

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Alice Cardozo Silva

**CORRELAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE AÇÚCAR E GORDURA E OS NÍVEIS
DE AUTOCOMPAIXÃO EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA**

Porto Alegre

2019

Alice Cardozo Silva

**CORRELAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE AÇÚCAR E GORDURA E OS NÍVEIS
DE AUTOCOMPAIXÃO EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado como requisito parcial para a obtenção do
grau de Bacharel em Nutrição à Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, Departamento de Nutrição.

Orientadora: Gisele Gus Manfro
Coorientadora: Natasha Kim de Oliveira da Fonseca

Porto Alegre

2019

Alice Cardozo Silva

**CORRELAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE AÇÚCAR E GORDURA E OS NÍVEIS
DE AUTOCOMPAIXÃO EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao Departamento de Nutrição, da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, como requisito parcial para a obtenção
do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: ____ de dezembro de 2019.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^aDr^a Ana Maria Pandolfo Feoli – PUCRS

Prof^aDr^a Carolina Guerini – UFRGS

Prof^aDr^a Gisele Gus Manfro – Orientadora – UFRGS

CIP - Catalogação na Publicação

Cardozo Silva, Alice

Correlação entre o consumo de açúcar e gordura e os níveis de autocompaixão em pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada / Alice Cardozo Silva. -- 2019. 39 f.

Orientadora: Gisele Gus Manfro.

Coorientadora: Natasha Kim de Oliveira da Fonseca.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Autocompaixão. 2. Comportamento alimentar. 3. Consumo alimentar.. 4. Transtorno de ansiedade. I. Gus Manfro, Gisele, orient. II. de Oliveira da Fonseca, Natasha Kim, coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a minha família, especialmente aos meus pais, Ernesto Silva e Rosangela Cardozo, e ao meu irmão, Ricardo Cardozo, pelo apoio que sempre me deram na vida.

Em especial, agradeço a minha coorientadora, Me. Natasha Kim da Fonseca, que me acolheu e durante os últimos anos compartilhou seus conhecimentos comigo, além de todo empenho dedicado a elaboração deste trabalho e a confiança depositada em mim. Obrigada por ter me introduzido nos estudos de comportamento alimentar.

Sou grata a minha orientadora Prof^aDr^a Gisele Manfro, pelas contribuições dadas durante todo o processo e a oportunidade de participação no grupo de pesquisa e elaboração deste trabalho. Obrigada também a todos os integrantes do projeto PROTAIA, que me acolheram e colaboraram direta ou indiretamente.

Aos professores, colegas e todos aqueles que fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

Introdução: Transtornos psiquiátricos e sintomas emocionais podem influenciar nos tratamentos para perda ou manutenção de peso e desempenhar um papel significativo no desenvolvimento da obesidade. A autocompaixão, que é uma abordagem mais gentil em relação a si mesmo, pode atuar na proteção contra comportamentos alimentares disfuncionais por meio de diversos mecanismos. O objetivo desse estudo foi investigar a correlação entre os níveis de autocompaixão e o consumo de alimentos hiperpalatáveis em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). **Métodos:** Estudo transversal, incluídas cinquenta e uma mulheres com TAG que tiveram seus dados antropométricos aferidos e responderam à Escala de Autocompaixão (SCS) e ao Questionário de Frequência Alimentar (QFA-Porto Alegre). Foi utilizada a correlação de Pearson para analisar a correlação entre autocompaixão e fatores que representam o consumo de alimentos energeticamente densos e hiperpalatáveis, como gordura total, gordura saturada, açúcar e calorias totais. **Resultados:** Foi encontrada uma correlação negativa entre as variáveis de gordura total ($r = -0,29$, $p = 0,046$) e gordura saturada ($r = -0,29$, $p = 0,043$) com os níveis de autocompaixão em mulheres adultas com TAG. Já o consumo de calorias totais e açúcar não se correlacionou com nenhum fator em estudo. **Conclusão:** Foi observado que quanto menor a autocompaixão, maior o consumo de gordura total e gordura saturada nessas mulheres com TAG. Esses resultados podem contribuir para a literatura a respeito de melhor conhecer o comportamento alimentar dessa população específica, vulnerável a distúrbios alimentares. Estratégias que visam incluir a autocompaixão no tratamento podem facilitar a mudança de comportamentos relacionados à saúde e à alimentação.

Palavras-chave: Autocompaixão. Comportamento alimentar. Consumo alimentar. Transtorno de ansiedade.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric disorders and emotional symptoms can influence weight loss or weight maintenance procedures and play a significant role in the development of obesity. Self-compassion, which is a kinder approach to oneself, can protect against dysfunctional eating behaviors through a variety of mechanisms. The focus of this study was to investigate the association between self-pity levels and the consumption of hyperpalatable foods in women with Generalized Anxiety Disorder (GAD). **Methods:** Fifty-one women with GAD had their anthropometric data measured and answered the Self-Compassion Scale (SCS) and the Food Frequency Questionnaire (FFQ-Porto Alegre). Pearson's correlation was used to analyse the association between self-compassion and factors that represent the consumption of energy dense and hyperpalatable foods such as total fat, saturated fat, sugar and total calories. **Results:** A negative correlation was found between the variables total fat ($r = -0.29$, $p = 0.046$) and saturated fat ($r = -0.29$, $p = 0.043$) with self-compassion levels in adult women with GAD. The consumption of total calories and sugar did not correlate with any factor under study. **Conclusion:** It was observed that the lower the self-pity, the higher the total fat and saturated fat consumption in these women with GAD. These results may contribute to the literature on better understanding the eating behavior of this specific population, vulnerable to developing eating disorders. Strategies to include self-compassion in treatment can facilitate the change in health and dietary behaviors.

Keywords: Self-compassion. Eating behavior. Food consumption. Anxiety disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABESO – Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

AG – Ácidos graxos

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada

OMS – Organização Mundial da Saúde

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HAM-A – Hamilton Anxiety Rating Scale

HAM-D – Hamilton Depression Scale

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IMC – Índice de massa corporal

PROTAN - Programa de Transtornos de Ansiedade

SCS – *Self-compassion scale*

QFA – Questionário de frequência alimentar

TCC – Terapia cognitivo comportamental

TMC – Transtornos mentais comuns

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE	12
2.2 AUTOCOMPAIXÃO	13
2.3 COMPORTAMENTO ALIMENTAR	15
3 JUSTIFICATIVA	17
4 OBJETIVO	18
5 METODOLOGIA	19
5.1 LOGÍSTICA	19
5.2 AVALIAÇÃO – INSTRUMENTOS UTILIZADOS	20
5.2.1 Avaliação da Gravidade dos Sintomas Ansiosos e Depressivos	20
5.2.2 Avaliação antropométrica	20
5.2.3 Avaliação do nível de autocompaixão	20
5.2.4 Avaliação do consumo alimentar	21
5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	22
6 RESULTADOS	22
7 DISCUSSÃO	25
8 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ..	37
ANEXO A - HAMILTON ANXIETY RATING SCALE	Erro! Indicador não definido.
ANEXO B – SELF-COMPASSION SCALE	39

1 INTRODUÇÃO

Segundo relatório da OMS, em 2017, o número total de pessoas vivendo com transtorno de ansiedade no mundo era de 264 milhões e afetava 9,3% (18.657.943) das pessoas que vivem no Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Sabe-se que condições psicológicas estão intimamente relacionadas com alterações no consumo alimentar e peso e que a saúde mental pode interferir em tratamentos para perda ou manutenção de peso (LAZZERETTI et al., 2015).

Percebe-se uma mudança dos padrões alimentares na população, na qual refeições preparadas a partir de alimentos *in natura* ou minimamente processados são substituídas por produtos ultraprocessados (MARTINS et al., 2013), com alto teor de açúcares livres, gordura trans, sal e baixo teor de fibras alimentares. Essa modificação promove desequilíbrios nutricionais, além de uma ingestão excessiva de calorias e aumento no risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, dislipidemia e doenças cardiovasculares (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA., 2014). Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009, o consumo excessivo de açúcar foi referido por 61% da população e a prevalência de consumo excessivo de gordura saturada (maior do que 7% do consumo de energia) foi de 82% na população (IBGE, 2011).

O aumento no número de indivíduos com sobrepeso e obesidade tem sido um desafio universal de saúde. Em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos no mundo apresentavam excesso de peso e, destes, mais de 650 milhões eram obesos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Estimativas regionais de 2014 informam que 50% a 60% dos adultos, mais de um terço dos adolescentes e 7% a 12% das crianças menores de 5 anos estavam acima do peso ou obesos (OPAS, 2014).

As abordagens para perda de peso convencionais estudadas até o momento geralmente não apresentam bons desfechos em longo prazo (ELFHAG; RÖSSNER, 2005). Porém, sabe-se que a perda de peso, até mesmo quando modesta, pode levar a uma redução significativa nos riscos para saúde associados a obesidade (WING et al., 2011). Da mesma forma, a inserção de hábitos saudáveis, como aumento do consumo de frutas e verduras, atividade física regular, consumo de álcool moderado e cessação do tabagismo, podem reduzir risco para mortalidade em qualquer indivíduo, independente do seu índice de massa corporal (IMC) (MATHESON; KING; EVERETT, 2012).

Outras condições psicológicas podem desempenhar um papel significativo no desenvolvimento da obesidade, como o comer emocional e a insatisfação corporal, que têm sido relacionados ao ganho e à difícil manutenção de peso a longo prazo (LAZZERETTI et al., 2015). No entanto, grande parte das intervenções conhecidas para perda de peso não abordam fatores psicológicos e sabe-se que esses fatores podem facilitar o manejo de peso (BEAN; STEWART; OLBRISCH, 2008).

Abordagens cognitivo comportamentais de terceira onda, como o *mindfulness* e a autocompaixão, têm se mostrando efetivas na facilitação de mudanças no comportamento alimentar (MANTZIOS; WILSON, 2015; OLSON; EMERY, 2015), levando a tomada de decisões mais saudáveis em contextos de saúde (JORDAN et al., 2014).

Mindfulness pode ser definido como a consciência que surge quando se presta atenção no momento presente, com um propósito e sem julgamento (KABAT-ZINN, 2003). *Mindful eating* é a aplicação dos fundamentos do *mindfulness* a experiências relacionadas à alimentação, isto é, atenção intencional ao momento presente com uma atitude de não julgamento ou aceitação (MANTZIOS et al., 2018). Neff (2003) define que “a autocompaixão implica ser gentil e compreensivo em relação a si mesmo em casos de dor ou fracasso, em vez de ser duramente autocrítico; perceber as experiências de uma pessoa como parte da experiência humana mais ampla, em vez de vê-las como isolantes; e ter consciência e compreender pensamentos e sentimentos dolorosos, ao invés de se identificar com eles.”

Uma revisão sugere que o *mindfulness* é uma estratégia eficaz para o tratamento de transtornos de humor e ansiedade e é eficaz em protocolos de terapia com diferentes estruturas (RODRIGUES; NARDI; LEVITAN, 2017). Em outra revisão publicada recentemente, que analisou 68 artigos, programas de *mindfulness* e *mindful eating* se mostraram eficazes na redução de comportamentos relacionados ao ganho de peso, como a compulsão alimentar, alimentação emocional e o “comer frente a pistas externas”, além de resultarem em uma mudança positiva nos hábitos alimentares (WARREN; SMITH; ASHWELL, 2017).

Segundo Mantioz e colaboradores (2018), intervenções psicológicas recentes identificaram que a autocompaixão pode ser o construto mais relevante dentro do *mindfulness* em termos de auxílio na manutenção e na perda de peso. Enquanto, Braun e colaboradores (2016) trazem que a autocompaixão pode atuar na proteção contra comportamentos alimentares disfuncionais por meio de diversos mecanismos. Assim, destaca-se a importância

de desenvolver autocompaixão como um fator protetivo de regulação emocional na saúde mental e no bem-estar (MACBETH; GUMLEY, 2012).

A relação entre a autocompaixão e o consumo de gordura e de açúcar ainda não está bem elucidada pela literatura e apenas um estudo exploratório buscou entender essa relação em uma população universitária (MANTZIOS et al., 2018). Entretanto, em alguns estudos que mostram a associação entre ansiedade e ganho de peso (GOOSSENS et al., 2009), a autocompaixão parece atuar melhorando a ansiedade (BERGEN-CICO; CHEON, 2014) e certos comportamentos relacionados a alimentação (BRAUN; PARK; GORIN, 2016), além de desempenhar um papel significativo (MANTZIOS et al., 2015) na regulação do peso (MANTZIOS; GIANNOU, 2014; MANTZIOS; WILSON, 2015).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Medo e ansiedade em excesso, com alterações comportamentais, são características dos transtornos de ansiedade. De acordo com o DSM 5, a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura, sendo associada frequentemente à tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro. Já o medo é a resposta emocional frente a uma ameaça iminente real ou percebida, sendo mais frequentemente associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga. Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Dentre os transtornos de ansiedade, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado por sintomas de preocupação crônica e excessiva relativa a questões do cotidiano que interferem de forma significativa no funcionamento psicossocial e desempenho geral, com preocupações intensas e angustiantes que geram sofrimento ao indivíduo, sendo essas difíceis de controlar e que ocorrem na maioria dos dias por, pelos menos, seis meses. E essa ansiedade é acompanhada por pelo menos três dos seguintes sintomas adicionais: inquietação ou sensação de estar com “os nervos à flor da pele”, fadiga, dificuldade de concentrar-se ou sensações de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular e/ou perturbação do sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A prevalência do transtorno de ansiedade generalizada por 12 meses é de 2,9% entre adultos nos Estados Unidos. A prevalência de 12 meses para o transtorno em outros países varia de 0,4 a 3,6%, sendo o risco de morbidade durante a vida de 9%. Fatores temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos estão relacionados ao desenvolvimento do TAG, ocorrendo duas vezes mais em mulheres. O diagnóstico tem aumento da prevalência na meia-idade e declina ao longo dos últimos anos de vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Intervenções baseadas em *mindfulness* se mostram positivas na redução da gravidade dos sintomas de ansiedade em uma ampla gama de indivíduos em busca de tratamento, mostrando desempenho comparável à terapia cognitivo-comportamental (TCC) (HOFMANN; GÓMEZ, 2017).

A variável ansiedade, como fator estressor, ou como problema secundário ao estresse (COHEN; KESSLER; GORDON, 1995; SARAVANAN; WILKS, 2014) pode ter consequências negativas no corpo e na mente (COHEN; KESSLER; GORDON, 1995). É sugerido que o alto nível de estresse possa ser um fator de risco para aumento no tecido adiposo (WARDLE et al., 2011) e desenvolvimento de obesidade e conseqüentemente de suas comorbidades (ADAM; EPEL, 2007). Os problemas de saúde fisiológicos que podem ocorrer são vários, pois o estresse, por meio da secreção do hormônio cortisol, promove aumento da ingestão alimentar, principalmente de alimentos ricos em açúcar e pobres em nutrientes (DALLMAN et al., 2004; GROESZ et al., 2012), densamente energéticos e ricos em gordura (OLIVER; WARDLE, 1999; ZELLNER; SAITO; GONZALEZ, 2007).

Não existem resultados consistentes sobre um padrão alimentar específico em pacientes ansiosos. Em alguns indivíduos os sintomas de ansiedade podem aumentar ou diminuir o consumo alimentar. Sendo assim, a ansiedade é considerada fator de risco tanto para desenvolvimento de obesidade (GARIEPY; NITKA; SCHMITZ, 2010), como para transtornos alimentares como a anorexia (DELLAVA et al., 2010). Estudos sugerem que o comportamento alimentar pode ser influenciado por aspectos relacionados a personalidade, ao autocontrole, a alterações na função executiva e na tomada de decisão (ELFHAG; MOREY, 2008) ou ainda a processos atencionais (O'REILLY et al., 2014).

Um estudo de coorte publicado em 2009, que acompanhou homens e mulheres, trabalhadores de escritório, em um período de 19 anos, fornece evidências de que o transtorno mental comum (com sintomas de ansiedade e depressão) pode ser um fator de risco para a obesidade futura, mas não o contrário (KIVIMÄKI et al., 2009). Essa relação ainda está pouco clara, mas de qualquer maneira, a ansiedade se mostra associada positivamente à obesidade (MATHER et al., 2009).

2.2 AUTOCOMPAIXÃO

Compaixão é um termo derivado do budismo, que nem sempre é usado com o mesmo sentido e é pouco entendido e conhecido na sociedade atual. Goetz e colaboradores (2010) citam a compaixão como “o sentimento que surge em testemunhar o sofrimento do outro, que motiva um desejo subseqüente de ajudar”. Compaixão as vezes é confundida com piedade, no entanto, piedade envolve a avaliação adicional de preocupação com o outro, que é

considerado inferior a si mesmo (FISKE et al., 2018). Compaixão também difere-se de empatia, já que possui um componente de ação, com a intenção de aliviar o sofrimento do outro, somado à capacidade de compreender e compartilhar uma experiência emocional com outra pessoa (PRECKEL; KANSKE; SINGER, 2018).

Neff (2003) divide a autocompaixão em três componentes: (1) auto bondade, (2) humanidade comum e (3) *mindfulness*. Auto bondade envolve tratar-se com compreensão e cuidado ao invés de com autocritica severa. Humanidade comum implica entender que as falhas e inadequações são experiências comuns a todos e fazem parte da condição de ser humano. *Mindfulness* permite “estar” com o sofrimento, tendo consciência dele e compreendendo, ao invés de se identificar com ele.

O indivíduo que desenvolve a autocompaixão, tende a estender os sentimentos de compaixão aos outros, percebendo que todos, incluindo ele mesmo, são dignos de compaixão (NEFF, 2003).

Estudos já mostram os benefícios da autocompaixão em relação parâmetros de saúde. Alguns focam na redução de comportamentos de risco a saúde, como o tabagismo (KELLY et al., 2010), o comer em excesso (ADAMS; LEARY, 2007) e insatisfação corporal (ALBERTSON; NEFF; DILL-SHACKLEFORD, 2015). Outros estudos focam em hábitos saudáveis. Segundo uma meta-análise recente, publicada em 2015, encontrou-se uma associação significativa entre autocompaixão e comportamentos preditores de saúde (alimentação saudável, atividade física, sono e controle de estresse) (BERGEN-CICO; CHEON, 2014).

No processo de validação da escala de autocompaixão (NEFF, 2003b) foi encontrada uma correlação negativa da autocompaixão com a ansiedade e a depressão, e uma correlação positiva significativa da autocompaixão com a satisfação com a vida. Um estudo mostrou que após uma intervenção baseada em *mindfulness*, pessoas com diagnósticos de transtornos depressivos ou ansiosos tiveram um aumento no nível de autocompaixão e redução nos sintomas de estresse e ansiedade (PROEVE; ANTON; KENNY, 2018).

A representação comportamental da auto bondade pode estar relacionada ao consumo alimentar não saudável para aliviar o sofrimento psicológico e, assim, promover apenas um único elemento da autocompaixão pode não ser útil (MANTZIOS; EGAN, 2017), sugerindo que ser bondoso consigo mesmo não garante saúde psicológica e fisiológica (MACBETH; GUMLEY, 2012; MANTZIOS; EGAN, 2017). Mantzios & Egan (2017) enfatizam que

envolver-se em comportamentos não saudáveis como forma de auto bondade não é consistente com o conceito de autocompaixão, que se refere ao fornecimento simultâneo de autocuidado ao corpo e à mente.

A autocompaixão não leva a passividade e sim incentiva comportamentos proativos que visam promover ou manter o bem-estar (NEFF, 2003a). A autoconsciência sobre seus próprios padrões de pensamento, sentimento e comportamento podem levar a contestação desses (Brown, 1999). Brewer e colaboradores (2018) relatam que ter a consciência sobre comportamentos inadequados e morais, percebendo como o ciclo de hábitos é desenvolvido (ex.: comer quando estressado) e mantido (ex.: aprendizado baseado em recompensas), pode auxiliar na melhora da relação do indivíduo com os alimentos e ser o primeiro passo para mudança.

A autocompaixão foi identificada como uma importante fonte de resiliência, e regulação afetiva (GILBERT et al., 2014), podendo ajudar o indivíduo a lidar de maneira mais proativa com a situação. Um estudo mostrou que mulheres que não apresentaram sintomas depressivos e de ansiedade relataram níveis significativamente mais altos de flexibilidade psicológica, avaliação não julgadora do conteúdo do pensamento e autocompaixão do que as mulheres que apresentavam sintomas depressivos e de ansiedade (MONTEIRO et al., 2019).

2.3 COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O comportamento alimentar pode ser definido como um conjunto de afetos e cognições que conduzem as escolhas alimentares, refletindo uma interação entre aspectos fisiológicos, ambientais e psicológicos (ALVARENGA, 2015).

Emoções afetam o comportamento alimentar e podem se relacionar com o ganho de peso (ALVARENGA, 2015), sendo que os sintomas ansiosos já foram associados a alguns fatores do comportamento alimentar que levam a isto (BAER; FISCHER; HUSS, 2005). A busca por diminuir ou reverter o estado emocional negativo que é vivido por pacientes com TAG pode influenciar o comportamento alimentar e incidir em ganho de peso, pois ao realizar uma refeição, o humor e a predisposição emocional são alterados e geralmente reduzem a excitação e a irritabilidade, além de aumentar a calma e o efeito positivo (LEIGH GIBSON, 2006).

A compreensão dos mecanismos comportamentais e neurobiológicos que sustentam a formação de hábitos pode explicar porque a abordagem de perda de peso com restrição alimentar (HERMAN; MACK, 1975) falhou em abrir o caminho para desenvolver novas intervenções (BREWER et al., 2018).

O consumo alimentar no Brasil é constituído em grande parte por alimentos de alto teor energético e baixo teor de nutrientes, configurando uma dieta de risco para déficits nutricionais, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (IBGE, 2011). Os sintomas ansiosos podem influenciar o consumo e o comportamento alimentar. Enquanto, intervenções que incluem a autocompaixão parecem melhorar a relação dos indivíduos com o alimento (BREWER et al., 2018) e altos níveis de autocompaixão estão relacionados a comportamentos mais saudáveis, podendo moderar ou prevenir esse consumo (MANTZIOS et al., 2018).

3 JUSTIFICATIVA

O comportamento alimentar de pacientes ansiosos, embora seja muito discutido clinicamente, ainda apresenta poucas evidências na literatura científica. Assim, se faz necessário o estudo do comportamento alimentar nessa população para encontrar métodos e estratégias eficazes para modificar e melhorar esse comportamento.

4 OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi investigar a correlação entre autocompaixão e o consumo de gordura e açúcar, em uma amostra de pacientes com transtorno de ansiedade generalizada (TAG).

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, no qual participaram 51 mulheres adultas com diagnóstico de TAG de acordo com os critérios diagnósticos do DSM 5. Este projeto fez parte da avaliação de linha de base de um ensaio clínico randomizado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o número 16-0301 intitulado “Ensaio clínico randomizado comparando uma intervenção baseada em *mindfulness* versus tratamento farmacológico versus grupo de qualidade de vida em pacientes com transtorno de ansiedade generalizada” que recebeu financiamento do CNPq (Edital Universal, processo nº 421073/2016-0). Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o ingresso no estudo.

Os pacientes foram recrutados por meio do anúncio de mídia ou do ambulatório de Transtorno de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), para um Ensaio Clínico Randomizado realizado entre os anos de 2017 e 2018. Os critérios de exclusão eram a presença de Transtorno Alimentar, Transtorno Bipolar, Transtorno Psicótico, Transtorno por Uso de Substâncias (exceto Tabaco), Ideação Suicida nos últimos 6 meses e presença de sintomas depressivos graves.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAAE 61336416.0.0000.5327).

5.1 LOGÍSTICA

Os pacientes foram selecionados primeiramente por telefone através da escala de 7 itens do Transtorno de Ansiedade Generalizada – GAD-7 (MANTZIOS; GIANNOU, 2014). Aqueles classificados como ansiosos foram convidados a participar do estudo e foram avaliados em uma entrevista clínica e com o *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) (SHEEHAN et al., 1998) por um psiquiatra ou psicólogo treinado. A gravidade dos sintomas de ansiedade também foi avaliada com a Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A) (HAMILTON, 1967). Após a entrevista clínica estruturada para confirmação do diagnóstico de TAG e aceitação da participação voluntária na pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o aceite, os indivíduos foram convidados a preencher questionários de avaliação psicológica, clínica e sociodemográfica. Após, foi feito um agendamento para avaliação nutricional, na qual outros

questionários de comportamento alimentar foram aplicados e as medidas antropométricas foram coletadas.

5.2 AVALIAÇÃO – INSTRUMENTOS UTILIZADOS

5.2.1 Avaliação da Gravidade dos Sintomas Ansiosos e Depressivos

Foi utilizada a HAM-A, um instrumento amplamente utilizado e bem validado para avaliar a gravidade dos sintomas de ansiedade em pacientes brasileiros (KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2010; SHEAR et al., 2001). Para excluir pacientes com sintomas depressivos graves foi utilizada a Hamilton Depression Scale (HAM-D) (HAMILTON, 1967).

5.2.2 Avaliação antropométrica

A aferição do peso foi realizada em balança digital calibrada, com capacidade de 200 kg da marca Todelo®, São Bernardo do Campo, Brasil. A estatura foi medida usando um estadiômetro de milímetro vertical da marca HoltainLimited®, Crosswell, País de Gales, Reino Unido. Mediu-se o e a estatura em duplicata e adotou-se o valor médio das duas medidas. O IMC, definido como o peso em quilogramas dividido pela altura em metros quadrados (kg/m^2), foi calculado para avaliar o estado nutricional.

5.2.3 Avaliação do nível de autocompaixão

Foi utilizada a Self-Compassion Scale (SCS), com 26 itens, que foi desenvolvida para medir a autocompaixão em três componentes: autojulgamento versus auto bondade, sensação de isolamento versus de humanidade comum e hiperidentificação versus *mindfulness* (SOUZA; HUTZ, 2016). Os itens estão agrupados em seis subescalas: Autobondade (itens 5, 12, 19, 23, 26); Autojulgamento (itens 1, 8, 11, 16, 21); Humanidade Comum (itens 3, 7, 10, 15); Isolamento (itens 4, 13, 18, 25); Mindfulness (itens 9, 14, 17, 22) e Sobre-identificação (itens 2, 6, 20, 24). Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 = Quase nunca; 5 = Quase sempre). A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os

itens. Pontuações mais elevadas significam mais autocompaixão. Os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados para se aceder à pontuação total (i.e., 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1).

5.2.4 Avaliação do consumo alimentar

Utilizou-se o Questionário de Frequência Alimentar de Porto Alegre (QFA-Porto Alegre), que é um questionário semi quantitativo, abrangendo 135 itens alimentares, que verifica o consumo alimentar habitual no último ano, através da avaliação do tamanho da porção e frequência consumida (vezes por dia/ por semana ou por mês). Este instrumento tem uma validade relativa justa em adolescentes e adultos, incluindo um amplo espectro de idade, de 12 a 90 anos de idade (HENN et al., 2010).

Para análise quantitativa do consumo alimentar foram utilizados os valores em gramas (g) ou mililitros (mL) das porções pré-estabelecidas pelo autor do instrumento (HENN et al., 2010). Porções/medidas caseiras relatadas pelos participantes diferentes das preestabelecidas foram determinadas pela Tabela de Avaliação do Consumo Alimentar em Medidas Caseiras (PINHEIRO et al., 2008).

As frequências e as quantidades consumidas relatadas pelos participantes foram convertidas em equivalentes diários: [número de vezes/número de dias*(quantidade*valor da medida caseira)]. Após, esses dados foram digitados e calculados no excel. Para obter a composição nutricional dos alimentos, utilizaram-se os valores fornecidos pelos autores do QFA-Porto Alegre, provenientes em sua maioria da tabela americana (AGRICULTURE; SERVICE, 2016), seguido pelas tabelas brasileiras (PINHEIRO et al., 2008; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO, 2011). Para os itens sem substitutos equivalentes na tabela americana de Composição de Alimentos (USDA), elaborou-se a receita e, a partir da busca por seus ingredientes, foi possível obter a composição pelas tabelas brasileiras (PINHEIRO et al., 2008; UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO, 2011).

A estimativa do consumo de cada nutriente foi consolidada com base no cálculo de que o total de nutriente de um alimento equivale ao número de porções desse alimento multiplicado pela frequência de ingestão diária do alimento e multiplicada pela proporção de

cada nutriente em cada porção. Foi utilizada uma sintaxe no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA), para estabelecer o valor total estimado de calorias, macro e micronutrientes consumidos ao longo de um dia.

5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram descritos em média \pm desvio padrão para as variáveis quantitativas paramétricas, e mediana e amplitude interquartil para variáveis não paramétricas ou em frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas. Foram realizadas análises de correlações entre todas as variáveis independentes e as variáveis dependentes utilizando a correlação de Pearson conforme a normalidade dos dados. O efeito de covariáveis foi examinado e controlado quando necessário. Os dados foram analisados com o *Statistical Software for Social Sciences* (SPSS versão 18.0). Os testes são bicaudais, com nível de significância de 0,05.

6 RESULTADOS

Das 51 mulheres com TAG, três foram excluídas por não terem completado os questionários. As 48 restantes tinham média de idade de 33 anos (± 11) e IMC médio de 27,21kg/m² ($\pm 6,38$), classificada como sobrepeso (WHO, 2000). A média do consumo diário de energia foi de 2.440kcal; de gordura total foi de 101.68g; de ácidos graxos saturados foi de 33,55g; e de açúcar foi de 123,82g. A pontuação média para a *Self-Compassion Scale* foi 2,41 pontos ($\pm 0,50$). A Tabela 1 apresenta as análises descritivas das variáveis estudadas.

Através da análise de correlação de Pearson foram avaliadas as correlações do consumo de calorias, açúcar, gordura total e gordura saturada com o escore total de autocompaixão (Tabela 2), sendo encontrada uma correlação negativa fraca entre os domínios de gordura total e gordura saturada com autocompaixão. O Gráfico 1 mostra a correlação entre os níveis de autocompaixão e o consumo de gordura saturada. Já o consumo de calorias totais e açúcar não se correlacionou com nenhum fator em estudo.

Tabela 1 - Descrição da população em estudo.

	Média
Idade (anos)	32.64 ± 11.13
IMC (Kg/m²)	27.21 ± 6.38
Escore total autocompaixão	2.41 ± 0.50
Gordura total (g)	101.68 ± 46.66
Ácidos graxos saturados (g)	33.55 ± 17.69
Açúcar (g)	123.82 ± 83.16
Consumo energético (Kcal)	2440,7330 ± 1099,07689

G (gramas); IMC (índice de massa corporal).

Tabela 2 - Correlações do consumo de calorias, açúcar, gordura total e gordura saturada com o escore total de autocompaixão.

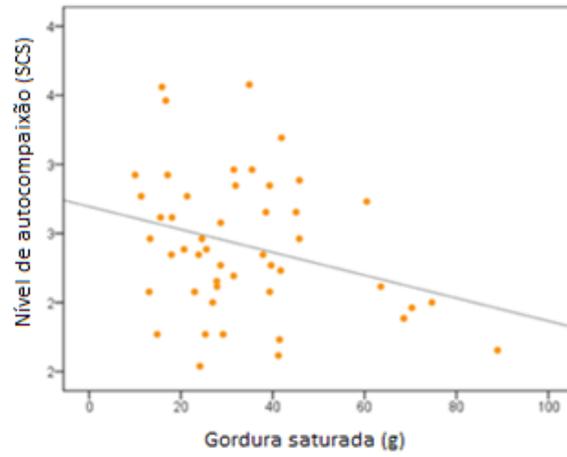
		Idade	IMC	Escore SCS	Gordura total	AG Saturados	Açúcar	Consumo
Idade (anos)	Correlação de Pearson	1						
	Sig. (bilateral)							
	N	48						
IMC (Kg/m²)	Correlação de Pearson	,380**	1					
	Sig. (bilateral)	,008						
	N	48	48					
Escore SCS	Correlação de Pearson	-,057	,039	1				
	Sig. (bilateral)	,702	,795					
	N	48	48	48				
AG totais (g)	Correlação de Pearson	-,114	-,050	-,289*	1			
	Sig. (bilateral)	,440	,738	,046				
	N	48	48	48	48			
AG saturados (g)	Correlação de Pearson	,016	-,041	-,291*	,928**	1		
	Sig. (bilateral)	,912	,780	,045	,000			
	N	48	48	48	48	48		
Açúcar (g)	Correlação de Pearson	-,128	,152	-,213	,757**	,695**	1	
	Sig. (bilateral)	,387	,302	,146	,000	,000		
	N	48	48	48	48	48	48	
Consumo (Kcal)	Correlação de Pearson	-0,110	0,043	-,243	,944**	,872**	,886**	1
	Sig. (bilateral)	0,455	0,769	,096	,000	,000	,000	
	N	48	48	48	48	48	48	48

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

AG (ácidos graxos); G (gramas); IMC (índice de massa corporal); SCS (*self compassion scale*).

Gráfico 1 – Correlação entre os níveis de autocompaixão e o consumo de gordura saturada.



$r = -.291$ $p = .045$

7 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados sugerem que quanto menores os níveis de autocompaixão, maior o consumo de gordura, sem inferir relação causal sobre essa associação. Também foi identificado nessa população, que o baixo escore de autocompaixão foi correlacionado ao elevado consumo de gordura saturada especificamente. Sugere-se assim que existe uma ingestão elevada de gordura em indivíduos com TAG e baixos níveis de autocompaixão. Entretanto, a associação entre consumo calórico ou consumo de açúcar e autocompaixão não foi encontrada. A pontuação média para a *Self-Compassion Scale* foi 2,41 pontos ($\pm 0,50$). Esta taxa é menor em comparação à universitárias brasileiras (3.20 ± 0.52) e à meditadores (3.86 ± 0.58).

Considerando a ingestão calórica diária média de aproximadamente 2400kcal, como valor energético total (VET), a ingestão de gordura total é calculada em 37% do VET e a gordura saturada 12% do VET. É recomendado que a quantidade total de gordura ingerida seja menor do que 30% do consumo total de energia, sendo desses até 7% de gordura saturada (AMINE et al., 2003). Assim, percebe-se que a ingestão de gordura total e gordura saturada nessa população foi elevada. É recomendado que a ingestão de açúcares livres seja menor do que 10% da ingestão total de energia (AMINE et al., 2003) e nessa população a ingestão de açúcar chegou a 20% do VET. A população brasileira consome em média 80g de açúcar diariamente, enquanto essa população relatou ingerir uma média de 123,82g.

Sugere-se que a autocompaixão aja sobre o mecanismo de autorregulação moderando as possíveis respostas negativas a falhas e incentivando os indivíduos a agirem a partir de percepções internas ao invés de mecanismos de recompensa extrínsecos, melhorando assim sua relação com o alimento (BREWER et al., 2018). Essa autorregulação através de processos como o estabelecimento de metas, a própria ação, a atenção e a avaliação do comportamento, possibilita o foco em objetivos saudáveis a longo prazo (ADAMS; LEARY, 2007).

No nosso conhecimento, esse é o primeiro estudo que explora a relação entre a autocompaixão e o consumo de açúcar e gordura em uma amostra de indivíduos com TAG. Apenas um outro estudo exploratório avaliou essa correlação em uma amostra de universitários, e encontrou que o consumo total de gordura e açúcar teve uma relação significativa com aspectos negativos da autocompaixão (isto é, isolamento e super identificação) (MANTZIOS et al., 2018).

Enfatiza-se que o consumo de açúcar e gordura não é necessariamente prejudicial à saúde, porém, o consumo excessivo de alimentos com alto teor de açúcares, gorduras, sal e baixo teor de fibras está relacionado a maiores chances de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA., 2014). É complexo separar os efeitos de um único nutriente em estudos epidemiológicos, uma vez que os alimentos são uma mistura de nutrientes. Assim como aliviar uma sensação intensa de estresse ocasional comendo um alimento hiperpalatável e calórico não causa obesidade, o alívio habitual dos desconfortos da vida através desse meio que pode levar ao ganho de peso (DALLMAN, 2010). A partir dos processos de aprendizado baseados em recompensas pode-se inclusive gerar ciclos de purga compulsiva em algumas populações (BURGER; SANDERS; GILBERT, 2016).

Existem evidências de que o transtorno de ansiedade é um fator de risco para desfechos cardiovasculares (MCGUIRE; AHEARN; DOERING, 2015), e está associada a comportamentos prejudiciais para saúde como tabagismo, dieta inadequada e pouca atividade física. Uma alimentação saudável tem se mostrado de extrema importância para o manejo dos sintomas ansiosos (MCGUIRE; AHEARN; DOERING, 2015).

Um estudo de coorte publicado em 2016 encontrou uma probabilidade aumentada de incidência de transtornos mentais comuns (TMC), com sintomas de depressão e ansiedade, em indivíduos com maior ingestão de açúcar em alimentos/bebidas doces (duas a três vezes o nível recomendado). Análises transversais também mostraram associações positivas entre a ingestão de açúcar e TMC. A pesquisa observou o efeito adverso da ingestão de açúcar de alimentos/bebidas doces na saúde psicológica a longo prazo, sugerindo que uma menor ingestão de açúcar pode estar associada a uma melhor saúde mental (KNÜPPEL et al., 2017).

O ambiente desempenha um papel significativo no controle do comportamento alimentar, e na sociedade atual, este está repleto de pistas para comer e não comer, além do fácil acesso que se tem a alimentos ultra processados e altamente palatáveis (ADAMS; LEARY, 2007), muitas vezes sendo até mais acessíveis financeiramente. Em uma tentativa de mudança de comportamento relacionado a saúde, os esforços da pessoa podem ser prejudicados por fatores ambientais, que interagem com o indivíduo para promover uma alimentação relacionada à recompensa através do condicionamento operante (aprendizado associativo) (BREWER et al., 2018). Logo, a exposição contínua a este ambiente tende a gerar mais comportamentos a partir de pistas externas, afastando as pessoas de seus processos

internos como os sinais fisiológicos de fome (ADAMS; LEARY, 2007). Brewer et al (2018) concluíram que ensinar os indivíduos a agir a partir de pistas internas (como desfrutar de uma alimentação saudável), ao invés de mecanismos de recompensa extrínsecos (como pesar-se), pode ser uma maneira de melhorar a relação com o alimento.

Em um estudo de NEFF, no qual participaram 203 adultos com sobrepeso e obesidade, as mulheres relataram níveis mais altos de “auto aversão” e psicopatologia alimentar, além de níveis mais baixos de autocompaixão do que os homens. Também se verificou que a autocompaixão medeia a relação entre vergonha, índice de massa corporal (IMC), insatisfação corporal, sintomas psicopatológicos e qualidade de vida em mulheres. (NEFF, 2003a).

Em um estudo transversal, estudantes universitários preencheram questionários sobre *mindfulness*, autocompaixão, *mindful eating* e motivações para comer alimentos hiperpalatáveis. *Mindfulness*, autocompaixão e o *mindful eating* exibiram uma relação negativa significativa com as motivações para comer alimentos hiperpalatáveis e se relacionam a um IMC mais baixo e a uma alimentação mais saudável (MANTZIOS; EGAN, 2018), indicando que a falta de atenção em momentos de sofrimento pode estar relacionada a qualquer motivo para comer que não seja a partir de sinais internos de fome.

Brewer e colaboradores (2018) sugerem um treinamento de *mindfulness* e autocompaixão composto por três etapas, direcionado ao aprendizado baseado em recompensas, para reconstituir o processo de aprendizado em torno da alimentação. Na primeira etapa, o aumento da consciência sobre os comportamentos e seus gatilhos seria estimulado. A segunda etapa seria avaliar os resultados e identificar as reais recompensas de nossos hábitos, explorando as sensações físicas e os efeitos emocionais de comer, para assim comer quando está com fome e parar de ingerir alimento quando está satisfeito. Esse processo pode resultar em uma liberdade para direcionar energias para outras atividades, que não o comer. O terceiro e último passo seria desenvolver a capacidade de fazer escolhas intuitivas sobre alimentos, focando no momento presente. À medida que as recompensas relativas da autocompaixão se tornam mais evidentes e acessíveis, esse tipo de autocuidado se torna mais "intuitivo", impulsionado pela atualização de seu valor de recompensa (BREWER et al., 2018). A partir dessa base, foi desenvolvido um programa de *mindful eating* para uso em smartphones, com treinamentos diários através de vídeo e áudios. Ao utilizar o programa em um treinamento de 28 dias, com mulheres com sobrepeso ou obesidade, encontraram reduções significativas, tanto no consumo de alimentos (redução de 40%, $p < 0,001$), quanto no

comportamento de comer exageradamente (por exemplo, redução de 36% em comer para lidar com emoções negativas, $p < 0,001$) (MASON et al., 2017).

Além do ambiente, outro fator que pode dificultar a mudança de comportamento na saúde em pacientes ansiosos é a emoção negativa, podendo conduzir o indivíduo a utilizar o consumo alimentar como uma estratégia para se distrair de estados de afeto negativos (LAZZERETTI et al., 2015). Neste contexto, a autocompaixão desempenha um papel na autorregulação, moderando as possíveis respostas negativas a contratempos e falhas, através de processos como o estabelecimento de metas, a própria ação, a atenção e a avaliação do comportamento (ADAMS; LEARY, 2007). Deste modo indivíduos auto compassivos podem focar em objetivos de comer saudável a longo prazo (ADAMS; LEARY, 2007).

Sirois e colaboradores (2015) apontam que pessoas que estão frustradas ou deprimidas têm maior probabilidade de se envolver em comportamentos prejudiciais, como comer demais como forma de regular o humor. Uma explicação de como o indivíduo, no momento da falha na dieta, agiria com autocompaixão seria percebendo que todos cometem erros (humanidade comum) e, portanto, não sendo excessivamente autocrítico (auto bondade) ou envolvido em sentimento de culpa e frustração (*mindfulness*).

Indivíduos que lutam com problemas de alimentação, comportamento alimentar disfuncional e peso parecem apresentar dificuldades em serem auto compassivos consigo mesmos, especialmente quando enfrentam falhas (ADAMS; LEARY, 2007; GILBERT et al., 2014). Já se encontra na literatura pesquisas explorando a relação de intervenções com autocompaixão e perda de peso. Um estudo recente constatou que a característica de autocompaixão previu negativamente o ganho de peso em civis que entraram em um ambiente militar altamente estressante (MANTZIOS et al., 2015). Outro estudo demonstrou que os participantes perderam mais peso quando participaram de um programa de autocompaixão, em comparação com um grupo de controle (MANTZIOS; WILSON, 2015). Conforme sugerido em pesquisas anteriores, o desenvolvimento do *mindfulness*, que medeia as mudanças na autocompaixão e na ansiedade, pode ajudar a perda de peso (MATZIOS; WILSON, 2015) e prevenir uma ação negativa no ganho de peso (MANTZIOS et al., 2015).

Os resultados que temos sobre a autocompaixão e seu papel na regulação da alimentação são promissores. Auxiliar pessoas a monitorar sua alimentação de maneira menos rígida e a ter uma reação mais adaptativa à “erros na dieta” pode possibilitar uma alimentação mais saudável (ADAMS; LEARY, 2007). Uma explicação alternativa seria que ter

autocompaixão poderia facilitar o engajamento em comportamentos que promovem a saúde, tornando possível a mudança de hábitos e influenciar assim em um menor consumo de alimentos densamente energéticos.

As principais limitações do presente estudo foram o pequeno tamanho da amostra, a falta de um grupo controle, e a avaliação quantitativa do consumo alimentar que foi realizada através de um questionário que tende a superestimar o consumo. Além disto, o desenho transversal do estudo não permitiu avaliar uma relação causal entre as variáveis. Esse trabalho é o início da busca por conhecer melhor o comportamento alimentar de indivíduos ansiosos, relacionando autocompaixão e consumo, e sugere associações para serem mais investigadas em futuros estudos.

Continua incerto se abordagens com autocompaixão (que incluem atividades em grupo, sessões de treinamento, terapia ou até exercícios individuais (SIROIS; KITNER; HIRSCH, 2015), levam a escolhas alimentares saudáveis (MANTZIOS; EGAN, 2017). Porém o treinamento em autocompaixão pode ser uma nova abordagem para desenvolver hábitos mais saudáveis (RAHIMI-ARDABILI et al., 2017). O melhor entendimento dos efeitos desse treinamento no comportamento alimentar pode potencialmente melhorar o sucesso dos programas de perda e manutenção de peso no contexto do tratamento da obesidade.

Desta maneira, esses achados podem contribuir para delinear outros estudos sobre o comportamento alimentar dessa população vulnerável a transtornos alimentares, psiquiátricos e obesidade. Pesquisas futuras podem analisar dados longitudinais, com intervenção e devem incluir randomização para grupos de controle e tratamento, para poder assim explorar a variação do consumo alimentar. Logo, prestadores de serviços de saúde que promovem a autocompaixão podem ser capazes de efetuar mudanças comportamentais positivas naquelas sob seus cuidados (SIROIS; KITNER; HIRSCH, 2015).

Vê-se a importância de focar no comportamento alimentar, não somente no tipo de alimento consumido, pois fatores como a autocompaixão podem influenciar no consumo e na escolha alimentar. Os efeitos da autocompaixão na nossa saúde física ainda têm de ser mais estudados e as aplicações de práticas de autocompaixão requerem considerações e aperfeiçoamentos adicionais. Desta forma, ainda são necessários mais estudos para entender o mecanismo de ação e a forma mais eficaz para incluir esses aspectos no tratamento.

8 CONCLUSÃO

Foi encontrada uma correlação negativa entre as variáveis de gordura total e gordura saturada com os níveis de autocompaixão em mulheres adultas com TAG. Já o consumo de calorias totais e açúcar não se correlacionou com nenhum fator em estudo. Estes resultados sugerem que, em mulheres com diagnóstico de TAG, quanto menor a autocompaixão, maior o consumo de gordura total e gordura saturada. Deste modo, outras intervenções em conjunto com a abordagem nutricional poderão ser úteis para melhorar o comportamento alimentar dessa população.

REFERÊNCIAS

- ADAM, T. C.; EPEL, E. S. Stress, eating and the reward system. **Physiology and Behavior**, v. 91, n. 4, p. 449–458, 2007.
- ADAMS, C. E.; LEARY, M. R. Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 26, n. 10, p. 1120–1144, 2007.
- AGRICULTURE, U. S. D. OF; SERVICE, A. R. **USD Food Composition Database**.
- ALBERTSON, E. R.; NEFF, K. D.; DILL-SHACKLEFORD, K. E. Self-Compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. **Mindfulness**, 2014.
- ALVARENGA, M. Fundamentos teóricos sobre análise e mudança de comportamento. In: ALVARENGA, M. et al. (Eds.). . **Nutrição comportamental**. Barueri, SP: Manole, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. Porto Alegre - RS: Artmed Editora Ltda., 2013.
- AMINE, E. K. et al. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases World Health Organization. **Technical Report Series**, 2003. (Genebra) 916
- BAER, R. A.; FISCHER, S.; HUSS, D. B. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. **Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy**, v. 23, n. 4, p. 281–300, 2005.
- BEAN, M. K.; STEWART, K.; OLBRISCH, M. E. Obesity in America: implications for clinical and health psychologists. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 15, n. 3, p. 214–224, 2008.
- BERGEN-CICO, D.; CHEON, S. The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. **Mindfulness**, v. 5, n. 5, p. 505-519, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRAUN, T. D.; PARK, C. L.; GORIN, A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. **Body Image**, v. 17, p. 117–131, 2016.
- BREWER, J. A. et al. Can mindfulness address maladaptive eating behaviors? Why traditional diet plans fail and how new mechanistic insights may lead to novel interventions. **Frontiers in Psychology**, v. 9, 2018. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01418
- BURGER, K. S.; SANDERS, A. J.; GILBERT, J. R. Hedonic Hunger Is Related to Increased Neural and Perceptual Responses to Cues of Palatable Food and Motivation to Consume: Evidence from 3 Independent Investigations. **The Journal of Nutrition**, v. 146, n.99, p. 1807–1812. 2016.

COHEN, S.; KESSLER, R. C.; GORDON, L. U. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In: COHEN, S.; KESSLER, R. C.; GORDON, L. U. (Eds.). **Measuring stress: a guide for health and social scientists**. New York, NY.: Oxford University Press, 1995. p. 3–26.

DALLMAN, M. F. et al. Minireview: Glucocorticoids - Food intake, abdominal obesity, and wealthy nations in 2004. **Endocrinology**, v. 145, n. 6, p. 2633–8, 2004.

DALLMAN, M. F. Stress-induced obesity and the emotional nervous system. **Trends in Endocrinology and Metabolism**, v. 21, n. 3, p. 159–165, 2010.

DELLAVA, J. E. et al. Childhood anxiety associated with low BMI in women with Anorexia Nervosa. **Behaviour Research and Therapy**, v. 48, n.1, p. 60–67, 2010.

ELFHAG, K.; MOREY, L. C. Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. **Eating Behaviors**, v. 9, n. 3, p. 285–293, 2008.

ELFHAG, K.; RÖSSNER, S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. **Obesity Reviews**, v. 6, n. 1, p. 67–85, 2005.

FERREIRA, C.; PINTO-GOUVEIA, J.; DUARTE, C. Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: implications for eating disorders. **Eating Behaviors**, v. 14, n. 2, p. 207–210, 2013.

FISKE, S. T. et al. A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. **Social Cognition: Selected Works of Susan Fiske**, v. 82, n. 6, p. 878–902, 2002.

GARIEPY, G.; NITKA, D.; SCHMITZ, N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Obesity**, v. 34, n. 3, p. 407–419, 2010.

GILBERT, J. et al. A qualitative study of the understanding and use of ‘compassion focused coping strategies’ in people who suffer from serious weight difficulties. **Journal of Compassionate Health Care**, (2014) 1: 9.

GOETZ, J. L.; KELTNER, D.; SIMON-THOMAS, E. Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. **Psychological Bulletin**, v. 136, n. 3, , p. 351–374, 2010.

GOOSSENS, L. et al. Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. **European Eating Disorders Review**, v. 17, n. 1, p. 68–78, 2009.

GROESZ, L. M. et al. What is eating you? Stress and the drive to eat. **Appetite**, v. 58, n. 2, p. 717–21, 2012.

HAMILTON, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. **British Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 6, n. 4, p. 278–296, 1967.

HENN, R. L. et al. Development and validation of a food frequency questionnaire (FFQ-Porto

Alegre) for adolescent, adult and elderly populations from Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 11, p. 2068–2079, 2010.

HERMAN, C. P.; MACK, D. Restrained and unrestrained eating. **Journal of Personality**, v. 43, n. 4, p. 647–660, 1975.

HOFMANN, S. G.; GÓMEZ, A. F. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 40, n. 4, p. 739-749, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares: 2008-2009. Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

JORDAN, C. H. et al. Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. **Personality and Individual Differences**, v. 68, p. 107–111, 2014.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 10, n. 2, p. 144–156, 2003.

KELLY, A. C. et al. Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 29, n. 7, p. 727–755, 2010.

KIVIMÄKI, M. et al. Association between common mental disorder and obesity over the adult life course. **British Journal of Psychiatry**, v. 195, n. 2, p. 149–155, 2009.

KNIGHT, L. K. et al. Convergent neural correlates of empathy and anxiety during socioemotional processing. **Frontiers in Human Neuroscience**, 2019.

KNÜPPEL, A. et al. Sugar intake from sweet food and beverages, common mental disorder and depression: Prospective findings from the Whitehall II study. **Scientific Reports**, 2017.

KUMMER, A.; CARDOSO, F.; TEIXEIRA, A. L. Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 68, n. 4, p. 495–501, 2010.

LAZZERETTI, L. et al. Assessment of psychological predictors of weight loss: How and what for? **World J Psychiatry**, v. 5, n. 1, p. 56–67, 2015.

LEIGH GIBSON, E. Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. **Physiology and Behavior**, v. 89, n. 1, p. 53–61, 2006.

MACBETH, A.; GUMLEY, A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. **Clinical Psychology Review**, v. 32, n. 6, p. 545–552, 2012.

MANTZIOS, M. et al. The role of negative cognition, intolerance of uncertainty, mindfulness, and self-compassion in weight regulation among male army recruits. **Mindfulness**, v. 6, n. 3, p. 545–552, 2015.

MANTZIOS, M. et al. Mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to fat and sugar consumption: an exploratory investigation. **Eat Weight Disord**, v. 23, n. 6, p. 833–840,

2018.

MANTZIOS, M.; EGAN, H. An exploratory examination of mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to motivations to eat palatable foods and BMI. **Health Psychology Report**, v. 6, p. 207–215, 2018.

MANTZIOS, M.; EGAN, H. H. On the role of self-compassion and self-kindness in weight regulation and health behavior change. **Frontiers in Psychology**, v. 8, 2017.

MANTZIOS, M.; GIANNOU, K. Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. **Appl Psychol Health Well Being**, v. 6, n. 2, p. 173–191, 2014.

MANTZIOS, M.; WILSON, J. C. Mindfulness, Eating Behaviours, and Obesity: A Review and Reflection on Current Findings. **Current Obesity Reports**, v. 4, n. 1, p. 141–146, 2015.

MARTINS, A. P. B. et al. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). **Revista de Saude Publica**, v. 47, n. 4, p. 656–665, 2013.

MASON, A. E. et al. Testing a mobile mindful eating intervention targeting craving-related eating: feasibility and proof of concept. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 41, n.2, p. 160–173, 2018.

MATHER, A. A. et al. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 66, n. 4, p. 277–285, 2009.

MATHESON, E. M.; KING, D. E.; EVERETT, C. J. Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 25, n. 1, p. 9–15, 2012.

MCGUIRE, A. W.; AHEARN, E.; DOERING, L. V. Psychological distress and cardiovascular disease. **Journal of Clinical Outcomes Management**, v. 22, 2015.

MONTEIRO, F. et al. What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of acceptance-focused processes and self-compassion. **Journal of Affective Disorders**, v. 246, p. 522–529, 2019.

MOUBARAC, J.-C.; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications**. Washington, DC : PAHO, 2015.

NEFF, K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. **Self and Identity**, v. 2, p. 85–101, 2003a.

NEFF, K. D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. **Self and Identity**, v. 2, n.3, p. 223–250, 2003b.

O'REILLY, G. A. et al. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: A literature review. **Obesity Reviews**, v. 15, n. 6, p. 453–461, 2014.

OLIVER, G.; WARDLE, J. Perceived effects of stress on food choice. **Physiology and**

Behavior, v. 66, n. 3, p. 511–515, 1999.

OLSON, K. L.; EMERY, C. F. Mindfulness and weight loss: a systematic review. **Psychosomatic Medicine**, v. 77, n. 1, p. 59–67, 2015.

OPAS. **Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde**. Washington: 2014.

PINHEIRO, A. B. V. et al. **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

PRECKEL, K.; KANSKE, P.; SINGER, T. On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind. **Current Opinion in Behavioral Sciences**, v. 19, p. 1–6, 2018.

PROEVE, M.; ANTON, R.; KENNY, M. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. **Psychol Psychother**, v. 91, n. 4, p. 434–449, 2018.

RAHIMI-ARDABILI, H. et al. A systematic review of the efficacy of interventions that aim to increase self-compassion on nutrition habits, eating behaviours, body weight and body image. **Mindfulness**, 2017.

RODRIGUES, M. F.; NARDI, A. E.; LEVITAN, M. Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 39, n. 3, p. 207–215, 2017.

SARAVANAN, C.; WILKS, R. Medical students' experience of and reaction to stress: The role of depression and anxiety. **The Scientific World Journal**, 2014.

SHEAR, M. K. et al. Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). **Depression and Anxiety**, v. 13, n. 4, p. 166–178, 2001.

SHEEHAN, D. V et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59, p. 22–57, 1998. Supl. 2

SIROIS, F. M.; KITNER, R.; HIRSCH, J. K. Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. **Health Psychology**, v. 34, n. 6, p. 661–669, 2015.

SOUZA, L. K.; HUTZ, C. S. Adaptation of the Self-Compassion Scale for use in Brazil: evidences of construct validity. **Temas em Psicologia**, v. 24, n.1, p. 159–172, 2016.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ALIMENTAÇÃO. **Tabela de Composição de Alimentos: suporte para decisão nutricional**. 4. ed. Campinas: UNICAMP/NEPA, 2011.

WARDLE, J. et al. Stress and adiposity: A meta-analysis of longitudinal studies. **Obesity**, v. 19, n. 4, p. 771–778, 2011.

WARREN, J. M.; SMITH, N.; ASHWELL, M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. **Nutrition Research Reviews**, v. 30, n. 2, p. 272–283, 2017.

WING, R. R. et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 34, n. 7, p. 1481–1486, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**World Health Organization. Geneva, Switzerland: 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy diet**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. Acesso em: 4 ago. 2019.

ZELLNER, D. A.; SAITO, S.; GONZALEZ, J. The effect of stress on men's food selection. **Appetite**, v. 49, n. 3, p. 696–699, 2007.

APÊNDICE– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 16-0552

Título do Projeto: **A ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTADO *MINDFUL* E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer se existe associação entre estado *mindful* (caracterizado pela atenção plena e ação consciente nas atividades do dia-a-dia), o comportamento e a preferência alimentar e a impulsividade em indivíduos com ansiedade.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

- Coleta de sangue (quantidade de sangue coletada será de 5mL, o que é semelhante a uma colher de chá) para que possamos avaliar marcadores metabólicos que possam ter alguma associação com o seu comportamento alimentar. Sua duração é de aproximadamente 30 minutos;
- Avaliação por eletroencefalograma: é um exame não invasivo que visa avaliar como está sua atividade elétrica cerebral, durante a execução de uma tarefa de computador que avalia como você toma suas decisões. Essas medições são realizadas através do contato do aparelho superficialmente com a pele e couro cabeludo, com duração de aproximadamente 30 minutos;
- Realização de uma tarefa no computador que avalia imagens de alimentos e de conteúdos emocionais, com duração aproximada de 20 à 30 minutos;
- Medidas de composição corporal, como peso, altura, circunferência da cintura e bioimpedância para identificar seu Índice de Massa Corporal e seu percentual de gordura corporal;
- Preenchimento de questionários, para conhecer melhor seu comportamento alimentar e seu estilo de vida;
- Teste de escolha alimentar, no qual você poderá escolher um alimento, dentre os oferecidos pelo pesquisador, para ser consumido.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são o incômodo causado pela agulha durante a coleta de sangue (dor, hematoma ou mal-estar durante a coleta), o tempo de resposta dos questionários e destinado a executar as tarefas no computador e durante o eletroencefalograma; assim como os possíveis constrangimentos e desconfortos relacionados a perguntas sobre seu estilo de vida e as suas escolhas durante as tarefas no computador. Também poderá haver certo desconforto frente a colocação de eletrodos para a avaliação da atividade elétrica do seu cérebro.

Esta pesquisa não trará benefícios diretos a você, porém, poderá contribuir para o aumento do conhecimento sobre a ansiedade e o comportamento alimentar, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes. Por outro lado, você receberá dados de sua avaliação nutricional e resultados de seus exames de sangue que vão contribuir para o conhecimento de aspectos importantes da sua saúde.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Ocorrerá em apenas um encontro e caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo grupo de pesquisa coordenado pela ProfªDrª Gisele Gus Manfro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável ProfªDrª Gisele Gus Manfro, pelo telefone (51) 3359-8294 ou com a pesquisadora Natasha Kim de Oliveira da Fonseca, pelo telefone (51) 82263531 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Este termo de Consentimento Livre e Esclarecido será fornecido uma via para o sujeito da pesquisa e uma via será arquivada pelo pesquisador, sendo as duas vias assinadas e rubricadas todas as páginas por ambos.

Declaro ter lido – ou me foi lido – as informações acima antes de assinar este formulário. Foi-me dada ampla oportunidade de fazer perguntas, esclarecendo plenamente minhas dúvidas. Por este instrumento, torno-me parte, voluntariamente, do presente estudo.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO A – SELF-COMPASSION SCALE

Como eu geralmente lido comigo em momentos difíceis (Souza & Hutz, 2013).

Por favor, leia com cuidado antes de responder. Para cada frase, marque o número que mostra com que frequência você se comporta da forma descrita. Use a escala de 1 até 5 para marcar sua escolha, sendo que 1 corresponde a “quase nunca” (QN), e 5 significa “quase sempre” (QS). Não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos de sua opinião pessoal. Você pode escolher qualquer número de 1 até 5.

Por favor, para cada frase, marque com um “X” a sua resposta.	QN				QS
	1	2	3	4	5
1. Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeitos.					
2. Quando fico “pra baixo”, não consigo parar de pensar em tudo que está errado comigo.					
3. Quando as coisas vão mal para mim, vejo as dificuldades como parte da vida e que acontecem com todo mundo.					
4. Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo.					
5. Tento ser amável comigo quando me sinto emocionalmente mal.					
6. Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimentos de incompetência.					
7. Quando me sinto realmente mal, lembro que há outras pessoas no mundo se sentindo como eu.					
8. Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo.					
9. Quando algo me deixa aborrecido, tento buscar equilíbrio emocional.					
10. Quando percebo que fui inadequado, tento lembrar que a maioria das pessoas também passa por isso.					
11. Sou intolerante e impaciente com os aspectos de que não gosto na minha personalidade.					
12. Quando estou passando por um momento realmente difícil, eu me dou o apoio e o cuidado de que preciso.					
13. Quando fico “pra baixo”, sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu.					
14. Quando algo doloroso acontece, tento ver a situação de forma equilibrada.					
15. Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.					
16. Quando vejo características que eu não gosto em mim, sou duro comigo mesmo.					
17. Quando eu falho em algo importante para mim, tento ver as coisas por outro ângulo.					
18. Quando passo por dificuldades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas.					
19. Sou bondoso comigo quando estou passando por algum sofrimento.					
20. Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos.					
21. Costumo ser um pouco insensível comigo quando estou sofrendo.					
22. Quando fico “pra baixo”, tento aceitar e entender meus sentimentos.					
23. Sou tolerante com meus próprios erros e defeitos.					
24. Quando algo doloroso acontece comigo, costumo reagir de forma exagerada.					
25. Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação.					
26. Tento ser compreensivo e paciente com os aspectos da minha personalidade dos quais não gosto.					

Nota. O escore geral é calculado a partir da soma dos pontos marcados em cada item, divididos por 26. Os seguintes itens devem ser invertidos para o cálculo do escore geral da escala: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25.

Fonte: SOUZA, Luciana Karine; HUTZ, Claudio Simon. Adaptation of the Self-Compassion Scale for use in Brazil: Evidences of construct validity. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p.159-172, 2016. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2016.1-11>.