



UC/FPCE_2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

A Inflexibilidade Psicológica na Obesidade: estudo das propriedades psicométricas do AAQ-W

Sara Martins Cardoso (e-mail: saramartinscardoso@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, na subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação do Professor Doutor José Augusto Pinto-Gouveia

**A Inflexibilidade Psicológica na Obesidade: estudo das
propriedades psicométricas do AAQ-W**

Sara Cardoso

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, na subárea de especialização
em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas
e Saúde, sob a orientação do Professor Doutor José Augusto Pinto-Gouveia



Agradecimentos

Ao Professor Pinto-Gouveia, pelo rigor, pela vontade de fazer mais e melhor e pela sabedoria que me transmitiu ao longo destes anos.

À Dra. Lara, pela paciência, dedicação, tranquilização e pela partilha de conhecimentos com que me presenteou neste último ano.

À Sara, por ser a minha companheira de luta nesta fase decisiva, que me contagiou com a sua atitude positiva e otimista, que mostrou ser uma grande Mulher. Obrigada por estares presente!

À minha mãe e à minha irmã, ao meu pai, aos meus avós, por estarem presentes cada um à sua maneira, por me apoiarem cada um da sua forma e por me “defenderem com unhas e dentes”. Por todos terem permitido e contribuído para que fizesse esta caminhada.

Ao Luís Pedro, por ser paciente comigo, por cuidar de mim, por me incentivar, por me dizer “vai correr tudo bem”, por me chamar à atenção, por me fazer rir, por me surpreender, pela sua presença tão especial, que tornou toda esta fase mais fácil e mais emocionante.

À Bárbara, à Flávia, à Joana, à Patrícia, por serem o melhor que me aconteceu nos cinco anos desta aventura. Por todos os momentos partilhados que são sem dúvida as melhores recordações que posso ter desta tão desejada etapa da minha vida. Por tudo.

A todos os que colaboraram na recolha da amostra, desde as participantes às generosas Nutricionistas, passando por todas as pessoas que permitiram que esta investigação fosse realizada.

A Inflexibilidade Psicológica na Obesidade: estudo das propriedades psicométricas do AAQ-W

A literatura tem demonstrado de modo consistente que o evitamento experiencial e a inflexibilidade psicológica são processos que se encontram intimamente relacionados com diversas perturbações psicológicas e problemas de saúde. Especificamente em relação à obesidade existem ainda poucos estudos que avaliem o papel destes processos psicológicos, contudo a investigação existente aponta para o fato destes processos estarem associados a pior qualidade de vida, ao comportamento alimentar perturbado e a níveis mais elevados de psicopatologia. O presente estudo apresenta a validação da versão portuguesa do Questionário de Aceitação e Ação relacionado com o peso (AAQ-W) que avalia inflexibilidade psicológica e evitamento experiencial relacionados com pensamentos e sentimentos acerca do peso numa amostra de 249 mulheres adultas com excesso de peso e obesidade em acompanhamento nutricional. Os resultados da análise fatorial não permitiram confirmar a existência dos cinco fatores encontrados na versão original. Assim, a versão portuguesa do AAQ-W ficou constituída por 15 itens distribuídos por três fatores (comida como controlo, evitamento emocional e autoestigma), idênticos aos originais, que no seu conjunto explicaram 50,94% da variância total. O instrumento apresentou uma boa consistência interna ($\alpha=.81$) e boa validade convergente e divergente, associando-se a pior qualidade de vida, psicopatologia geral, vergonha, estigma e comportamento alimentar perturbado e a menor perceção de felicidade. Deste modo, os resultados encontrados sugerem que o AAQ-W se afigura como uma medida simples e com boas propriedades psicométricas para avaliar a inflexibilidade psicológica relacionada com o peso nesta população.

Palavras-chave: Inflexibilidade psicológica; Evitamento experiencial; Obesidade; Propriedades psicométricas; Estrutura fatorial

Obesity-related Psychological Inflexibility: psychometric properties of AAQ-W

Several studies have shown that experiential avoidance and psychological inflexibility are two psychological processes closely linked to several psychological and health problems. Specifically regarding obesity, the role of these processes is yet little explored. Nevertheless, the existent research suggest that experiential avoidance and psychological inflexibility are associated with decreased quality of life, disordered eating and higher levels of psychopathology. The present study presents the validation of the Portuguese version of the Acceptance and Action Questionnaire for weight (AAQ-W) in a sample of 249 nutritional treatment seeking overweight and obese adult women. The AAQ-W is a measure that assesses experiential avoidance and psychological inflexibility related to thoughts and emotions about weight.

In the fator analysis it was not possible to replicate the original five fator structure. Thus, the portuguese version of AAQ-W comprises 15 items distributed in three factors (food as control, emotional avoidance and self-stigma), identical to the original ones, that explained 50,94% of total variance. The AAQ-W revealed good internal consistency ($\alpha=.81$) and convergent and divergent validity. Results showed that the psychological inflexibility related to weight was associated with decreased quality of life, general psychopathology, self-stigma, disorders eating behaviours and lower perception of happiness. Therefore, the AAQ-W appears to be a simple and reliable measure of obesity-related psychological inflexibility.

Key Words: Psychological inflexibility; Experiential avoidance; Obesity; Fator analysis; Psychometric characteristics

Introdução

A obesidade é considerada uma doença crónica multifacetada associada a fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais cuja prevalência tem vindo a aumentar nos países desenvolvidos (Fassino et al., 2002; WHO, 2011). A obesidade caracteriza-se pelo excesso de gordura corporal acumulada capaz de afetar a saúde, sendo determinada por um índice de massa corporal (IMC) superior a 30Kg/m². A prevalência do excesso de peso e da obesidade em Portugal situa-se por volta dos 34% e dos 12% respetivamente, associando-se a elevada morbilidade e mortalidade, diminuição da qualidade de vida e a elevados custos no setor da saúde, pelo que tem sido apontada como um problema de saúde pública (Direcção Geral de Saúde, 2005).

A obesidade provoca efeitos metabólicos adversos na pressão arterial, colesterol, triglicéridos e resistência à insulina. Também aumenta o risco de doenças coronárias, acidente vascular cerebral e diabetes de tipo 2 (WHO 2002). Medicamente, a perda de cerca de 10% do peso em pessoas obesas está associada à melhoria da qualidade de vida, à redução da mortalidade e à melhoria de doenças crónicas associadas (Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda, 2009)

Apesar de eficazes a curto-prazo, as intervenções para perda de peso revelam-se pouco eficazes a longo prazo, com cerca de 80% dos pacientes a recuperarem o peso perdido (Avenell et al., 2004, Byrne, Cooper, & Fairburn, 2003; Wadden, Sternberg, Letizia, Stunkard, & Foster, 1989; Perri, 1998; Shick et al., 1998; Wing, 1998). A isto acresce o fato destas intervenções raramente incluírem processos psicológicos, apesar destes estarem associados ao sucesso ou insucesso na manutenção de peso a longo prazo (Avenell et al., 2004, Byrne, et al., 2003).

Diversos estudos têm procurado investigar quais são estes fatores psicológicos, de forma a aumentar a eficácia dos programas de intervenção.

Neste sentido, características psicológicas como a impulsividade, falta de autocontrole, baixa autoestima, atitude perfeccionista, desinibição e baixa socialização, motivações baseadas no evitamento, importância excessiva do peso e forma corporal na autoavaliação, estilo de pensamento dicotômico, uso de ingestão alimentar como estratégia de regulação emocional têm sido associados à dificuldade em manter a perda de peso (Avenell et al., 2004; Byrne et al., 2003; Fassino et al., 2002; Ogden, 2000) e podem ser considerados como parte de um padrão de evitamento experiencial (Byrne et al., 2003; Lillis et al., 2009; Kayman, Bruvold, & Stern, 1990). Por outro lado, pessoas que são bem sucedidas no controle do peso tendem a apresentar estratégias mais adaptativas e flexíveis (Westenhoefer, 2001). Efetivamente, recentemente tem sido sugerido que os problemas de comportamento alimentar podem refletir padrões de inflexibilidade psicológica ou tentativas falhadas para regular experiências internas negativas (Baer, Fischer, & Huss, 2005).

De acordo com a Terapia da Aceitação e do Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) o evitamento experiencial é um processo que ocorre quando uma pessoa se mostra relutante em manter-se em contacto com experiências privadas (como por exemplo: sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias ou predisposições comportamentais) e procede de forma a modificar a forma ou a frequência destes eventos e dos contextos que os originam (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996).

O evitamento experiencial surge como uma estratégia de regulação emocional, que inicialmente pode levar a uma redução dessa experiência que se pretende evitar, no entanto a longo prazo parece ter um efeito paradoxal, amplificando a mesma (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Wenzlaff & Wegner, 2000).

Diversos estudos têm demonstrado de modo consistente que o evitamento experiencial se encontra relacionado com a psicopatologia geral, nomeadamente com a ansiedade, depressão e stress e com a diminuição da

qualidade de vida, bem como com um vasto conjunto de quadros clínicos como por exemplo: o abuso de substâncias, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de pânico com agorafobia e perturbação da personalidade borderline (Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992; Hayes et al. 1996). De acordo com o modelo do ACT o evitamento experiencial é um componente fundamental para o desenvolvimento da inflexibilidade psicológica. Esta terapia tem como principal objetivo promover simultaneamente a aceitação psicológica e diminuir o evitamento experiencial de forma a aumentar a flexibilidade psicológica (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012). A flexibilidade psicológica pode ser definida como o contacto consciente com o momento presente tal e qual como ele é e não como se diz ser, sem tentar controlar pensamentos, emoções, memórias e sensações físicas que sejam aversivos, agindo em direção aos valores de vida (e.g., Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

As terapias baseadas no modelo ACT têm recebido suporte empírico crescente, evidenciando resultados promissores numa variedade de questões e problemas relacionados com a saúde e bem-estar. Têm sido usadas, por exemplo, no tratamento da dor crónica, cessação tabágica, na autogestão da diabetes e abuso de substâncias (Gifford et al., 2004; Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2005; Tapper, et al., 2009). Especificamente na obesidade existem poucos estudos que avaliem a eficácia deste tipo de intervenções. Os estudos existentes revelam que este tipo de programas são eficazes na redução do peso e do estigma, no aumento da prática do exercício físico, melhoria da qualidade de vida, modificação do comportamento alimentar, contribuindo para a diminuição do evitamento experiencial e promovendo estratégias de regulação emocional mais adaptativas, baseadas na aceitação (Forman et al., 2009; Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda, 2009; Lillis, Hayes & Levin, 2011, Masuda et al., 2007; Tapper et al., 2009).

Como o objetivo do modelo ACT é aumentar a flexibilidade psicológica e diminuir o evitamento experiencial, torna-se fundamental desenvolver instrumentos que avaliem as mudanças nestes processos (Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013). O instrumento mais utilizado

para medir a flexibilidade psicológica é o AAQ-II (Bond et al., 2011). No entanto, este instrumento é uma medida geral e avalia sobretudo ansiedade e depressão, o que coloca algumas questões quando aplicado a processos de mudanças em problemas específicos. Nesse sentido, têm vindo a ser desenvolvidas diversas variações deste instrumento para que pudessem ser avaliados problemas mais específicos (Lillis & Hayes, 2008; Weineland, Lillis, & Dahl, 2012) como por exemplo, para a diabetes ou para a epilepsia (Gregg et al., 2007; Lundgren, Dahl, & Hayes 2008). Mais especificamente dentro do comportamento alimentar existem diversas variações deste instrumento focadas em avaliar a flexibilidade psicológica relacionada com impulsos e desejo de comer, com o exercício físico ou com a imagem corporal (Juarascio, Forman, Timko, Butryn, & Goodwin, 2011; Sandoz et al., 2013; Staats & Zettle, 2012). Não obstante, nenhuma destas medidas é específica para a população com obesidade nem avalia especificamente a inflexibilidade psicológica associada ao peso. Deste modo, Lillis e Hayes (2008) desenvolveram o AAQ-W (*Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties*) para avaliar especificamente o evitamento e a inflexibilidade de pensamentos e sentimentos acerca do peso por parte dos indivíduos com excesso de peso e obesidade. A versão original do AAQ-W apresentou boas qualidades psicométricas e uma boa fiabilidade teste-reteste. O reduzido número de participantes envolvidos no estudo não permitiu explorar a estrutura fatorial do instrumento, contudo os autores sugerem que o instrumento possa funcionar como uma medida unifatorial (Lillis & Hayes, 2008). Mais recentemente, a estrutura fatorial do AAQ-W foi analisada num estudo com pessoas submetidas a cirurgia bariátrica e que apresentavam uma perda de peso significativa (Weineland et al., 2012). Desta análise os autores identificaram cinco fatores: “comida como controlo” (“*food as control*”), que se relaciona com o uso da comida como uma estratégia de coping para controlar as emoções; “aceitação corporal” (“*body acceptance*”) que diz respeito às preocupações com a imagem corporal; “autoestigma” (“*self-stigma*”) que se relaciona com a experiência da internalização do estigma; “autoeficácia” (“*self-efficacy*”) que representa a crença na capacidade de tomar ações e “evitamento emocional” (“*emotional avoidance*”) que está relacionado com o evitamento de emoções associadas ao peso e à forma corporal. No entanto, os próprios autores salientam que a estrutura fatorial

necessita de mais investigação (Weineland et al., 2012).

Os estudos existentes revelam que a inflexibilidade psicológica relacionada com o peso se associa à psicopatologia geral, ao comportamento alimentar perturbado, incluindo a ingestão alimentar compulsiva, pior qualidade de vida, preocupação com a forma corporal e insatisfação com o corpo (Lillis & Hayes, 2008; Lillis et al., 2009; Lillis et al., 2011; Weineland et al., 2012). Para além disso, no estudo da eficácia de um workshop em ACT, a inflexibilidade psicológica revelou um efeito mediador no impacto da intervenção na redução do peso, estigma, psicopatologia e qualidade de vida relacionada com a saúde (Lillis et al., 2009). Estes resultados oferecem evidência para a relevância da inflexibilidade psicológica relacionada com o peso na obesidade.

Neste sentido, o objetivo desta investigação é analisar a estrutura fatorial e avaliar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do AAQ-W, nomeadamente a sua consistência interna, validade convergente e divergente.

Materiais e Método

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 249 mulheres adultas com excesso de peso ou obesidade, que nunca foram sujeitas a cirurgia para a perda de peso e que se encontravam em acompanhamento nutricional para perda de peso em Centros de Saúde, Hospitais e Clínicas de Nutrição, tinham idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ($X = 44.45$, $DP = 11.03$) e com uma média de 11.87 anos de escolaridade ($DP = 3.89$). A média do Índice de Massa Corporal (IMC) da amostra era de 30.88, sendo o desvio-padrão de 4.22. Relativamente ao estado civil, 59% da amostra era casada, 24,1% era solteira, 7,6% era divorciada, 7,2% encontrava-se em união de fato e 2% era viúva. Relativamente ao nível socioeconómico 43% da amostra pertencia ao nível médio, 40,6% pertencia ao nível baixo, 10,4%

encontrava-se desempregada, 3,2% era estudante e 2,8% pertencia ao nível socioeconómico alto. A maioria das participantes (52.2%) refeiu não praticar qualquer tipo de exercício físico.

Procedimento

A recolha de dados respeitou os princípios deontológicos, sendo o protocolo de investigação aprovado pelas comissões de ética e entidades responsáveis das instituições que colaboraram na investigação.

A todas as participantes foi explicado o objetivo da investigação bem como o seu carácter voluntário, confidencialidade dos dados e a possibilidade de desistirem da participação em qualquer momento. Antes do preenchimento dos questionários, as participantes assinaram o consentimento informado.

Instrumentos

Os dados sociodemográficos foram relatados pelas participantes tal como o peso e a altura, tendo estes valores sido usados para o cálculo do índice de massa corporal.

Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II; Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012) é uma versão reduzida do AAQ-I que avalia a inflexibilidade psicológica geral (Bond et al., 2011). Consiste numa escala de 7 itens do tipo de Likert, nos quais o participante tem de seleccionar de 1 (“nunca verdadeiro”) a 7 (“sempre verdadeiro”) revelando de que forma a afirmação é verdadeira para si. A versão original da escala obteve um valor de alfa de Cronbach de .84 e a versão portuguesa um valor de .90.

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-2; Lovibond e Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) é uma versão reduzida da DASS-42. Esta escala avalia níveis de ansiedade, de depressão e de stress. O participante escolhe uma de entre 4 opções na medida em que

cada afirmação se aplica a si mesmo, nas quais 0 corresponde a “não se aplicou nada a mim” e 3 corresponde a “aplicou-se a mim maior parte das vezes”. A DASS-21 mostrou possuir uma boa consistência interna em vários estudos realizados, apresentando valores de alfa de Cronbach sempre superiores a .80 nas diferentes subescalas (Gloster et al. 2008). Na versão portuguesa, o valor do alfa de Cronbach para a subescala da ansiedade foi de .74, para a subescala da depressão, obteve-se .85 e para a subescala do stress o valor obtido foi de .81 (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994; Machado, 2007) pretende fazer uma avaliação de psicopatologia específica das perturbações do comportamento alimentar relativamente aos últimos 28 dias. Este questionário é composto por quatro subescalas: restrição, preocupação com a alimentação, preocupação com a forma e preocupação com o peso, embora apenas tenha sido utilizada a escala total no presente estudo. Segundo Aardoom, Dingemans, Slof Op't Landt, e Van Furth (2012) a consistência interna do EDE-Q tem valores elevados sendo o alfa de Cronbach da escala total .95. Na versão portuguesa a escala apresenta boas qualidades psicométricas (Machado, 2007).

Binge Eating Scale ou Escala de Ingestão Compulsiva (BES; Gormally, Black, Daston, & Rardin, 1982; Duarte, Pinto-Gouveia & Ferreira, 2013) é um questionário que procura identificar comportamentos e cognições características de ingestão compulsiva em sujeitos obesos (Duarte, et al., 2013). É um questionário composto por 16 itens, com 62 afirmações no total, sendo que o participante seleciona a afirmação de cada item com que mais se identifica (as quais são cotadas numa escala entre 0 e 3 pontos). No estudo original (Gormally et al., 1982) a escala apresentou valores de consistência interna elevados, semelhantes aos reportados na validação portuguesa.

A *Escala da Felicidade Subjectiva* (Lyubomirsky & Lepper, 1999; Pais-Ribeiro, 2012) é composta por quatro itens. Em duas destas afirmações, é solicitado à pessoa que se caracterize a si própria comparativamente aos seus pares, de forma absoluta e também relativa. Relativamente aos outros itens, os sujeitos devem selecionar a posição em que as presentes descrições os caracterizam, numa escala com sete diferentes posições, (onde 1

corresponde a “de modo nenhum” e 7 a “grande parte), existindo duas afirmações antagônicas que demonstram o grau de felicidade, ou infelicidade do sujeito (Pais-Ribeiro, 2012). A consistência interna no estudo original apresenta valores elevados (entre .79 e .94) e no estudo realizado por Pais-Ribeiro (2012), o valor do alfa de Cronbach é de .76, apresentando boas propriedades psicométricas, com propriedades semelhantes à versão original.

A *Orwell-97* (Mannucci, 1999; Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2008) pretende avaliar a qualidade de vida especificamente em doentes que apresentam obesidade. Esta escala é composta por 18 itens, que pretendem avaliar três áreas diferentes, sendo estas: 1- os sintomas (5 itens), onde se pretende que exista a avaliação dos sintomas somáticos da própria obesidade e os aspetos fisiológicos em doentes obesos. 2- O desconforto (7 itens), onde se procura que exista a avaliação de como a obesidade afeta o estado emocional do doente, e as preocupações relativas à obesidade. 3- Impacto (6 itens), pretende avaliar as consequências da obesidade ao nível do relacionamento com a família, mas também no desempenho funcional e na rede social do doente. É solicitado ao doente que avalie, de 0 a 3, a frequência, e/ou gravidade do sintoma (ocorrência) e também a relevância subjetiva das limitações relativamente a esse sintoma na sua própria vida (importância). Quanto maior é o valor obtido na escala do *Orwell-97*, pior é a qualidade de vida que a pessoa reporta. Relativamente à consistência interna do estudo original, o valor do alfa de Cronbach obtido foi .83. Na versão portuguesa, os resultados do alfa de Cronbach apresentaram o valor de .85 relativamente à escala total (Silva et al., 2008).

O *Three-Factor Eating Questionnaire –R18* (TFEQ-R18; Karlsson, Persson, Sjostrom, & Sullivan 2000) foi criado com o objetivo de medir as componentes comportamentais e cognitivas relativas ao processo de alimentação. A escala tem 18 itens cotados com uma escala de tipo Likert de 4 pontos. Encontra-se dividida em três fatores: 1) restrição, que mede o controlo acerca do que é ingerido, com sentido de influenciar o peso e o seu aspeto, 2) desinibição, que mede episódios de perda de controlo sobre o próprio comportamento alimentar e 3) Ingestão emocional que avalia episódios de ingestão excessiva durante estados de humor disfóricos, como sentir-se só, triste ou ansioso.). Relativamente à consistência interna, no

estudo original, o alfa de Cronbach, para as três escalas situou-se entre .77 e .83 (Karlsson et al., 2000).

O *Other as Shamer Scale – Brief* (OAS-B; Matos, M, Pinto-Gouveia, J, Gilbert, P., & Duarte, C., 2014) é um instrumento de autorresposta composto por 8 itens que avaliam a vergonha externa. Os itens são cotados com uma escala do tipo likert de 5 pontos. Quanto maior o valor total obtido pelo sujeito, maior a vergonha externa que este possui (Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). No estudo da versão mais longa da escala, esta escala apresentou uma consistência interna muito boa (OAS; $\alpha=.92$; Goss, Gilbert, & Allan, 1994). A versão portuguesa da OAS-B (Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert, & Duarte, (2014) também apresentou valores elevados de consistência interna (.85) bem como boa estabilidade temporal, boa validade convergente e divergente.

O *Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties* (AAQ-W; Lillis & Hayes, 2008; tradução e adaptação Palmeira & Pinto-Gouveia, 2013) mede a inflexibilidade psicológica relativamente a pensamentos e sentimentos acerca do peso. É composta por 22 itens os quais devem ser respondidos numa escala de tipo Likert de 7 pontos em que 1 corresponde a “nunca verdadeiro” e 7 corresponde a “sempre verdadeiro”. Existem 5 itens que são invertidos: 1, 6, 7, 14 e 18). Quanto menor for a pontuação total, menor é o evitamento experiencial e maior é a flexibilidade psicológica (Lillis & Hayes, 2008). Weineland e colaboradores (2012) realizaram a avaliação psicométrica do AAQ-W. O AAQ-W apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .86$) e uma correlação inter-itens satisfatória ($r=.23$) e elevada fidelidade teste-reteste (Weineland, Lillis & Dahl, 2012).

Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ; Lillis, Luoma, Levin & Hayes, 2010; tradução e adaptação Palmeira & Pinto-Gouveia, 2013) é a primeira escala a medir o autoestigma relacionado com o peso, de uma forma multidimensional. Este instrumento foi criado especificamente para pessoas com excesso de peso, ou pessoas obesas. Este questionário possui 12 itens e é cotado através de uma escala do tipo likert de 5 pontos, onde 1 corresponde a “Discordo completamente” e 5 a “Concordo Completamente”. A cotação é obtida através da soma dos itens. Não existem itens revertidos. Esta escala apresentou boas capacidades psicométricas, com um alfa de

Cronbach de .88 para a escala total (Lillis et al., 2010).

Procedimentos estatísticos

Todas as análises estatísticas efetuadas foram realizadas através do *software* IBM SPSS Statistics 20.

Inicialmente foram realizadas análises preliminares dos dados de modo a examinar a adequação dos dados. Seguidamente, realizou-se uma análise fatorial exploratória para explorar a estrutura fatorial da versão Portuguesa do AAQ-W. A avaliação da consistência interna do AAQ-W foi realizada através do coeficiente de alfa de Cronbach e das correlações item-total. A validade convergente e divergente do AAQ-W e das respetivas subescalas com as variáveis em estudo (DASS; EDE-Q; Escala Subjetiva da Felicidade, TEFQ, OAS, Orwell-97, AAQ-II, BES) foi explorada através dos coeficientes de correlação de Pearson (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003) Foi hipotetizado que inflexibilidade psicológica relacionado com o peso estaria positivamente relacionado com o comportamento alimentar perturbado, o estigma, a vergonha e negativamente com a qualidade de vida e com a felicidade.

Resultados

Análises preliminares

Foi avaliada a assimetria e a curtose dos dados de forma a avaliar a sua adequação. Os resultados mostram que a distribuição dos dados é normal, ($sk < |3|$ and $Ku < |8-10|$; Kline, 2005). Para além disso, A multicolinearidade entre as variáveis foi também avaliada através do VIF (Variance Inflation Fator) apresentando valores menores que 5, corroborando a adequação dos dados.

Análises Descritivas dos Dados

As médias e desvios-padrão de todas as variáveis em estudo encontram-se na tabela 1.

Tabela 1

Média (M), desvios-padrão (DP) e consistência interna (α) de todas as variáveis em estudo (n=249).

Escala	M	DP	α
AAQ-W Comida como Controlo	13.52	5.05	.74
AAQ-W Evitamento Emocional	22.12	6.06	.68
AAQ-W Autoestigma	14.39	5.88	.71
AAQ-W Total	55.45	13.87	.81
EDE-Q	2.07	1.01	.89
TEFQ Restrição	16.79	3.07	.69
TEFQ Desinibição	20.78	6.04	.88
TEFQ Ingestão Emocional	7.63	2.75	.84
BES	11.06	8.55	.90
Orwell-97	42.26	14.05	.87
Escala Subjectiva da Felicidade	4.59	1.24	.75
WSSQ	30.55	9.36	.90
OAS	5.17	5.64	.93
AAQ-II	21.07	9.57	.92
DASS Ansiedade	3.52	3.67	.83
DASS Depressão	4.41	4.12	.87
DASS Stress	6.12	4.25	.87

Análise Fatorial Exploratória da versão Portuguesa do AAQ-W

Para explorar a estrutura fatorial da versão portuguesa do AAQ-W foi realizada uma análise fatorial exploratória, seguindo o mesmo procedimento dos autores do estudo original (Weineland et al., 2012).

Num primeiro momento estudou-se a solução de uma *Principal Axis Factoring* modo a perceber qual o número de fatores a reter e se este replicava a estrutura fatorial proposta pelos autores da versão original.

Relativamente à variância explicável pelos fatores, como critério para a retenção de fatores assumimos o critério de Kaiser, valor próprio (eigenvalue) igual ou superior a 1, um critério clássico na literatura (Costello & Osborne, 2005). Nesta análise exploratória sem rotação obtiveram-se 6 fatores com eigenvalues superiores a 1, segundo o critério de Kaiser que explicavam 56,90% da variância total.

No entanto, tendo em consideração que o critério de Kaiser-Guttman pode levar a uma sobrestimação do número de fatores (Costello, & Osborne, 2005) foi também utilizado o *Scree Test* de Cattell. Efetivamente, da análise do scree plot apontava para a existência de apenas três fatores antes do ponto de inflexão (ver figura 1).

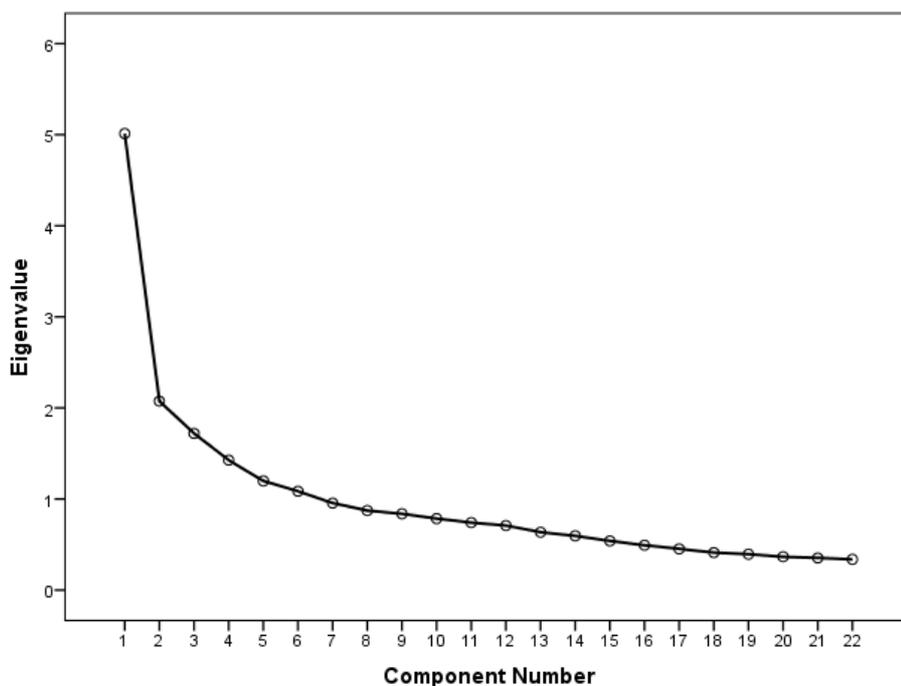


Figura 1. *Scree plot* da primeira análise fatorial (*Principal Axis Factoring*).

Deste modo foi realizada uma nova análise fatorial forçada a três fatores, utilizando a rotação Varimax, a mesma utilizada pelos autores originais, de forma a melhorar a interpretabilidade e a utilidade das soluções encontradas na extração (Tabachnick & Fidell, 2007). Tal como no estudo original, considerou-se que os itens saturavam num determinado fator quando a sua saturação fatorial fosse $>.50$. O teste Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .82$)

revelou-se não significativo enquanto que o teste da esfericidade de Bartlett, se demonstrou significativo, ou seja as correlações entre as variáveis são significativamente diferentes de zero ($\chi^2(105) = 947.62, p < .001$), o que permitiu confirmar que os dados são adequados para a análise posterior (Tabachnick & Fidell, 2007).

Nesta segunda análise, os três fatores explicaram 40,04% da variância total do AAQ-W, sendo que o fator 1 (comida como controlo) explicava 22,79%, o fator 2 (evitamento emocional) explicava 9,43% e o fator 3 (autoestigma) explicava 7,82%). No entanto, verificou-se a existência de diversos itens com comunalidades inferiores a 0.30 e que não saturavam em nenhum dos fatores, pelo que foram eliminados. Nesse sentido, foi realizada uma nova análise fatorial sem os itens 1, 6, 7, 8 e 15.

Nesta terceira análise forçada a 3 fatores com rotação Varimax os 3 fatores explicaram 50,34% da variância total, sendo que o fator 1 (comida como controlo) explicava 28,65%, o fator 2 (evitamento emocional) explicava 11,69% e o fator 3 (autoestigma) explicava 10%). Analisando a matriz dos componentes com a rotação foi possível observar que o item 12 e 22 apresentavam saturações fatoriais abaixo de .50 e não permitiam distinguir em que fator saturavam, apresentando uma diferença de saturação inferior a .15 (Costello & Osborne, 2005). Por esta razão estes itens foram eliminados.

Foi então realizada uma quarta análise forçada a 3 fatores com rotação Varimax. Verificou-se que os 3 fatores explicavam 50,94% da variância total, sendo que o fator 1 (comida como controlo) explicava 28,17%, o fator 2 (evitamento emocional) explica 12,37% e o fator 3 (autoestigma) explicava 10,40%. Os itens, a saturação fatorial e as comunalidades de cada um encontram-se descritos na tabela 2.

Neste sentido a análise fatorial permitiu verificar que a versão portuguesa do AAQ-W apresenta uma estrutura fatorial composta por três fatores o que não corresponde à estrutura fatorial encontrada no estudo original (Weineland et al., 2012).

Não obstante os três fatores encontrados apresentam uma quase total correspondência com os fatores da versão original do instrumento, pelo que se optou por manter a mesma designação dos mesmos.

Tabela 2

Saturações fatoriais dos itens na Análise fatorial exploratória com rotação Varimax e respetivas comunalidades (h^2)

	Fator 1 Comida como Controlo	Fator 2 Evitamento emocional	Fator 3 Autoestigma	h^2
2. Quando tenho sentimentos negativos, uso a comida para me sentir melhor.	.71			.54
4. Não tenho controlo no que como.	.70			.52
14. Controlo o meu comportamento alimentar.	.69			.68
16. Os meus impulsos alimentares controlam-me.	.64			.55
17. Tenho de me livrar dos meus impulsos alimentares para comer melhor.	.58			.55
9. Para viver a vida que eu quero tenho que me sentir melhor com o meu aspeto.		.63		.44
13. Se aumentar de peso, significa que falhei.		.62		.53
5. Esforço-me para evitar sentir-me mal acerca do meu peso ou do meu aspeto.		.62		.39
11. Se eu tiver excesso de peso, não posso viver a vida que quero.		.60		.47
3. Tento suprimir pensamentos e sentimentos que não gosto em relação ao meu corpo ou peso apenas tentando não pensar nisso.		.54		.41
21. Tenho de evitar situações sociais em que os outros me podem avaliar/ julgar.			.74	.56
20. Devia ter vergonha do meu corpo.			.70	.59
10. Os outros tornam difícil que eu me aceite a mim mesmo(a)			.69	.50
18. Sou uma pessoa estável.			.60	.50
19. Se comer alguma coisa errada, estraguei o dia.			.57	.43
Valor Próprio	4.23	1.86	1.56	
Variância Explicada	28.17%	12.37%	10.40%	

Deste modo, o fator 1 – comida como controlo (que representa o descontrolo alimentar) integra os itens 2, 4, 14, 16 e 17 (tal como na versão original), à exceção do item 8 que no presente estudo foi eliminado devido a

baixa comunalidade e saturação fatorial. O segundo fator denominado evitamento emocional incorpora os itens da versão original (3, 5, 9) mais os itens 11 e 13. Por fim o terceiro fator denominado de autoestigma integra dos itens 10, 19, 20 e 21 da escala originais mais o item 18 que na versão original não saturava em nenhum fator. Por outro lado, neste fator o item 22 foi excluído por não apresentar saturações fatoriais significativas em nenhum fator. Neste sentido, a versão portuguesa final do AAQ-W ficou composta por 15 itens, distribuídos por três fatores.

Análise dos itens e da consistência interna da versão portuguesa do AAQ-W

A escala total apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .81$). A subescala "Comida como Controlo" apresenta um α de .74 e a subescala "Autoestigma" apresenta um α de Cronbach de .71, ou seja apresentam boas consistências. A subescala "Evitamento Emocional" apresenta um α de Cronbach de .68, podendo esta ser considerada uma consistência aceitável (DeVellis, 1991). Estes valores são semelhantes aos encontrados pelos autores originais e revelam que os itens de cada um dos fatores se encontram correlacionados entre si e que esta estrutura fatorial da versão portuguesa apresenta uma boa consistência interna. Salienta-se que já no estudo original (Weineland et al. 2012) o valor da consistência interna encontrado para o fator evitamento emocional se situou abaixo de .67.

De seguida foi realizada a análise dos itens através da correlação item-total ou seja foi determinada a correlação de cada item com a pontuação dos restantes itens do seu fator (tabela 3).

A qualidade dos itens e da análise do contributo de cada item para a consistência interna de cada fator relativa ao alfa de Cronbach quando o item é eliminado foi também avaliada. Da análise da tabela 3 é possível verificar que apesar dos itens 5, 14 e 18 apresentarem valores baixos de correlação com a escala total (ou seja, inferiores a .30), estes não prejudicam a consistência interna dos respetivos fatores, pelo que se optou pela não eliminação dos mesmos.

Tabela 3

Média (M), desvio-padrão (DP) e valores da correlação item-fator corrigida de Pearson (r item-total) e correlação se o item for eliminado do fator (α de Cronbach) do AAQ-W.

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i> Item-total	α Cronbach
Fator 1 – Comida como Controlo				
Item 2	3.79	1.84	.48	.67
Item 4	3.49	1.54	.47	.68
Item 14	3.47	1.63	.17	.74
Item 16	3.63	1.77	.58	.66
Item 17	4.56	2.02	.57	.69
Fator 2 – Evitamento Emocional				
Item 3	3.68	1.58	.37	.65
Item 5	4.40	1.69	.20	.67
Item 9	5.08	1.85	.38	.63
Item 11	4.30	2.03	.49	.60
Item 13	4.66	1.97	.53	.58
Fator 3 – Autoestigma				
Item 10	2.83	1.78	.39	.66
Item 18	3.08	1.49	.27	.70
Item 19	3.18	1.81	.40	.70
Item 20	2.67	1.80	.57	.61
Item 21	2.62	1.72	.40	.63

Análise das Correlações entre as diferentes subescalas do AAQ-W

Foi realizada uma análise através dos coeficientes de correlação de Pearson (Cohen et al., 2003) de forma a averiguar correlações entre as subescalas e o AAQ-W total (tabela 4). À semelhança do estudo original, todas as subescalas se encontram fortemente correlacionadas de forma estatisticamente significativa com o AAQ-W total, com correlações que variam entre .74 e .79. As subescalas correlacionam-se positiva e de modo estatisticamente significativo entre si com correlações de fracas a moderadas, variando entre .33 a .42.

Análise da validade convergente e da validade divergente

Foram utilizados os coeficientes de correlação de Pearson (Cohen et al., 2003) para avaliar as correlações do AAQ-W e respectivas subescalas com as outras variáveis em estudo (tabela 4). A validade convergente foi avaliada através da análise de correlação com o IMC, AAQ-II, EDE-Q, BES, as subescalas do TEFQ, as subescalas do DASS-21, OAS, WSSQ e Qualidade de vida (ORWELL-97) e a validade divergente foi explorada através da correlação entre o AAQ-W e respectivas subescalas e a Escala Subjetiva de Felicidade. Relativamente ao comportamento alimentar tanto a escala total do AAQ-W como a subescala Comida como controlo e a subescala Autoestigma apresentam correlações significativamente positivas e moderadas com a EDE-Q total, subescalas desinibição e Ingestão emocional do TEFQ e com o BES. No entanto relativamente à subescala restrição do TEFQ, a subescala Comida como Controlo apresenta uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa, enquanto que o AAQ-W total e a subescala autoestigma não apresentaram uma correlação significativa. A subescala Evitamento emocional apresentou apenas correlações positivas, baixas e moderadas, estatisticamente significativas, com a EDE-Q total e com as subescalas Restrição e Ingestão emocional do TEFQ.

Quanto à qualidade de vida todas as subescalas e a escala total do AAQ-W se correlacionam significativa e positivamente de forma moderada com a pior qualidade de vida avaliada pela Orwell-97.

As medidas que avaliam o estigma (WSSQ), a vergonha (OAS) e o Evitamento Experiencial (AAQ-II) correlacionam-se positiva e significativamente numa magnitude baixa a moderada com as subescalas Comida como controlo e Autoestigma e com o AAQ-W total. A subescala Evitamento emocional correlaciona-se positivamente numa magnitude baixa mas estatisticamente significativa com o WSSQ e com o AAQ-II, no entanto não se correlaciona com o OAS.

No que concerne à psicopatologia geral (ansiedade, depressão e stress) verificou-se que tanto o AAQ-W total, com as subescalas Comida como Controlo e Autoestigma apresentam correlações positivas estatisticamente

significativas de magnitude baixa a moderada. A subescala evitamento emocional não se correlaciona com a psicopatologia avaliada pela DASS.

Ainda de salientar que índice de massa corporal correlaciona-se positiva e significativamente com o AAQ-W total e com a subescala Auto-Estigma com uma magnitude moderada e baixa respetivamente .

Tabela 4

Matriz de correlações entre o AAQ-W total e as respetivas subescalas e as restantes variáveis em estudo.

Variáveis	Comida como Controlo	Evitamento emocional	Auto-Estigma	AAQ-W Total
AAQ-W Comida como Controlo	-	-	-	-
AAQ-W Evitamento emocional	.42***	-	-	-
AAQ-W Autoestigma	.39***	.33***	-	-
AAQ-W Total	.79***	.76***	.74***	-
IMC	.07	.07	.32***	.20**
EDE-Q Total	.42***	.34***	.52***	.56***
TEFQ Restrição	-.32***	.13*	-.04	-.10
TEFQ Desinibição	.55***	.07	.45***	.46***
TEFQ Ingestão Emocional	.63***	.14*	.41***	.51***
BES	.59***	.10	.52***	.53***
Orwell-97	.35***	.35***	.63***	.58***
Escala Subjectiva da Felicidade	-.15*	-.05	-.36***	-.24***
WSSQ	.50***	.28***	.59***	.59***
OAS	.18**	.08	.35***	.27***
AAQ-II	.29***	.15*	.36***	.34***
DASS Ansiedade	.25***	-.60	.31***	.23***
DASS Depressão	.32***	.03	.41***	.33***
DASS Stress	.33***	.10	.29***	.31***

*** p < .001; ** p < .01; * p < .05

Relativamente à validade divergente, a escala total do AAQ-W, as subescalas Comida como controlo e Auto-Estigma correlacionam-se negativa e significativamente com magnitudes baixas a moderadas com a perceção de felicidade avaliada pela Escala Subjectiva da Felicidade. Enquanto a subescala Evitamento Emocional não se correlaciona significativamente com esta variável.

Discussão

Este estudo tem como objetivo principal a aferição e análise da estrutura fatorial da versão portuguesa do Questionário da Aceitação e Ação relacionado com o Peso (AAQ-W), que avalia o evitamento experiencial e a inflexibilidade psicológica relacionados com pensamentos e sentimentos difíceis acerca do peso (Lillis & Hayes, 2008). Os resultados do presente estudo revelaram que o AAQ-W apresenta boas qualidades psicométricas numa amostra de mulheres com excesso de peso e obesidade em acompanhamento nutricional.

Os resultados da análise fatorial não permitiram replicar a estrutura fatorial encontrada na versão original do instrumento que continha cinco fatores (Weineland et al., 2012). Não obstante, a versão portuguesa do AAQ-W revelou uma estrutura fatorial composta por três fatores, que correspondem quase integralmente a três dos fatores da versão original: comida como controlo que avalia o descontrolo alimentar; autoestigma, que avalia as experiências do estigma internalizado e evitamento emocional que avalia o evitamento que o sujeito tenta fazer relativamente ao seu peso. A estrutura fatorial encontrada explicou 50,94% da variância, sendo este um resultado semelhante à variância explicada na versão original com os cinco fatores. De salientar que os próprios autores da estrutura fatorial original consideram que a mesma poderia não ser definitiva e que deveria ser estudada em amostras de maiores dimensões (Weineland, et al., 2012). Ademais, os dois fatores que não foram encontrados neste estudo (aceitação corporal e autoeficácia) apresentavam no estudo original valores de consistência interna dificilmente aceitáveis (inferiores a .60) e eram compostos pelos itens que na presente amostra, revelaram piores resultados,

o que ditou a sua eliminação. A versão portuguesa do AAQ-W ficou então constituída por 15 itens que se dividem nas 3 subescalas anteriormente referidas.

Que seja do nosso conhecimento o presente estudo é o primeiro a testar a estrutura fatorial do AAQ-W numa amostra de mulheres com excesso de peso e obesidade, uma vez que a estrutura fatorial original foi explorada numa amostra com indivíduos submetidos a cirurgia bariátrica que já tinham perdido uma quantidade considerável de peso (Weineland, et al., 2012). No estudo de Weineland e colaboradores (2012) a maior parte dos participantes apresentava um IMC correspondente a um peso normal ou excesso de peso. Por outro lado, estas diferenças podem também ser explicadas pelo tamanho da amostra utilizada no presente estudo ser consideravelmente superior tanto à do estudo de Weineland e colaboradores (2012; n=178) como no estudo de Lillis & Hayes em que não foi explorada a estrutura fatorial do instrumento (2008; n=84).

O AAQ-W total e as subescalas (comida como controlo e autoestigma) apresentaram uma boa consistência interna, enquanto o fator evitamento emocional apresentou uma consistência interna aceitável. Estes resultados são semelhantes aos encontrados, nos estudos da versão original (Lillis & Hayes, 2008; Weineland et al., 2012). Da análise dos itens verificou-se que todos os itens contribuem positivamente para o fator a que pertencem, bem como para a escala total. Os itens 5, 14 e 18 apresentaram valores de correlação baixos, contudo não prejudicavam o valor dos fatores e por esta razão optou-se por não os eliminar itens. Tal como esperado as todas as subescalas apresentam uma correlação forte com a escala total e correlações moderadas entre si..

Foi ainda explorada a validade convergente e divergente do AAQ-W e das respetivas subescalas. De modo consistente com o encontrado com a literatura o AAQ-W total mostrou-se associado a pior qualidade de vida relacionada com a obesidade, a mais inflexibilidade psicológica e evitamento experiencial e a psicopatologia geral (Lillis & Hayes, 2008; Weineland, et al., 2012). Neste sentido, os resultados sugerem que as participantes que apresentam mais inflexibilidade psicológica relacionada com o peso tendem a percecionar uma qualidade de vida diminuída, revelam uma padrão de inflexibilidade psicológica geral e a apresentam níveis mais elevados de

ansiedade, depressão e stress. De salientar o resultado entre o AAQ-W e o AAQ-II, cujo valor da correlação é moderado o que sugere que avaliam constructos relativamente diferentes e que parece suportar a relevância de desenvolver uma medida mais específica para a obesidade (Lillis & Hayes, 2008). Efetivamente, num estudo de intervenção em ACT na obesidade, o AAQ-W revelou-se mais sensível às mudanças que a medida da inflexibilidade psicológica geral (Lillis & Hayes, 2008).

No presente estudo o AAQ-W associou-se ainda de modo significativo à vergonha externa, autoestigma e menor felicidade subjetiva, no sentido esperado. Deste modo as participantes com mais inflexibilidade psicológica relacionada com experiências internas negativas associadas ao peso, tendem a precepcionar-se como mais infelizes e a considerarem que os outros as avaliam de modo negativo e a auto-desvalorizarem-se em relação ao seu peso.

Na área do comportamento alimentar verificou-se, tal como era esperado, que a inflexibilidade psicológica relacionada com o peso se associa à psicopatologia alimentar e aos comportamentos de ingestão alimentar compulsiva, o que corrobora os resultados de investigações prévias (Weineland, et al., 2012; Lillis & Hayes, 2008). Estes resultados sugerem que as participantes que apresentam mais psicopatologia alimentar, mais comportamentos de ingestão compulsiva, tendem a recorrer mais ao evitamento experiencial de forma a lidar com as experiências internas negativas relacionadas ao seu peso. Efetivamente tem sido sugerido que os problemas de comportamento alimentar podem ser considerados como problemas de inflexibilidade psicológica (Baer et al., 2006).

Por outro lado, o IMC apresentou uma associação significativa com a inflexibilidade psicológica relacionada com o peso, o que é consistente com o encontrado por Lillis e Hayes mas que se opõe aos resultados encontrados por Weineland e colaboradores (2012). Este resultado pode dever-se ao fato do IMC das participantes do presente estudo e do estudo de Lillis e Hayes representar a existência de excesso de peso ou obesidade, enquanto no estudo de Weineland e colaboradores (2012) a amostra era constituída por pessoas que tinham sido sujeitas a cirurgia bariátrica e que já tinham perdido uma quantidade substancial de peso. Neste sentido os resultados sugerem que pessoas com um IMC mais elevado, revelam mais dificuldade em

manter-se em contacto com experiências internas negativas relacionadas com o peso, envolvendo-se em tentativas para as modificar, controlar ou evitar.

Em relação aos fatores Comida como Controlo e Autoestigma, estes apresentaram associações semelhantes às da escala total. De salientar o resultado entre a subescala Comida como controlo e a variável restrição, entre as quais existe uma associação negativa e significativa. Isto significa que as mulheres que relatam maior tendência para limitar a quantidade de comida que ingerem de modo a influenciar o seu peso ou forma corporal tendem a reportar menor tendência para se descontrolarem na alimentação. Efetivamente, a restrição tem sido associada à perda de peso e a melhores resultados no tratamento, enquanto a tendência para o descontrolo alimentar se associa de modo consistente a piores resultados e a problemas do comportamento alimentar (e.g., Karlsson et al., 2000) Também é importante referir que apenas o Autoestigma foi a única subescala que se associou ao IMC, corroborando os estudos já existentes (Lillis et al., 2010; Weineland, et al., 2012). Este resultado parece sugerir que quanto maior o IMC, mais a pessoa apresenta estigma internalizado e se autodesvaloriza pelo peso que possui. Parece ainda relevante evidenciar que apesar de estes dois fatores se associarem com a pior qualidade de vida e menor felicidade subjetiva, o fator autoestigma apresenta uma associação muito mais forte com estas variáveis, o que sugere que o nível de estigma internalizado está mais relacionado com a perceção da qualidade de vida e da felicidade. Este resultado pode significar que quanto mais uma pessoa se desvaloriza relativamente ao seu peso, mais tende a considerar ter uma pior qualidade de vida, afetada pelo peso e mais infeliz se sente com a sua vida.

Relativamente à subescala evitamento emocional que avalia o nível em que a pessoa evita pensar ou sentir algo desagradável relativo ao seu peso este mostrou-se associado a comportamentos alimentares mais perturbados, pior qualidade de vida e estigma internalizado em relação ao peso. Este resultado revela que quanto mais as participantes tendem a evitar experiências internas negativas relativas ao seu peso, mais tendem a endossar comportamentos alimentares disfuncionais, relatam pior qualidade de vida e mais se desvalorizam com base no seu peso. O evitamento experiencial avaliado por esta subescala associa-se a estas variáveis

negativas, o que corrobora a literatura, pois demonstra que este é um fator psicológico que influencia negativamente a saúde e o bem-estar dos sujeitos (Hayes et al. 1996). De um modo geral este fator apresentou correlações baixas ou não significativas com as restantes variáveis, o que poderá dever-se à fraca consistência interna encontrada para esta subescala.

No que diz respeito às limitações, pode ser apontado o fato de a amostra ser apenas com elementos do sexo feminino ou o fato de ser um estudo transversal, o que limita a generalização dos dados e não permite retirar relações de causalidade. O fato de a recolha de dados ser apenas através de questionários de autorresposta também pode ser considerada uma limitação, podendo enviesar alguns dados devido a desejabilidade social. Em futuras investigações seria pertinente testar a validade teste-reteste e a validade discriminante do AAQ-W. Do mesmo modo, seria pertinente realizar uma análise fatorial confirmatória, tentando replicar esta estrutura fatorial, de forma a perceber se esta se mantém inalterada em diferentes amostras da população geral como em população com excesso de peso ou obesidade com e sem tratamento. Do mesmo modo seria interessante estudar de que modo esta medida é sensível às mudanças em estudos de intervenção podendo contribuir para discriminar quais as pessoas que necessitam de uma intervenção mais específica.

Em conclusão, a versão portuguesa do AAQ-W apresenta boas qualidades psicométricas enquanto instrumento de avaliação da inflexibilidade psicológica relacionada com o peso, em pessoas com excesso de peso e obesidade. Para além disso, os resultados sugerem que inflexibilidade psicológica relacionada com o peso se associa a mais psicopatologia, comportamentos alimentares desadequados, autoestigma e pior qualidade de vida.

Bibliografia

- Aardoom, J., Dingemans, A., Slof Op't Landt, M., & Van Furth, E., (2012) Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 13, 305–309.
- Avenell, A., Brown, T. J., McGee, M. A., Campbell, M. K., Grant, A. M., Broom, J., Jung, R.T., & Smith, W. C. S. (2004). What are the long-

- term benefits of weight reducing diets in adults? A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 17(4), 317-335. doi: 10.1111/j.1365-277X.2004.00531.x
- Baer, R., Fischer, S., & Huss, D., (2005) Mindfulness And Acceptance In The Treatment Of Disordered Eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23 (4), 281-300. doi:10.1007/s10942-005-0015-9
- Bond F.W., Hayes S.C., Baer R.A., Carpenter K.M., Guenole N., Orcutt H.K., Waltz T., & Zettle R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Byrne, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: A qualitative study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 955–962. doi: 10.1038/sj.ijo.802305.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J., Frone., Michael R., & Mudar, P., (1992) Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 139-152. doi: 10.1037/0021-843X.101.1.139
- Costello, A. & Osborne J. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation. Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10 (7), 1-9.
- DeVellis, R. (1991) *Scale Development Theory and Applications Applied Social Research Methods Series*. SAGE Publications, 26.
- Direcção Geral de Saúde (2005). *Programa nacional de combate à obesidade (Circular Normativa Nº: 03/DGCG)*. Lisboa: DGS, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2013). *The psychometric properties of the Binge Eating Scale in Portuguese samples*. Manuscript in preparation.

- Fairburn, C. & Beglin, S. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16 (4), 363–370. doi:10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-#
- Fassino, S., Leombruni, P., Piero, A., Daga, G. A., Amianto, F., Rovera, G., & Rovera, G. G. (2002). Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (6), 431-437. doi: 10.1053/comp.2002.35906
- Forman, E. M., Hoffmana, K. L., McGratha, K. B., Herberta, J. D., Brandsma, L. L., & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance- and control-based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2372-86 doi:10.1016/j.brat.2007.04.004
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. (2004). Acceptance based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689–705. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80015-7.
- Gloster, T., Rhoades, H., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., Wilson, N., & Stanley, M., (2008) Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 110, 248–259.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons. *Addictive Behaviors*, 7, 47-55.
- Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S. (1994) An exploration of shame measures: I: The ‘other as shamer’ scale. *Personality and Individual Differences*, 17, 713-717.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (2), 336-343.
- Hayes S., Luoma J., Bond F., Masuda A., & Lillis J. (2006) Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012) Acceptance and Commitment

- Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. doi: 10.1177/0011000012460836
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Juarascio, A., Forman, E., Timko, C., Butryn, M., & Goodwin, C. (2011). The development and validation of the food craving acceptance and action questionnaire (FAAQ). *Eating behaviors*, 12(3), 182 -187.
- Karlsson, J., Persson, L.O., Sjostrom, L., & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 24, 1715–1725.
- Kayman, S., Bruvold, W., & Stern, J. S. (1990). Maintenance and Relapse after Weight-Loss in Women - Behavioral- Aspects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 52(5), 800- 807.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). 366, New York: Guilford.
- Lillis, J., & Hayes, S.C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4 (4), 348-354.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annual Behavior Medicine*, 37, 58-69. doi: 10/1007/s12160-009-9083-x.
- Lillis, J., Hayes, S., & Levin, M. (2011). Binge Eating and Weight Control: The Role of Experiential Avoidance. *Behavior Modification*, 35, 3252-3264. doi: 10.1177/0145445510397178.
- Lillis J., Luoma J. B., Levin M. E., & Hayes S.C. (2010). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971-976. doi: 10.1038/oby.2009.353.

- Lovibond, S. & Lovibond, P. (1995) *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2ª Edição Sydney: Psychology Foundation.
- Lundgren T., Dahl J., & Hayes S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 225-235. doi: 10.1007/s10865-008-9151-x
- Lyubomirsky, S. & Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137–155.
- Machado, P. P. P. (2007). *Versão Portuguesa do EDE-Q*, 5ª edição. Manuscrito não publicado. Universidade do Minho.
- Mannucci E., Ricca V., Barciulli E., Di Bernardo M., Travaglini R., Cabras P.L., & Rotella C.M. (1999). Quality of life and overweight: the obesity related well-being (Orwell 97) questionnaire. *Addictive Behaviors*, 24(3), 345-357.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., & Duarte, C. (2014). *Living in the mind of others: The development and confirmatory analysis of the "Other as shamer" brief version (OASB)*. Submitted manuscript.
- Masuda A., Hayes S.C., Fletcher L.B., Seignourel P.J., Bunting K., Herbst S.A., Twohig M.P., Lillis J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2764-2772.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1335–1346. doi: 10.1016/j.brat.2004.10.003.
- Ogden, J. (2000). The correlates of long-term weight loss: a group comparison study of obesity. *International Journal of Obesity*, 24(8), 1018-1025.
- Pais-Ribeiro, J. (2012). Validação transcultural da Escala de Felicidade Subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 157-168.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo

- da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Perri, M. G. (1998). The Maintenance of Treatment Effects in the Long-Term Management of Obesity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5 (4) 526–543.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Validation of the Portuguese Version of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12 (2), 139-156.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image – Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1–2), 39–48. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002i>
- Shick, S. M., Wing, R. R., Klem, M. L., Mcguire, M. T., Hill, J. O., & Seagle, H. (1998) Persons Successful at Long-term Weight Loss and Maintenance Continue to Consume a Low-energy, Low-fat Diet. *Journal of the American Dietetic Association*, 98 (4), 408–413.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso., (2008). Contributo Para A Adaptação Para A População Portuguesa De Uma Escala De Avaliação Da Qualidade De Vida Específica Para Doentes Com Obesidade: A Orwell-97. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9 (1), 29-48.
- Staats, S.B. & Zettle, R.D. (2012). *Exercise behavior and the Acceptance and Action Questionnaire for Exercise (AAQ-Ex)*. Poster session presented at the meeting of the Association for Contextual Behavioral Science, Washington, DC.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). Using multivariate statistics (5th Ed.). Boston: Pearson.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A., Bond, F. W. & Moore L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52, 396-404. Doi: 10.1016/j.appet.2008.11.012.
- Wadden T.A., Sternberg J.A., Letizia K.A., Stunkard A.J., & Foster G.D. (1989). Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. *International*

- Journal of Obesity*. 13 (2), 39-46.
- Weineland, S., Lillis, J. & Dahl, J. (2012) Measuring experiential avoidance in a bariatric surgery population—Psychometric properties of AAQ-W. *Obesity Research & Clinical Practice*, 7(6), e464–e475. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2012.06.002>
- Wenzlaff, R., & Wegner, D. (2000) Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59–91.
- Westenhofer, J. (2001). The therapeutic challenge: behavioral changes for long-term weight maintenance. *International Journal of Obesity*, 25 (1), S85-88.
- Wing R.R. (1998) Behavioral approaches to the treatment of obesity. In: Bray G.A., Bouchard C., & James W. P. T. (eds). *Handbook of obesity*. 855–873, Marcel Dekker: New York.
- World Health Organization (2002). *The European health report 2002*. European Series n°. 97. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2011). *World Health statistics*. França: WHO. ISBN 978 92 4 156419 9.

Anexo A

Anexo A

Matriz de correlações entre todas as variáveis em estudo

	AAQ-W Comida como Controlo	AAQ-W Evitamento emocional	AAQ-W Auto- Estigma	AAQ-W Total	IMC	Idade	EDE-Q	TEFQ Restrição	TEFQ Desinibição	TEFQ Ingestão emocional	BES	WSSQ	ORWELL-97	ESF	OAS	AAQ-II	DASS Depressão	DASS Ansiedade	
AAQ-W Evitamento emocional	.42***	1	-	-															
AAQ-W Auto- Estigma	.39***	.33***	1	-															
AAQ-W Total	.79***	.76***	.74***	1															
IMC	.07	.07	.32***	.20**	1														
Idade	.06	.03	-.03	.03	.16*	1													
EDE-Q	.42***	.34***	.52***	.56***	.07	-.03	1												
TEFQ Restrição	-.32***	.13*	-.04	-.10	.01	.11	.13*	1											
TEFQ Desinibição	.55***	.07	.45***	.46***	.09	-.11	.39***	-.30***	1										
TEFQ Ingestão Emocional	.63***	.14*	.41***	.51***	.11	.03	.46***	-.19**	.65***	1									
BES	.59***	.10	.52***	.53***	.10	-.11	.56***	-.23***	.72***	.63***	1								
WSSQ	.50***	.28***	.59***	.59***	.12	-.02	.57***	-.15*	.51***	.57***	.61***	1							
ORWELL – 97	.35***	.35***	.63***	.58***	.15*	-.07	.68***	.05	.36***	.39***	.53***	.64***	1						
ESF	-.15*	-.05	-.36***	-.24***	-.08	-.05	-.33***	-.02	-.32***	-.27***	-.41***	-.37***	-.39***	1					
OAS	.18**	.08	.35***	.27***	.12	-.11	.31***	-.09	.28***	.22***	.42***	.48***	.48***	-.44***	1				
AAQ-II	.29***	.15*	.36***	.34***	-.01	-.10	.40***	-.01	.29***	.33***	.40***	.49***	.51***	-.58***	.47***	1			
DASS depressão	.32***	.03	.41***	.33***	.14*	-.01	.39***	-.12	.46***	.40***	.53***	.42***	.47***	-.52***	.48***	.54***	1		
DASS ansiedade	.25***	-.60	.31***	.23***	.14*	.10	.24***	-.12	.36***	.28***	.41***	.26***	.32***	-.35***	.38***	.37***	.77***	1	
DASS Stress	.33***	.10	.29***	.31***	.07	.02	.33***	-.14*	.34***	.38***	.48***	.38***	.40***	-.36***	.43***	.49***	.77***	.69***	1

*** p < .001; ** p < .01; * p < .05