo do treino de habilidades e/ou pelo seu desligamento, foi oferecida terapia comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento onde poderiam ser atendido pela presente pesquisadora ou por outros psicólogos. No primeiro dia de treinamento foram discutidas as regras do grupo, que determinavam que o participante deveria assumir uma postura de não julgamento e validante. Em todos os encontros os treinadores realizaram intervenções nos casos onde participantes descumpriram tais regras, com o intuito de reparar qualquer dano que o mesmo pudesse sofrer. Após a conclusão deste trabalho foi dada uma devolutiva referente aos resultados obtidos a todos os participantes. Caso o participante não estivesse apto a ter alta, ele seria encaminhado para clínica psicológica da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, onde poderia ser atendido por mim ou por outros psicólogos.

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e foi aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, processo 12780419.3.0000.5493.

Instrumentos

(A) *Formulário de Triage Online* – FTO – (Apêndice A). Formulário elaborado pelo pesquisador solicitando informações pessoais, do familiar e sobre a disponibilidade para participação.

(B) *Teste de Atitudes Alimentar – EAT 26* (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982; tradução para português: Bigheti, Santos, Santos & Ribeiro, 2004) – (Anexo C). Questionário de uso livre do tipo likert com escala de seis pontos contendo 26 questões que avaliam sintomas e comportamentos de risco para o desenvolvimento de TA

(C) *Escala de Compulsão Alimentar periódica – ECAP* (Gormally, Black, Daston & Rardin, 1982; tradução para o português: Freitas, Lopes, Coutinho, & Appolinario, 2001) – (Anexo D). Questionário de uso livre do tipo *likert* com escala três pontos, contendo 16 afirmativas que avaliam a gravidade da compulsão alimentar.

(D) *Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton – HAM-D* (Hamilton, 1960; tradução para o português: Dratcu, Costa Ribeiro & Calil, 1987) – (Anexo E). Questionário de uso livre, contendo 17 afirmativas pontuadas de zero a dois; zero a três; zero ou quatro, visam identificar a gravidade dos sintomas depressivos.

(E) *Escala de Figuras de Stunkard – FRS* (Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983; tradução para o português Scagliusi-et al, 2006 – (Anexo F). Escala de uso livre do tipo visual apresenta figuras de corpos numerados de um a nove, variando de muito magra a obesa, a escolha ocorre para três afirmativas. Avalia a percepção e a insatisfação corporal

(F) *Escala de Afeto Positivo e Negativo – PANAS* (Watson, Clark, & Tellegen, 1988 tradução para o português: Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) – (Anexo G). Questionário de uso livre do tipo likert com escala de cinco pontos, de autorrelato e contendo vinte itens, que avaliam a emoção do indivíduo no momento específico, sendo que dez deles remetem a afetos positivos e os outros dez a afetos negativos.

(G) *Questionário sobre Padrões de Alimentação e Peso - QEWP-R* (Spitzer, Yanovski, Wadden, Wing, Marcus, Stunkard, & Horne, 1993; tradução para o português: Borges, Morgan, Claudino, & Silveira, 2005) – (Anexo H). Questionário de uso livre do tipo sim ou não, contendo 27 questões que avaliam o diagnóstico de TCA

(H) *Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS* (Gratz & Roemer, 2004; tradução para o português: Cancian, Souza, Silva, Machado, & Oliveira, no prelo) – (Anexo I). Questionário de

uso livre do tipo likert com escala de cinco pontos contendo 36 questões que avaliam a regulação emocional.

Procedimento

Os participantes selecionados foram convocados para uma entrevista individual no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento orientados pela pesquisadora responsável na qual ocorreu a aplicação dos instrumentos EAT, ECA, HAM-D, FRS e PANAS, QEWR-R e DERS, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Independente do escore dos participantes nos instrumentos todos foram inseridos a pesquisa devido a diminuição da amostra após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nos inscritos.

Após a entrevista, o treino de habilidades foi iniciado no mesmo local, semanalmente, com duração 20 sessões, um grupo de treino de habilidades contendo inicialmente cinco participantes. Cada sessão teve duração de 2h, que consiste em torno de 50 minutos de revisão das tarefas de casa, intervalo de 10 minutos e 1h de introdução do novo material, seguindo as mesmas orientações para condução do protocolo original Safer et al. (2009).

O treino de habilidades foi conduzido pela presente pesquisadora (líder, responsável pela condução da sessão, ensino das habilidades e revisão de tarefas de casa) em parceria com um psicólogo com 6 anos de experiência na condução de treino de habilidades em DBT (colíder ajudou a controlar o tempo, a garantir que os participantes tivessem o material adequado e manter o grupo no foco de trabalho).

O formato do grupo foi fechado, não foi permitida a inclusão de novos participantes após o início da intervenção. A agenda das sessões foi determinada pela habilidade ensinada na semana. O tema da tarefa de casa foi baseado nas fichas de tarefa de cada habilidade ensinada no protocolo original. Os participantes foram estimulados a realizar leituras e exercícios em casa, após cada sessão, a fim de generalizarem as habilidades propostas.

No primeiro encontro, chamado de pré-tratamento, foi distribuída uma apostila para cada participante contendo informações dos conteúdos que foram ensinados e tarefas que foram solicitadas no decorrer do período em que o participante estivesse realizando o treino de habilidades. Além de orientação das regras, comportamentos que podem influenciar no resultado da terapia.

Após 20 sessões do treino de habilidades, as duas últimas semanas foram utilizadas para realização de revisão, fortalecimento de todas as habilidades, soluções de possíveis dúvidas e

preenchimento das escalas pós-teste HAM-D, FRS, PANAS, ECA, QEWP-R, EAT 26 e DERS.

Intervenção

A tabela 1 ilustra a intervenção a ser realizada

Tabela 1
Intervenção

Sessão	Habilidades	Fichas	Ficha de Tarefa
Pré-tratamento	Desregulação Emocional Objetivos de tratamento Metas do Treinamento e do Treino de Habilidades		
Sessão 01	Prós e Contras: compulsão alimentar Compromisso co Compromisso com abstinência Rever os Acordos Cartão diário Análise em cadeia	Análise de Cadeia Diretrizes para o preenchimento da análise da cadeia Cartão Diário Instruções para o preenchimento do cartão diário	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 02	Abstinência dialética Respiração diafragmática	Estruturando o Relatório de Práticas de Habilidades do Cliente Cadeia (s) de amostra (s) com foco(s) no(s) vínculo(s)	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 03	<i>Mindfulness</i> Três estados da mente	Lista de habilidades centrais de mindfulness * 01 <i>Mindfulness</i>	Mente Emocional Mente Racional Mente sábia Cartão diário e Análise em Cadeia Ca
Sessão 04	<i>Mindfulness</i> Habilidade O que	* 02 <i>Mindfulness</i>	Habilidade O que Cartão diário e Análise
Sessão 05	<i>Mindfulness</i> Habilidade Como	* 03 <i>Mindfulness</i>	Habilidade Como Sofrimento de Urgência Rebelião Alternativa Cartão diário e Análise em Cadeia
Sessão 06	Regulação emocional Objetivos da regulação da emoção	*Regulação Emocional 01 e 09	Cartão diário e Análise em cadeia

	Emoções primárias e secundárias Atenção plena		
Sessão 07	Regulação emocional Identifique a(s) emoção(ões)	*Regulação Emocional 03 e 04	*Ficha de Tarefa de Regulação Emocional 01
Sessão 08	Regulação emocional Funções das emoções	*Regulação Emocional 05 e 02	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 09	Regulação Emocional Reduzir a vulnerabilidade, Construir maestria, construir experiências positivas, atenção plena às experiências positivas	*Regulação Emocional 06, 07 e 08	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 10	Regulação Emocional Mudar emoções ao agir de forma contrária à emoção	*Regulação Emocional 10	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 11	Regulação Emocional Mitos sobre emoções	*Regulação Emocional 02	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 12	Revisão: Regulação Emocional	*Regulação Emocional 01,02,03,04,05,06,07,08,09 e 10	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 13	Revisão <i>mindfulness</i>	* <i>Mindfulness</i> : 01,02 e 03	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 14	Tolerância ao Mal-Estar Observando sua respiração	Lista de habilidades de Tolerância ao Mal-Estar *Tolerância ao Mal-Estar 2	*Ficha de tarefa Tolerância ao Mal-Estar 2 Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 15	Tolerância ao Mal-Estar Meio Sorridente, Exercícios de Conscientização	*Tolerância ao Mal-Estar 3 e 4	*Ficha de tarefa Tolerância ao Mal-Estar 2 Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 16	Tolerância ao Mal-Estar Aceitação Radical Queimando Suas Pontes	Queimando Suas Pontes *Tolerância ao Mal-Estar 5	*Ficha de tarefa Tolerância ao Mal-Estar 2 Cartão diário e Análise em cadeia

Sessão 17	Tolerância ao Mal-Estar Distrair, Auto acalmar, melhorar o Momento, Prós e Contras	*Tolerância ao Mal-Estar 1	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 18	Revisão: Tolerância ao Mal-Estar	*Tolerância ao Mal-Estar 01,02,03,04,05 Lista de habilidades de Tolerância ao Mal-Estar Queimando Suas Pontes	Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 19	Revisão: <i>Mindfulness</i> , Regulação Emocional e Tolerância ao Mal-Estar	Planejamento para o futuro	Planejamento para o Futuro Cartão diário e Análise em cadeia
Sessão 20	Enfrentamento Soluções de possíveis dúvidas e preenchimento das escalas pós-teste. (EAT 26, HAM-D, FRS e PANAS)		

Nota * Para estas fichas, veja Linehan, M. M. (1993). Skills training manual for treating *borderline* personality disorder. Guilford press.

As demais fichas foram retiradas de Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia. Guilford Press.

** Falta coletiva: foi dado continuidade do cronograma normalmente apenas diminui-se o tempo de discussão e interação entre os membros do grupo, nenhum contudo foi prejudicado.

Análise de dados

Os dados de cada um dos participantes, antes e após o tratamento, foram analisados. Informações diagnósticas, IMC e dados acerca de imagem corporal, foram analisados descritivamente (tabela 2).

Com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção sobre o grupo (N = 5), análises de comparação intra grupo foram utilizadas para avaliar o efeito da intervenção sobre os participantes. Dado o tamanho pequeno da amostra, optou-se por análises não-paramétricas de Wilcoxon quando as variáveis eram numéricas e contínuas.

Os dados dos cartões diários dos participantes (P1 e P2) foram analisados a partir de testes de correlação de Spearman para avaliar a associação entre o número de sessões, o impulso para compulsão, os episódios de compulsão alimentar, o comportamento de comer desatento, o desejo por comida, a preocupação com comida e as reações emocionais dos participantes na

semana (i.e., raiva, tristeza, ansiedade, orgulho e felicidade). Para esta análise o banco de dados foi modificado, com as linhas representando as sessões de tratamento e as colunas representando as variáveis do cartão diário. A opção pela análise de Spearman se deu pela distribuição não-paramétrica da maioria das variáveis. É importante observar que as análises de correlações não servem para inferir causalidade. Dessa forma, não foi possível afirmar que o impulso leva à compulsão, mas apenas ocorre em conjunto ou de forma inversa.

O nível de significância adotada foi $p < 0,05$ e o tamanho de efeito (r nos testes de Mann-Whitney; com valores acima de 0,80 indicando um alto tamanho de efeito) foi reportado para todas as análises. Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Excel* e analisados estatisticamente no programa SPSS versão 22 (IBM statistics).

RESULTADOS

Os dados clínicos dos participantes indicaram mudanças no TCA que podem ser decorrentes da intervenção. No pré-tratamento, todos os participantes apresentavam diagnóstico de TCA de acordo com o instrumento ECAP, e dois dos participantes apresentavam o diagnóstico de acordo com a avaliação feita com a medida QEWP. No pós-tratamento, no entanto, apenas dois participantes apresentavam TCA, em nível moderado, de acordo com a avaliação realizada com o ECAP. No caso da avaliação com o QEWP, apenas um participante manteve o diagnóstico. É interessante notar, todavia, que o mesmo participante diagnosticado com QEWP não possuía o diagnóstico de acordo com os dados do ECAP. Ademais, os participantes se identificavam com figuras com obesidade da escala de silhuetas de Stunkard antes e depois do tratamento, ainda que a identificação com figuras ligeiramente mais magras tenham sido observadas no pós-tratamento.

Tabela 2

Dados descritivos e clínicos associados ao comportamento alimentar dos participantes do estudo.

Participantes	Sexo	IMC	ECAP - Pré	ECAP - Pós	QEWP-Pré	QEWP-Pós	FRS-Pré	FRS-Pós
P1	M	29,10	Moderado	Sem TCA	Sim	Sim	7,00	6,00
P2	F	37,20	Grave	Sem TCA	Sim	Não	9,00	6,00
P3	M	37	Grave	Moderado	Não	Não	7,00	8,00
P4	F	32,70	Grave	Moderado	Não	Não	7,00	6,00
P5	M	49,90	Grave	Sem TCA	Não	Não	8,00	7,00

IMC: Índice de Massa Corporal; ECAP: Diagnóstico de TCA dividido em sem TCA (< 17), moderado (> 17) e grave (> 27); QEWP: Diagnóstico de TCA; FRS: Imagem corporal, sendo a obesidade (> 5).

Com o intuito de avaliar o efeito da intervenção, diversos testes de Wilcoxon de amostras pareadas foram utilizados. Os resultados dos testes constam na Tabela 2. A análise indicou que houve uma redução significativa nos escores da escala ECAP ($Z = -1,461$, $p = 0,042$), sinalizando uma redução na compulsão alimentar dos cinco participantes tratados. Também foi observada uma diminuição significativa nos escores do fator objetivo da escala DERS ($Z = -2,032$, $p = 0,042$). A Figura 1 ilustra as diferenças significativas observadas antes e pós o tratamento no grupo de participantes.

Tabela 3

Comparação intra grupo (N = 5).

Variáveis	Pré Mediana	Pós Mediana	Z	p	r
IMC	37,00	35,20	000	1,000	—
EAT-26	20,00	14,00	- 1,461	0,144	- 0,65
ECAP	29,00	8,00	- 2,032	0,042*	- 0,90
Ham-D	13,00	12,00	- 1,214	0,225	- 0,54
DERS Não aceitação	21,00	10,00	- 0,730	0,465	- 0,33
DERS Objetivos	19,00	10,00	- 2,032	0,042*	- 0,91
DERS Impulsos	12,00	7,00	- 1,355	0,176	- 0,60
DERS Consciência	20,00	16,00	- 0,368	0,713	- 0,16
DERS Estratégias	19,00	14,00	- 0,944	0,325	- 0,42
DERS Clareza	14,00	9,00	- 1,214	0,225	- 0,54
DERS Total	100,00	84,00	- 0,944	0,345	- 0,42
Panas (+)	23,00	37,00	- 730	0,465	- 0,33
Panas (-)	14,00	10,00	- 0,365	0,715	- 0,16

* $p < 0,05$

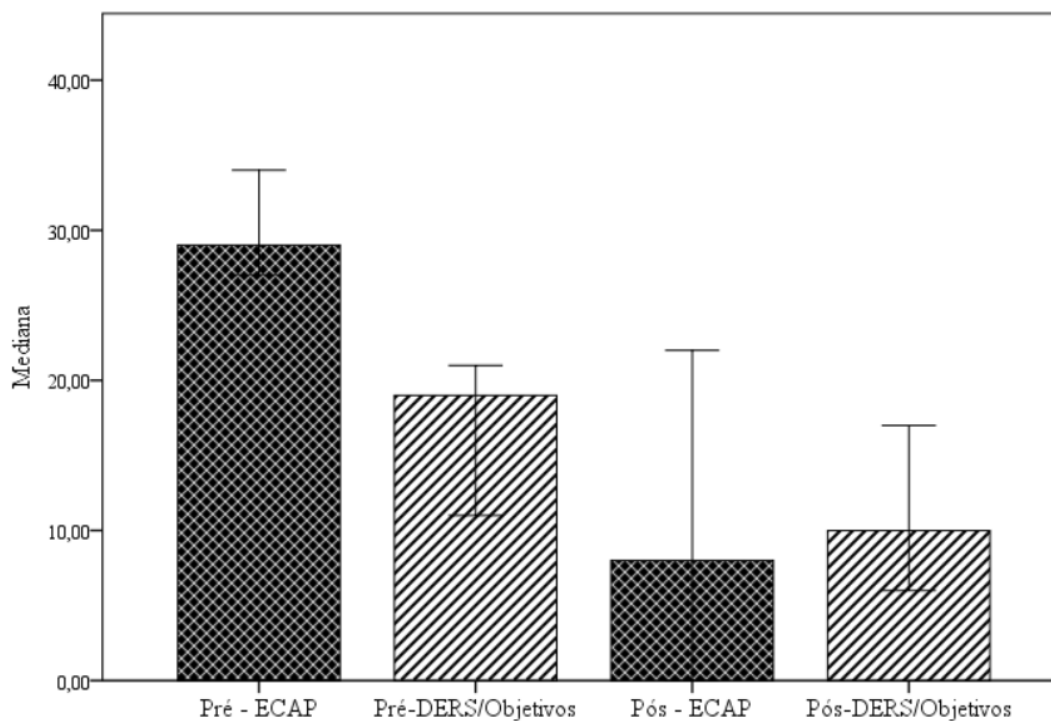


Figura 1. Mudanças significativas observadas nos testes não-paramétricos. Valores no eixo x representam a mediana.

Dois dos participantes deste estudo responderam aos cartões diários à cada sessão para que fosse possível uma avaliação ao longo do tempo dos impulsos de compulsão e das compulsões. As Figuras 2 e 3 mostram a média de impulsos de compulsão e de episódios de compulsão ao longo do tratamento de P1 e P2. Como é possível observar, houve uma redução dos episódios de compulsão alimentar a partir da quinta sessão em ambos os casos. O impulso e a compulsão deixaram de ocorrer (1 = sem ocorrência) no participante P1 a partir da quinta sessão e não retornam até o final do tratamento. Na participante P2 houve um padrão semelhante, com um retorno dos impulsos a partir da décima primeira sessão.

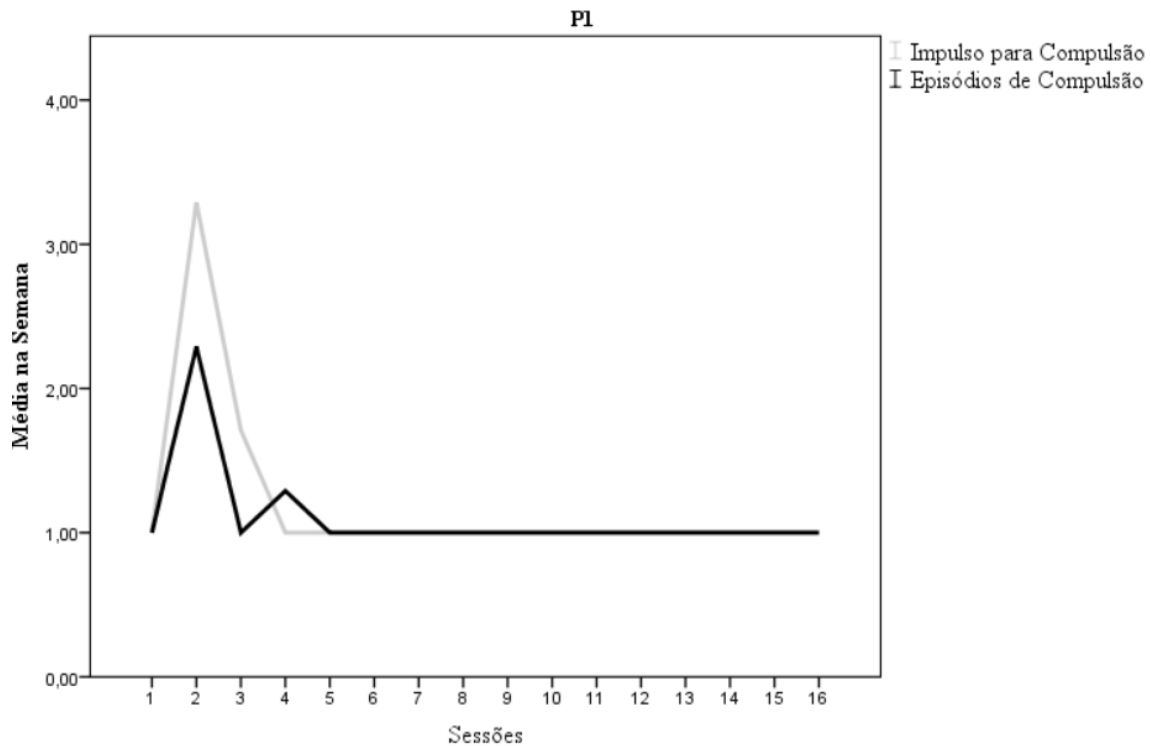


Figura 2. Mudanças na média dos impulsos para compulsão e episódios de compulsão ao longo das 16 sessões de tratamento do participante P1. 1 = sem ocorrência do fenômeno.

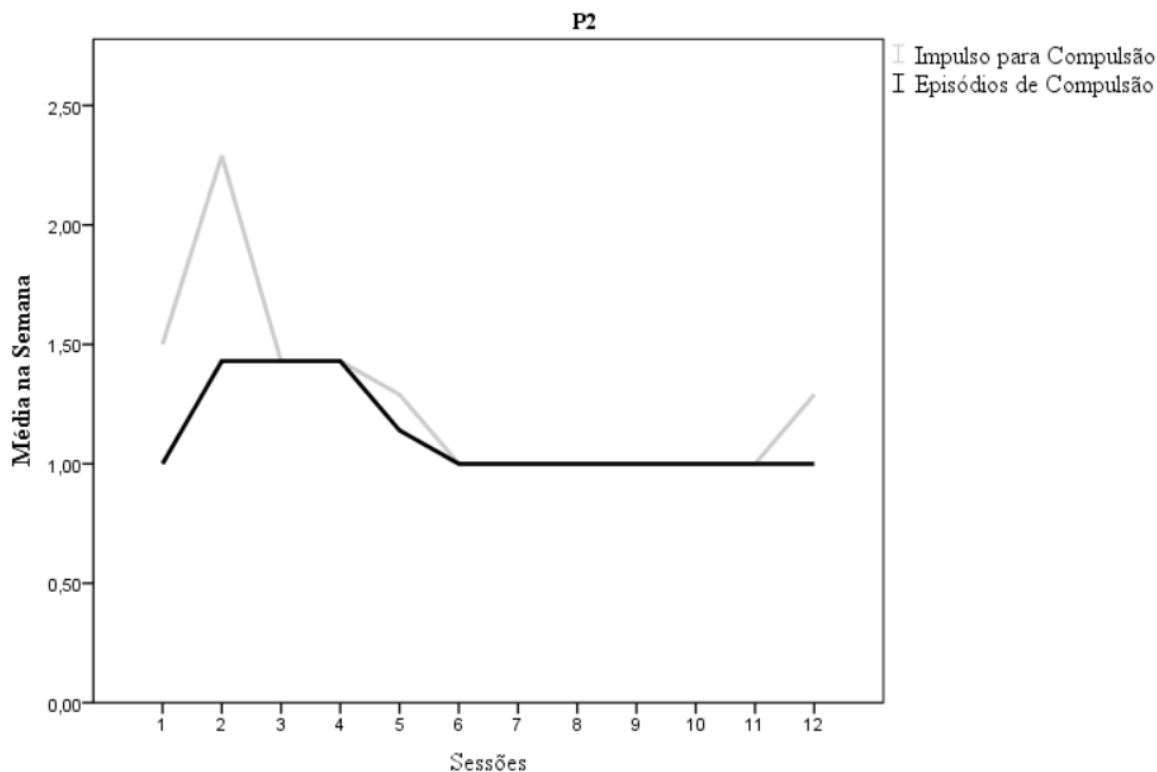


Figura 2. Mudanças na média dos impulsos para compulsão e episódios de compulsão ao longo das 12 sessões de tratamento da participante P2. 1 = sem ocorrência do fenômeno.

Para melhor entender quais mudanças coocorriam com os impulsos e episódios de compulsão, os dados dos cartões diários foram correlacionados com outras variáveis coletadas semanalmente para cada participante. Testes de correlação de Spearman revelaram uma associação significativa entre variáveis do cartão diário, indicando a mudanças que coocorreram com a diminuição dos episódios de compulsão alimentar. Devido ao fato de o número de sessões ser diferente para cada participante (P1, $n = 16$; P2, $n = 12$), as tabelas de correlações são apresentadas separadamente (Tabelas 4 e 5).

As correlações observadas para o P1, do sexo masculino, indicam a existência de correlação entre o impulso de compulsão e os episódios de compulsão ($r(16) = 0,50$, $p = 0,049$). O impulso também foi positivamente associado com preocupação com comida ($r(16) = 0,51$, $p = 0,045$) e negativamente associado com as sensações de raiva ($r(16) = 0,90$, $p < 0,001$), enquanto que os episódios de compulsão foram positivamente associados apenas com a raiva ao longo do tratamento ($r(16) = 0,50$, $p = 0,049$). Tais resultados indicam que a raiva parece ser o elo entre o impulso para a compulsão e os episódios, sendo o impulso também influenciado pela preocupação com o alimento.

Tabela 4

Correlação entre as variáveis do cartão diário do P1 (n = 16 sessões).

	P1										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Sessões	1	-0,49	-0,46	-0,08	-0,51*	-0,78**	-0,49	-0,53*	-0,38	0,70**	-0,09
2. Impulso CA		1	0,50*	-0,09	0,02	0,51*	0,90**	0,48	0,44	-0,58*	-0,35
3. CA			1	-0,09	-0,08	0,14	0,50**	0,17	0,01	-0,37	-0,24
4. C-Desatento				1	0,26	0,21	-0,09	-0,17	-0,09	0,46	0,18
5. C-Desejo					1	0,54*	0,02	0,37	0,19	-0,09	0,21
6. C-Preocupação						1	0,51	0,72	0,63	-0,59	-0,05
7. Raiva							1	0,48	0,44	-0,58	-0,35
8. Tristeza								1	0,59*	0,72**	-0,43
9. Ansiedade									1	-0,56	-0,28
10. Orgulho										1	0,38
11. Feliz											1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; Negrito: correlações significativas com o impulso de compulsão e os episódios de compulsão alimentar. CA: Compulsão Alimentar; C-Desatento: Comer desatento; C-Desejo: Desejo de comer; C-Preocupação: Preocupação com a comida.

Já as correlações observadas para o P2, do sexo feminino, demonstraram uma complexidade muito maior entre fatores alimentares, impulso, compulsão e reações emocionais. Houve correlações positivas entre o impulso de compulsão e todas as variáveis do cartão diário associadas à alimentação: comer desatento ($r(12) = 0,74, p = 0,006$), desejo por comida ($r(12) = 0,79, p = 0,002$) e preocupação com comida ($r(12) = 0,69, p = 0,012$). Conforme ocorreu com o sujeito P1, também foi observada uma correlação positiva entre impulso e raiva ($r(12) = 0,74, p = 0,005$). Associações crescentes entre impulso e tristeza ($r(12) = 0,67, p = 0,017$) e negativas entre impulso e orgulho ($r(12) = -0,62, p = 0,031$) e felicidade ($r(12) = -0,68, p = 0,014$) também foram observadas. Os episódios de compulsão foram associados a variáveis semelhantes do cartão diário na participante P2. Houve associações positivas entre compulsão e as seguintes variáveis: comer desatento ($r(12) = 0,79, p = 0,002$), desejo por comida ($r(12) = 0,65, p = 0,022$), raiva ($r(12) = 0,75, p = 0,005$) e tristeza ($r(12) = 0,82, p < 0,001$). Correlações negativas também foram observadas entre episódios de compulsão e orgulho ($r(12) = -0,79, p = 0,002$) e tristeza ($r(12) = -0,84, p < 0,001$) ao longo do tratamento. Diferentemente do participante P1, a participante P2 apresenta

uma relação mais complexa entre reações emocionais, impulso para compulsão e compulsão alimentar, na qual emoções negativas (i.e., raiva e tristeza) e positivas (i.e., orgulho e felicidade) aumentam e atenuam, respectivamente, os episódios compulsivos. Além disso, fatores do comportamento alimentar como o comer desatento e o desejo por comida parecem ocorrer em conjunto com o impulso e os episódios de compulsão alimentar na participante P2.

Tabela 5

Correlação entre as variáveis do cartão diário do P2 (n = 12 sessões).

	P1										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Sessões	1	-0,75**	-0,63*	-0,87**	-0,92**	-0,64*	-0,89**	-0,88**	-0,56	0,76**	0,87**
2. Impulso CA		1	0,71**	0,74**	0,79**	0,69*	0,75**	0,67*	0,45	-0,62*	-0,68*
3. CA			1	0,79**	0,65*	0,24	0,75**	0,82**	0,53	-0,79**	-0,84**
4. C-Desatento				1	0,94**	0,40	0,86**	0,91**	0,70*	-0,79**	-0,94**
5. C-Desejo					1	0,59*	0,84**	0,84**	0,67*	-0,81**	-0,85**
6. C-Preocupação						1	0,39	0,27	0,12	-0,27	-0,33
7. Raiva							1	0,94**	0,42	-0,78**	-0,84**
8. Tristeza								1	0,62*	-0,86**	-0,93**
9. Ansiedade									1	-0,77**	-0,75**
10. Orgulho										1	0,86**
11. Feliz											1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; Negrito: correlações significativas com o impulso de compulsão e os episódios de compulsão alimentar. CA: Compulsão Alimentar; C-Desatento: Comer desatento; C-Desejo: Desejo de comer; C-Preocupação: Preocupação com a comida.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o efeito da DBT para TCA conforme o manual de Safer et al. (2009). Como hipótese, era esperado produzir: (1) alteração na classificação ECAP de *grave/moderada* para *sem compulsão alimentar*; (2) modificar o diagnóstico confirmativo de TCA segundo QEWP-R para não diagnosticado; (3) diminuição na percepção corporal mensurada pela FRS; (4) diminuição de sintomas de depressão mensurados pela HAM-D e PANAS; (5) alcance de pontuação máxima de 20 no EAT 26; (6) diminuição da desregulação emocional medido pela DERS.

Os resultados encontrados demonstram que houve uma redução significativa nos escores da escala ECAP, sinalizando redução na CA dos cinco participantes após intervenção. Além disso, também foi observada uma diminuição significativa nos escores do fator objetivo da escala DERS.

Este estudo realizou duas descobertas a partir de uma amostra heterogênea de cinco sujeitos de nacionalidade brasileira e residentes no estado de São Paulo. A primeira indica que a intervenção baseada no manual de Safer et al. (2009) se apresenta eficaz estatisticamente quando o propósito é reduzir a frequência de episódios de CA. A segunda descoberta, segundo resultados do DERS, indica que quando os indivíduos estão experimentando emoções negativas ocorre dificuldade no engajamento de tarefas frente a um objetivo.

Os cinco participantes, antes da intervenção, apresentavam CA grave de acordo com a ECAP. Após a intervenção, P1, P2 e P5 passaram para sem compulsão alimentar; P3 e P4 passaram para CA moderada. Resultados semelhantes a esse foram encontrados nos estudos de Bankoff et al. (2012) e Cancian et al. (2017). Em Cancian et al. (2017) após a intervenção ocorreu alteração na classificação da ECAP: de grave/moderada para sem CA em 17 participantes.

Após a intervenção, no que se refere ao QEWP-R, o participante P2 teve seu diagnóstico alterado de com TCA para sem diagnóstico. P1, manteve o diagnóstico de TCA segundo QEWP-R. Porém de acordo com os dados do ECAP ele não apresentou o diagnóstico de TCA. P3, P4 e P5 se mantiveram sem quadro diagnóstico, segundo a QEWP-R. É notável destacar que não foi encontrado na literatura nenhum artigo relacionando o manual de Safer et al. (2009) com melhoras no QEWP.

Em relação a FRS, antes da intervenção os participantes se identificavam com figuras com obesidade. P1 se reconhecia com a figura nove P2, P4 e P5 com a sete, e P3 com a oito.

Depois da intervenção passaram a se identificar com figuras ligeiramente mais magras. P1, P2, P4 e P5 com seis e P3 com a sete. Observamos que P1 abaixou na escala de três figuras e os demais uma. É importante deixar claro que não foi encontrado na literatura nenhum artigo relacionando o manual de Safer et al. (2009) com melhoras no FRS.

É curioso observar que ocorreu uma diminuição significativa nos escores dos cinco participantes no fator: objetivo da escala DERS. Essa subescala mensura a dificuldade dos participantes a se engajarem em comportamentos relacionados a um objetivo quando estão experimentando emoções negativas. Cancian et al. (2017) não analisaram as subescalas do DERS, mas mostraram que de 50,00% dos 17 participantes apresentava desregulação emocional antes da intervenção. Após a intervenção a porcentagem de participantes com desregulação emocional abaixou para 14,28%. Outros estudos (Safer, Robinson, & Jo, 2010; Telch, Agras & Linehan, 2001) não demonstraram melhoras na desregulação emocional dos participantes, com relação ao escore total do DERS, assim como este estudo.

Todos os participantes mantiveram o IMC ao longo do tratamento. P1, permaneceu com sobrepeso e P2, P3, P4 e P5 obesos. Dados como esse são observados em Telch, Agras e Linehan (2001), em que 40% de seus participantes mantiveram o peso inicial do tratamento. No estudo de Roosen, et al., 2012, esse fenômeno também ocorreu, dos 27 participantes, 67,7% mantiveram o peso após a intervenção.

Quanto ao HAM-D, PANAS e EAT 26 não foram observadas mudanças estatisticamente relevantes no pós intervenção. Quanto ao EAT, não foi encontrado nenhum artigo na literatura relacionando o manual de Safer et al. (2009) a este instrumento.

Telch, Agras e Linehan (2001) defendem que não houveram alterações no humor e afeto positivo ou negativo nas escalas HAM-D e PANAS porque o objetivo da intervenção era a redução na CA, sendo que aspectos ligados ao humor se apresentam como alvos secundários da intervenção. Safer et al. (2010) complementam que o objetivo do tratamento não é eliminar sentimentos negativos, mas sim mitigar comportamentos de regulação emocional inadequados, ou seja, a CA. Este mecanismo oferece alívio temporário, mantêm o efeito negativo e o humor depressivo a curto prazo até que os participantes da intervenção alcancem a habilidade de regulação emocional. Mesmo após a intervenção, os sujeitos dos estudos citados acima continuaram experimentando estados emocionais negativos.

Com os dados dos participantes P1 e P2 foi realizada uma análise mais específica (testes de correlação de Spearman) do cartão diário aplicado durante a intervenção. Diferentemente do

participante P1, a participante P2 apresenta uma relação mais complexa entre reações emocionais, impulso para compulsão e compulsão alimentar, na qual emoções negativas (i.e., raiva e tristeza) e positivas (i.e., orgulho e felicidade) aumentam e atenuam, respectivamente, os episódios compulsivos. Além disso, fatores do comportamento alimentar como o comer desatento e o desejo por comida parecem ocorrer em conjunto com o impulso e os episódios de compulsão alimentar na participante P2.

Linde et al. (2003) desenvolveram um ensaio clínico randomizado com 460 homens e 172 mulheres, com TCA. O objetivo do estudo foi analisar a CA e a depressão em indivíduos com TCA que procuram tratamento em uma organização de assistência médica. Os participantes foram randomizados para uma das três condições: intervenção por carta enviada via correio ou por telefone e atendimento em grupo. Os resultados apontaram que em mulheres, a CA, está associada a estados emocionais negativos independente da intervenção que recebiam. Nos homens, estados emocionais negativos não foram associados à CA.

É notável destacar que não foi encontrado na literatura nenhum artigo relacionando o manual de Safer et al. (2009) com indivíduos do sexo masculino. As amostras encontradas são predominantemente homogêneas de adultos do sexo feminino (Bankoff et al., 2012; Cancian et al., 2017; Roosen, et al., 2012; Safer et al., 2010; Telch et al., 2000).

Como observado nesse estudo, o participante P2, demonstrou uma complexidade maior entre fatores alimentares, impulso, compulsão e reações emocionais. Já o participante P1 apresentou o impulso de CA e os episódios de CA associados apenas com sentimento de raiva. Possivelmente a DBT para TCA pode atuar de maneira distinta entre participantes do sexo feminino e masculino. Faz-se necessário mais estudos para investigar essa área.

Uma fraqueza potencial desse estudo piloto foi o pequeno tamanho da amostra e o alto número de absenteísmo e desistência dos participantes. De 20 semanas, P1 compareceu 16 semanas, P2 por 12. P3 e P5 desistiram na nona semana e P4 na sétima. Também é importante notar a falta da aplicação dos instrumentos durante as sessões de intervenção, isto dificultou uma análise mais poderosa de seu resultado a longo prazo.

Estudos futuros podem incluir o aumento do tamanho da amostra e o uso de uma condição de mensuração da intervenção durante a aplicação do manual. Um ponto forte deste estudo foi a descrição detalhada da intervenção. O protocolo especificou as habilidades ensinadas, quais fichas foram traduzidas e incluídas. Além disso, a tradução do manual de Safer et al. (2009) foi avaliada, e aprovadas, por três clínicos com treinamento em DBT. O terapeuta

e o coterapeuta participaram de uma equipe de consultoria antes e durante a intervenção, com o objetivo de aumentar a adesão aos princípios e protocolos da DBT.

Em resumo, este estudo é o primeiro a investigar os efeitos do manual de Safer et al. (2009) em indivíduos com TCA no Brasil. Essa pesquisa, vem auxiliar no processo de divulgação e consolidação da DBT para comunidade acadêmica e aplicada a prática no Brasil. Os resultados demonstram que essa intervenção pode ser eficaz na redução da gravidade da CA em indivíduos com TCA. Esses resultados são preliminares e sugere estudos com amostras maiores.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. R., Aguiar, R. G., & Del Prette, Z. A. P. (2009). *Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção*. São Carlos: Edufscar.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR) (4a ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-V-TR) (5a ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Appolinário, J. C., Coutinho, W., & Pova, L. C. (1995). O transtorno do comer compulsivo: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(1), 38-45.
- Bankoff, S. M., Karpel, M. G., Forbes, H. E., & Pantalone, D. W. (2012). A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *The Journal of Treatment & Prevention*, 20(3), 196-215.
- Behavioral Tech. (s.d.). Recuperado de: <http://behavioraltech.org/resources/whatisdbt.cfm>
- Bigheti, F., Santos, C. B., Santos, J. E., & Ribeiro, R. P. P. (2004). Tradução e avaliação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53(6), 339-346.
- Borges, M. B. (1998). *Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Cancian, A. C., Souza, L. A., Liboni, R. P., Machado, W. D., & Oliveira, M. D. (2017, December 2). Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: a Brazilian pilot study. *Eating and weight disorders*. doi: 10.1007/s40519-017-0461-2
- Coutinho, W. F. (2000) *Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer* (Tese de doutorado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(4), 497-505.
- Dratcu, L., Costa Ribeiro, L. & Calil, H. M. (1987) Depression assessment in Brazil: the first application of the Montgomery-Desberg Depression Rating Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 797-800.
- Duchesne, M., Appolinário, C. J., Rangé, P. B., Feitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80-92.
- G. T. Wilson (Eds.), *Binge-eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361–405). New

York: Guilford Press.

- 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.
- G1 – O portal de notícias do globo (2013). População brasileira ultrapassa marca de 200 milhões Recuperado de: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2013/08/populacao-brasileira-ultrapassa-marca-de-200-milhoes-diz-ibge.html>
- G1 – O portal de notícias do globo (2013). Veja diferenças entre definições de classes sociais no Brasil. Recuperado de: <http://g1.globo.com/economia/seu-dinheiro/noticia/2013/08/veja-diferencas-entre-conceitos-que-definem-classes-sociais-no-brasil.html>
- G1 – O portal de notícias do globo (2017). Metade dos trabalhadores brasileiros tem renda menor que o salário mínimo, aponta IBGE Recuperado de: <https://g1.globo.com/economia/noticia/metade-dos-trabalhadores-brasileiros-tem-renda-menor-que-o-salario-minimo-aponta-ibge.ghtml>
- Galinha, I. C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(23), 219-227.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. A. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlations. *Psychology Medicine*, 12(4), 871-878.
- Gasparin, G. (2013, 20 agosto). Veja diferenças entre definições de classes sociais no Brasil. *G1 – O portal de notícias da globo*. Recuperado de: <http://g1.globo.com/economia/seu-dinheiro/noticia/2013/08/veja-diferencas-entre-conceitos-que-definem-classes-sociais-no-brasil.html>
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1), 47-55.
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 23, 56-62.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. Nova Iorque: Delacorte Press
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: methods for clinical and applied settings* (2nd ed). New York: Oxford University Press.
- Leonardi, J. L. (2018). A terapia comportamental dialética (DBT). In A. E. A Antúnez & G. Safra (Orgs.). *Psicologia clínica: da graduação à pós-graduação* (pp. 95-103). São Paulo:

Atheneu.

- Linde, J. A., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Sherwood, N. E., Utter, J., Pronk, N. P., & Boyle, R. G. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of obesity*, 28(3), 418-425.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual*. New York: The Guilford Press.
- McGlinchey, J. M., Atkins, D. C., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: witch one to use and how useful they are? *Behavior Therapy*, 33(4), 529-550. doi: 10.1016/S0005-7894(02)80015-6
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 518-52.
- Pirâmides Populacionais do Mundo – Estados Unidos. Recuperado de: <https://www.populationpyramid.net/pt/estados-unidos/2013/>
- 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. *Nutrición hospitalaria*, 27(4), 1141–1147.
- Safer, D. L., Couturier, J. L., & Lock, J. (2007). *Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report*. *Cognitive and behavioral practice*, 14(2), 157-167.
- 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.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York, NY: Guilford Press.
- Safer, D.L., Telch, C. E, &Agras, W.S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., Polacow, V. O., Cordas, T. A., Queiroz, G. K. O., Coelho, D., ... Lancha Jr., A. H. (2006) Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 47(1), 77-78
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., ... & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *international Journal of eating disorders*, 13(2), 137-153.
- Stunkard A. J., Sorensen T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W.

- Matthysse. The genetics of neurological and psychiatric disorders (pp. 115-120). New York: Raven Press.
- Telch, C. F. (1997). *Emotion regulation skills training treatment for binge eating disorder: therapist manual*. Stanford University. York: The Guilford Press.
- Telch, C. F. (1997a). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 77-81.
- 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(3), 569-582.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Wilks, C. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. M. M., Lungu, A., & Linehan, M. M. (2017). Dialectical Behavior Therapy skills for families of individuals with behavioral disorders: Initial feasibility and outcomes. *Cognitive and Behavior Practice*, 24, 288-295
- Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of clinical psychology*, 55(6), 755-768.
- Wisniewski, L., Safer, D., & Chen, E. Y. (2007). Dialectical behavior therapy and eating disorders. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.

APÊNDICE A - Formulário de Triagem Online (FTO)

Obrigada por se interessar em participar da pesquisa intitulada "Treino de Habilidades embasado na DBT para indivíduos com Transtorno de Compulsão Alimentar". Por gentileza, preencha o formulário a seguir. Assim que avaliarmos todos os formulários, voltaremos a entrar em contato para informá-lo(a) a respeito da possibilidade de participação.

Endereço de e-mail: _____

Nome Completo: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

3- Você tem diagnóstico Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)?

Sim ()

Não ()

4- Peso _____kg

Altura _____m

5- Você está passando por algum tratamento?

Sim ()

Não ()

6- Em caso positivo: qual?

Psicoterapia ()

Psiquiatra ()

Outros ()

7- Você está passando por tratamento de perda de peso?

Sim ()

Não ()

8- Você já fez algum tratamento com base na DBT (terapia comportamental dialética)?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

9- Você tem algum outro diagnóstico psiquiátrico?

Sim ()

Não ()

Não sei ()

10- Em caso positivo: qual?

Transtorno Afetivo Bipolar () Esquizofrenia

()

Transtorno de Personalidade Borderline ()

Outros ()

11- Você faz uso de medicação menos de 3 meses de medicações antidepressivas ou estabilizadores de humor?

Sim ()

Não ()

12- Você apresenta sintomas psicóticos (ex: delirious e/ou alucinações)? Sim ()

Não ()

13- Você tem ideação suicida?

Sim ()

Não ()

14- Nos últimos 12 meses, você tentou acabar com a sua própria vida? Sim ()

Não ()

15- Você pode estar grávida?

Sim ()

Não ()

16- Você pode está amamentando?

Sim ()

Não ()

DISPONILIDADE PARA PARTICIPAÇÃO

O Treino de Habilidades ocorrerá semanalmente no Paradigma - Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, situado na Rua Wanderley, 611 - Perdizes, sempre no mesmo dia e horário, ao longo de 20 semanas.

Segunda-feira – 8h às 10h ()

Quinta-feira – 8h às 10h ()

Sexta-feira – 8h às 10h ()

Sexta-feira –14h às 16h ()

Sexta-feira –17h às 19h ()

Nenhum dos anteriores ()

DADOS SOCIO ECONÔMICOS

1. Você é beneficiário de algum programa social?

Sim () exemplos: Bolsa Família, Minha Casa Minha Vida ou outros

Não ()

2. Qual é a sua renda mensal?

Até 1 salário mínimo (Até R\$954,00) ()

Entre 1 e 2 salários mínimos (De R\$954,00 até R\$1.908,00) ()

Entre 2 e 3 salários mínimos (De R\$1.908,00 até R\$2.862,00) ()

Entre 3 e 4 salários mínimos (De R\$2.862,00 até R\$3.816,00) ()

Mais de 4 salários mínimos (Acima de R\$3.816,00) ()

3. Qual é a renda mensal da sua família?

Até 1 salário mínimo (Até R\$954,00) ()

Entre 1 e 2 salários mínimos (De R\$954,00 até R\$1.908,00) ()

Entre 3 e 4 salários mínimos (De R\$2.862,00 até R\$3.816,00) ()
Mais de 4 salários mínimos (Acima de R\$3.816,00)

4. Quantos dependentes financeiros diretos você tem? (Exemplos: filhos, parceiro (a), enteado (a), pais e outros)
- Nenhum ()
 - 1 ()
 - 2 ()
 - 3 ()
 - 4 ()
 - Mais de 4 ()

DADOS GERAIS

1. Data de Nascimento: _____
2. Telefone com DDD: _____
3. Cidade: _____
4. Estado: _____

5-Idade

- 18 a 24 anos ()
- 25 a 34 ()
- 35 a 44 ()
- 45 a 54 ()
- 55 a 64 mais ()

6-Nacionalidade

- Brasileiro ()
- Outros ()

7-Gênero Feminino ()

Masculino ()

8-Grau de escolaridade

- Fundamental incompleto()
- Fundamental completo ()
- Ensino Médio incompleto ()
- Ensino Médio completo ()
- Superior incompleto ()
- Superior completo ()
- Especialização em andamento ()
- Especialização ()
- Mestrado em andamento ()
- Mestrado ()

Doutorado ()

9-Profissão: _____

10- Estado civil

Solteiro(a) ()

Casado(a) ()

Separado(a) ()

Divorciado(a) ()

Viúvo(a) ()

Obrigada por preencher o formulário. Assim que finalizarmos o processo de triagem você será contatado para ser informado a respeito da possibilidade da sua participação na pesquisa

APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Beatriz Passos Guimarães sou Pesquisadora Responsável da pesquisa intitulada "Terapia Comportamental Dialética para Compulsão Alimentar: Um Estudo na População Brasileira" e te convido a participar da mesma. Considerando que o transtorno de compulsão alimentar está associado a prejuízo na qualidade de vida, problemas no desempenho de papéis sociais, risco maior de ganho de peso e desenvolvimento de obesidade, é importante obter algum tipo de tratamento para esta condição.

Este estudo tem como objetivo avaliar o efeito do treino de habilidades da Terapia Comportamental Dialética (DBT) adaptado para Compulsão Alimentar do manual de Safer, um treino de habilidades embasado na DBT padrão de Linehan e, como mudanças positivas no que se refere aos episódios de Compulsão Alimentar, aumento nos índices de abstinência, além de diminuição em sintomas psiquiátricos e estados emocionais negativos.

A pesquisa será realizada no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, situado na Rua Wanderley, 611 – Perdizes, São Paulo, SP. Inicialmente será solicitado que você responda a uma bateria de questionários relacionados à qualidade de vida, sintomas psicopatológicos, regulação emocional e comportamento alimentar. Na semana seguinte será iniciado um treino de habilidades conduzido por mim em parceria com um psicólogo com experiência na condução do treino de habilidades da DBT. O treino ocorrerá semanalmente, com duração de 2 horas cada, totalizando 20 semanas. Após o término do treino de habilidades, você será convocado a retornar na semana seguinte para responder à mesma bateria de questionários, além de uma avaliação a respeito do treinamento. Eu voltarei a entrar em contato dentro de 3 meses para que você retorne e responda novamente aos mesmos questionários, em vistas a verificar se houve melhora ou piora na sua situação. Caso você ainda apresente sintomas de compulsão alimentar será oferecida terapia comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento onde poderá ser atendido por mim ou por outros psicólogos.

Por se tratar de um treinamento em grupo, serão garantidos aos participantes o direito de terem conhecimento acerca dos procedimentos e dos riscos mínimos a que estarão submetidos, como: cansaço ao responder questionários; constrangimento ao se expor; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias; medo e/ou vergonha. Com o objetivo de minimizar os possíveis riscos, todos os encontros (incluindo a entrevista inicial) serão iniciados com exercícios de relaxamento e será garantido que caso você se sinta prejudicado pela exposição no grupo do treino de habilidades e/ou pelo seu desligamento, será oferecida terapia comportamental gratuita na clínica escola da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento onde poderá ser atendido por mim ou por outros psicólogos.

No primeiro dia de treinamento serão discutidas as regras do grupo, que determinam que você

intervir prontamente caso algum participante descumpra tais regras, com o intuito de reparar qualquer dano que o mesmo possa ter sofrido.

Após a conclusão deste trabalho será dada uma devolutiva referente aos resultados obtidos a todos os participantes. Os benefícios esperados são diminuição dos episódios de compulsão alimentar, da insatisfação corporal e de sintomas depressivos. Caso o participante não esteja apto a ter alta, ele será encaminhado para clínica psicológica da Associação Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento, onde poderá ser atendido por mim ou por outros psicólogos.

Gostaria de lembrar que será garantido o sigilo absoluto sobre as respostas obtidas, resguardando-se o anonimato de todos os participantes envolvidos, e que você terá o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum. Sua participação permanecerá sob sigilo em qualquer publicação e apresentação em reuniões científicas após a conclusão do estudo.

Você será ressarcido em dinheiro pelos gastos que obtiver com transporte público em decorrência da participação nesta pesquisa (para idas e vindas ao consultório da pesquisadora e/ou local onde ocorrerá o treino de habilidades).

Todos os participantes irão receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se você tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa e seus direitos enquanto participante, entre em contato comigo pelo telefone (14) 988108-8069 ou por e-mail: beaguimaraes9@gmail.com apresento com endereço profissional Rua Wanderley, 611, CEP: 05011-001, Perdizes, São Paulo. Mais, informações ou dúvidas também serão esclarecidas pelo meu Orientador Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi, no telefone (11) 3871-0185, ou com Comitê de Ética em Pesquisa Av. Raimundo Pereira de Magalhães, 3305 Pirituba, São Paulo - SP CEP 05145-200, e-mail: cep.uniansp@anhanguera.com telefone: (11) 3512-8412.

Esta pesquisa atende às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde sobre a participação de humanos em pesquisa.

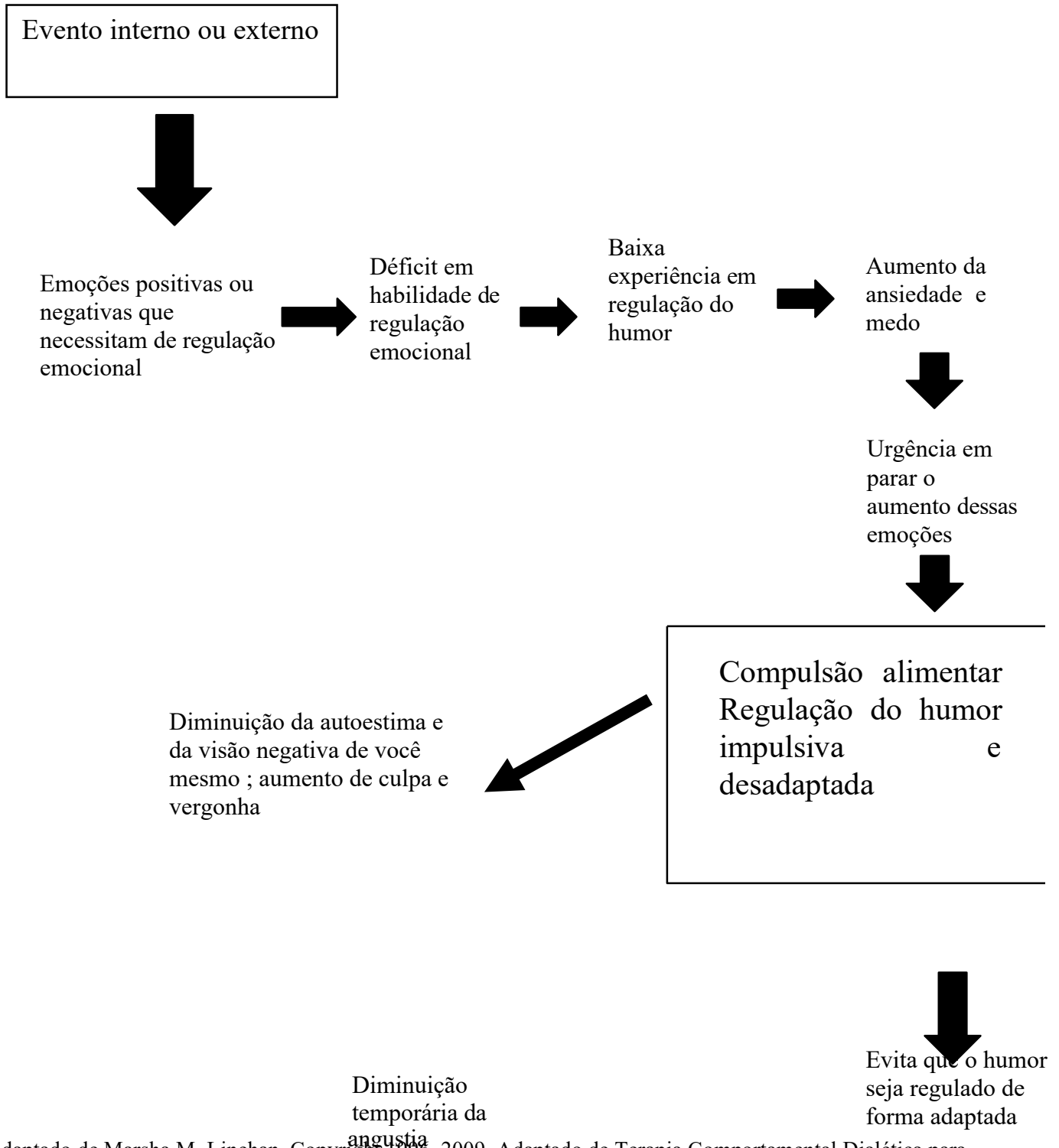
.....
Beatriz Passos Guimarães
(Pesquisadora responsável)
RG:49.975.105-X
CRP: 06/142379

.....
Prof. Dr. Jan Luiz Leonardi
(orientador da pesquisa)
CRP: 06/97994

.....
Assinatura do sujeito.

Nome completo:
RG:
CPF:
Endereço:
CEP:
Telefone:
E-mail:

ANEXO A
Modelo de desregulação emocional de problemas alimentares

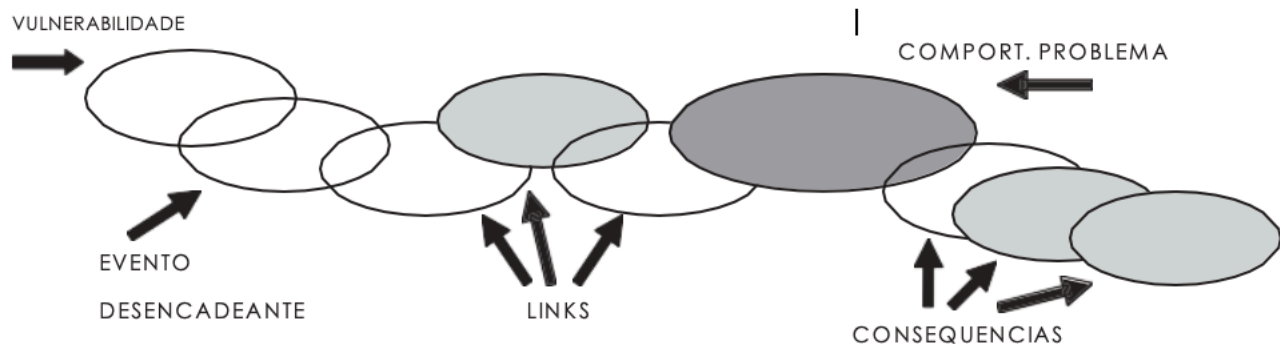


Adaptado de Marsha M. Linehan. Copyright 1996–2009. Adaptado de Terapia Comportamental Dialética para Compulsão e Bulimia por Debra L. Safer, Christy F. Telch e Eunice Y. Chen (2009).

ANEXO B Análise de Cadeia

Nome _____

Data do preenchimento: __/__/__ Data do comportamento problema __/__/__



QUAL É O PROBLEMA PRINCIPAL QUE ESTOU ANALISANDO?

Uma hora de compulsão alimentar em uma loja de conveniência com uma variedade de salgadinhos e doces.

QUAIS FORAM OS FATORES AMBIENTAIS QUE PROPORCIONARAM PARA QUE O COMPORTAMENTO PROBLEMA ACONTECESSE?

DIA DA SEMANA: segunda-feira

Meu esposo e eu entramos em uma discussão porque ele foi contra nosso acordo: que sua mãe ficaria em um hotel durante as férias. Em vez disso, ele disse a sua mãe que poderia ficar em nossa casa.

O QUE ME FEZ VULNERÁVEL? (FATORES EXTERNOS E INTERNOS)

DIA DA SEMANA QUE COMEÇOU MEU FATOR DE VULNERABILIDADE: quinta-feira

Senti-me estressada e sobrecarregada com tudo o que tinha incluído na minha lista de afazeres (compras de supermercado, arrumar a casa, dar banho no cachorro, lavar o carro). Eu estava irritada com meu esposo por não ter ajudado. Eu não tinha dormido o suficiente e me sentia exausta e irritada. Ao longo dos anos, desenvolvi o padrão de usar a compulsão alimentar quando estava chateada.

**ANEXO C-
TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)**

Por favor, responda as seguintes questões:	Semp re	Muit as veze s	Às vez es	Pouca s vezes	Qua se nun ca	Nun ca
1 - Fico apavorada com a idéia de estar engordando.	O	O	O	O	O	O
2 - Evito comer quando estou com fome.	O	O	O	O	O	O
3 - Sinto-me preocupada com os alimentos.	O	O	O	O	O	O
4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.	O	O	O	O	O	O
5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.	O	O	O	O	O	O
6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.	O	O	O	O	O	O
7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.)	O	O	O	O	O	O
8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	O	O	O	O	O	O
9 - Vomito depois de comer.	O	O	O	O	O	O
10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.	O	O	O	O	O	O
11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.	O	O	O	O	O	O
12- Penso em queimar calorias a mais quando me exercício.	O	O	O	O	O	O
13 – As pessoas me acham muito magra.	O	O	O	O	O	O
14 - Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo.	O	O	O	O	O	O
15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.	O	O	O	O	O	O
16 – Evito comer alimentos que contenham açúcar.	O	O	O	O	O	O
17 - Costumo comer alimentos dietéticos.	O	O	O	O	O	O
18 – Sinto que os alimentos controlam minha vida.	O	O	O	O	O	O
19 - Demonstro auto-controle diante dos alimentos.	O	O	O	O	O	O

20 – Sinto que os outros me pressionam para comer.	0	0	0	0	0	0
21 - Passo muito tempo pensando em comer.	0	0	0	0	0	0
22 – Sinto desconforto após comer doces.	0	0	0	0	0	0
23 - Faço regimes para emagrecer.	0	0	0	0	0	0
24 – Gosto de sentir meu estômago vazio.	0	0	0	0	0	0
25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	0	0	0	0	0	0
26 – Sinto vontade de vomitar após as refeições.	0	0	0	0	0	0

EAT (R) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

ANEXO D- ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (ECAP)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).

Tradutores: Freitas S, Appolinario JC. (2001).

Nome: _____

Data: ____/____/____

Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

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

- # 1
- () 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
 - () 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - () 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - () 4. 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
- () 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
 - () 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
 - () 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
 - () 4. 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
- () 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
 - () 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.
 - () 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
 - () 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.
- # 4
- () 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
 - () 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.
 - () 3. 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.
 - () 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.
- # 5
- () 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
 - () 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
 - () 3. 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.
 - () 4. 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
- () 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
 - () 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
 - () 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- # 7
- () 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
 - () 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
 - () 3. 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.
 - () 4. 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
- () 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
 - () 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
 - () 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
 - () 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).
- # 9
- () 1. Em geral, minha ingesta calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
 - () 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingesta calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
 - () 3. 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.
 - () 4. 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
- () 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".
 - () 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
 - () 3. Freqüentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
 - () 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

#11

- () 1. Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- () 2. Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- () 3. 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.
- () 4. 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

- () 1. Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- () 2. 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.
- () 3. Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- () 4. 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

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

#14

- () 1. Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- () 2. Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão "pré-ocupados" com tentar controlar meus impulsos para comer.
- () 3. Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- () 4. 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

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

#16

- () 1. Eu normalmente sei se estou ou não fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- () 2. 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.
- () 3. 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 E-
ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HAM-D)

Todos os ítems devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente.

1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido.

2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras.

3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro.

4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente

1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros.

2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações.

3. A doença atual é um castigo.

4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente.

1. Sente que a vida não vale a pena.

2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte.

3. Ideias ou gestos suicidas.

4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono.

1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora.

2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

0. Sem dificuldades.

1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite.

2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldades.

1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir

2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0. Sem dificuldades.

1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos.

2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade).

3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo).

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de ideias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais.

1. Leve retardo à entrevista.

2. Retardo óbvio à entrevista.

3. Entrevista difícil.

4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

0. Nenhuma.

1. Inquietude.

3. Mexe-se, não consegue sentar quieto.
4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem dificuldade.
1. Tensão e irritabilidade subjetivas.
2. Preocupação com trivialidades.
3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala.
4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como: Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;

Cardiovasculares: palpitações, cefaleia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Frequência urinária; Sudorese

0. Ausente:
1. Leve
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTRINTESTINAIS

0. Nenhum
1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdômen
2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum
1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgias.

2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0. Ausentes

1. Leves

2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

0. Ausente

1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)

2. Preocupação com a saúde

3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.

4. Ideias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso.

1. Provável perda de peso associada à moléstia atual.

2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana.

1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana.

2. Mais de 1 Kg de perda por semana.

3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente.

1. Reconhece a doença, mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.

2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma

1. Pior de manhã.

2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma.

1. Leve

2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, ideias niilistas

0. Ausente

1. Leve.

2. Moderadas.

3. Graves.

4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum.

1. Desconfiança.

2. Ideias de referência.

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Nenhum.

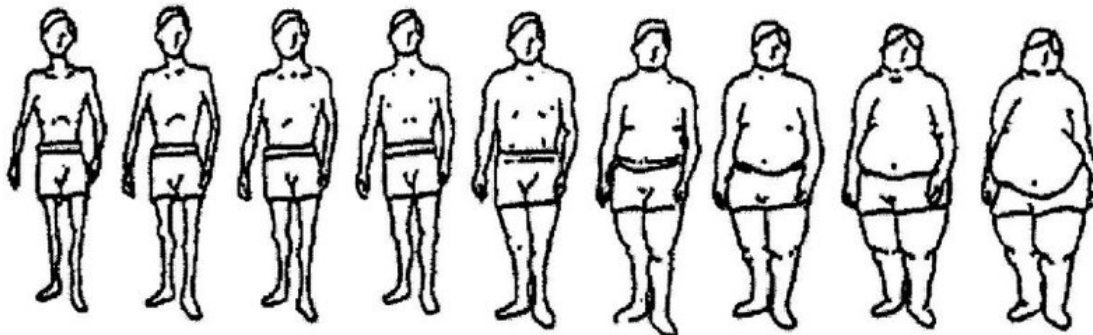
1. Leves.

2. Graves.

**ANEXO F –
ESCALA DE FIGURAS STUNKARD (FRS)**

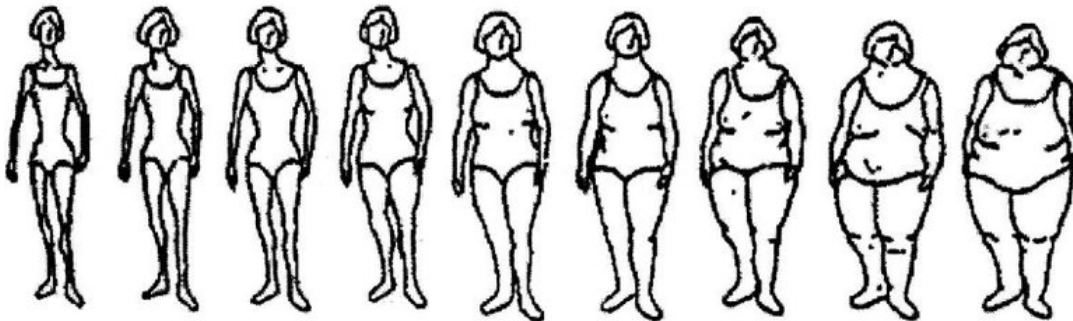
Observe a imagem a baixo: assinale

- 1) Qual a figura que representa melhor seu corpo atual
- 2) Qual figura representa o corpo que você gostaria de ter?
- 3) Qual figura representa o corpo saudável



Male

1 2 3 4 5 6 7 8 9



Female

ANEXO G-
POSITIVE AFFECT NEGATIVE AFFECT SCALE (PANAS)

Adaptada para o português

Esta escala consiste em um conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções. Indique em que medida sente cada uma destas emoções neste momento, ou seja, no momento presente

1. Nada ou muito ligeiramente 2 Um Pouco 3 Moderadamente 4 Bastante 5
Extremamente

_____ 1. Interessado

_____ 11. Irritado

_____ 2. Perturbado

_____ 12. Encantado

_____ 3. Excitado

_____ 13. Remorso

_____ 4. Atormentado

_____ 14. Inspirado

_____ 5. Agradavelmente Surpreendido

_____ 15. Nervoso

_____ 6. Culpado _____ 16. Determinado

_____ 7. Assustado

_____ 17. Afetuoso

_____ 8. Repulsa

_____ 18. Trêmulo

_____ 9. Entusiasmado

_____ 19. Ativo

_____ 10. Orgulhoso

_____ 20. Amedrontado

ANEXO H-
QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO (QEWPR)

Adaptada para o português

Tradutoras: Christina Morgan e M. Beatriz F. Borges

Autores: Borges MBF, Morgan CM, Claudino AM, Silveira DX.

Nome: _____ **Data:** _____

agradecemos por você completar este questionário. Por favor, faça um círculo no número ou na questão apropriada ou escreva por extenso a informação quando solicitado (a)

01. Idade: _____ anos

02. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

03. Qual é a sua raça?

1. Negra
2. Branca
3. Amarela
4. Outras(Qual?)

04. Qual é seu nível de escolaridade?

1. Primeiro grau incompleto
2. Primeiro grau completo
3. Segundo grau incompleto
4. Segundo grau completo
5. Curso superior incompleto
6. Curso superior completo

05. Qual é sua altura?

_____m_____cm

06. Quanto você pesa atualmente?

_____kg

07. Qual foi o seu peso mais alto? (exclua períodos de gestação)

_____kg

08. Você já esteve pelo menos 4,5kg acima do seu peso quando criança, ou pelo menos 7,0kg acima do seu peso quando adulto? (exclua períodos de gestação)

1. Sim 2. Não ou não sei

_____Kg

SE SUA RESPOSTA FOI SIM: Que idade você tinha na primeira vez que esteve acima do peso (pelo menos 4,5kg quando criança ou 7,0kg quando adulto)? Se não tiver certeza, tente ser a mais preceito possível. _____anos

09.

Quantas vezes (aproximadamente) você perdeu 9kg ou mais (não por motivo de doença) e recuperou- os depois?

1. Nunca
2. Uma ou duas vezes
3. Três ou quatro vezes
4. Cinco vezes ou mais

10. Nos últimos **seis** meses você muitas vezes comeu, num curto espaço de tempo (duas horas ou menos), quantidades de comida que a maioria das pessoas consideraria grande demais?

1. Sim 2. Não

SERESPONDEU NÃO: Pule para a questão 15

11. Nas ocasiões em que você comeu deste modo, geralmente sentia que não conseguia parar de comer ou controlar o que ou quanto comia?

1. Sim 2. Não

SERESPONDEU NÃO: Pule para a questão 15

12. Nos últimos **seis** meses, com que frequência, em média, você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida **mais** (junto com) a sensação de comer descontroladamente (Pode ter havido semana sem que isto não aconteceu. Procure estabelecer a média)?

1. Menos que um dia por semana
2. Um dia por semana
3. Dois ou três dias por semana
4. Quatro dias por semana
5. Quase todos os dias.

13. Nessas ocasiões você **habitualmente** tinha as seguintes experiências?

- a) Comer muito mais rápido do que o usual? Sim Não
- b) Comer até se sentir mal de tão cheio? Sim Não
- c) Comer grandes quantidades de comida quando não fisicamente com fome? Sim Não
- d) Comer sozinho porque se sentia envergonhado pela quantidade que comia? Sim Não
- e) Sentir-se aborrecido com você mesmo, muito culpado ou deprimido, após o episódio de excesso alimentar? Sim Não

14. Pense numa ocasião (situação) típica em que você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida **mais** a sensação de comer descontroladamente.

a. A que horas do dia o episódio começou?

1. Na parte da manhã (8h às 12h)
2. No começo da tarde (12h às 16h)
3. No fim da tarde (16h às 19h)
4. No começo da noite (19h às 22h)
5. Tarde da noite (após às 22h)

b. Aproximadamente quanto tempo durou o episódio alimentar, desde a hora em que você começou a comer até a hora em que parou e não comeu de novo durante duas horas no mínimo? ____ horas ____ minutos

c. Por favor, procure lembrar-se da melhor maneira possível e faça uma lista de tudo que você pode ter comido ou bebido durante aquele episódio. Se ficou comendo por mais de duas horas, descreva os alimentos e bebidas ingeridos durante as duas horas em que mais comeu. Seja específico -- Inclua a marca dos alimentos quando possível e quantidades estima das o mais precisamente possível (por exemplo: 1 barra média de chocolate Nestlé(50g);; 15 bolachas recheadas de chocolate, 2 copos (de requeijão) de Coca-Cola; 3 pãezinhos franceses com manteiga 5 pães de queijo; 1 lata de leite condensado Nestlé).

d. Quando esse episódio começou, quanto tempo fazia desde o fim da sua última refeição ou lanche?

_____ horas _____ minutos

15. De modo geral, nos últimos **seis** meses, quanto você se aborreceu por causa dos seus excessos alimentares (comer mais do que consideram melhor para você.) ?

1. Nem um pouco
2. Levemente
3. Moderadamente
3. 4. Muito
4. 5. Extremamente

16. De modo geral, nos últimos **seis** meses, quanto você se aborreceu por causada sensação de que você não conseguia parar de comer ou controlar o quê/quanto comia?

17. Nos últimos **seis** meses, quanto o seu peso e a

forma de seu corpo influenciaram o modo como você se sente validado com pessoa? (Em comparação aos outros aspectos de sua vida. Por exemplo como você se sente no trabalho)

1. O peso e a forma **não tiveram muita influência.**
2. O peso e a forma **tiveram alguma influência** no modo como o você se sente e se avalia com pessoa.
3. O peso e a forma **foram alguns dos principais fatores** que influenciaram o modo como você se sente em relação você mesmo.
4. O peso e a forma **foram os fatores que mais influenciaram** o modo como você se sente em relação a você mesmo.

18. Nos últimos **três** meses, você alguma vez provocou vomito para evitar ganho de peso de pois de ter comido grandes quantidades de comi da de modo descontrolado?

1. Sim 2. Não

SERESPONDEU SIM: com que frequência, em **média**, isto ocorreu?

1. Menos que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas ou três vezes por semana
4. Quatro ou cinco vezes por semana
5. Mais que cinco vezes por semana

19. Nos últimos **três** meses, você alguma vez tomou umais que o dobro da dose recomendada de laxantes para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida de modo descontrolado?

1. Sim 2. Não

SERESPONDEU SIM: com que frequência, **em média**, isto ocorreu?

1. Menos que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas ou três vezes por semana
4. Quatro ou cinco vezes por semana
5. Mais que cinco vezes por semana

20. Nos últimos **três** meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de diuréticos para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida de modo descontrolado?

1. Sim 2. Não

SERESPONDEU SIM: com que frequência, **em média**, isto ocorreu?

1. Menos que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas ou três vezes por semana
4. Quatro ou cinco vezes por semana
5. Mais que cinco vezes por semana

21. Nos últimos **três** meses, você alguma vez jejuou (não comeu nada durante pelo menos 24 horas) para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

1. Sim 2. Não

26. PULE ESTA QUESTÃO SE VOCÊ NUNCA CHEGOU A PERDER PELO MENOS 4,5kg ATRAVÉS DE DIETA:

Que idade você tinha na primeira vez que perdeu no mínimo 4,5kg através da dieta ou delimitar o quanto você comia? Se você não tiver certeza, procure estimar o mais precisamente possível.
anos

SERESPONDEU SIM: com que frequência, **em média**, isto ocorreu?

1. Menos que um dia por semana
2. Um dia por semana
3. Dois ou três dias por semana
4. Quatro ou cinco dias por semana
5. Quase todos os dias.

22. Nos últimos **três** meses, você alguma vez se exercitou por mais de uma hora **especificamente** para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

1. Sim 2. Não

SERESPONDEU SIM:

Com que frequência, **em média**, isto ocorreu?

1. Menos que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas ou três vezes por semana
4. Quatro ou cinco vezes por semana
5. Mais que cinco vezes por semana

23. Nos últimos **três** meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de pílulas de emagrecimento para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

1. Sim 2. Não

24. Nos últimos seis meses, você participou de reuniões de algum programa de controle de peso (por ex. Vigilantes do Peso), ou de algum grupo de autoajuda (por exemplo, os Comedores Compulsivos Anônimos)?

SE SIM, qual programa? _____

25. Desde que você é adulto (18 anos de idade) quanto tempo passou fazendo ou tentando fazer dieta, ou de algum modo limitando a quantidade que comia como intuito de perder ou de manter o peso de pois de ter emagrecido?

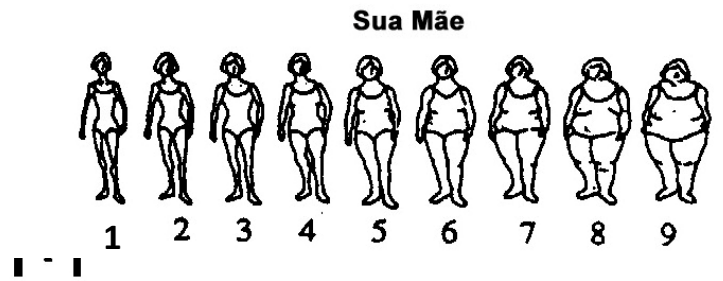
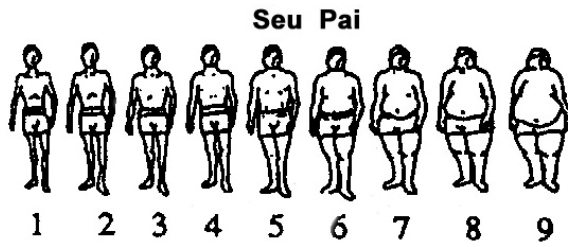
1. Nenhum ou quase nenhum tempo
2. Aproximadamente um quarto do tempo
3. Aproximadamente metade do tempo
4. Aproximadamente três quartos do tempo
5. Quase todo o tempo

27. PULE ESTA QUESTÃO SE VOCÊ NUNCA TEVE EPISÓDIOS DE EXCESSO ALIMENTAR ASSOCIADO A UMA SENSAÇÃO DE PERDA DE CONTROLE:

Quantos anos você tinha quando apresentou pela primeira vez momentos em que comia grandes

	_____anos
--	-----------

28. Por favor, observe estas silhuetas. Circule aquela que mais se assemelha ao feto de corpo de seu pai e sua mãe biológicos **no seu peso mais alto**. Se você não conhece seu pai e /ou mãe biológicos não circule aquele que não conhece.



ANEXO I-
Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Versão traduzida e validada para o português do Brasil Autoras: Cancian, A.C.M. & Oliveira, M.S.

Instruções:

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

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

<hr/>	1) Para mim, os meus sentimentos são claros.
<hr/>	2) Presto atenção à forma como me sinto.
<hr/>	3) Experiencio minhas emoções como intensas e fora de controle.
<hr/>	4) Não faço ideia de como me sinto.
<hr/>	5) Tenho dificuldade em entender os meus sentimentos.
<hr/>	6) Eu observo cuidadosamente meus sentimentos.
<hr/>	7) Sei exatamente como me sinto.
<hr/>	8) Importo-me com aquilo que sinto.
<hr/>	9) Sinto-me confuso (a) com a forma como me sinto.
<hr/>	10) Quando estou chateado(a), reconheço as minhas emoções.
<hr/>	11) Quando estou chateado (a), fico zangado (a) comigo mesmo (a) por me sentir assim.
<hr/>	12) Quando estou chateado (a), fico constrangido(a) por me sentir assim.
<hr/>	13) Quando estou chateado(a), tenho dificuldade em completar tarefas.
<hr/>	14) Quando estou chateado (a), fico descontrolado (a).
<hr/>	15) Quando estou chateado (a), acredito que vou continuar assim por muito tempo.
<hr/>	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	Algumas vezes	Cerca de metade do tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(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.