

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**CAMPUS GOVERNADOR VALADARES**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE**

**Cristiany Seppe Faria**

**Imagem corporal, autocompaixão e autoestima em jovens universitários:**

Um ensaio clínico randomizado

Governador Valadares

2021

**Cristiany Seppe Faria**

**Imagem corporal, autocompaixão e autoestima em jovens universitários:**

Um ensaio clínico randomizado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, *campus* Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Área de concentração: Biociências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clara Mockdece Neves

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Governador Valadares

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Faria, Cristiany Seppe.

Imagem corporal, autocompaixão e autoestima em jovens universitários : Um ensaio clínico randomizado / Cristiany Seppe Faria. -- 2021.

207 p.

Orientadora: Clara Mockdece Neves

Coorientador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV. Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, 2021.

1. Autocompaixão . 2. Autoestima. 3. Imagem Corporal. 4. Intervenção. 5. Saúde Mental. I. Neves, Clara Mockdece, orient. II. Carvalho, Pedro Henrique Berbert de, coorient. III. Título.

**Cristiany Seppe Faria**

**Imagem corporal, autocompaixão e autoestima em jovens universitários:**

Um ensaio clínico randomizado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, *campus* Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Área de concentração: Biociências.

Aprovada em 01 de outubro de 2021.

**BANCA EXAMINADORA<sup>1</sup>**



Doutora Clara Mockdece Neves - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora



p/ Doutor Pedro Henrique Berbert de Carvalho - Coorientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora



p/ Doutor Ricardo Bezerra Cavalcante  
Universidade Federal de Juiz de Fora



p/ Doutora Karin Louise Lenz Dunker  
Centro Universitário São Camilo

---

<sup>1</sup> Defesa de dissertação apresentada em formato online, de modo que a professora orientadora deste trabalho assinou pelos demais membros da banca.

Dedico este trabalho àqueles que me incentivaram a dar início a essa jornada e que, durante, tornaram meus dias mais leves.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo que tem me proporcionado. Palavras não podem expressar a gratidão devida a Ele.

Agradeço aos meus pais, que me proporcionaram a base para o que sou hoje.

Agradeço ao meu amor, Marcus, companheiro de vida, que trilha esse caminho comigo, por estar ao meu lado, me amparar e me incentivar.

Agradeço à minha família e amigos, pela fé que depositam em mim.

Agradeço aos meus colegas e professores, de agora e de antes, por contribuírem para o meu crescimento. Em especial aqui, agradeço aos colegas do PPGCAS, da UFJF-GV, a primeira turma, formada por pessoas excepcionais.

Agradeço à minha orientadora, Clara, por construir comigo este trabalho; trilhamos um caminho inédito para ambas. Agradeço ainda por estar sempre disposta a me ouvir, a fim de possibilitar que este seja um trabalho com sentido para nós duas.

Agradeço ao meu coorientador, Pedro, por nos auxiliar nos momentos importantes dessa jornada, pelas valiosas contribuições e sabedoria compartilhada.

Agradeço às meninas da iniciação científica, Bárbara e Stéfane, por todo o suporte durante o trabalho de campo.

Agradeço aos professores que participaram como membros da banca, Ricardo e Karin, pelas notáveis contribuições que se fizeram oportunas para o aprimoramento deste trabalho.

Agradeço aos participantes deste estudo. Sem eles, este trabalho não poderia ser concretizado.

Agradeço ao IFMG, pelo incentivo e compreensão neste processo de qualificação profissional.

Agradeço à UFJF, pelos ricos aprendizados, pela oportunidade de crescimento pessoal e acadêmico que tem me proporcionado.

E agradeço a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a construção deste trabalho.

“Você, o seu ser, tanto quanto qualquer pessoa em todo o universo, merece o seu amor e a sua afeição” (SIDARTA GAUTAMA - BUDA, 563 a.C. – 483 a.C.).

## RESUMO

A população jovem adulta é uma das mais vulneráveis à insatisfação com o corpo. Nesse contexto, o presente estudo objetivou avaliar a eficácia e a eficiência de intervenções preventivas breves em autocompaixão e autoestima, baseadas em tarefas de escrita, no aumento da apreciação corporal em uma amostra de 94 jovens universitários de 18 a 35 anos de ambos os sexos. A pesquisa é caracterizada como um ensaio clínico randomizado. Foi desenvolvida em formato online devido ao distanciamento social necessário em momento de pandemia de COVID-19. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente em três grupos de intervenção escrita. Um grupo realizou atividades focadas no desenvolvimento de autocompaixão, um segundo grupo realizou atividades focadas na autoestima e um terceiro grupo realizou atividades neutras, tendo a função de grupo controle. Antes da intervenção, todos os participantes responderam a instrumentos de avaliação de autocompaixão, autoestima, apreciação corporal, apreciação da funcionalidade corporal, sintomas de ansiedade, depressão e transtornos mentais comuns. Imediatamente após a intervenção, os participantes responderam aos instrumentos uma segunda vez e, após duas semanas (*follow-up*), responderam aos instrumentos uma terceira vez. Foram analisadas possíveis correlações entre as variáveis estudadas, encontrando-se correlação significativa forte ou moderada para todas elas. Foi realizado também um modelo de regressão para a apreciação corporal, utilizando-se as medidas basais de toda a amostra de participantes ( $n = 230$ ) do estudo, independente de participação ou não na intervenção, apontando-se a apreciação da funcionalidade corporal, a autoestima e a autocompaixão, respectivamente, como variáveis que explicam a variação da apreciação corporal em 69,0%. Avaliou-se então o efeito das intervenções sobre os participantes de acordo com o grupo de alocação, além do efeito do tempo e da interação grupo x tempo, através da ANOVA mista de medidas repetidas, encontrando-se apenas efeito do tempo sobre a autocompaixão, apreciação corporal, sintomas depressivos e transtornos mentais comuns. Conclui-se que as intervenções em autocompaixão e autoestima realizadas não se mostraram eficazes em promover o aumento da apreciação corporal, nem em promover mudanças significativas em quaisquer das demais variáveis. Não coube realizar análise de eficiência. Aponta-se a necessidade de adaptação transcultural de intervenções sensíveis culturalmente, além da possibilidade de desenvolvimento de intervenções próprias. Alude-se ao potencial de intervenções realizadas em formato online.

**Palavras-chave:** Autocompaixão. Autoestima. Imagem Corporal. Intervenção. Saúde Mental.

## ABSTRACT

The young adult population is one of the most vulnerable to body dissatisfaction. In this context, the present study aimed to evaluate the effectiveness and efficiency of brief preventive interventions in self-compassion and self-esteem, based on writing tasks, in increasing body appreciation in a sample of 94 university students aged 18 to 35 years of both sexes. The research is characterized as a randomized clinical trial. It was developed in an online format due to the social distance necessary at the time of the COVID-19 pandemic. Participants were randomly assigned to three written intervention groups. One group carried out activities focused on the development of self-compassion, a second group carried out activities focused on self-esteem and a third group carried out neutral activities, acting as a control group. Before the intervention, all participants answered self-compassion, self-esteem, body appreciation, body functionality appreciation, anxiety, depression and common mental disorders symptoms. Immediately after the intervention, the participants responded to the instruments a second time and, after two weeks (follow-up), they responded to the instruments a third time. Possible correlations between the studied variables were analyzed, finding a strong or moderate significant correlation for all of them. A regression model for body appreciation was also carried out, using the baseline measurements of the entire sample of participants ( $n = 230$ ) of the study, regardless of participation or not in the intervention, pointing to the body functionality appreciation, the self-esteem and self-compassion, respectively, as variables that explain the 69.0% variation in body appreciation. The effect of the interventions on the participants was then evaluated according to the allocation group, in addition to the effect of time and the group x time interaction, through the mixed ANOVA of repeated measures, finding only the effect of time on self-compassion, body appreciation, depressive and common mental disorders symptoms. It is concluded that the interventions in self-compassion and self-esteem performed were not effective in promoting an increase in body appreciation, nor in promoting significant changes in any of the other variables. It was not possible to perform an efficiency analysis. The need for cross-cultural adaptation of culturally sensitive interventions is pointed out, in addition to the possibility of developing their own interventions. The potential for interventions carried out in online format is alluded to.

**Keywords:** Self-compassion. Self-esteem. Body image. Intervention. Mental health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - <i>Quadripartite Influence Model</i> .....	31
Figura 2 - Modelo Holístico de Imagem Corporal .....	35
Figura 3 - Fluxograma de etapas do estudo .....	69
Figura 4 - Diagrama de distribuição de participantes.....	79
Figura 5 - Médias marginais estimadas da SCS .....	94
Figura 6 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala autobondade .....	95
Figura 7 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala <i>mindfulness</i> .....	95
Figura 8 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala de humanidade compartilhada... 96	
Figura 9 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala de autocrítica .....	96
Figura 10 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala de superidentificação.....	97
Figura 11 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala de isolamento.....	97
Figura 12 - Médias marginais estimadas da SES .....	98
Figura 13 - Médias marginais estimadas da BAS-2 .....	99
Figura 14 - Médias marginais estimadas da FAS .....	100
Figura 15 - Médias marginais estimadas do STAI .....	101
Figura 16 - Médias marginais estimadas do STAI – escala estado .....	101
Figura 17 - Médias marginais estimadas do STAI – escala traço .....	102
Figura 18 - Médias marginais estimadas do BDI-II .....	103
Figura 19 - Médias marginais estimadas do BDI-II – subescala cognitivo-emocional.....	103
Figura 20 - Médias marginais estimadas do BDI-II – subescala comportamental (somático) .....	104
Figura 21 - Médias marginais estimadas do BDI-II – subescala sensações de perda .....	104
Figura 22 - Médias marginais estimadas do SRQ-20 .....	105
Figura 23 - Médias marginais estimadas do SRQ-20 – subescala decréscimo de energia.....	106
Figura 24 - Médias marginais estimadas do SRQ-20 – subescala sintomas somáticos .....	106
Figura 25 - Médias marginais estimadas do SRQ-20 – subescala humor depressivo-ansioso .....	107
Figura 26 - Médias marginais estimadas do SRQ-20 – subescala pensamentos depressivos	107
Figura 27 - E-mail padrão enviado a alunos convidando para a pesquisa.....	163
Figura 28 - Mensagem padrão enviada a alunos convidando para a pesquisa .....	164
Figura 29 - E-mail padrão enviado a coordenadores de curso convidando alunos para a pesquisa .....	165

Figura 30 - Imagem padrão enviada junto com texto complementar para alunos convidando para a pesquisa.....	166
Figura 31 - Histograma da idade com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94) .....	170
Figura 32 - Histograma do IMC com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)	171
Figura 33 - Histograma da SCS com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)	171
Figura 34 - Histograma da SES com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)	172
Figura 35 - Histograma da BAS-2 com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94) .....	172
Figura 36 - Histograma da FAS com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)	173
Figura 37 - Histograma do STAI com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94) .....	173
Figura 38 - Histograma do BDI-II com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94) .....	174
Figura 39 - Histograma do SRQ-20 com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94) .....	174
Figura 40 - E-mail recebido com registro ReBEC .....	188
Figura 41 - Interface do software GPower durante cálculo amostral .....	194

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro-resumo de instrumentos .....	62
Quadro 2 - <i>Check-list</i> de informações CONSORT .....	190

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados descritivos de variáveis categóricas de caracterização da amostra total respondente no T1 e teste de comparação entre grupos (N = 230) .....	81
Tabela 2 - Dados descritivos de variáveis numéricas de caracterização da amostra total respondente no T1 e teste de comparação entre grupos (N = 230) .....	84
Tabela 3 - Correlações bivariadas entre os instrumentos do estudo sobre amostra total respondente no T1 (N = 230).....	85
Tabela 4 - Modelo de regressão para BAS-2 sobre amostra total respondente no T1 (N = 230) .....	86
Tabela 5 - Dados descritivos de variáveis categóricas de caracterização da amostra participante da intervenção no T1 e teste de comparação entre grupos (N = 94).....	88
Tabela 6 - Dados descritivos de variáveis numéricas de caracterização da amostra participante da intervenção no T1 e teste de comparação entre grupos (N = 94) .....	90
Tabela 7 - Correlações bivariadas entre os instrumentos do estudo sobre amostra participante da intervenção no T1 (N = 94) .....	92
Tabela 8 - Resultados do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov com a amostra total de participantes no T1 (N = 230) .....	167
Tabela 9 - Resultados do teste de homogeneidade das variâncias na ANOVA de uma via com a amostra total de participantes no T1 (N = 230) .....	168
Tabela 10 - Resultados do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov com a amostra de participantes da intervenção no T1 (N = 94) .....	170
Tabela 11 – Resultados do teste de homogeneidade das variâncias na ANOVA de uma via com a amostra de participantes da intervenção no T1 (N = 94).....	175
Tabela 12 – Resultados do teste de homogeneidade das variâncias na ANOVA mista de medidas repetidas com a amostra de participantes da intervenção nos 3 tempos (N = 94/88) .....	176
Tabela 13 - Médias marginais estimadas geradas por ANOVA mista de medidas repetidas com a amostra participante da intervenção (N = 94).....	180

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	<i>Analysis of Variance</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BAS	<i>Body Appreciation Scale</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRS	<i>Conscientious Responders Scale</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
FAS	<i>Functionality Appreciation Scale</i>
G1	Grupo de intervenção em autocompaixão
G2	Grupo de intervenção em autoestima
G3	Grupo de intervenção controle
GV	Governador Valadares
ICV	Instituto de Ciências da Vida
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IFMG	Instituto Federal de Minas Gerais ou Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGCAS	Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM</i>
SCS	<i>Self-Compassion Scale</i>
SES	<i>Self-Esteem Scale</i>
SRQ	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
T1	Tempo de avaliação 1 - pré-intervenção
T2	Tempo de avaliação 2 - imediatamente pós-intervenção
T3	Tempo de avaliação 3 - duas semanas pós-intervenção ( <i>follow-up</i> )

TCLE            Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TMC            Transtornos Mentais Comuns  
UFJF            Universidade Federal de Juiz de Fora  
WHO            *World Health Organization*

## LISTA DE SÍMBOLOS

$\alpha$	Alfa
$\beta$	Beta
$\eta^2$	Eta-quadrado parcial
$\chi^2$	Qui-quadrado

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	24
2.1 OBJETIVO GERAL .....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>3 HIPÓTESES</b> .....	25
3.1 HIPÓTESES GERAIS .....	25
3.2 HIPÓTESES ESPECÍFICAS .....	25
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	26
4.1 SAÚDE MENTAL .....	26
<b>4.1.1 Imagem corporal positiva</b> .....	30
<b>4.1.2 Autocompaixão</b> .....	37
<b>4.1.3 Autoestima</b> .....	42
4.2 INTERVENÇÃO NOS ASPECTOS POSITIVOS DA SAÚDE MENTAL .....	46
<b>4.2.1 Intervenções em imagem corporal positiva</b> .....	47
<b>4.2.2 Intervenções em autocompaixão</b> .....	50
<b>4.2.3 Intervenções em autoestima</b> .....	52
<b>4.2.4 Intervenções em autocompaixão versus Intervenções em autoestima</b> .....	53
<b>5 MÉTODOS</b> .....	56
5.1 ASPECTOS ÉTICOS .....	56
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	57
5.3 CENÁRIO, POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	57
<b>5.3.1 Critérios de inclusão</b> .....	59
<b>5.3.2 Critérios de exclusão</b> .....	59
5.4 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO .....	59
5.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	61
<b>5.5.1 Questionário sociodemográfico</b> .....	63
<b>5.5.2 Escala de Autocompaixão</b> .....	63
<b>5.5.3 Escala de Autoestima</b> .....	64
<b>5.5.4 Escala de Apreciação do Corpo-2</b> .....	64
<b>5.5.5 Escala de Apreciação da Funcionalidade</b> .....	64
<b>5.5.6 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (<i>Short-Form</i>)</b> .....	65
<b>5.5.7 Inventário de Depressão Beck II</b> .....	66

<b>5.5.8 Self-Reporting Questionnaire</b> .....	66
<b>5.5.9 Escala de Respondentes Conscientes</b> .....	67
<b>5.5.10 Checagem de credibilidade</b> .....	68
<b>5.6 PROCEDIMENTOS</b> .....	69
<b>5.6.1 Recrutamento</b> .....	70
<b>5.6.2 Avaliação pré-intervenção</b> .....	71
<b>5.6.3 Intervenção</b> .....	72
<b>5.6.4 Avaliações pós-intervenção</b> .....	74
<b>5.7 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	75
<b>6 RESULTADOS</b> .....	79
<b>6.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b> .....	80
<b>6.2 EFEITOS DAS INTERVENÇÕES</b> .....	87
<b>6.2.1 Autocompaixão</b> .....	94
<b>6.2.2 Autoestima</b> .....	98
<b>6.2.3 Apreciação corporal</b> .....	98
<b>6.2.4 Apreciação da funcionalidade corporal</b> .....	99
<b>6.2.5 Ansiedade</b> .....	100
<b>6.2.6 Depressão</b> .....	102
<b>6.2.7 Transtornos mentais comuns</b> .....	105
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	108
<b>7.1 DISCUSSÃO SOBRE ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</b> .....	108
<b>7.2 DISCUSSÃO SOBRE EFEITOS DAS INTERVENÇÕES</b> .....	113
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	120
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	121
<b>APÊNDICE A - Termo de autorização e declaração de infraestrutura IFMG/GV</b> .....	152
<b>APÊNDICE B - Termo de autorização e declaração de infraestrutura UFJF/GV</b> .....	153
<b>APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	154
<b>APÊNDICE D - Cenário para indução negativa prévia</b> .....	156
<b>APÊNDICE E - Protocolo de intervenção em autocompaixão</b> .....	157
<b>APÊNDICE F - Protocolo de intervenção em autoestima</b> .....	158
<b>APÊNDICE G - Protocolo de intervenção controle</b> .....	159
<b>APÊNDICE H - Questionário sociodemográfico</b> .....	160
<b>APÊNDICE I - E-mail convite enviado a alunos</b> .....	163

<b>APÊNDICE J - Mensagem convite enviada a alunos</b> .....	164
<b>APÊNDICE K - E-mail convite enviado a coordenadores de curso</b> .....	165
<b>APÊNDICE L - Arte convite da pesquisa</b> .....	166
<b>APÊNDICE M - Testes de normalidade gerados através do software SPSS para a amostra total</b> .....	167
<b>APÊNDICE N - Testes de homogeneidade de variâncias gerados através do software SPSS para a amostra total</b> .....	168
<b>APÊNDICE O - Testes de normalidade e histogramas gerados através do software SPSS para a amostra da intervenção</b> .....	170
<b>APÊNDICE P - Testes de homogeneidade de variâncias gerados através do software SPSS para a amostra da intervenção</b> .....	175
<b>APÊNDICE Q - Médias marginais estimadas das variáveis do estudo</b> .....	180
<b>ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP</b> .....	185
<b>ANEXO B - Comprovante de registro ReBEC</b> .....	188
<b>ANEXO C - <i>Check-list</i> de informações CONSORT</b> .....	190
<b>ANEXO D - Interface GPower no cálculo amostral</b> .....	194
<b>ANEXO E - Escala de Autocompaixão</b> .....	195
<b>ANEXO F - Escala de Autoestima</b> .....	197
<b>ANEXO G - Escala de Apreciação do Corpo-2</b> .....	198
<b>ANEXO H - Escala de Apreciação da Funcionalidade</b> .....	199
<b>ANEXO I - Inventário de Ansiedade Traço-estado (<i>Short-Form</i>)</b> .....	200
<b>ANEXO J - Inventário de Depressão Beck II</b> .....	201
<b>ANEXO K - <i>Self-Reporting Questionnaire</i></b> .....	203
<b>ANEXO L - Escala de Respondentes Conscientes</b> .....	204
<b>ANEXO M - Itens para checagem de credibilidade</b> .....	205

## 1 INTRODUÇÃO

A imagem corporal é um construto complexo e multidimensional que inclui percepções e atitudes (ou seja, pensamentos, sentimentos e comportamentos) em relação ao corpo (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005). Dessa forma, a imagem corporal se refere a como as pessoas pensam, sentem e se comportam em relação ao seu corpo e aparência física (MUTH; CASH, 1997).

No tocante a influências sobre a imagem corporal, atualmente, com a grande propagação das mídias, indivíduos de todas as idades são expostos a padrões de beleza e ideais corporais irrealistas, o que se pode apontar como fruto de uma sociedade ocidental excessivamente focada na aparência (JARMAN *et al.*, 2021; MOYA-GARÓFANO; MOYA, 2019). A mídia de massa é considerada um contribuinte poderoso e influente para a insatisfação com o corpo (TAMPLIN; MCLEAN; PAXTON, 2018; THOMPSON *et al.*, 1999), dando-se destaque hoje para as mídias digitais, em especial para o uso intenso das redes sociais (GORDON *et al.*, 2020; HAWES; ZIMMER-GEMBECK; CAMPBELL, 2020; JARMAN *et al.*, 2021).

A influência da mídia é somada à influência dos pais, dos pares/amigos e do par romântico (ou uma pessoa significativa), integrando o chamado Modelo Quadripartite, o qual propõe que essas quatro principais fontes de influência afetam de forma decisiva a imagem corporal do indivíduo (TYLKA, 2011). Nesse contexto, Tylka (2011) propõe um modelo de via dupla, apontando que a internalização do ideal mesomórfico (magro e muscular) pelo indivíduo, prediz tanto uma insatisfação com a gordura corporal, quanto uma insatisfação com a muscularidade, o que tem o potencial de promover, respectivamente, comportamentos alimentares desordenados (via do peso/forma corporal) e comportamentos de aprimoramento da muscularidade (via da muscularidade).

No caso de jovens adultos, pode-se apontar a insatisfação corporal como altamente prevalente nessa faixa etária (BUCCHIANERI *et al.*, 2013; NEUMARK-SZTAINER *et al.*, 2018). De forma que a insatisfação corporal tem o potencial de impactar negativamente a qualidade de vida, afetando saúde física e mental (WILSON; LATNER; HAYASHI, 2013), atuando inclusive como preditor de humor depressivo e baixa autoestima (PAXTON *et al.*, 2006), consideram-se oportunas intervenções direcionadas ao público supracitado.

Uma das linhas de trabalho com a imagem corporal se direciona à chamada imagem corporal positiva, que consiste em cultivar uma atitude positiva em relação ao próprio corpo, respeitando-o, aceitando-o, protegendo-o (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005).

Um dos pressupostos dessa linha indica que trabalhar para diminuir a imagem corporal negativa não aumenta automaticamente a imagem corporal positiva, podendo-se chegar, em contrapartida, a uma hipotética imagem corporal neutra, que também não seria benéfica à saúde mental (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b). Considerando que intervenções visando promover imagem corporal positiva têm demonstrado um impacto significativo na saúde e bem-estar dos indivíduos (GUEST *et al.*, 2019), a fim de se aumentá-la de fato, um foco deliberado nos aspectos corporais positivos seria necessário (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005).

Dentre as possibilidades para se promover imagem corporal positiva se encontra o cultivo da autocompaixão (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2016; BRAUN; PARK; GORIN, 2016; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b; WASYLKIW; MACKINNON; MACLELLAN, 2012). Este conceito tem origem na tradição budista e vem gradualmente se popularizando no meio científico ocidental (BRAUN; PARK; GORIN, 2016; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b), fruto de uma aproximação mais ampla entre as culturas ocidental e oriental (NEFF, 2003b).

Segundo Neff (2003a), autocompaixão envolve tratar-se com bondade, ser tocado e estar aberto ao próprio sofrimento, sem evitá-lo, direcionando-se ao alívio desse sofrimento, tratando-se com bondade. Envolve também oferecer a si mesmo compreensão sem julgamento em sua própria dor, inadequação ou fracasso, encarando a própria experiência como parte da experiência humana mais ampla (NEFF, 2003a).

A autocompaixão tem sido relacionada a altos níveis de bem-estar e saúde psicológica (NEFF, 2003a; 2003b), sendo um construto relevante ao explorar a temática ‘imagem corporal’ (RAQUE-BOGDAN *et al.*, 2016). Nesse sentido, Albertson, Neff e Dill-Shackleford (2015) apontam que a prática de autocompaixão tem previsto níveis mais baixos de insatisfação corporal e níveis mais altos de apreciação corporal.

Outra possibilidade para promoção de imagem corporal positiva se refere ao trabalho com a autoestima (O’DEA, 2012), conceito já mais tradicional, o qual pode ser definido como um julgamento global acerca do próprio valor (CROCKER, 2001), considerando a extensão em que um indivíduo tende a se ver de forma favorável (ELLIS; HOSKIN; RATNASINGAM, 2018). A relação entre imagem corporal e autoestima tem sido afirmada na literatura, sendo considerada uma questão importante principalmente, mas não somente, para pessoas jovens (O’DEA, 2012).

No Brasil, programas de intervenção voltados especificamente ao trabalho com a imagem corporal começam a despontar (AMARAL, 2015; HUDSON, 2018; MARTINS,

2016; MOREIRA, 2017; RESENDE, 2021), com foco maior no público adolescente e jovem adulto, embora nem todos os programas trabalhem necessariamente a faceta positiva da imagem corporal.

A partir de buscas nas principais plataformas de literatura científica<sup>2</sup>, foram identificadas escassas pesquisas relatando intervenções com foco no desenvolvimento da autoestima na realidade brasileira (ANDRADE; SOUSA, 2010; ANDRADE; SOUSA; MINAYO, 2009; MACÊDO; ANDRADE, 2012; RIBEIRO *et al.*, 2020). Cabe apontar, todavia, que, embora não se encontrem tantos trabalhos com foco específico no desenvolvimento da autoestima, menos ainda voltados ao público universitário, abundantes são os estudos que envolvem a autoestima de alguma maneira em seus resultados (e. g. ASSIS; AVANCI, 2004; BANDEIRA; HUTZ, 2010; MARRONE; SOUZA; HUTZ, 2019; SOUZA; HUTZ, 2016b; TAVARES *et al.*, 2016), correlacionando-a a aspectos físicos, psicológicos e sociais diversos.

Quanto à autocompaixão, também a partir da realização de buscas em plataformas científicas, até o momento se desconhece estudos relatando intervenções com foco no desenvolvimento da autocompaixão em universitários ou jovens adultos brasileiros. Há, em contrapartida, estudos correlacionais envolvendo a autocompaixão (CAMARGOS JUNIOR, 2020; LOYOLA, 2015; NONNENMACHER; PUREZA, 2019; OLIVEIRA, 2015; SOUZA, 2019). Há também relato de intervenção em autocompaixão com público adolescente (GONÇALVES, 2019), além de trabalhos interventivos com o público universitário/jovem adulto, envolvendo *mindfulness* ou meditação de forma geral (ARAÚJO, 2018; ASSUMPCÃO, 2019; CARPENA; MENEZES, 2018; CICUTO, 2018; MENEZES *et al.*, 2013; QUINTERO, 2019; TATTON-RAMOS, 2016), cultivo do equilíbrio emocional (BERTOLINO, 2017; BIANCHINI, 2018) e oficinas visando saúde mental a partir de enfoques variados (DALBOSCO, 2018; DINIZ; AIRES, 2018; RAMOS *et al.*, 2018). Entretanto, como posto, não foram encontrados trabalhos que focassem no cultivo da autocompaixão especificamente, com esse público. Em relação aos trabalhos que envolveram intervenções junto ao público universitário ou jovem adulto, há que se destacar que muitos deles, intencionalmente ou não, puderam resultar em efeitos benéficos em outras áreas, inclusive autoestima e autocompaixão (avaliadas em alguns deles), até porque há uma interinfluência inevitável entre os construtos psicológicos - certamente, ao se intervir em um, tem-se o potencial de atuar em muitos outros relacionados. Contudo, considerou-se o foco

---

<sup>2</sup> Foram realizadas buscas em algumas das principais plataformas científicas (BVS, PsycInfo, PubMed, Scopus e Web of Science) e no Banco de Teses e Dissertações da CAPES no dia 03/08/2020.

principal das intervenções, ora aludido pelos autores quando da realização de seus estudos. Também não foram encontrados, por fim, trabalhos nacionais que analisassem, no conjunto, as mesmas variáveis de interesse deste estudo, a saber: imagem corporal, autocompaixão e autoestima.

Diante do contexto delineado, e considerando evidência limitada na realidade brasileira, aponta-se que intervenções em autocompaixão e autoestima têm o potencial de contribuir para o fortalecimento da saúde mental geral dos indivíduos participantes, aumentando afetos positivos, diminuindo afetos negativos, e atuando na promoção de imagem corporal positiva.

O presente estudo compreende, por conseguinte, a realização de intervenção breve, baseada no trabalho de Seekis, Bradley e Duffy (2017), os quais investigaram se uma única sessão envolvendo tarefas escritas de autocompaixão e autoestima diminuiria as preocupações com a imagem corporal, evocadas por uma indução negativa prévia, junto a estudantes universitárias. A tarefa de autocompaixão mostrou melhores resultados quando comparada à tarefa de autoestima e à tarefa controle, principalmente na avaliação logo após a intervenção, enquanto a tarefa de autoestima mostrou, em geral, melhores resultados em relação à tarefa controle (SEEKIS; BRADLEY; DUFFY, 2017). Estudos anteriores já apontaram os potenciais efeitos benéficos de intervenções a partir de exercícios de escrita (ALLEVA; MARTIJN *et al.*, 2015; LEARY *et al.*, 2007).

Neste estudo buscou-se avaliar a eficácia e a eficiência de intervenções breves em autocompaixão e autoestima (adaptadas do trabalho supracitado) na promoção da apreciação corporal, em público semelhante - jovens universitários de ambos os sexos no presente caso. Por eficácia entende-se a relação entre os objetivos propostos e os resultados alcançados; e por eficiência entende-se a relação entre os esforços empregados e os resultados alcançados (ARRETCHE, 1999; PORTELA, 2000). No presente contexto, traduz-se em avaliar se as intervenções afetam da maneira esperada a variável desfecho (eficácia) e se uma intervenção mostra melhores resultados que a outra, a partir de esforços semelhantes (eficiência).

Acredita-se, ademais, que intervenções em autocompaixão e autoestima, ao promoverem apreciação corporal, possam promover também, de maneira indireta nesse caso, saúde mental. Cabe salientar que saúde mental abarca muitos outros fatores além da presença/ausência de transtornos mentais – comumente o primeiro fator a ser levado em conta –, tais como qualidade de vida, bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida e uma interação constante entre outros aspectos físicos, mentais e sociais diversos (WHO, 2001; 2018). Desse modo, embora acredite-se em potenciais efeitos indiretos provenientes das intervenções,

alude-se a sua provável baixa magnitude, sendo necessárias, para a consecução de uma mudança significativa na saúde mental ampla (mais bem avaliada através de múltiplos indicadores), intervenções a longo prazo, que se propusessem a trabalhar de forma aprofundada algum(ns) aspecto(s) eleito(s) (dadas as múltiplas possibilidades de enfoque na realização de uma intervenção, a seleção se faz necessária), o que foge ao escopo deste trabalho, que se propôs realizar uma intervenção breve. Por conseguinte, a saúde mental foi avaliada aqui em termos de alguns indicadores apenas, a saber, sintomatologia ansiosa e depressiva, bem como presença/ausência de transtornos mentais comuns - consistindo os últimos num conjunto de sintomas relacionados a quadros subclínicos de ansiedade, depressão e estresse (GOLDBERG; HUXLEY, 1992); sendo avaliada ainda a relação desses indicadores com os demais construtos que se fazem objetos de interesse deste estudo.

O presente trabalho se justifica, assim, como adaptação de intervenções em autocompaixão e autoestima para a realidade brasileira, com foco em jovens universitários, os quais têm se mostrado uma das populações mais vulneráveis à insatisfação com o corpo e aos transtornos mentais (GRANER; CERQUEIRA, 2019; STALLMAN, 2010), esperando-se como desdobramento principal a promoção da imagem corporal positiva dos participantes, avaliada aqui através da apreciação corporal, uma de suas facetas (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b) e construto mais central atualmente para representá-la (SWAMI *et al.*, 2020). A apreciação da funcionalidade corporal é um construto também avaliado neste estudo, e também considerado faceta da imagem corporal positiva, embora de modo mais periférico.

De modo a relatar o trabalho realizado, esta dissertação está estruturada através da divisão de seu conteúdo nos seguintes capítulos: *Introdução*, a qual é finalizada neste intento e se destinou a introduzir os principais conceitos a serem abordados na pesquisa, o contexto e justificativa de sua realização; *Objetivos*, quando são explicitados os objetivos da pesquisa, subdividindo-os em geral (principal) e específicos (secundários); *Hipóteses*, quando são revelados os desfechos esperados com o estudo, também subdividindo-as em gerais e específicas; *Referencial teórico*, em que há um aprofundamento na descrição das principais variáveis do estudo (imagem corporal positiva, autocompaixão e autoestima), bem como a descrição de intervenções realizadas e relatadas na literatura com foco no desenvolvimento de cada uma dessas variáveis; *Métodos*, quando são descritos de forma detalhada os passos seguidos a fim de se alcançar os objetivos propostos, sendo especificados os aspectos éticos observados, os aspectos metodológicos da pesquisa, o cenário de estudo, a população referência, a amostra coletada (com os critérios de inclusão e exclusão de participantes), o protocolo de intervenção, os instrumentos utilizados, os procedimentos seguidos e os métodos

de análise de dados; *Resultados*, quando são explicitados os dados e informações gerados a partir da coleta e análise de dados, sendo subdivididos em resultados referentes à análise descritiva dos dados e resultados referentes aos efeitos das intervenções; *Discussão*, quando os resultados alcançados são contextualizados e discutidos à luz da literatura científica na área; e *Conclusão*, quando são apontadas as principais conclusões geradas pelo desenvolvimento total da presente pesquisa. Há ainda as seções de referências, apêndices e anexos, que podem ser consultados para esclarecimentos auxiliares.

## 2 OBJETIVOS

São descritos, a seguir, os objetivos almejados com o presente estudo.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia e a eficiência de intervenções preventivas breves em autocompaixão e autoestima no aumento da apreciação corporal de jovens universitários.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a eficácia de intervenções preventivas breves em autocompaixão e autoestima no aumento da autocompaixão, autoestima e apreciação da funcionalidade corporal, e na diminuição de sintomas de ansiedade, depressão e presença de transtornos mentais comuns em jovens universitários;
- Verificar se há correlações entre os níveis de autocompaixão, autoestima, apreciação corporal, apreciação da funcionalidade corporal, sintomas de ansiedade, depressão e presença de transtornos mentais comuns em jovens universitários;
- Verificar a influência que apreciação da funcionalidade corporal, autocompaixão, autoestima, sintomas de ansiedade, depressão e presença de transtornos mentais comuns exercem sobre a variação dos níveis de apreciação corporal.

### 3 HIPÓTESES

São descritas, a seguir, as hipóteses geradas a partir dos objetivos propostos anteriormente.

#### 3.1 HIPÓTESES GERAIS

As intervenções preventivas breves em autocompaixão e autoestima se mostrarão eficazes no aumento da apreciação corporal em jovens universitários. A intervenção em autocompaixão se mostrará mais eficiente que a intervenção em autoestima.

#### 3.2 HIPÓTESES ESPECÍFICAS

- As intervenções preventivas breves em autocompaixão e autoestima se mostrarão eficazes no aumento da autocompaixão, autoestima e apreciação da funcionalidade corporal, e na diminuição de sintomas de ansiedade, depressão e presença de transtornos mentais comuns em jovens universitários;
- Há correlações positivas entre os níveis de autocompaixão, autoestima, apreciação corporal e apreciação da funcionalidade corporal, bem como correlações negativas entre os últimos e os níveis de sintomas de ansiedade, depressão e presença de transtornos mentais comuns em jovens universitários;
- Apreciação da funcionalidade corporal, autocompaixão, autoestima, sintomas de ansiedade, depressão e presença de transtornos mentais comuns explicam de forma significativa a variação dos níveis de apreciação corporal.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Buscou-se delinear, através do referencial teórico, os principais conceitos subjacentes ao desenvolvimento do presente estudo, a começar por uma descrição geral de saúde mental, detalhando-se a seguir construtos específicos de maior importância neste intento, a saber, imagem corporal positiva, autocompaixão e autoestima. Procedeu-se então à descrição de intervenções que, numa perspectiva ampla, visam saúde mental, focando nesses construtos específicos.

### 4.1 SAÚDE MENTAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo saúde pode ser definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 2018). Tal definição, proposta em 1948, foi considerada avançada para a época, pois somava aos aspectos físicos e mentais, os aspectos sociais (SVALASTOG *et al.*, 2017). Embora se deva reconhecer também as muitas críticas sofridas pela definição, principalmente por seu caráter utópico, ao mencionar um suposto estado “completo” de bem-estar (DALMOLIN *et al.*, 2011; GAINO *et al.*, 2018; SCLIAR, 2007).

Recentemente, Gaino *et al.* (2018) propuseram o surgimento de um novo paradigma: a saúde como produção social, o qual sustenta que o surgimento de uma doença não depende exclusivamente de aspectos biológicos, mas também de aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. De acordo com esse paradigma, o diagnóstico de quaisquer doenças não pressupõe de imediato uma ausência de saúde, mas sim que o paciente, a despeito de enfermidades subjacentes, pode e deve buscar e receber auxílio para alcançar o maior nível de saúde quanto possível, tendo assim a melhor qualidade de vida também possível. Mais coerente, dessa forma, é pensar a saúde como um *continuum*, e não como um estado dicotômico, que se limitaria aos extremos: presença ou ausência.

Voltando especificamente ao conceito de saúde mental, a OMS a define como um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza suas habilidades, consegue lidar com o estresse normal da vida diária, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade; sendo este estado determinado por uma série de fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais (WHO, 2018). Assim, saúde mental não seria simplesmente a ausência de desordens mentais, sendo também considerada parte integrante e essencial à saúde geral, ou seja, sem saúde mental não há saúde (WHO, 2018).

A saúde mental, ao contar com múltiplos determinantes, deve ser promovida de forma ampla. Dentre essas formas amplas de promover saúde mental, segundo a OMS (WHO, 2018), incluem-se: suporte adequado durante o desenvolvimento de crianças e adolescentes; empoderamento socioeconômico das mulheres; suporte social para populações idosas; programas direcionados a populações vulneráveis, incluindo minorias diversas, indígenas, migrantes e pessoas afetadas por conflitos e desastres; atividades promotoras de saúde mental nas escolas; intervenções em saúde mental no trabalho; políticas habitacionais; programas de prevenção da violência; programas de desenvolvimento comunitário; redução da pobreza e proteção social para os pobres; leis e campanhas contra discriminações de quaisquer espécies; e promoção dos direitos, oportunidades e cuidados de indivíduos com transtornos mentais.

A dedicação de recursos e esforços governamentais e societários à saúde mental ganha importância ao se constatar que as desordens mentais estão entre as principais causas de incapacidade no mundo, apresentando padrões de adoecimento distintos em países de baixo, médio e alto desenvolvimento (WHO, 2008).

Em países em desenvolvimento (como o Brasil), o acesso às políticas de atenção à saúde mental ainda é bastante deficitário, em parte devido à baixa prioridade dada aos programas de cuidados em saúde mental nesses locais (WHO, 2001; 2009). Agrega-se o fato de que o Brasil é um dos países com os mais altos índices de adoecimento mental, não só dentre os países em desenvolvimento, mas no mundo (RAZZOUK, 2016), e tem-se um problema de grande magnitude, que deve ser combatido em diversas frentes: nacional, regional e localmente.

Partindo da compreensão a nível macro proposta pela OMS, pode-se chegar a outros níveis de compreensão do construto saúde mental. Cita-se o aspecto relacional, no qual o modo de se relacionar, bem como os relacionamentos estabelecidos pelo indivíduo (com os outros e consigo mesmo) influenciam em seu ajustamento mental às demandas da vida. Por exemplo, a capacidade de empatizar, bem como a facilidade ou não em reconhecer emoções e sentimentos, próprios e dos outros, são fatores a influenciar grandemente a saúde mental (GRYNBERG *et al.*, 2010; LUMLEY; NEELY; BURGER, 2007; NICOLÒ *et al.*, 2011).

E como as diversas fases da vida diferem entre si de forma notável, apresentando distintos desafios ao indivíduo, também a saúde mental sofre variações ao longo da vida, a depender da faixa etária, dos eventos de vida marcantes tipicamente vividos em cada uma delas, do estado maturacional, do suporte ambiental e de experiências de vida anteriores do indivíduo.

Em relação a jovens universitários, estudos têm apontado a alta prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) nessa população (GRANER; CERQUEIRA, 2019; SAHÃO, 2019). Os TMC consistem num conceito criado por Goldberg e Huxley (1992) para designar um conjunto de sintomas não psicóticos, que habitualmente estão relacionados a quadros subclínicos de ansiedade, depressão e estresse, os quais, por seu potencial incapacitante e elevada prevalência nos cuidados primários em saúde, com consequente impacto socioeconômico, são considerados como um dos maiores problemas de saúde pública mundial (MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016). Entre os sintomas de TMC encontram-se insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que designam, assim, situações de sofrimento mental, mas muitas vezes não abrangidas pelos critérios diagnósticos das classificações internacionais (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Os TMC podem ser vistos como a tentativa (não consciente, de modo geral) de um indivíduo expressar o sofrimento advindo de suas condições de vida e de existência (MEDEIROS, 2019).

Em tempo, a saúde mental de estudantes universitários também é reconhecida internacionalmente como uma importante questão de saúde pública, apresentando taxas de adoecimento mental superiores às da população em geral (STALLMAN, 2010). Wada *et al.* (2019) reúnem um conjunto crescente de evidências indicando que depressão, ansiedade, transtornos alimentares e transtorno do pânico foram predominantes entre estudantes universitários na última década.

Entre as possíveis causas para uma maior prevalência em relação à população geral, aponta-se as muitas mudanças vividas pelo indivíduo ao adentrar a vida universitária, como a perda da estrutura infantil, ao tipicamente sair da casa dos pais nessa etapa, separando-se ainda de amigos e de um círculo seguro e familiar de relacionamentos (CERCHIARI, 2004). O jovem universitário vivencia, costumeiramente, mudanças biológicas, psicológicas e sociais e se depara com muitos aspectos estressores durante a vida acadêmica (GRANER; CERQUEIRA, 2019).

A partir do trabalho de Oliveira, Dias e Piccoloto (2013), Assumpção (2019) aponta algumas categorias das principais dificuldades enfrentadas por estudantes universitários, a saber: diferenças entre ensino médio e superior, dificuldades pessoais, interpessoais, de gestão do tempo, relativas à estrutura da universidade e do curso, cognitivas e de desempenho escolar, com o estilo dos professores, de transporte (deslocamento), econômicas e de saúde física. Torna-se evidente, deste modo, a importância do desenvolvimento de intervenções

junto ao público universitário, visando prevenir/minimizar a ocorrência de adoecimento mental.

Tem sido ainda constante na literatura, tanto nacional quanto internacional, a máxima de que as mulheres são mais afligidas por enfermidades relacionadas à saúde mental do que os homens, cabendo apontar, brevemente, as principais diferenças na prevalência de alguns transtornos mentais de acordo com o gênero, sendo atribuído às mulheres maior acometimento por transtornos ansiosos e do humor, como depressão, enquanto os homens tenderiam mais aos transtornos relacionados ao uso de substâncias, como alcoolismo (CARLOTTO *et al.*, 2011; MIRANDA; TARASCONI; SCORTEGAGNA, 2008; RABASQUINHO; PEREIRA, 2007; STEEL *et al.*, 2014). Cabe realizar aqui, também brevemente, uma crítica preambular quanto à própria metodologia de pesquisa utilizada em tais estudos, que pode ser (e quase sempre o é, cabendo investigar em quais aspectos) limitada por construções culturais, tais como as diferentes maneiras de se expressar entre mulheres e homens (JOSHI *et al.*, 2020; MERCHANT, 2012; REEDER, 1996), ocorrência que pode influenciar largamente os resultados de estudos que se dedicam à comparação entre gêneros. Os maiores índices de ansiedade e depressão atribuídos às mulheres, por exemplo, poderiam conter, assim, vieses culturais em relação ao gênero ainda não suplantados. Tais vieses de gênero permeiam a pesquisa científica de modo pernicioso e a maioria dos pesquisadores não estaria preparada para lidar/contornar tais limitações, quando sequer cientes de sua ocorrência (HOLDCROFT, 2007; RUIZ, 2003; UPCHURCH, 2020).

Aproveitando a passagem por assunto tocante a gênero, aponta-se ciência de que o gênero hoje já é interpretado para além da lógica binária feminino/masculino (CASTRO; REIS, 2017; DREHMER; FALCÃO, 2019; HIGGINS; GILL, 2017; JOEL, 2021). Contudo, a literatura consultada para o desenvolvimento deste trabalho se constituiu, em sua grande maioria, por estudos ancorados no binarismo; como tal, o presente trabalho manteve seu alcance dentro desta lógica, ciente de que deve ser ultrapassada por estudos futuros.

Sendo, portanto, complexa e estando em mútua influência com incontáveis fatores com os quais o ser humano interage no decorrer de sua vida, qualquer trabalho que vislumbre abordar o tema saúde mental, só o faz necessariamente de forma parcial. Isto não diminui a importância de tais trabalhos (quando bem conduzidos), que somam relevância, ao contribuir cada qual com um pouco de compreensão sobre o fenômeno. Embora nem sempre apontem para a mesma direção, podendo mesmo vir a se contradizerem, esses trabalhos contribuem para a construção constante da ciência da saúde e da saúde mental.

Na presente dissertação, se estabeleceu como foco alguns fatores aos quais se atribui grande potencial de influenciar a saúde mental (imagem corporal, autocompaixão e autoestima), fatores esses que se acredita relacionados, havendo estudos anteriores apontando nessa direção (NEFF, 2003b; O'DEA, 2012; WASYLKIW; MACKINNON; MACLELLAN, 2012).

Imagem corporal, autocompaixão e autoestima influenciam a saúde mental, na medida em que ter uma boa relação com o próprio corpo, tratar-se de forma compassiva e ter uma estima adequada por si próprio favorecem o bem-estar individual e o ajustamento psicológico (ALTMAN *et al.*, 2020; HALL *et al.*, 2013; NEFF, 2011). Assim, os conceitos e implicações na saúde mental de cada um desses aspectos serão apresentados nos capítulos seguintes.

#### **4.1.1 Imagem corporal positiva**

A fim de delinear melhor o construto imagem corporal positiva, cabe esclarecer primeiramente do que se trata imagem corporal em sentido amplo. Nesse sentido, Muth e Cash (1997) apontam, didaticamente, duas dimensões constitutivas para o construto em questão: perceptiva - referindo-se à acurácia no julgamento do próprio tamanho, peso e forma corporal - e atitudinal - que pode ser subdividida em três componentes: cognitivo (crenças e pensamentos relativos ao próprio corpo), comportamental (comportamentos relacionados ao corpo) e afetivo (sentimentos direcionados ao corpo).

A imagem corporal é construída, desconstruída e reconstruída pelo indivíduo ao longo das diferentes fases da vida, envolvendo problemáticas diferentes em cada uma delas. A imagem corporal, como representação mental do corpo, não é estática, mas dinâmica, é tanto uma estrutura quanto um processo (SHONTZ, 1969). Aponta-se a imagem corporal como questão especialmente relevante para pessoas jovens, mas ainda assim questão bastante significativa durante toda a vida (O'DEA, 2012).

Cash e Smolak (2011) esclarecem que a imagem corporal tem sido estudada principalmente através de seis perspectivas teóricas: sociocultural, evolutiva, genética/neurocientífica, cognitiva-comportamental, feminista e positiva. Neste estudo, as perspectivas sociocultural, feminista e positiva terão destaque, embora não se possa eludir de algumas possíveis contribuições de outras perspectivas.

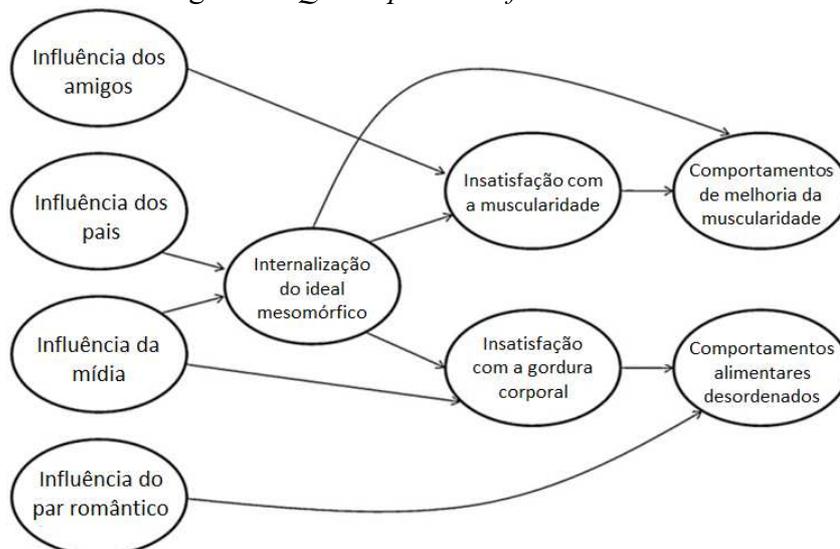
Dentro da perspectiva sociocultural, Thompson *et al.* (1999) formularam o chamado Modelo dos Três Fatores (*Tripartite Influence Model*), propondo inicialmente que a influência da mídia, dos pais e dos pares/amigos afeta a imagem corporal, agindo através de dois

mecanismos mediadores: a internalização de um ideal corporal baseado em normas de aparência estabelecidas socioculturalmente; e o processo de comparação social da aparência. A internalização consiste na incorporação de imagens e mensagens da mídia/meio social na identidade do indivíduo, como seus próprios valores pessoais; enquanto a comparação social da aparência se refere à tendência geral de comparar a própria aparência com a aparência de outras pessoas (THOMPSON *et al.*, 1999). Esses dois mecanismos podem levar os indivíduos à insatisfação corporal e esta, por sua vez, predispõe ao desenvolvimento de patologias alimentares (THOMPSON *et al.*, 1999; THOMPSON; SCHAEFER, MENZEL, 2012).

Estudos já avaliaram o modelo tripartite em diferentes populações, incluindo a universitária (CARVALHO; ALVARENGA; FERREIRA, 2017; HARDIT; HANNUM, 2012; HAZZARD *et al.*, 2019; SCHAEFER *et al.*, 2021). Rodgers, Chabrol e Paxton (2011), por exemplo, avaliaram o modelo tripartite para populações universitárias de diferentes países, encontrando bons ajustamentos para o modelo, embora sugerissem a importância de identificar especificidades culturais para compreender melhor como o modelo se comporta em cada contexto.

Entre as adaptações que o modelo sofreu ao longo dos anos, destaca-se o trabalho de Tylka (2011), o qual incluiu o par romântico (ou outra pessoa significativa) como importante fonte de influência, formulando o chamado Modelo Quadripartite (*Quadripartite Influence Model*), o qual pode ser visualizado na Figura 1. E assim como Tylka (2011) realizou com a população universitária masculina, Johnson, Edwards e Gidycz (2015) expandiram o modelo tripartite, incluindo o par romântico também para a população universitária feminina.

Figura 1 - *Quadripartite Influence Model*



Fonte: Adaptado de Tylka (2011).

Considerando a discrepância entre os ideais de beleza atuais, retratados na mídia, e o tamanho e a forma corporal de mulheres e homens reais, muitas pessoas experimentam seus corpos de maneira negativa (TIGGEMANN, 2004). Muitos estudos têm apontado, inclusive, para a insatisfação considerável em relação ao tamanho e à forma corporal, principalmente no sexo feminino (GIRARD; RODGERS; CHABROL, 2018; GROGAN, 2008; TIGGEMANN, 2004). Tal constatação se verifica em diversas culturas ao redor do mundo, se bem que mais proeminente entre as mulheres inseridas na cultura ocidental (SWAMI *et al.*, 2010), tanto que o peso das mulheres foi descrito como "um descontentamento normativo" (RODIN; SILBERSTEIN; STRIEGEL-MOORE, 1985). Embora caiba apontar que hoje, não apenas o peso, mas a muscularidade esteja crescendo entre as preocupações corporais das mulheres (CAMPOS *et al.*, 2021; GIRARD; RODGERS; CHABROL, 2018). Quanto ao sexo masculino, homens e meninos também estão cada vez mais relatando insatisfação com seus corpos, no caso deles principalmente no que se refere à muscularidade, mas também em relação à gordura corporal (KLIMEK *et al.*, 2018; TYLKA, 2011). Leon *et al.* (1999) inclusive apontaram a existência de um ideal masculino de muscularidade magra.

Do exposto, entende-se que ambos, homens e mulheres, sofrem com os propagados corpos ideais e com o seu improvável alcance, resultando numa busca permanente e quase sempre infrutífera, que se faz fonte de sofrimento emocional, social e mesmo físico - pelos comportamentos danosos que podem vir associados à busca pelo corpo ideal. Embora gordura corporal e muscularidade pareçam ter conotações diferentes de acordo com o gênero, os dois aspectos são alvos de preocupação para homens e mulheres hoje, podendo predizer comportamentos alimentares desordenados e/ou voltados para a modificação da muscularidade para ambos (HOFFMANN; WARSCHBURGUER, 2019). Assim, não mais acredita-se que as mulheres preocupem-se apenas com o peso e os homens apenas com a muscularidade. Ressalta-se, todavia, o reconhecimento de que as mulheres ainda são, de fato, mais atingidas por preocupações corporais de modo geral e em uma maior extensão por aquelas relacionadas ao peso.

Passando às perspectivas feministas, estas ofereceram um relato mais complexo dos processos envolvidos nas respostas emocionais e comportamentais das mulheres ao desejo de se encaixar num ideal culturalmente definido, incluindo a incorporação quase compulsória de uma ênfase na importância da aparência física (TIGGEMANN, 2004). Essa perspectiva sustenta que, nas sociedades ocidentais, o corpo feminino é socialmente construído como um objeto a ser olhado e avaliado, e uma consequência da objetificação sexual do corpo (por exemplo, através do olhar masculino ou de representações da mídia) é que meninas e

mulheres são gradualmente socializadas para internalizar a perspectiva de um observador de seu eu físico; elas começam a se tratar como um objeto a ser encarado e avaliado com base na aparência (TIGGEMANN, 2004). A partir da chamada teoria da objetificação (*Objectification Theory*), Fredrickson e Roberts (1997) argumentam que ocorre aqui um processo denominado ‘auto-objetificação’, que envolveria ainda um monitoramento da própria aparência de forma habitual e constante, o que, por sua vez, pode levar a várias consequências emocionais e experimentais negativas, incluindo aumento da vergonha corporal, ansiedade da aparência e transtornos alimentares (TIGGEMANN, 2011). Embora a teoria tenha se desenvolvido inicialmente com foco na objetificação do corpo feminino, os efeitos negativos dessa auto-objetificação têm sido encontrados em ambos, homens e mulheres (CHOMA *et al.*, 2010; HEBL; KING; LIN, 2004).

Um movimento contrário ao processo de auto-objetificação se encontra na teoria da corporificação (*Embodiment Theory*), a qual propõe uma integração mente-corpo, caracterizada por um sentimento de estar dentro e "uno" com o corpo, e ocorreria quando uma pessoa experimenta seu corpo como confortável, confiável e merecedor de respeito e cuidado, encarando-o como fonte de competência, poder, autoexpressão, relacionamentos interpessoais e bem-estar (PIRAN, 2002). As atividades promotoras de corporificação seriam aquelas que estimulam a consciência e a atenção ao corpo, promovem um senso de empoderamento e competência física e envolvem um estado de fluxo ou absorção profunda no momento de sua realização (MENZEL; LEVINE, 2011). A corporificação é proposta como uma maneira de se proteger contra a tomada de uma perspectiva externa ao eu, ou o ato de objetificar a si mesmo, inclusive Menzel e Levine (2011) traçam um caminho indireto entre a corporificação e a redução da auto-objetificação, além de uma relação direta entre atividades corporificadoras e imagem corporal positiva, a qual será mais bem delineada a partir daqui. Em tempo, cabe esclarecer, já neste momento, a existência de uma considerável sobreposição entre as conceitualizações de imagem corporal positiva e corporificação (HALLIWELL, 2015; MENZEL; LEVINE, 2011).

Passando à perspectiva positiva, Avalos, Tylka e Wood-Barcalow (2005) apontam que o estudo da imagem corporal tem sido, principalmente, um empreendimento focalizado na patologia, com muitas pesquisas existentes centradas em avaliar até que ponto os indivíduos adotam uma orientação negativa em relação a seus corpos. Grande parte da história desse construto se concentrou, assim, na imagem corporal negativa, possivelmente na tentativa de entender e tratar indivíduos com transtornos alimentares (TYLKA, 2012). Diante disso, ressalta-se a importância de se trabalhar a imagem corporal a partir de seus aspectos positivos,

o que teria o potencial de auxiliar no desenvolvimento de estratégias de intervenção mais efetivas, prevenir distúrbios da imagem corporal, bem como explorar recursos internos dos próprios indivíduos, capazes de atuar como protetores contra essas perturbações (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005).

Esse foco nos aspectos positivos tem sua origem ligada ao movimento da psicologia positiva, a qual argumenta que os pesquisadores precisam ser lembrados de não focar apenas no estudo da patologia, da fraqueza e do dano, mas também no estudo de traços positivos de personalidade que contribuem e mantêm a saúde psicológica em geral (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Não se nega aqui a importância de estudos com foco diverso, que tiveram e ainda têm grande importância para a compreensão da temática ‘imagem corporal’, mas se reforça a necessidade de também desenvolver estudos que foquem nas potencialidades e forças internas do indivíduo.

A psicologia positiva pode ser aplicada à conceitualização e ao tratamento da imagem corporal e, segundo seus preceitos, a imagem corporal positiva não deve ser considerada equivalente à imagem corporal negativa baixa; no entanto, os estudiosos às vezes concluem erroneamente que baixa insatisfação corporal ou baixa preocupação corporal refletem automaticamente em níveis mais altos de imagem corporal positiva (GATTARIO; FRISÉN, 2019; TYLKA, 2012). Assim, na literatura sobre imagem corporal, não se pode tomar todas as conclusões sobre a imagem corporal negativa e concluir que o oposto dessas conclusões se aplica à imagem corporal positiva; enquanto no tratamento, trabalhar para desconstruir a imagem corporal negativa dos clientes não construirá automaticamente a imagem corporal positiva (TYLKA, 2012).

Diminuir a imagem corporal negativa simplesmente, sem promover a imagem corporal positiva, tende a levar os indivíduos a uma imagem corporal neutra, em que não se gosta, mas também não se desgosta do próprio corpo (TYLKA, 2012; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015b). Esse enfraquecimento do vínculo com o corpo na imagem corporal neutra pode ter implicações no autocuidado, visto que os indivíduos podem ignorar amplamente seu corpo - não o odeiam, mas também não o amam -, e assim podem perder sinais de problemas médicos perceptíveis a quem está atento ao próprio corpo; podendo haver também implicações para o bem-estar, pois indivíduos que ignoram seu corpo podem não apreciar as várias funções desempenhadas por ele (TYLKA, 2012). Tal cenário se distancia da proposta de imagem corporal positiva, que inclui estar atento ao próprio corpo e às suas necessidades.

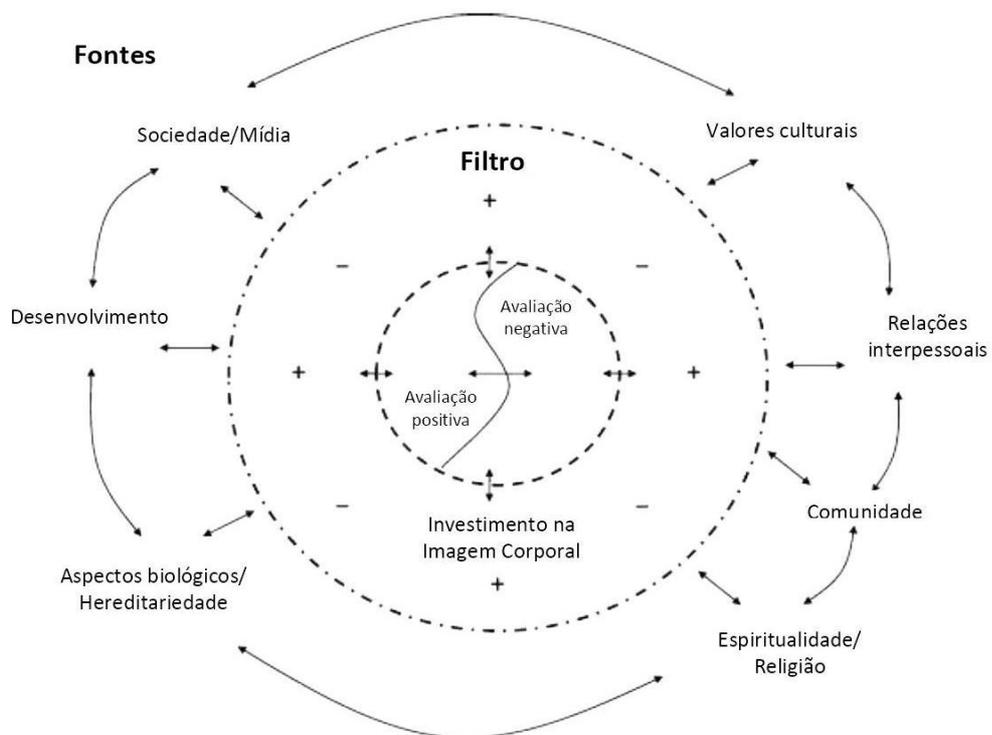
A imagem corporal positiva, por conseguinte, pode ser compreendida a partir de algumas características constituintes, a saber: (a) opiniões favoráveis sobre o próprio corpo

(independente da aparência física real); (b) aceitação do corpo, a despeito de seu peso, forma e imperfeições; (c) respeito pelo corpo, atendendo às suas necessidades e engajando-se em comportamentos saudáveis; e (d) proteção do corpo, rejeitando imagens corporais irrealistas retratadas na mídia (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005).

Mais recentemente, Tylka e Wood-Barcalow (2015b), em um estudo aprofundado sobre o conceito de imagem corporal positiva, apontaram que esta é: (a) distinta da imagem corporal negativa; (b) multifacetada (incluindo apreciação corporal, aceitação/amor ao corpo, conceitualização da beleza de forma ampla, investimento adaptativo na aparência, positividade interna, interpretação da informação de maneira protetora ao corpo); (c) holística; (d) estável e maleável; (e) protetora em relação à saúde física e mental; (f) ligada à percepção da aceitação do próprio corpo pelos outros; e (g) moldada por identidades sociais.

Wood-Barcalow, Tylka e Augustus-Horvath (2010) formularam, inclusive, um modelo holístico para a representação da imagem corporal (Figura 2), na tentativa de incluir mais amplamente variáveis com potencial de influir em sua constituição, levando-a a ser mais positiva ou mais negativa.

Figura 2 - Modelo Holístico de Imagem Corporal



Fonte: Adaptado de Wood-Barcalow, Tylka e Augustus-Horvath (2010).

Variáveis de identidade social (como sexo, gênero, idade, etnia e orientação sexual), variáveis de diferença individual (por exemplo, comportamento atual de comer e exercitar-se, personalidade e estágio de desenvolvimento da identidade), além da comunidade e cultura em que um indivíduo está inserido, podem afetar a expressão da imagem corporal positiva (RICCIARDELLI; CALTABIANO; D'ANTUONO, 2018; SWAMI, 2018; TIGGEMANN, 2015; TYLKA, 2012). O estudo dessas variáveis poderia oferecer uma compreensão mais sutil de como diferentes indivíduos experimentam esse construto e ampliar o conhecimento dos preditores e consequências da imagem corporal positiva, o que, por sua vez, poderia se traduzir na promoção da imagem corporal positiva para uma gama maior de indivíduos (TYLKA, 2012).

Halliwell (2015) ressalta como a literatura sobre a imagem corporal negativa já está bem desenvolvida, enquanto aquela sobre imagem corporal positiva ainda se encontra incipiente, havendo, por exemplo, muito mais instrumentos disponíveis para avaliar os diversos aspectos da imagem corporal negativa, do que instrumentos destinados à avaliação da imagem corporal positiva que, quando o fazem, tendem a avaliar o construto de forma global. Webb, Wood-Barcalow e Tylka (2015), em contrapartida, demonstram como a literatura científica sobre imagem corporal tem crescido substancialmente nessa direção em anos recentes, explorando-se vários temas em imagem corporal positiva, tendo ocorrido um rápido avanço, inclusive em relação ao desenvolvimento de instrumentos, embora haja muito o que avançar ainda nos estudos sobre imagem corporal em sua faceta positiva.

Muitos estudos têm explorado a imagem corporal de jovens adultos e universitários (GATTARIO *et al.*, 2015; GOLDSMITH; BYERS, 2016; LEAVY; GNONG; ROSS, 2009; PRICHARD *et al.*, 2020; QUICK *et al.*, 2013; RODGERS; PAXTON; CHABROL, 2009; ROGERS *et al.*, 2019; SMITH-JACKSON; REEL; THACKERAY, 2011; STEINFELDT *et al.*, 2011), se tratando, inclusive, de uma das populações mais estudadas, provavelmente pela facilidade de acesso a universitários para a realização de pesquisas. Dito isso, Neighbors e Sobal (2007), num estudo com universitários de ambos os sexos, apontam que, no geral, as mulheres mostraram maior insatisfação corporal que os homens; indivíduos com sobrepeso expressaram maiores níveis de insatisfação com seu peso e forma corporal; mulheres com peso normal demonstraram o desejo de ser mais magras; e mulheres com baixo peso, bem como homens com peso normal, expressaram baixa insatisfação com peso/forma corporal, em geral desejando se manter como estavam. No entanto, os mesmos autores concluem que seus resultados poderiam sugerir uma mudança nos ideais de tamanho corporal em uma era de obesidade predominante, com homens e mulheres com sobrepeso expressando menos

insatisfação corporal do que o esperado e em relação a estudos anteriores; além de menos indivíduos com peso normal, particularmente mulheres, idealizando um corpo muito mais magro. Apesar dos resultados alinhados com outros estudos da área, a conclusão dos autores abre possibilidade para outras linhas de reflexão e estudo.

Já nos estudos longitudinais de Gillen e Lefkowitz (2012) são apontadas diferenças gerais de acordo com gênero e raça/etnia em três aspectos da imagem corporal (avaliação da aparência, satisfação com diferentes áreas do corpo e orientação para a aparência) de estudantes universitários. Mas como não detectaram diferenças raciais/étnicas no desenvolvimento da imagem corporal ao longo do tempo, os autores consideraram que as experiências no ambiente universitário poderiam exercer influência significativa sobre essas variáveis.

Tem crescido, por conseguinte, o número de estudos que passaram a explorar a imagem corporal, em sua faceta positiva, junto ao público jovem adulto/universitário (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2016; GATTARIO; FRISÉN, 2019; KELLY; STEPHEN, 2016; MILLER; KELLY; STEPHEN, 2019; TYLKA; HOMAN, 2015; WOOD-BARCALOW; TYLKA; AUGUSTUS-HORVATH, 2010). Nos estudos de Gillen (2015), por exemplo, universitários com maiores níveis de imagem corporal positiva relataram menos sintomas depressivos, maior autoestima, menos comportamentos alimentares não saudáveis e menor *drive for muscularity*<sup>3</sup>. Os autores sugerem, assim, que a imagem corporal positiva tem implicações significativas para a saúde e o bem-estar além do tamanho corporal objetivo.

Constata-se, enfim, que muitos estudos têm buscado maneiras de promover a imagem corporal positiva e, dentre as possibilidades apontadas, encontra-se o trabalho com autocompaixão e autoestima (GUEST *et al.*, 2019), conceitos apresentados nos dois tópicos seguintes.

#### **4.1.2 Autocompaixão**

A fim de compreender o conceito de autocompaixão, faz-se necessário abordar primeiramente em que consiste a compaixão de forma geral. Compaixão envolve ser tocado pelo sofrimento dos outros, abrir a consciência para a dor alheia, sem tentar evitá-la ou desconectar-se dela, estando aberto para sentimentos de bondade para com os outros, desejando o alívio do sofrimento percebido (NEFF, 2003a). Também envolve oferecer

---

<sup>3</sup> Refere-se ao desejo de alcançar um corpo muscular idealizado e ao grau de preocupação que um sujeito pode ter a respeito do aumento da sua musculatura (CAMPANA *et al.*, 2014).

entendimento sem julgamento para aqueles que falham ou cometem erros, de modo que suas ações e comportamentos sejam vistos no contexto da falibilidade humana compartilhada (NEFF, 2003a). Sendo assim, autocompaixão consiste no direcionamento desses sentimentos de compaixão a si próprio.

A autocompaixão é um conceito antigo, tendo suas raízes na cultura oriental, mais especificamente na filosofia budista (NEFF, 2003a). Não obstante consista num conceito antigo, apenas recentemente se tornou foco de estudos científicos, sendo inclusive operacionalizado, enquanto construto psicológico, por Neff (2003b), a qual desenvolveu a *Self-Compassion Scale*, já validada para o Brasil, sob o título ‘Escala de Autocompaixão’ (SOUZA; HUTZ, 2016a).

A autocompaixão pode ser compreendida através de três componentes básicos: (a) autobondade - estendendo bondade e compreensão a si mesmo, em vez de julgamento e autocrítica severos; (b) humanidade compartilhada - vendo as próprias experiências como parte da experiência humana mais ampla, em vez de vê-las de forma separada e isolada; e (c) *mindfulness*/atenção plena - manter os pensamentos e sentimentos dolorosos em consciência de forma equilibrada, em vez de se identificar excessivamente com eles, ruminando-os (NEFF, 2003a). É importante reconhecer aqui que o *mindfulness* enquanto componente da autocompaixão não é exatamente igual ao *mindfulness*, em seu sentido amplo. O tipo de *mindfulness* implicado na autocompaixão é mais restrito do que o *mindfulness* geral; o componente *mindfulness* da autocompaixão refere-se à consciência equilibrada dos pensamentos e sentimentos negativos envolvidos no sofrimento pessoal, enquanto o *mindfulness* em geral refere-se à capacidade de prestar atenção a qualquer experiência - positiva, negativa ou neutra - com aceitação, equanimidade e não julgamento (NEFF; GERMER, 2013).

Segundo Neff (2003a), embora os aspectos da autocompaixão sejam conceitualmente distintos, eles interagem de modo a se influenciarem mutuamente. É necessário, por exemplo, um certo grau de *mindfulness* para permitir uma distância mental suficiente das experiências negativas, permitindo, por sua vez, que sentimentos de bondade e humanidade compartilhada surjam. A postura imparcial e sem julgamento da atenção plena diminui a autocrítica e aumenta a autocompreensão, repercutindo diretamente no crescimento da autobondade. Além disso, a tomada de perspectiva equilibrada da atenção plena diretamente contraria o egocentrismo que causa sentimentos de isolamento e separação do resto da humanidade, aumentando assim os sentimentos de interconectividade ou humanidade compartilhada (NEFF, 2003a).

A compaixão, embora relacionada, se diferencia do conceito de empatia. Enquanto a empatia se refere a uma tentativa de compreender o mundo a partir do ponto de vista do outro, a compaixão vai além da compreensão, estando ali para o sofrimento do outro (NEFF; GERMER, 2019). Enquanto a empatia diz “eu sinto você”, a compaixão diz “eu amparo você”, produzindo emoções positivas que a empatia não é capaz de fornecer sozinha, uma vez que ser empático envolve experienciar em alguma medida o que se passa com o outro (incluindo sentimentos negativos), se limitando a este ponto; enquanto que, ao munir-se de compaixão (e autocompaixão), é possível ultrapassar uma possível barreira negativa, encarando a situação de forma mais equilibrada e positiva (NEFF; GERMER, 2019).

Faz-se necessário ainda esclarecer a diferença entre autocompaixão e outros construtos, como autocomplacência, autopiedade e narcisismo, que constituem frequente fonte de dúvida entre os que se deparam pela primeira vez com o construto autocompaixão. Neff (2003a) esclarece que sentimentos de autocompaixão genuínos não envolvem uma postura de passividade, ignorando as próprias falhas ou a necessidade de mudança, mas sim uma busca ativa pelo próprio bem-estar e saúde. Ter compaixão por si próprio geralmente implica abandonar comportamentos prejudiciais e encorajar-se a tomar todas as ações necessárias - mesmo que dolorosas ou difíceis - para promover seu próprio bem-estar. Até porque, ao envolver a atenção plena a si mesmo, tem-se maior autoconsciência, o que dificulta ignorar aspectos relevantes de si mesmo que precisam de atenção. Autocompaixão distancia-se, dessa forma, de uma atitude autocomplacente ou autopermissiva (NEFF, 2003a).

Deve-se ressaltar também que a autocompaixão é muito distinta da autopiedade. Quando os indivíduos sentem pena dos outros, geralmente se sentem altamente separados e desconectados desses outros, enquanto na compaixão os indivíduos sentem-se conectados, cientes que o sofrimento é algo que todos os humanos experimentam (humanidade compartilhada). Dessa forma, quando os indivíduos sentem autopiedade, ficam imersos em seus próprios problemas, em seu próprio sofrimento (superidentificação), esquecendo que os outros têm problemas semelhantes; tendem a ignorar suas interconexões com os outros e sentem que são os únicos no mundo que estão sofrendo. A autopiedade tende, assim, a enfatizar sentimentos egocêntricos de separação dos outros e exagerar a extensão do sofrimento pessoal. A autocompaixão, por outro lado, permite ver as experiências relacionadas a si e aos outros sem esse tipo de distorção ou desconexão (NEFF, 2003a).

A autocompaixão também contraria as tendências ao narcisismo, egocentrismo ou autocentramento, aumentando os sentimentos de conexão com os outros, através do senso de humanidade compartilhada, em vez de se colocar em oposição aos outros. Aqueles que

abordam suas próprias experiências com compaixão têm maior probabilidade de ter compaixão pelos outros, pois não é necessário se envolver em comparações sociais descendentes para pensar no eu como aceitável, o que geralmente significa/implica se sentir superior aos outros (NEFF, 2003a).

Estudos têm associado o aumento da autocompaixão com a elevação de características pessoais positivas, como autoestima (NEFF, 2003b), conexão social, inteligência emocional, satisfação com a vida (NEFF; KIRKPATRICK; RUDE, 2007), felicidade, otimismo, sabedoria, iniciativa pessoal, curiosidade e exploração, agradabilidade, extroversão e conscienciosidade (NEFF; RUDE; KIRKPATRICK, 2007). O aumento da autocompaixão também tem sido associado ao decréscimo de aspectos negativos, como autocritica, ruminação, sintomas depressivos e ansiosos (NEFF; KIRKPATRICK; RUDE, 2007).

Estudos têm apontado diferenças nos níveis de autocompaixão de acordo com o gênero (MURN; STEELE, 2019; SUN; CHAN; CHAN, 2016), sendo apontado em alguns deles o fato de que os homens tendem a apresentar níveis ligeira, mas significativamente, mais altos de autocompaixão do que as mulheres (BLUTH; BLANTON, 2015; BLUTH *et al.*, 2017; YARNELL *et al.*, 2019; YARNELL *et al.*, 2015), achado válido inclusive para a população brasileira (SOUZA; HUTZ, 2016b). Sun, Chan e Chan (2016) tentam mostrar que, mais relevante do que escores globais de autocompaixão - ligeiramente distintos em alguns estudos e sem diferença significativa em outros -, é a observação de que os componentes da autocompaixão se comportam de modo um tanto diferenciado entre homens e mulheres, auxiliando no entendimento inclusive dos próprios escores globais e demonstrando como a autocompaixão se mostra interligada aos papéis de gênero socialmente estabelecidos. Murn e Steele (2019) exploram brevemente essas diferenças de gênero de acordo com os componentes da autocompaixão, enquanto Yarnell *et al.* (2019), embora reafirmem a repercussão dos papéis de gênero na autocompaixão, alertam para a necessidade de uma maior exploração do tema.

Braun, Park e Gorin (2016), em sua revisão de literatura sobre autocompaixão, imagem corporal e desordens alimentares, apontaram uma relação consistente entre autocompaixão e níveis mais baixos de patologia alimentar, sendo implicada como fator de proteção contra essas patologias e contra a imagem corporal negativa (BRAUN; PARK; GORIN, 2016).

Na intersecção entre imagem corporal e autocompaixão, Altman *et al.* (2020) propõem um novo construto, o de compaixão corporal (*body compassion*), a fim de abranger a compaixão direcionada ao próprio corpo. Estudos têm associado a compaixão corporal com

níveis mais baixos de insatisfação corporal (ALTMAN; ZIMMARO; WOODRUFF-BORDEN, 2017), vergonha corporal, comportamento alimentar desordenado (OLIVEIRA; TRINDADE; FERREIRA, 2018), e compulsão alimentar (BARATA-SANTOS; MARTA-SIMÕES; FERREIRA, 2019).

Wasylikiw, MacKinnon e MacLellan (2012) exploraram a relação entre autocompaixão e imagem corporal em universitárias, indicando que maiores níveis de autocompaixão previam menos preocupações corporais e menos culpa relacionada à alimentação. Liss e Erchull (2015), também num estudo com universitárias, indicaram que aquelas que apresentavam maior autocompaixão tinham níveis mais baixos de vigilância e vergonha corporal, menos sintomas depressivos e atitudes alimentares negativas, e que a autocompaixão exerceria um papel protetivo contra sintomas clínicos ligados à auto-objetificação. Já Murn e Steele (2019), num estudo com universitários de ambos os sexos, descobriram que o gênero e a idade dos participantes explicaram algumas das disparidades em seus níveis de autocompaixão, comparação corporal e estima corporal. Os autores ainda concluem que a estima corporal negativa, os comportamentos de comparação corporal e os baixos níveis de autocompaixão consistem em fatores de grande repercussão na saúde psicológica de estudantes universitários na sociedade ocidental, uma vez que essas autoatitudes negativas seriam consistentemente associadas com desfechos negativos físicos e psicológicos, como transtornos alimentares, depressão e ansiedade (MURN; STEELE, 2019).

Voltando-nos especificamente à relação entre autocompaixão e imagem corporal positiva, tal relação tem sido, de forma relativamente recente, apontada e reforçada em diversos estudos (ALBERTSON; NEFF; DILL-SHACKLEFORD, 2015; RAQUE-BOGDAN *et al.*, 2016; SIEGEL *et al.*, 2020; TOOLE; CRAIGHEAD, 2016; WASYLKIW; MACKINNON; MACLELLAN, 2012), os quais demonstram, de modo geral, que altos níveis de autocompaixão se relacionam de forma significativa com também altos níveis de imagem corporal positiva, representada, no caso, por sua faceta apreciação corporal.

O trabalho com a autocompaixão junto a estudantes universitários se faz, assim, extremamente oportuno, considerando ainda um direcionamento ao corpo, uma vez que é uma das áreas mais constantemente atacadas por nós mesmos, quase sempre insatisfeitos com o que vemos no espelho, influenciados por altos padrões corporais propagados por mídia e sociedade. E, como mencionado, o trabalho com a autocompaixão pode levar ao aumento de diversas características pessoais positivas, atuando inclusive no aumento da autoestima. Todavia, o trabalho diretamente com a autoestima é possível e também mostra potencial de impactar positivamente a imagem corporal, o que é apresentado na próxima seção.

### 4.1.3 Autoestima

A fim de abordar o significado do construto autoestima, pode-se recorrer inicialmente à reflexão de Miranda (2008), o qual sugere analisar a constituição da palavra. Desta forma, avalia-se que autoestima se refira a uma estima por si próprio, e por estima, pode-se entender apreço, valoração e então avaliação de si mesmo, o que corrobora definições mais tradicionais, nas quais autoestima é referida como o processo de avaliar a si mesmo (ROSENBERG, 1965) e, a partir dessa avaliação, o quanto os indivíduos gostam de si mesmos (ZEIGLER-HILL; JORDAN, 2010).

Miranda (2008, p. 36) descreve a autoestima como

[...] um construto complexo, múltiplo, dinâmico, relacional e até contraditório, não podendo, assim, reduzir-se a polaridades que costumeiramente encontramos, determinando-a como “alta” ou “baixa”, “positiva” ou “negativa”, “boa” ou “má”, por exemplo. [...] a autoestima resulta de uma autoavaliação, todavia ampla e plural, que promovemos no contexto das nossas trocas sociais.

Miranda (2008) faz, assim, um alerta para a interpretação simplista de um escore de autoestima. Apesar de a quantificação ser desejável para o trabalho em diversos contextos, deve-se ter criticidade quanto à limitação dos métodos. Assim, embora se possa realmente chegar a um escore de autoestima baixa ou elevada, duas pessoas com autoestima num mesmo patamar/escore podem apresentar um relacionamento consigo mesmas, um processo de autoavaliação muito diferentes, bem como índices de saúde mental distintos e ter associados aos seus níveis de autoestima características pessoais também diversas. Isto é válido não apenas para a autoestima, mas para a ampla gama de construtos psicológicos para os quais há instrumentos de avaliação, entendendo-se que o escore resultante fornece uma indicação e não uma medida precisa de tais construtos.

Retomando a clássica conceituação de Rosenberg (1965), na qual este aponta a autoestima como a atitude (positiva ou negativa) do indivíduo frente ao *self*, uma alta autoestima seria encontrada num indivíduo que: respeita a si mesmo; reconhece seu valor pessoal; não se considera necessariamente melhor que os outros, mas definitivamente não pior; e não se sente perfeito, antes reconhece suas limitações, esperando crescer e melhorar.

Richetin *et al.* (2012) trazem em seu trabalho uma distinção relativamente recente, apontando a existência das facetas explícita e implícita da autoestima. A autoestima explícita resultaria de uma autoavaliação reflexiva, de uma análise deliberada das informações

relacionadas ao eu, sendo entendida como um julgamento sobre si mesmo que o indivíduo considera válido. Já a autoestima implícita resultaria do processamento automático de experiências relacionadas ao eu, referindo-se a autoavaliações mais espontâneas e não reflexivas, ativadas em resposta a estímulos relevantes para o indivíduo, mas que não são necessariamente endossadas como reflexões válidas de como alguém se sente sobre si mesmo (RICHETIN *et al.*, 2012).

A autoestima, assim como ocorre com outros construtos psicológicos, ora é referida como um traço, ora como um estado; em alguns indivíduos tende a se manter relativamente estável ao longo do tempo, em outros se encontra mais vulnerável às circunstâncias (CROCKER, 2001). Nesse sentido, Chung *et al.* (2017) referem que a autoestima tende a ser moderadamente estável ao longo do tempo e dos contextos, mas também é mutável, especialmente durante transições de desenvolvimento, como da infância para a adolescência e da adolescência para a idade adulta jovem.

Faz-se importante esclarecer que a autoestima é um construto distinto do autoconceito. Enquanto a autoestima é tipicamente relacionada aos sentimentos em relação ao eu, o autoconceito envolveria mais o autoconhecimento ou as crenças relativas a si próprio (JORDAN; ZEIGLER-HILL; CAMERON, 2015). Apesar da diferenciação proposta, os dois construtos estão intrinsecamente relacionados, afinal, crenças positivas favorecem sentimentos mais positivos em relação a si próprio. A proposição de que a autoestima envolveria um julgamento mais afetivo de si mesmo é reforçada pelo trabalho de Costa (2014), a qual realiza um estudo mais aprofundado sobre os conceitos de autoestima, autoconceito e autoeficácia, consistindo este último no julgamento da própria capacidade de organizar e executar ações para atingir metas/objetivos. De acordo com a teoria comportamental, a autoestima também é tida como um sentimento, sendo produto de contingências de reforçamento positivo de origem social (GUILHARDI, 2002), dado que o próprio conhecimento sobre si tem origem social, ou seja, o indivíduo passa a se perceber a partir do outro; o meio social ensina o indivíduo a descrever seus comportamentos e manifestações corporais (SKINNER, 1974/2006).

Quando se menciona a quantificação da autoestima, no entanto, há autores que questionam se a autoestima elevada seria realmente a mais desejável, apontando como alternativas possivelmente mais saudáveis a “autoestima ótima”, a “autoestima verdadeira” ou simplesmente uma autoestima moderada (CROCKER; PARK, 2004; NEFF, 2011; NEFF; VONK, 2009; RAMOS, 2017). Não obstante os benefícios psicológicos de uma autoestima mais elevada, e os malefícios relacionados a uma autoestima baixa - como falta de motivação,

depressão e ideação suicida -, elevar a autoestima das pessoas não é a panaceia que pode parecer; primeiro, porque a autoestima é resistente a mudanças, não sendo tarefa fácil elevar a autoestima de alguém; segundo, uma ênfase excessiva em gostar de si mesmo pode levar ao narcisismo, autoabsorção, egocentrismo e uma falta de preocupação com os outros; terceiro, tentativas de proteger ou aumentar a autoestima podem causar distorções no autoconhecimento, dificultando a identificação de áreas nas quais mudanças ou crescimento são necessários; quarto, o desejo de alta autoestima pode resultar em uma vontade de ver o pior nos outros como um meio de classificar o eu de forma mais favorável em comparação; e quinto, um senso inflado de autoestima pode levar a posturas e comportamentos agressivos contra aqueles que ameaçam o ego (NEFF, 2003a).

É interessante notar que estudos na área comumente indicam que, para ambos os sexos, e entre indivíduos de diferentes *status* socioeconômicos, etnias e nacionalidades, os níveis de autoestima tendem a mostrar um padrão semelhante de evolução, com valores mais altos na infância, caindo na adolescência, aumentando gradualmente ao longo da idade adulta e declinando na velhice (ROBINS *et al.*, 2002; TIGGEMANN, 2004). Os momentos de queda parecem estar relacionados aos diferentes desafios enfrentados em determinadas fases da vida, como a descoberta e o reconhecimento do corpo, além do processo de construção da identidade na adolescência e o decréscimo da funcionalidade corporal na velhice.

Estudos que se dedicaram a explorar a diferença entre os gêneros na apresentação da autoestima ora apontam uma tendência a maior autoestima entre indivíduos do sexo masculino (MCMULLIN; CAIRNEY, 2004; RENTZSCH; WENZLER; SCHÜTZ, 2016), ora não encontram diferenças significativas entre homens e mulheres (DIXON; KURPIUS, 2008; FOELS; TOMCHO, 2005; PRITCHARD, 2010).

Negovan e Bagana (2011) encontraram diferenças significativas na autoestima de estudantes do ensino médio e calouros universitários em função de fatores pessoais, contextuais e situacionais (predisposição à depressão, gênero, idade e nível educacional atual). Luyckx *et al.* (2013) examinaram como os processos de identidade estavam associados à autoestima em estudantes do ensino médio e superior, apontando que uma autoestima mais elevada funcionaria como um recurso para lidar com questões relacionadas à identidade. Além disso, quando os adolescentes entram na faculdade e fazem a transição para a idade adulta, a (esperada) consolidação da identidade, por sua vez, também contribuiria para uma maior autoestima (LUYCKX *et al.*, 2013). Salmela-Aro e Nurmi (2007) também apontam, em um estudo longitudinal, um aumento da autoestima de jovens adultos durante o período dos estudos universitários, encontrando ainda uma associação entre níveis mais altos de

autoestima durante a fase universitária com características de carreira posteriores, como maior estabilidade profissional e melhor salário.

Pasha e Munaf (2013) encontraram, em seu estudo, uma relação positiva entre autoestima global e o ajuste geral de estudantes à própria vida universitária. Saadat, Ghasemzadeh e Soleimani (2012), de modo semelhante, encontraram relações diretas e positivas entre níveis de autoestima e desempenho acadêmico de universitários. No mesmo sentido, os resultados de Rosli *et al.* (2012) mostraram que os estudantes com maior autoestima apresentaram melhor desempenho escolar. Os autores encontraram ainda uma relação inversa entre autoestima e estresse (ROSLI *et al.*, 2012). Enquanto isso, os estudos de Ye, Yu e Li (2012) indicam que a autoestima consistentemente previu níveis de satisfação de vida em universitários.

Apona-se, por conseguinte, que a avaliação da própria aparência e a satisfação com o próprio corpo mostram-se relacionadas à autoestima global, independentemente da idade ou do sexo, embora isso pareça ocorrer em uma extensão maior para as mulheres em relação aos homens (LOWERY *et al.*, 2005; TIGGEMANN, 2004). Além disso, tende a ser intuitivo relacionar a autoestima à satisfação com o próprio corpo, o que apenas corrobora a importância de estudos que explorem a temática.

Na intersecção com os estudos em imagem corporal, aponta-se a existência do construto ‘estima corporal’, o qual corresponderia a uma importante dimensão da autoestima geral (FRANZOI; SHIELDS, 1984), constituindo a contrapartida física da autoestima (MENDELSON; WHITE, 1985), referindo-se a autoavaliações do próprio corpo ou aparência física (MENDELSON; MENDELSON; WHITE, 2001).

Frisén, Lunde e Berg (2015) realizaram um estudo longitudinal, acompanhando o desenvolvimento da estima corporal de meninos e meninas da infância até a idade adulta. Os autores verificaram mudanças significativas na estima corporal com o passar dos anos, havendo um decréscimo da estima pela aparência e pelo peso ao longo da adolescência, sendo mais acentuado para meninas, embora ocorra com ambos os gêneros, estabilizando-se para ambos também no início da idade adulta. Mais recentemente, Nelson *et al.* (2018) realizaram estudo longitudinal semelhante, acompanhando o desenvolvimento da estima corporal da adolescência à idade adulta e endossaram o fato de que mudanças significativas ocorrem no período analisado.

Já Lowery *et al.* (2005) encontraram relações consistentes entre autoestima e imagem corporal de universitários de ambos os sexos, apontando que uma baixa autoestima foi consistentemente relacionada com altos níveis de insatisfação corporal. Enquanto isso, os

estudos de Rosli *et al.* (2012) afirmam uma relação direta entre autoestima e satisfação corporal na mesma população. Wichstrøm e Soest (2016), em um estudo prospectivo de 13 anos, acompanhando indivíduos durante a adolescência e parte da vida adulta, encontraram relações recíprocas entre satisfação corporal e autoestima, principalmente no final da adolescência e início da idade adulta. Os autores ainda retomam a teoria da objetificação para o público avaliado, ao apontar a satisfação corporal como fonte para a autoestima, pois na medida em que o corpo e a aparência são objetos de grande atenção social, a sua (in)conformidade aos padrões sociais tem o potencial de impactar na avaliação que um indivíduo faz de si como pessoa (WICHSTRØM; SOEST, 2016). De modo mais central em relação à imagem corporal positiva, aponta-se que estudos têm declarado de forma consistente a relação direta entre os níveis de apreciação corporal e autoestima (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005; ALLEVA; TYLKA; DIEST, 2017; SWAMI *et al.*, 2019).

A fase adulta jovem parece representar assim, para alguns autores, um período de estabilização de determinadas características, como identidade e autoestima, principalmente quando comparada ao período turbulento da adolescência, que a precedeu. Constitui, no entanto, período de novos desafios na vida do indivíduo, o que gera, como já apontado, conflitos e demandas próprios, sendo este público bastante vulnerável a ocorrências relacionadas à imagem corporal.

#### 4.2 INTERVENÇÃO NOS ASPECTOS POSITIVOS DA SAÚDE MENTAL

Superando a premissa curativa, ou seja, o foco na doença, avança-se em direção à premissa preventiva, focando-se nas potencialidades. Dessa forma, intervir fortalecendo os aspectos positivos relacionados à saúde mental tem o potencial de poupar esforços futuros, consideravelmente mais custosos, a fim de tentar “restabelecer” a saúde. Pelo já exposto, tal proposta vai ao encontro tanto das tendências atuais em saúde mental, quanto das tendências de estudos em imagem corporal.

Nesse sentido, Tylka (2012) aponta que a remoção/diminuição de aspectos negativos, sem a promoção de aspectos positivos, criaria um estado intermediário de saúde mental, caracterizado por ausência de psicopatologias, mas também ausência de vitalidade. Portanto, estar livre dos sintomas de um distúrbio psicológico não sugere necessariamente que um indivíduo esteja prosperando, experimentando plenamente as alegrias da vida ou que tenha um bem-estar superior (TYLKA, 2012).

Segundo Tylka (2012), é desejável, em intervenções, focar especificamente no aumento de características positivas, pois o afeto positivo seria capaz de produzir um pensamento mais flexível, melhorar o relacionamento interpessoal, promover o comportamento altruísta, proteger contra doenças e aumentar a resistência do indivíduo. Dentre as possibilidades nessa linha, vislumbra-se o trabalho com a imagem corporal positiva. Relatos de intervenções visando promovê-la têm demonstrado impactos significativos na saúde e bem-estar dos indivíduos (GUEST *et al.*, 2019; MCVEY *et al.*, 2010). Mas, como também já posto, as intervenções em imagem corporal visavam, de início, a diminuição de aspectos negativos, e apenas mais recentemente voltaram-se de forma mais consistente à promoção de aspectos positivos.

Nas próximas seções são descritos diferentes tipos de intervenções já realizadas e relatadas visando promover imagem corporal positiva, seja através de programas focados mais diretamente na imagem corporal positiva e seus processos, seja através de outros mecanismos que a promoveriam de forma indireta, como autocompaixão e autoestima. Então são apresentados estudos comparativos acerca de intervenções em autocompaixão e autoestima, assim como se propõe o presente estudo. Ressalta-se que esta classificação das intervenções possui um objetivo primariamente didático, uma vez que constitui tarefa improvável separar terminantemente intervenções com base em um foco ou outro, visto que a maioria das intervenções utiliza-se de diversas estratégias, que atingem construtos psicológicos variados, apresentando também resultados diversos. Contudo, mais uma vez, tentou-se fazer uma diferenciação com base no foco ou focos principais aludidos pelos autores.

#### **4.2.1 Intervenções em imagem corporal positiva**

Amaral e Ferreira (2019) traçam um panorama do desenvolvimento dos programas de intervenção em imagem corporal. As autoras apontam que essa linha de intervenções teve início na década de 1980, com o objetivo de prevenir atitudes associadas a comportamentos alimentares inadequados. A primeira geração de programas preventivos em imagem corporal foi marcada por abordagens psicoeducativas, derivadas de técnicas de aconselhamento psicológico e clínico, e caracterizadas por proporcionar um suporte informativo e emocional aos participantes. Houve um aprimoramento desses programas psicoeducativos, que hoje incluem uma série de estratégias, como crítica à mídia, dissonância cognitiva, dramatizações, uso da internet, etc. As autoras prosseguem, apontando que a segunda geração de programas

se baseava, principalmente, na apresentação didática de conteúdo, mas direcionando-se a fatores de risco já estabelecidos, como a insatisfação corporal. E, por fim, apresentam a terceira geração de programas, representando uma tendência atual na área, os quais tendem a focar em fatores de risco cientificamente comprovados, o fazendo através de sessões mais interativas, utilizando-se de princípios da Psicologia Social, da Terapia Cognitivo-Comportamental e de propostas experimentais, como música, dança e arteterapia. As autoras esclarecem que, ao longo das gerações, os programas foram demonstrando maior eficácia na redução dos sintomas, fatores de risco e incidência dos transtornos alimentares.

Historicamente, as primeiras intervenções em imagem corporal se voltaram ao sexo feminino, objetivando primariamente a prevenção de transtornos alimentares (MARTINS, 2016). Esse foco no público feminino advém da percepção de que se trata do mais atingido pelos transtornos alimentares, uma das consequências da idealização cultural da magreza como padrão feminino de beleza (AUSTIN, 2000). Embora os programas de intervenção já tenham passado por muitas mudanças e aperfeiçoamentos, o foco no sexo feminino ainda é predominante em anos recentes (GUEST *et al.*, 2019; YAGER *et al.*, 2013), cabendo ressaltar, contudo, que o público masculino esteja ganhando, aos poucos, espaço em estudos e intervenções na área, pelo reconhecimento cada vez maior de que homens também podem apresentar insatisfação significativa com seus corpos, fator de risco para outras problemáticas (JANKOWSKI *et al.*, 2017; KLING; RODGERS; FRISÉN, 2016).

Abordando de modo mais específico as estratégias utilizadas em intervenções em imagem corporal, a alfabetização midiática é um exemplo de técnica que pode ajudar os indivíduos a rejeitarem imagens e mensagens prejudiciais advindas da mídia, reforçando que as definições de beleza mudam ao longo de gerações e com as tendências da moda, auxiliando na compreensão de que os ideais de corpo da mídia são transitórios e, assim, os indivíduos podem ser incentivados a desenvolver uma definição pessoal ampla e abrangente de beleza, em vez de permitir que os ideais da sociedade determinem o que é belo para eles (TYLKA, 2012).

É apontado também que os indivíduos se beneficiam de redes positivas (amigos e colegas) voltadas para forças internas, funcionalidade corporal e apoio social, em vez de aparência e depreciação corporal; e profissionais podem criar essas oportunidades nos sistemas e comunidades escolares através de programas específicos, de abordagem ecológica (PIRAN; MAFRICI, 2012; TYLKA, 2012). O ambiente universitário, inclusive, é apontado como um dos cenários ideais para ensinar adolescentes mais velhos e jovens adultos sobre

relacionamentos positivos, competências, valores e autopercepções, o que pode ajudar a reduzir ocorrências negativas relacionadas à saúde mental (MCVEY *et al.*, 2010).

Intervenções que promovam aumento da apreciação da funcionalidade corporal, aceitação do próprio corpo, além de práticas meditativas de origem oriental (que tendem a promover uma atenção maior ao próprio corpo), estão entre as possibilidades de promoção de imagem corporal positiva, na medida em que podem auxiliar os indivíduos a se tratarem de maneira mais autoprotetora (TYLKA, 2012). Intervenções através de práticas físicas também se encontram no rol de intervenções já implementadas visando promover imagem corporal positiva, como a prática de yoga (COX *et al.*, 2017; HALLIWELL; DAWSON; BURKEY, 2019) e dança (LEE; CHIANG; CHU, 2019). Associa-se aqui o processo de corporificação que essas práticas podem promover.

Alleva e Martijn *et al.* (2015), por exemplo, implementaram, junto a mulheres adultas jovens com imagem corporal negativa, o *Expand Your Horizon*, programa desenvolvido para melhorar a imagem corporal, treinando as mulheres para se concentrarem na funcionalidade de seus corpos, usando tarefas estruturadas de escrita. Após a intervenção, as participantes experimentaram maior satisfação com a aparência, satisfação com a funcionalidade e apreciação corporal, além de níveis mais baixos de auto-objetificação, em comparação com as participantes de um programa controle.

McVey *et al.* (2010) descrevem a realização de intervenção visando promover imagem corporal positiva em universitários. A intervenção concentrou-se na alfabetização midiática, estratégias de melhoria da autoestima, habilidades de gerenciamento do estresse e reconhecimento de relacionamentos saudáveis *versus* não saudáveis. Os resultados apontaram melhorias significativas na satisfação corporal e redução na internalização de estereótipos da mídia entre os participantes.

Voelker *et al.* (2019), num estudo junto a atletas universitárias, descrevem a realização de uma intervenção denominada *Bodies in Motion*, programa baseado em dissonância cognitiva e princípios de autocompaixão *mindful*, integrando componentes das mídias sociais. Entre os resultados, aponta-se um aumento nos níveis de *mindfulness* e autocompaixão das participantes, bem como menor nível de internalização do ideal magro.

Enquanto isso, Mulgrew *et al.* (2019), num estudo com mulheres adultas jovens, realizaram intervenção incentivando as participantes a realizarem tarefas escritas sobre os elementos positivos da aparência, funcionalidade corporal e sobre quem são como pessoa. Um grupo controle concluiu tarefas envolvendo gerenciamento do estresse. Os resultados mostraram que ambos os grupos apresentaram melhorias na apreciação do corpo físico, na

auto-objetificação e na preocupação com o peso. Os autores concluem que tarefas que incentivam, de modo geral, reflexões positivas sobre si mesmo, a aparência e a funcionalidade são úteis para melhorar a satisfação corporal das mulheres. Os resultados se assemelham aos encontrados por McVey e Davis (2002), os quais implementaram um programa com o objetivo de promover imagem corporal positiva entre adolescentes, quando também não encontraram diferenças entre os grupos intervenção e controle.

Cabe ainda citar Guest *et al.* (2019), os quais realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de identificar e avaliar a evidência de eficácia de estudos que promoveram intervenções para aumentar a imagem corporal positiva em adultos. A maioria dos estudos foi classificada como tendo a qualidade metodológica moderada ou forte. Havia, no entanto, evidências limitadas da eficácia das intervenções para homens, sugerindo que pesquisas futuras sejam necessárias para entender melhor os mecanismos relacionados à imagem corporal positiva no gênero masculino. Os resultados sugerem que as intervenções existentes se mostraram eficazes para aumentar aspectos da imagem corporal positiva entre as mulheres e incentivam o desenvolvimento de intervenções direcionadas a múltiplos componentes da imagem corporal positiva.

Há, enfim, a possibilidade de se promover a imagem corporal positiva de forma indireta, através de intervenções com foco, por exemplo, na autocompaixão e na autoestima (GUEST *et al.*, 2019; MCVHEY *et al.*, 2010), o que é mais bem descrito nas próximas seções.

#### **4.2.2 Intervenções em autocompaixão**

Uma maneira de promover imagem corporal positiva consiste no cultivo da autocompaixão. Tem crescido, inclusive, o número de estudos que utilizam-se de técnicas de cultivo da autocompaixão visando a promoção da imagem corporal positiva. A autocompaixão pode, por conseguinte, ser fomentada deliberadamente por meio de intervenções empiricamente validadas e apoiadas cientificamente, algumas das quais se traduzem em atividades em ambientes escolares (PERSINGER, 2012; GONÇALVES, 2019).

Pode-se elencar diversos estudos que utilizaram-se de intervenções baseadas em autocompaixão, com objetivos variados e em formatos também diversos, encontrando-se intervenções mais longas, abarcando de 8 a 12 encontros (GILBERT; PROCTER, 2006; JAZAIERI *et al.*, 2013; KEMENY *et al.*, 2012; NEFF; GERMER, 2013; OZAWA-DE SILVA; NEGI, 2013); intervenções de duração moderada, contando com 3 ou 4 encontros (GILBERT; IRONS, 2004; MANTELOU; KARAKASIDOU, 2017; SMEETS *et al.*, 2014); e

intervenções breves, de apenas 1 ou 2 encontros (BREINES; CHEN, 2012; LINCOLN; HOHENHAUS; HARTMANN, 2013; REIS *et al.*, 2015). Além disso, também há intervenções realizadas de forma online, que não envolveram encontros síncronos, mas tarefas a serem realizadas pelos participantes ao longo de determinado período de tempo (ALBERTSON; NEFF; DILL-SHACKLEFORD, 2015; TOOLE; CRAIGHEAD, 2016; WET; LANE; MULGREW, 2020; ZIEMER *et al.*, 2019).

Voltando-se especificamente a intervenções realizadas em público jovem adulto/universitário, Smeets *et al.* (2014) investigaram, junto a estudantes universitárias, a eficácia de uma intervenção em autocompaixão, realizada em grupo ao longo de três semanas, para aumentar a resiliência e o bem-estar. Os resultados mostraram que a intervenção em autocompaixão promoveu aumentos significativamente maiores em autocompaixão, atenção plena, otimismo e autoeficácia, bem como diminuições significativamente maiores na ruminação, em comparação com a intervenção controle, voltada ao ensino de estratégias de gerenciamento do tempo.

Toole e Craighead (2016) avaliaram a versão de um treinamento online de autocompaixão, com duração de uma semana, em jovens adultas universitárias. Os resultados sugerem que uma breve exposição aos princípios básicos da autocompaixão é promissora para diminuir o sofrimento relacionado à imagem corporal, embora ressaltem que sejam necessários esforços para aumentar o engajamento dos participantes, já que essa abordagem foi considerada um método aceitável e econômico para atingir o objetivo proposto.

O estudo de Toole e Craighead (2016) consistiu em uma adaptação de trabalho realizado anteriormente por Albertson, Neff e Dill-Shackleford (2015), os quais realizaram originalmente uma intervenção online de três semanas e com mulheres de idades variadas, obtendo reduções significativas na insatisfação e vergonha corporal, e na autovalorização baseada na aparência, bem como ganhos significativos em autocompaixão e apreciação corporal.

Wet, Lane e Mulgrew (2020), em um estudo com mulheres jovens adultas (17-35 anos), envolvendo meditações de autocompaixão fornecidas de maneira online às participantes, não encontraram diferenças significativas em relação a um grupo controle ativo - que realizou meditações guiadas com foco na natureza - quanto às variáveis de interesse (autocompaixão, apreciação corporal, vergonha corporal e autoavaliação contingente à aparência). De modo semelhante, Ziemer *et al.* (2019), em um estudo com universitárias envolvendo tarefas de escrita online em autocompaixão, comparando com dois outros grupos de tarefa escrita - um acerca dos pensamentos e sentimentos relacionados ao corpo e outro de

controle ativo envolvendo uma descrição do dia do participante -, também não encontraram diferenças significativas entre os grupos quanto às variáveis em estudo (apreciação corporal, qualidade de vida relacionada à imagem corporal, afetos positivos e negativos), exceto para autocompaixão, a qual obteve aumento significativo no próprio grupo de intervenção escrita em autocompaixão.

Ferrari *et al.* (2019) conduziram uma meta-análise acerca de intervenções em autocompaixão realizadas no formato de ensaios clínicos randomizados. Os autores apontam que, de modo geral, as intervenções em autocompaixão levaram a uma melhoria significativa em resultados psicossociais diversos em comparação com os grupos controles. Os autores também apontam, em relação às intervenções, um tamanho de efeito grande para medidas de comportamento alimentar e ruminação, e um tamanho de efeito moderado para autocompaixão, estresse, depressão, *mindfulness*, autocrítica e ansiedade. Apontam ainda que intervenções em grupo demonstraram melhores resultados que intervenções entregues de maneira individual. Os autores apoiam, assim, a eficácia de intervenções baseadas na autocompaixão na promoção de vários aspectos psicossociais e em populações diversas, apontando que pesquisas futuras devem considerar os mecanismos de mudança envolvidos.

#### **4.2.3 Intervenções em autoestima**

Intervenções em autoestima têm sido realizadas tradicionalmente a fim de melhorar diversos aspectos da saúde mental, inclusive imagem corporal positiva (MCVEY *et al.*, 2010). No entanto, assim como relatado em relação às intervenções em autocompaixão, intervenções focadas no aumento da autoestima ora têm demonstrado resultados considerados positivos, ora não atingem os resultados esperados (JORDAN; ZEIGLER-HILL; CAMERON, 2015). Quanto ao cultivo da autoestima voltado especificamente ao trabalho com a imagem corporal, intervenções em autoestima também têm demonstrado resultados mistos, com alguns estudos indicando melhorias na insatisfação corporal, restrição alimentar e atitudes com relação à forma e peso corporais, enquanto outros não mostraram diferenças entre os grupos de intervenção e controle nessas variáveis (SEEKIS; BRADLEY; DUFFY, 2017).

Nesse cenário, entre os programas mais conhecidos, encontra-se o *Everybody's different*, desenvolvido por O'Dea (1995), o qual possui, inclusive, versão adaptada transculturalmente para a realidade brasileira (MOREIRA; NEUFELD; ALMEIDA, 2017). O programa, que costuma ser desenvolvido em ambiente escolar, ao longo de um número determinado de sessões, foca em elevar a autoestima englobando vários aspectos de si,

enquanto diminui a ênfase e a importância da aparência física, incentivando seus participantes a rejeitarem os estereótipos culturais de corpo, os ideais da mídia e a aceitar a diversidade em si e nos outros (MOREIRA; NEUFELD; ALMEIDA, 2017). Consiste em uma abordagem preventiva primária e universal, uma vez que seu objetivo é reduzir ou eliminar fatores de risco em indivíduos considerados saudáveis, atingindo a população geral (MOREIRA; NEUFELD; ALMEIDA, 2017). O programa ora demonstra bons resultados, melhorando significativamente a imagem corporal dos estudantes participantes (O'DEA; ABRAHAM, 2000), ora não demonstra efeitos significativos (GHADERI, MARTENSSON; SCHWAN, 2005). Programas em formatos similares também têm sido implementados (EL-DAW; HAMMOUD, 2015; MCVEY *et al.*, 2004; NORWOOD *et al.*, 2011), obtendo bons resultados na maioria das vezes, embora caiba ressaltar que esses programas têm sido desenvolvidos majoritariamente com crianças e adolescentes.

Em relação ao trabalho com jovens adultos/universitários, Sungur (2015) analisou o efeito de um programa de treinamento online, composto por nove sessões, sobre a autoestima e a autoconsciência de estudantes universitárias, concluindo que o programa se mostrou eficaz para aumentar os níveis de autoestima do público-alvo.

Já O'Dea (2004), em sua revisão, aponta vários estudos que utilizaram componentes da autoestima como parte de suas intervenções preventivas, produzindo melhorias na insatisfação corporal, restrição alimentar, internalização do ideal magro e atitudes associadas aos transtornos alimentares. A autora ainda coloca a autoestima como um dos fatores de risco e proteção mais importantes no desenvolvimento de preocupações com a imagem corporal e transtornos alimentares.

#### **4.2.4 Intervenções em autocompaixão *versus* Intervenções em autoestima**

Há estudos, por fim, que se encarregaram de comparar os resultados obtidos em intervenções focadas ora na autocompaixão, ora na autoestima, relatando, de modo geral, melhores resultados no trabalho com a autocompaixão (LEARY *et al.*, 2007; MOFFITT; NEUMANN; WILLIAMSON, 2018; SEEKIS; BRADLEY; DUFFY, 2017).

Leary *et al.* (2007) conduziram cinco estudos, através dos quais investigaram os processos cognitivos e emocionais pelos quais pessoas autocompassivas lidam com eventos desagradáveis da vida. Nos vários estudos, os participantes, universitários de ambos os sexos, relataram eventos negativos em suas vidas diárias, responderam a cenários hipotéticos, reagiram a *feedback* interpessoal, avaliaram suas performances em situações

embaraçosas/desconfortáveis e refletiram sobre as experiências pessoais negativas. Os autores concluem que os estudos conduzidos sugerem, em geral, que a autocompaixão atenua as reações das pessoas a eventos negativos de maneiras que são distintas e, em alguns casos, mais benéficas em comparação com a autoestima.

Seekis, Bradley e Duffy (2017), referência base para a intervenção realizada neste estudo, investigaram se uma sessão única envolvendo tarefas escritas em autocompaixão e autoestima melhoraria as preocupações com a imagem corporal evocadas por uma indução negativa prévia relacionada à imagem corporal em estudantes universitárias. As participantes foram aleatoriamente designadas para um dos três grupos de intervenção escrita: autocompaixão, autoestima ou controle. Dentre os resultados, é apontado que o grupo de autocompaixão mostrou maior apreciação corporal do que os grupos de autoestima e controle na avaliação pós-intervenção, e maior apreciação corporal do que o grupo controle no *follow-up*. E tanto o grupo de autocompaixão, quanto o de autoestima apresentaram maior satisfação corporal do que o grupo controle nas avaliações pós-intervenção e *follow-up*. Os autores concluem que intervenções baseadas na escrita, especialmente aquelas que promovem a autocompaixão, podem ajudar a aliviar determinadas preocupações com a imagem corporal.

Na mesma linha do estudo anterior, mas em um formato online, Moffitt, Neumann e Williamson (2018) conduziram um estudo que explorou a eficácia de tarefas escritas reflexivas para reduzir a insatisfação corporal e aumentar a motivação para o autoaperfeiçoamento junto a estudantes universitárias. As participantes foram expostas a um cenário ameaçador à imagem corporal - imagens de modelos e frases que visavam provocar o processo de comparação da aparência -, participando então de uma dentre três intervenções possíveis (autoestima, autocompaixão ou controle de distração positiva). Os autores constataram, na avaliação pós-intervenção, que a insatisfação com o peso e a insatisfação com a aparência foram significativamente menores e a motivação para o autoaperfeiçoamento foi significativamente maior no grupo de autocompaixão do que nos grupos de autoestima e controle. A insatisfação corporal moderou a eficácia da intervenção, de modo que o benefício da intervenção de autocompaixão se tornou evidente a partir de níveis moderados de insatisfação corporal, e foi mais aparente a partir de altos níveis dessa variável. Os autores concluem que a autocompaixão se mostrou um método robusto e eficaz por meio do qual promover melhorias imediatas nos sentimentos corporais e no desejo de autoaperfeiçoamento.

Por seus resultados promissores, o cultivo da autocompaixão pode, assim, ser apontado como uma alternativa ao trabalho com a autoestima, segundo Neff (2003a), a qual indica que a autocompaixão pode acarretar muitos dos benefícios psicológicos associados à

autoestima, mas com menos de suas armadilhas. A autocompaixão, por exemplo, não se baseia nas avaliações de desempenho de si e dos outros (como comumente acontece na autoestima), nem na congruência com os padrões ditos ideais; de fato, a autocompaixão tira todo o processo de autoavaliação e comparação, concentrando-se em sentimentos de compaixão por si mesmo e no reconhecimento da humanidade compartilhada, em vez de realizar autojulgamentos (positivos ou negativos) (NEFF, 2003a).

Neff (2003a) aponta também a possibilidade de ser mais fácil e eficaz tentar aumentar a autocompaixão das pessoas do que aumentar sua autoestima, pois que a autocompaixão não exige que se adote uma visão irreal de si mesmo. Pesquisas indicam que, embora as pessoas gostem de receber *feedback* positivo sobre si mesmas, também gostam de receber *feedback* consistente com a realidade; essa é a principal razão pela qual é tão difícil aumentar a autoestima dos outros, principalmente por meio de elogios irreais, nos quais dificilmente as pessoas irão acreditar (NEFF, 2003a; STINSON; CAMERON; HUANG, 2015; SWANN JR., 1990; 1992; SWANN JR.; SCHROEDER, 1995). Elogios irrealistas também são perigosos na medida em que não reconhecem que os indivíduos podem ter padrões de comportamento que precisam ser alterados por serem improdutivos ou prejudiciais (NEFF, 2003a). Incentivar as pessoas a terem compaixão por suas falhas e inadequações, por outro lado, deve permitir, através da atenção plena, um reconhecimento mais claro dessas deficiências, permitindo que as pessoas corrijam padrões prejudiciais de comportamento, não por necessidade de melhorar seu valor ou *status*, mas por um senso de carinho e desejo pelo bem-estar próprio e dos outros (NEFF, 2003a).

Diante do escopo delineado, aponta-se, portanto, duas possíveis maneiras de se promover saúde mental, com foco na promoção de imagem corporal positiva, quais sejam, o cultivo da autocompaixão e da autoestima. Procurou-se demonstrar as diferenças apontadas na literatura quanto ao trabalho com cada uma delas. Espera-se que o presente estudo possa desvelar os efeitos do trabalho com autocompaixão e autoestima em um determinado contexto, utilizando-se de determinadas técnicas, mais bem descritos a seguir, em seção que trata dos métodos do estudo.

## 5 MÉTODOS

Nas seções seguintes são descritos os métodos escolhidos para conduzir a presente pesquisa, sendo explanados os aspectos éticos observados, a caracterização da pesquisa, o cenário escolhido para seu desenvolvimento, com a população alvo e o cálculo da amostra mínima para coleta, o protocolo de intervenção, os instrumentos utilizados para avaliação das variáveis de interesse, os procedimentos seguidos e os métodos para análise de dados.

### 5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, todas as etapas da presente pesquisa se encontram estruturadas de acordo com os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012).

O presente estudo teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF (instituição proponente), com parecer de aprovação sob o nº 3.627.114 (ANEXO A).

As autorizações para a realização da pesquisa em seus respectivos campos de coleta também foram devidamente formalizadas, junto ao Diretor-Geral do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais - IFMG, *campus* Governador Valadares (lócus 1 de pesquisa), e junto ao Diretor do Instituto de Ciências da Vida (ICV) da UFJF, *campus* Governador Valadares (lócus 2 de pesquisa), através dos respectivos termos de autorização e declaração de infraestrutura (APÊNDICE A e APÊNDICE B).

O estudo encontra-se ainda registrado junto ao Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), sob o nº RBR-35dtsg (ANEXO B).

A participação de estudantes do IFMG e da UFJF (público-alvo) neste estudo foi de caráter voluntário. Em tempo, somente participaram do estudo os indivíduos que, após esclarecidos os potenciais riscos e benefícios envolvidos na participação, bem como demais aspectos relevantes da pesquisa e sanadas eventuais dúvidas, demonstraram seu consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), disponibilizado em formato online.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo é caracterizado como um ensaio clínico randomizado (ECR)<sup>4</sup> (HILL, 1952; 1990). Mais especificamente pode ser apontado como ensaio clínico de prevenção, por ser destinado à população em geral, visando a prevenção de desfechos negativos relacionados à imagem corporal; randomizado, pois os indivíduos são distribuídos de forma aleatória entre os diferentes grupos de intervenção; controlado, por contar com a presença de grupo controle, o que possibilita o controle de determinados vieses; paralelo, visto que os grupos recebem as intervenções de forma paralela; com três braços, por distribuir-se os participantes em três intervenções possíveis; e unicego, uma vez que os participantes não têm ciência da sua distribuição em diferentes intervenções, mas os pesquisadores sim.

Na presente investigação, para a realização das intervenções, os participantes foram alocados aleatoriamente em um dos três grupos de intervenção escrita: G1 - grupo autocompaixão; G2 - grupo autoestima; e G3 - grupo controle. Foram realizadas avaliações em três momentos (tempos): T1 - pré-intervenção; T2 - imediatamente pós-intervenção; e T3 - duas semanas pós-intervenção (*follow-up*). Pode-se apontar, assim, um estudo de design 3 x 3, por contar com três grupos avaliados em três tempos.

A fim de melhor descrever os aspectos deste estudo essenciais à sua caracterização como um ECR, procurou-se atender aos itens listados na ferramenta CONSORT (*Consolidated Standards Of Reporting Trials*) (CONSORT, 2020). Mais especificamente, utilizou-se o *check-list* para estudos não farmacológicos (CONSORT, 2017). O quadro com o *check-list* (Quadro 2) encontra-se no Anexo C.

## 5.3 CENÁRIO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa se desenvolveu com estudantes regularmente matriculados nos cursos superiores do IFMG e da UFJF, em seus respectivos *campi* de Governador Valadares/MG, que se fizeram, assim, os cenários ou campos de pesquisa.

O IFMG é uma instituição pública de ensino, integrante da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, vinculada ao Ministério da Educação, e que oferta,

---

<sup>4</sup> Os ensaios clínicos são estudos em que se acompanha um grupo de interesse que seja alvo de algum tipo de intervenção, terapia ou exposição, comparando-se com um grupo controle. Os ECRs são considerados o padrão-ouro para determinação do efeito de uma terapêutica, sendo a melhor fonte de evidência científica disponível e a melhor fonte de determinação da eficácia de uma intervenção (BERWANGER *et al.*, 2006; ESCOSTEGUY, 1999; OLIVEIRA; PARENTE, 2010).

principalmente, cursos técnicos e superiores, possuindo uma Reitoria (unidade administrativa) em Belo Horizonte/MG, além de *campi* em 18 cidades, sendo uma delas Governador Valadares/MG (IFMG, 2019a). A missão institucional do IFMG é expressa por “Ofertar ensino, pesquisa e extensão de qualidade em diferentes níveis e modalidades, focando na formação cidadã e no desenvolvimento regional” (IFMG, 2019b).

O IFMG de Governador Valadares (GV) foi a primeira instituição pública federal de ensino instalada na cidade, tendo suas atividades principiadas em 2009, com início das aulas em 2010 (IFMG, 2019c). Os quatro cursos superiores ofertados pelo *campus* atualmente são: Engenharia Ambiental e Sanitária, Engenharia Civil, Engenharia de Produção, e Tecnologia em Gestão Ambiental (IFMG, 2020). Além dos cursos superiores, o IFMG-GV também oferece cursos técnicos e especialização *lato sensu*.

A UFJF é uma universidade pública, sediada em Juiz de Fora/MG, com um *campus* avançado em Governador Valadares/MG. A instituição oferta, principalmente, cursos de graduação, mestrado e doutorado em diversas áreas do conhecimento, posicionando-se como um polo científico e cultural, sendo classificada entre as melhores universidades da América Latina, com reconhecimento nacional e internacional (UFJF, 2020a).

O *campus* avançado da UFJF em Governador Valadares iniciou suas atividades em novembro de 2012 e conta atualmente com dez cursos de graduação presenciais: Administração, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas, Direito, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, e Odontologia (UFJF, 2020b). Além dos cursos de graduação, a UFJF-GV oferece também opções de mestrado e doutorado.

Governador Valadares, cidade que abriga as duas instituições descritas, foi fundada no fim de 1937, estando situada no leste do Estado de Minas Gerais (MG), na mesorregião do Vale do Rio Doce (PREFEITURA..., 2015). A cidade conta com uma população estimada de 281.046 habitantes (IBGE, 2021).

Em suma, a população do estudo é constituída pelos estudantes dos cursos superiores das duas instituições, que tenham idade entre 18 e 35 anos.

De acordo com cálculo amostral realizado, a amostra mínima pretendida consistiu inicialmente em 48 indivíduos. O cálculo foi realizado no software GPower 3.1.9.7 e os parâmetros utilizados foram: previsão de utilização do teste estatístico ANOVA de medidas repetidas com efeitos mistos; tamanho de efeito  $f = 0,2526456$ , calculado a partir de  $\eta_p^2$  (eta-quadrado parcial) = 0,06, o menor tamanho de efeito apontado no estudo de Seekis, Bradley e Duffy (2017);  $p = 0,05$ ; poder esperado = 0,80; número de grupos = 3; número de medidas = 3; correlação entre medidas repetidas = 0,3; e correção de não esfericidade  $\epsilon = 1$ . O valor final

da amostra foi calculado ainda considerando uma perda amostral comumente esperada de 10% (MARTÍNEZ-MESA *et al.*, 2014; WANG; JI, 2020), obtendo-se um valor amostral mínimo pretendido de 53 participantes. Um *print* da interface do programa com o cálculo amostral realizado pode ser consultado no Anexo D.

### 5.3.1 Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão de participantes, estabeleceu-se estar regularmente matriculado em um curso superior do IFMG-GV e/ou da UFJF-GV, e concordar participar voluntariamente da pesquisa através da assinatura do TCLE.

### 5.3.2 Critérios de exclusão

Num primeiro momento foram excluídos os indivíduos com idade fora da faixa 18 a 35 anos. Dado a pesquisa ser aberta a todos os alunos dos cursos superiores que se interessassem em participar, a seleção por idade ocorreu *a posteriori*.

Foram excluídos ainda os participantes que demonstraram desatenção ao adequado preenchimento dos instrumentos, sendo classificados como respondentes aleatórios através de baixa pontuação na Escala de Respondentes Conscientes (MARJANOVIC *et al.*, 2014), descrita na seção ‘5.5.9 Checagem de atenção’.

Para a fase de intervenção, um critério de exclusão adicional se refere àqueles indivíduos que escolheram voluntariamente não participar das demais fases, mantendo sua participação apenas na primeira avaliação (T1).

## 5.4 PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

A intervenção realizada se baseou no trabalho descrito por Seekis, Bradley e Duffy (2017), a qual consiste em se realizar previamente uma indução negativa relacionada à imagem corporal, solicitando aos participantes que leiam um texto (APÊNDICE D) sobre um mesmo cenário hipotético e pedindo que se imaginem como o protagonista descrito no cenário, o qual teve fotografias desfavoráveis de si mesmo postadas nas mídias sociais por um amigo. Em seguida, pede-se aos participantes que realizem atividades de escrita, participando de uma dentre três intervenções possíveis: intervenção em autocompaixão, intervenção em autoestima ou intervenção controle (APÊNDICES E, F e G). Cada intervenção consiste numa

atividade constituída por três propostas de escrita; cada proposta contando com tempo aproximado de 5 minutos para sua realização, totalizando 15 minutos de intervenção em qualquer uma das três possibilidades.

Cada proposta de escrita na intervenção em autocompaixão (APÊNDICE E) é projetada para induzir um dos três elementos positivos da autocompaixão. Para humanidade compartilhada, a instrução consiste em: (a) “Pense nas pessoas que passam por experiências semelhantes e descreva as maneiras como essas pessoas também julgam a própria imagem ou se sentem inadequadas de alguma forma sobre a própria aparência.”; Para promover *mindfulness*: (b) “Reescreva o cenário descrito imaginando-se no lugar do protagonista, agindo a partir de uma perspectiva mais objetiva e equilibrada, sem se envolver em qualquer julgamento negativo.”; E para encorajar a autogentileza: (c) “Escreva uma carta para você expressando compreensão, gentileza e preocupação. Escreva da forma como você expressaria preocupação com um(a) amigo(a) próximo(a) que tenha passado por um evento semelhante.”

As três propostas de escrita na intervenção em autoestima (APÊNDICE F) são: (a) “Liste suas características positivas.”; (b) “Escreva um parágrafo interpretando o evento descrito de uma maneira que faça você se sentir melhor consigo mesmo(a). O que você faria para evitar que esse tipo de coisa acontecesse de novo?”; e (c) “Descreva por que uma foto desfavorável de si mesmo não indica realmente nada sobre o tipo de pessoa que você é.”

Para controlar a possibilidade de que a escrita por si só possa afetar as condições avaliadas, os participantes do grupo controle respondem a três propostas de escrita relacionadas a tópicos acadêmicos (APÊNDICE G), não relacionadas diretamente ao cultivo da autocompaixão ou da autoestima, ou com impacto direto sobre a imagem corporal, considerando-as neutras nesses aspectos (não há aqui uma neutralidade de forma absoluta, mas sim relativa, considerando os objetivos do estudo): (a) “Liste as disciplinas que você está cursando neste semestre. Quais você está gostando (ou desgostando)? E por quê?”; (b) “Relate quais aspectos do curso você mais tem desfrutado até agora e por quê? A profissão em que você está se graduando/formando é algo que você gostaria de seguir como carreira?”; e (c) “Descreva uma atividade ou trabalho acadêmico recente que tenha sido desafiador para você. Qual era o objetivo, como você pesquisou e o que aprendeu?”.

De acordo com o exposto, pode-se observar que os três tipos de intervenção detêm formatos semelhantes, possuindo cada um número idêntico de propostas de escrita, a serem realizadas em períodos de tempo idênticos, após a leitura de um mesmo texto com um cenário hipotético para exercício imaginativo.

Uma diferença significativa em relação ao estudo referência se refere ao fato de que o protocolo foi originalmente aplicado de modo presencial, enquanto no presente estudo se recorreu ao formato totalmente online, sendo as propostas de escrita respondidas através da plataforma Google Formulários.

## 5.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Os instrumentos de avaliação foram administrados de forma online, também através da plataforma digital Google Formulários. Na primeira avaliação (T1) era apresentado, primeiramente, o TCLE, para que os participantes tivessem acesso a informações sobre a pesquisa e, estando de acordo com os termos da mesma, pudessem consentir e continuar com sua participação. A seguir era apresentado um questionário sociodemográfico, a fim de colher informações gerais, mas relevantes, de todos os alunos participantes do estudo; então foram utilizados instrumentos que objetivaram avaliar os seguintes aspectos, respectivamente: autocompaixão, autoestima, apreciação corporal, apreciação da funcionalidade corporal, ansiedade, depressão e transtornos mentais comuns; havendo ainda itens para checagem de atenção distribuídos entre os instrumentos citados.

Na segunda avaliação (T2) o questionário sociodemográfico não era apresentado. Em vez dele, itens para checagem da credibilidade do cenário, dado que este momento de avaliação ocorria logo após a intervenção aplicada àquele dado participante. E, a seguir, o restante dos instrumentos era apresentado. Na terceira avaliação (T3), nem o questionário sociodemográfico, nem os itens de checagem de credibilidade eram apresentados; os participantes respondiam ao restante dos instrumentos.

Em suma, todos os instrumentos foram aplicados nos três momentos de avaliação, exceto o questionário sociodemográfico, aplicado apenas no T1, e os itens para checagem de credibilidade, aplicados somente no T2. Foram repetidas nos três momentos questões essenciais de identificação, para posterior vinculação das informações dos participantes.

A seguir (Quadro 1) encontra-se quadro-resumo dos instrumentos utilizados e então uma descrição mais detalhada de cada um.

Quadro 1 - Quadro-resumo de instrumentos

Nome do instrumento	Autoria original	Autoria da versão brasileira	Número de itens	Formato de resposta	Método de avaliação	Método de classificação
<b>Questionário sociodemográfico</b>	Elaborado pela autora (2021)	---	35	Diversos	---	---
<b>Escala de autocompaixão</b>	Neff (2003b)	Souza e Hutz (2016a)	26	Escala Likert de 5 pontos	Média dos pontos	Níveis de autocompaixão: <2,5= baixa; 2,5-3,5= média; >3,5= alta.
<b>Escala de autoestima</b>	Rosenberg (1965)	Hutz e Zanon (2011)	10	Escala Likert de 4 pontos	Soma dos pontos	Quanto maior a pontuação, maior o nível de autoestima.
<b>Escala de apreciação do corpo-2</b>	Tylka e Wood-Barcalow (2015a)	Junqueira <i>et al.</i> (2019)	10	Escala Likert de 5 pontos	Soma dos pontos	Quanto maior a pontuação, maior o nível de apreciação do corpo.
<b>Escala de apreciação da funcionalidade</b>	Alleva, Tylka e Diest (2017)	Faria <i>et al.</i> (2020)	7	Escala Likert de 5 pontos	Soma dos pontos	Quanto maior a pontuação, maior o nível de apreciação da funcionalidade corporal.
<b>Inventário de ansiedade traço-estado (<i>short-form</i>)</b>	Spielberger, Gorsuch e Lushene. (1970)	Fioravanti-Bastos, Cheniaux e Landeira-Fernandez (2011)	12	Escala Likert de 4 pontos	Soma dos pontos	Quanto maior a pontuação, maior o nível de ansiedade.
<b>Inventário de depressão Beck II</b>	Beck, Steer e Brown (1996)	Finger (2008)	21	Múltipla escolha	Soma dos pontos	Níveis de sintomatologia depressiva: ≤13= mínima; 14-19= leve; 20-28= moderada; ≥29= grave.
<b><i>Self-Reporting Questionnaire-20</i></b>	Harding <i>et al.</i> (1980)	Mari e Williams (1986)	20	Binário (sim/não)	Soma dos pontos	Ponto de corte em 8, indicando presença de transtornos mentais comuns.
<b>Escala de Respondentes Conscientes</b>	Marjanovic <i>et al.</i> (2014)	Adaptado de forma livre pela autora (2021)	5	Escala Likert variável	Soma de respostas corretas	Ponto de corte em 3, indicando um respondente consciente.
<b>Checagem de credibilidade</b>	Seekis, Bradley e Duffy (2017)	Adaptado de forma livre pela autora (2021)	3	Escala Likert de 5 pontos	Média dos pontos	Quanto maior a pontuação, maior o nível de credibilidade.

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

### 5.5.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (APÊNDICE H) destinou-se a colher informações gerais dos estudantes, tais como sexo, idade, raça/etnia, estado civil, situação ocupacional, religião, composição familiar, condições de moradia, hábitos de vida, altura, peso, doenças e transtornos diagnosticados, incluindo transtornos psicológicos e alimentares, além de possíveis acompanhamentos psicológicos e/ou psiquiátricos realizados.

### 5.5.2 Escala de Autocompaixão

A escala de autocompaixão (*Self-Compassion Scale - SCS*) foi desenvolvida por Neff (2003b), a fim de oferecer um instrumento válido para pesquisas e contextos de intervenção em saúde. O instrumento objetiva avaliar os níveis de autocompaixão do indivíduo através de 26 itens, distribuídos em seis fatores: autobondade, *mindfulness*, senso de humanidade compartilhada, autocrítica, superidentificação e isolamento (NEFF, 2003b).

A SCS foi adaptada e validada para uso no Brasil (ANEXO E) por Souza e Hutz (2016a), podendo ser administrada em indivíduos maiores de 18 anos e com o ensino médio completo. Os 26 itens são respondidos em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando entre ‘quase nunca’ = 1 ponto e ‘quase sempre’ = 5 pontos (SOUZA; HUTZ, 2016a).

A pontuação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, realizando-se depois o cálculo da média, sendo possível também a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Uma média mais elevada indica maior autocompaixão. Os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados, tendo a pontuação invertida para se aceder à pontuação total (isto é, 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1).

Um escore geral médio de autocompaixão tende a girar em torno de 3,0. Uma pontuação entre 1 e 2,5 para o escore geral indica um nível baixo de autocompaixão; entre 2,5 e 3,5 indica um nível moderado; e entre 3,5 e 5,0 indica um alto nível de autocompaixão (NEFF, 2003b).

### 5.5.3 Escala de Autoestima

A escala de autoestima (*Self-Esteem Scale* - SES) desenvolvida por Rosenberg (1965) é uma medida unidimensional que abarca um conjunto de sentimentos de autoestima e autoaceitação, e avalia a autoestima global (HUTZ; ZANON, 2011).

A versão brasileira da escala (ANEXO F), adaptada e validada por Hutz e Zanon (2011), pode ser utilizada por crianças, adolescentes e adultos. É constituída por 10 afirmações, as quais são respondidas em uma escala do tipo Likert de 4 pontos (HUTZ; ZANON, 2011).

Metade dos itens é enunciada positivamente, variando entre: concordo totalmente = 4; concordo = 3; discordo = 2; e discordo totalmente = 1. Enquanto a outra metade é enunciada negativamente, tendo a pontuação invertida: concordo totalmente = 1; concordo = 2; discordo = 3; e discordo totalmente = 4. Assim, cada item pode receber uma pontuação de no mínimo 1 e no máximo 4 pontos. A soma das respostas dos 10 itens fornece o escore da SES, cuja pontuação total oscila de 10 a 40 pontos, e quanto maior o escore total, maior o nível de autoestima indicado.

### 5.5.4 Escala de Apreciação do Corpo-2

A escala de apreciação do corpo (*Body Appreciation Scale* - BAS), em sua segunda versão (BAS-2), foi desenvolvida por Tylka e Wood-Barcalow (2015a). A primeira versão da escala foi desenvolvida por Avalos, Tylka e Wood-Barcalow (2005) para avaliar a apreciação do corpo baseando-se em características positivas da imagem corporal.

A BAS-2 foi adaptada e validada para uso na população adulta brasileira (ANEXO G) por Junqueira *et al.* (2019), mantendo a estrutura unidimensional da versão original. A BAS-2 possui 10 itens a serem respondidos em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de 'nunca' = 1 a 'sempre' = 5. O escore final pode variar de 10 a 50 pontos e uma maior pontuação indica um maior nível de apreciação corporal.

### 5.5.5 Escala de Apreciação da Funcionalidade

A escala de apreciação da funcionalidade (*Functionality Appreciation Scale* - FAS) foi desenvolvida por Allewa, Tylka e Diest (2017), a fim de avaliar a apreciação da funcionalidade corporal de indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos. Foi adaptada e

validada para uso com jovens adultos brasileiros por Faria *et al.* (2020) (ANEXO H). Assim como na versão original, a versão brasileira possui 7 itens em uma estrutura unidimensional, a serem respondidos em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de ‘Discordo totalmente’ = 1 a ‘Concordo totalmente’ = 5. Quanto maior a pontuação do indivíduo, que pode variar de 7 a 35 pontos, maior o nível de apreciação da funcionalidade corporal indicado.

### **5.5.6 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (*Short-Form*)**

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE ou originalmente *State-Trait Anxiety Inventory* - STAI) baseia-se no pressuposto de que a ansiedade pode ser avaliada ora como um estado (condição emocional transitória) ora como um traço (tendência individual relativamente estável a reagir de determinada maneira) (CATTELL; SCHEIER, 1961; KAIPPER, 2008).

O IDATE foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970), sendo adaptado para a realidade brasileira por Biaggio, Natalício e Spielberger (1977) em sua versão para adultos, e por Biaggio (1980) em sua versão infantil. O inventário é constituído originalmente por duas escalas, com 20 itens cada, sendo uma delas destinada a avaliar a ansiedade-estado (IDATE-E) e outra destinada a avaliar a ansiedade-traço (IDATE-T), totalizando 40 itens (KAIPPER, 2008).

Contudo, foi utilizada neste estudo a versão curta do inventário, desenvolvida por Fioravanti-Bastos, Cheniaux e Landeira-Fernandez (2011), a qual é composta por duas escalas de 6 itens cada, totalizando 12 itens (ANEXO I). Assim como a versão original, ambas as escalas da versão curta possuem 2 fatores cada, a saber: presença de ansiedade e ausência de ansiedade. A versão reduzida do IDATE foi validada junto a adolescentes e adultos brasileiros de ambos os sexos.

Trata-se de um instrumento de autorrelato, com escala do tipo Likert de 4 pontos, variando de ‘absolutamente não’ = 1 a ‘muitíssimo’ = 4 no IDATE-E; e ‘quase nunca’ = 1 e ‘quase sempre’ = 4 no IDATE-T. Deve-se proceder à inversão dos escores de alguns itens para aceder à pontuação total, que pode variar, na versão curta, entre 12 e 48 pontos, e quanto maior, maior o indicativo de ansiedade.

### 5.5.7 Inventário de Depressão Beck II

O inventário de depressão Beck (*Beck Depression Inventory* - BDI) foi desenvolvido por Beck *et al.* (1961) com o objetivo de avaliar a intensidade de sintomatologia depressiva. Foi adaptado e validado para uso no Brasil por Gorenstein e Andrade (1996). A segunda versão do inventário (BDI-II) foi desenvolvida por Beck, Steer e Brown (1996) e baseou-se na revisão da primeira versão com a finalidade de se alinhar aos critérios diagnósticos para transtornos depressivos fornecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª Edição (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM-IV) (APA, 1995), o qual vigorava na época.

O BDI-II foi adaptado para o Brasil, primeiramente por Finger (2008) para uma população universitária (ANEXO J), e posteriormente por Gorenstein *et al.* (2011) para a população em geral, podendo ser utilizado com adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. Finger (2008) aponta uma estrutura de 3 fatores para o instrumento, ora denominados: cognitivo-emocional, comportamental (somático) e sensações de perda. O instrumento possui 21 itens, com 4 alternativas cada. Cada item é pontuado de 0 a 3 pontos. A soma varia, assim, de 0 a 63 pontos e quanto maior o escore, maior o nível de depressão indicado. Segundo classificação proposta pelo manual, escores de até 13 pontos indicariam um nível mínimo de sintomatologia depressiva; entre 14 e 19 pontos indicariam um nível leve; entre 20 a 28 pontos, nível moderado; e a partir de 29 pontos, nível grave (GORENSTEIN *et al.*, 2011).

### 5.5.8 Self-Reporting Questionnaire

Estudos conduzidos na década de 1970 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) visavam validar métodos de baixo custo para rastreamento psiquiátrico, ao que foi proposto, nesse contexto, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), um instrumento desenvolvido por Harding *et al.* (1980), para detectar morbidade psiquiátrica na população geral, sendo então testado e adaptado em diversos países, inclusive o Brasil (BEUSENBERG; ORLEY, 1994).

O instrumento conta originalmente com 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não psicóticos, quatro para rastreamento de transtornos psicóticos, uma questão única para rastreamento de crises convulsivas e cinco para rastreamento de uso abusivo de álcool. As 20 questões para rastreamento de transtornos não psicóticos compuseram o chamado SRQ-20, o qual vem sendo utilizado em muitos países de

culturas diferentes para rastreamento desses transtornos (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

O SRQ-20 foi validado no Brasil por Mari e Williams (1986) e tem sido bastante utilizado para avaliar transtornos mentais comuns em comunidades urbanas e rurais e também em portadores de enfermidades (LIMA, 2014).

Verifica-se que o SRQ-20 (ANEXO K) é composto, dessa maneira, por 20 questões com respostas em formato binário, 'sim' ou 'não', gerando uma pontuação de 1 ou 0, respectivamente, contando, então, com um escore total que varia de 0 a 20 pontos (HARDING *et al.*, 1980). O instrumento apresentou originalmente para a população brasileira uma estrutura de 4 fatores: decréscimo de energia, sintomas somáticos, humor depressivo-ansioso e pensamentos depressivos (IACOPONI; MARI, 1988). Embora caiba acrescentar que tem apresentado diferenças no número de fatores e distribuição dos itens em diferentes estudos (BEUSENBERG; ORLEY, 1994; SANTOS; CARVALHO; ARAÚJO, 2016). Neste trabalho utilizou-se como referência o trabalho de Santos, Araújo e Oliveira (2009), que reafirmou a estrutura em 4 fatores na adaptação brasileira original.

Segundo Mari e Williams (1986), os melhores pontos de corte estariam entre 5/6 afirmações positivas para homens e entre 7/8 para mulheres, sendo este corte apenas sugestivo de sofrimento ou distúrbios psíquicos. No entanto, Harding *et al.* (1980) alertam que o ponto de corte do SRQ-20 pode apresentar variação considerável, indo de 5/6 a 10/11 pontos, dependendo do contexto cultural em que é aplicado, o que inclui contextos local e temporal. Assim, foi utilizado como referência neste trabalho o ponto de corte único em 7/8 pontos, sugerido pelo estudo de Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) com população brasileira bastante diversificada, incluindo adolescentes e adultos de ambos os sexos, os quais estabeleceram o ponto de corte através de comparativo dos resultados do instrumento com entrevista psiquiátrica usando SCID-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*), considerada então padrão-ouro para o diagnóstico de morbidades psiquiátricas. Desse modo, considera-se que, a partir de 8 pontos, o resultado é indicativo de presença de morbidade psiquiátrica para o participante.

### **5.5.9 Escala de Respondentes Conscientes**

Para filtrar os respondentes que podem não estar prestando atenção às perguntas dos instrumentos de avaliação, foram incluídos itens que instruem o indivíduo a fornecer uma resposta específica, baseando-se na Escala de Respondentes Conscientes (*Conscientious*

*Responders Scale* - CRS), desenvolvida por Marjanovic *et al.* (2014). Os cinco itens que compõem a CRS, adaptados de forma livre (ANEXO L) permitem determinar objetivamente se instruções específicas são seguidas ou não; como tal, eles fornecem uma medida de resposta consciente (MARJANOVIC *et al.*, 2014). Os itens foram incorporados aos demais instrumentos de avaliação em todas as etapas, sendo distribuídos da forma mais homogênea possível entre eles.

Como o participante é instruído a fornecer uma resposta específica dentro de uma escala do tipo Likert (originalmente com 7 pontos, mas variável aqui de acordo com a escala Likert do instrumento em que o item estiver inserido), cada item pode ser avaliado em termos de resposta correta ou errada, considerando se o participante marcou a alternativa instruída ou não. Cada resposta correta recebe a pontuação 1 e cada resposta incorreta pontuação 0. A pontuação total da CRS é gerada pela soma de todas as respostas corretas de um respondente. Assim, as pontuações variam de 0 (todas as respostas incorretas) a 5 (todas as respostas corretas). Os autores sugerem um ponto de corte em 2/3 pontos, ou seja, a partir de 3 respostas corretas, o indivíduo é classificado como um respondente consciente. Em contrapartida, obtendo uma pontuação igual ou inferior a 2 pontos, os indivíduos são classificados como respondentes aleatórios, ou seja, considera-se que responderam de forma aleatória aos itens do formulário de pesquisa e não de acordo com os enunciados. E indivíduos assim classificados foram excluídos da análise de resultados no presente estudo.

Dessa forma, essa escala foi adotada apenas como critério de exclusão dos participantes classificados como respondentes aleatórios. Isso porque os dados aleatórios fornecidos por eles aos instrumentos não contribuem para o alcance dos objetivos do estudo.

#### **5.5.10 Checagem de credibilidade**

Logo após a intervenção, os participantes foram solicitados a completar itens de um questionário avaliando a credibilidade do cenário proposto de início (ANEXO M). Os itens, assim como o cenário, foram adaptados livremente do estudo de Seekis, Bradley e Duffy (2017). Desse modo, uma medida de três itens objetiva avaliar: o realismo percebido do cenário (Eu acho que existem situações como essa na vida real, em que uma pessoa não gosta de fotos desfavoráveis de si mesma.); a adequação do exemplo utilizado (Representando o que uma pessoa pode experimentar ao se comparar com colegas em fotos de grupo, o cenário descrito era plausível, ou seja, algo que facilmente pode acontecer na realidade.); e a capacidade dos participantes de assumir o papel do personagem proposto (Eu fui capaz de

adotar o papel [ou seja, me colocar no lugar] da pessoa retratada no cenário descrito). As respostas são dadas em uma escala de 1 = ‘Discordo totalmente’ a 5 = ‘Concordo plenamente’. Os escores são calculados pelas médias, com pontuações mais altas indicando níveis mais altos de credibilidade do cenário e vice-versa, fornecendo, assim, indícios do quanto a indução negativa prévia utilizada antes da intervenção foi adequada aos participantes e, assim, aos objetivos do estudo.

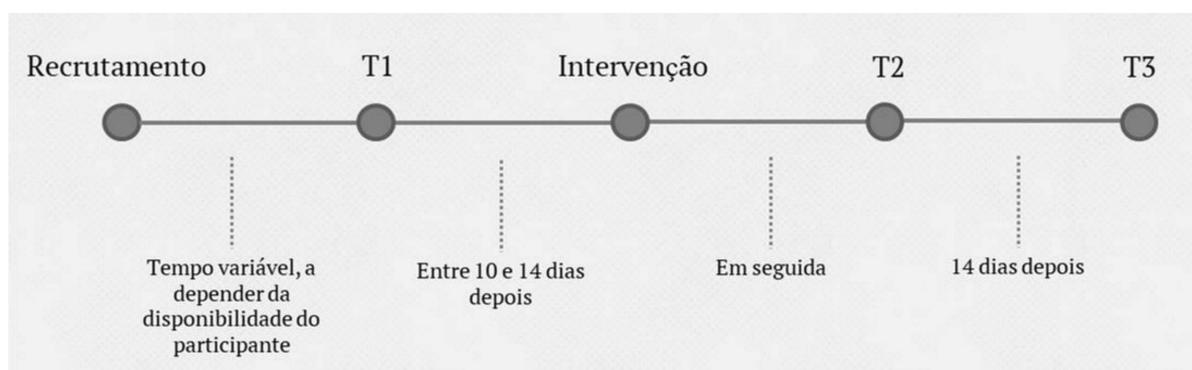
## 5.6 PROCEDIMENTOS

Na descrição dos procedimentos, apresenta-se, num primeiro momento, um fluxograma demonstrativo da sequência de etapas seguidas junto aos participantes, após o contato e autorização das instituições lócus de pesquisa. É realizada então a descrição de cada etapa nos tópicos seguintes.

Como pode ser visto na Figura 3, a pesquisa de campo pode ser compreendida através de cinco etapas: recrutamento, avaliação pré-intervenção (T1), intervenção, avaliação pós-intervenção (T2) e *follow-up* (T3). Todas as etapas da coleta de dados foram realizadas no segundo semestre de 2020, entre os meses de julho e dezembro, de forma online. A coleta foi realizada primeiramente no âmbito do IFMG e posteriormente na UFJF.

Ressalta-se que o estudo foi planejado inicialmente para ser executado predominantemente de modo presencial em sua abordagem junto aos participantes, mas, devido à ocorrência do momento pandêmico, houve a necessidade de ser adequado a um formato totalmente online.

Figura 3 - Fluxograma de etapas do estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo de avaliação 1 - pré-intervenção; T2 = Tempo de avaliação 2 - imediatamente pós-intervenção; T3 = Tempo de avaliação 3 - duas semanas pós-intervenção (*follow-up*).

### 5.6.1 Recrutamento

O recrutamento dos participantes se fez pela divulgação do estudo junto aos discentes dos cursos superiores do IFMG e da UFJF de Governador Valadares, convidando-os a participar da pesquisa. No IFMG, o principal meio de divulgação consistiu no envio de e-mails convite (APÊNDICE I) endereçados individualmente aos alunos. Adicionalmente, eram enviados e-mails lembrete mais duas vezes reforçando o convite, além de dois contatos por aplicativos de mensagem (APÊNDICE J). Assim, os alunos do IFMG recebiam até um máximo de três e-mails e duas mensagens convidando para a pesquisa. Caso a resposta do aluno fosse recebida antes desse máximo, ele deixava de receber os demais convites.

Na UFJF, houve intermediação dos coordenadores de curso; desse modo, e-mails convite (APÊNDICE K) eram enviados a eles, os quais ficavam responsáveis pelo contato com os alunos de seus respectivos cursos, sendo sugerido o encaminhamento do convite aos e-mails individuais dos alunos. No e-mail convite, seja o enviado diretamente aos alunos, seja o enviado aos coordenadores para posterior encaminhamento, fornecia-se uma breve explicação do formato da intervenção, seus objetivos e demais aspectos relevantes. Era explicitado ainda que os alunos poderiam receber esclarecimentos adicionais sobre a intervenção junto aos pesquisadores. Comumente era enviada junto uma arte simples de campanha (APÊNDICE L).

Os participantes tinham acesso ao nome público da pesquisa (Imagem corporal, autocompaixão e autoestima em jovens universitários); e a respeito da intervenção, era colocado de forma genérica que esta visava saúde mental.

Os alunos não foram recrutados todos no mesmo momento, mas aos poucos, pois, a fim de se manter uma maior organização do processo, que envolvia diferentes fases, com prazos predeterminados entre elas, e também para manter maior organização no momento próprio de intervenção, era necessário haver uma limitação de estudantes por fase de pesquisa, sendo recrutados em diferentes “levas”. Ou seja, durante grande parte da pesquisa de campo, havia alunos em diferentes fases da participação, ora sendo recrutados, ora participando de momentos de avaliação, ora participando da intervenção, pois não se poderia aguardar a finalização de todas as etapas para iniciar com a próxima leva, devido à exiguidade do tempo. Cabia à pesquisadora o manejo do tempo, para que ficasse dentro do especificado para todos os participantes. No IFMG, as levas eram determinadas por um quantitativo de alunos. Na UFJF, as levas se davam por curso.

### 5.6.2 Avaliação pré-intervenção

Quando do recebimento do e-mail convite, os estudantes que tivessem interesse em participar poderiam responder ao formulário de pesquisa no momento em que tivessem disponibilidade, mas com um prazo em torno de duas semanas para fazê-lo, depois do qual o formulário enviado seria fechado.

Ao abrir o formulário para participar da pesquisa, era solicitado ao aluno primeiramente a leitura e, concordando com os termos, a assinatura eletrônica do TCLE. A seguir, todos os participantes eram solicitados a responder ao questionário sociodemográfico, seguido pelos instrumentos de avaliação. Ao final do formulário de pesquisa, em sua última página, os participantes exerciam a escolha em participar da fase de intervenção ou não. Caso tivessem interesse marcariam, dentre 5 a 6 opções disponíveis, com horários disponíveis em manhã, tarde e noite, o melhor dia e horário para participar da intervenção. As opções de intervenção se encontravam num prazo entre 10 a 14 dias distantes, em média, da data de resposta do formulário T1, a depender do momento de resposta do aluno. Havia ainda a opção de marcar interesse em participar, mas indisponibilidade nos horários disponibilizados, a partir do qual era realizado contato individual com aquele aluno, a fim de se agendar um horário de intervenção a parte.

No meio do prazo aproximado de duas semanas para responder a essa primeira etapa, para essa “leva” de alunos, as datas de intervenção eram modificadas a fim de manter um espaço de tempo controlado entre as fases da pesquisa. Após o fechamento do formulário, um novo formulário idêntico (mas com novas datas de intervenção) era criado a fim de ser enviado a novos alunos, para fins de controle dos respondentes. O aluno que perdesse esse prazo inicial de duas semanas poderia participar durante a nova “leva” de alunos, desde que solicitasse à pesquisadora, que lhe enviava então o novo link do formulário.

Para tentar minimizar a lembrança das respostas dadas pelos participantes aos instrumentos neste primeiro momento, o chamado efeito memória (ESTRELA, 2018; MARTINS, 2006), convencionou-se aguardar esse período mínimo de 10 dias entre esta etapa e a realização da etapa seguinte, na qual os participantes respondiam aos instrumentos de avaliação novamente.

Estudos apontam que o período de aplicação de um reteste não deve ser muito curto, pois a pessoa poderia simplesmente se lembrar das respostas, nem muito longo, já que mudanças e eventos de vida poderiam explicar variações identificadas (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; STREINER; NORMAN, 2008). Embora se deva considerar as

variações inerentes a cada estudo, Keszei, Novak e Streiner (2010) indicam como adequado um intervalo de 10 a 14 dias entre o teste e uma nova aplicação, o que foi adotado neste estudo.

### **5.6.3 Intervenção**

Em um momento posterior, cerca de 10 a 14 dias após a primeira etapa, de acordo com a data e hora marcadas pelo estudante no formulário de pesquisa, era realizado o momento de intervenção. Um lembrete acerca da realização da intervenção era enviado aos alunos participantes, em geral no dia anterior, para minimizar esquecimentos.

A intervenção era realizada através de videochamadas geradas por meio da plataforma do Google Meet, cujo link era enviado aos alunos cerca de 10 minutos antes da intervenção, a fim de evitar compartilhamento externo. Participavam da chamada de 1 a 5 alunos, em média, que eram acompanhados pelas pesquisadoras. A autora era a condutora principal das intervenções, podendo ser acompanhada pela orientadora e duas alunas de iniciação científica que prestavam suporte à pesquisa, sendo as últimas apresentadas ora como parte da equipe de pesquisa, ora como alunas participantes da intervenção, as quais perfaziam esse papel objetivando deixar os demais alunos mais à vontade em participar da reunião e das atividades propostas.

Os alunos eram recepcionados à medida que entravam na chamada. Estabeleceu-se uma tolerância de 10 minutos de atraso, a partir do qual era iniciada a reunião de intervenção. Os alunos eram estimulados a abrir câmera e microfone, mas não era obrigatório, diante do qual a maioria dos participantes optava em mantê-los fechados e se comunicar através do chat da chamada. As pesquisadoras presentes se apresentavam e então a condutora explicitava o formato da intervenção a ser realizada, esclarecendo eventuais dúvidas. As atividades de escrita da intervenção eram realizadas por meio do Google Formulários. Os links com cada uma das atividades de escrita eram enviados ao longo da intervenção, por meio do chat próprio do Google Meet.

No primeiro link, após uma identificação primária, todos os participantes eram solicitados a ler um texto sobre um mesmo cenário hipotético, sendo pedido que se imaginassem como o protagonista descrito no cenário, o qual teve fotografias desfavoráveis de si mesmo postadas nas mídias sociais por um amigo. Era dado um tempo para que os participantes lessem o texto com calma. Como se tratava de um texto bem curto, não

demoravam mais que dois minutos para concluir a leitura, ao que era pedido para sinalizarem a conclusão para se passar à realização das propostas escritas.

A seguir os participantes recebiam as instruções correspondentes, as quais consistiam basicamente em estimulá-los a refletir sobre as propostas e se concentrar em escrever sobre elas pelo prazo de cinco minutos, mas que não se preocupassem em marcar o tempo, pois eu avisaria de seu término. Os participantes então realizavam a primeira atividade de escrita voltada à autocompaixão, autoestima ou neutra, de acordo com a intervenção a ser realizada naquele dia e horário, predeterminada anteriormente. Ou seja, antes do início de cada reunião de intervenção, o tipo de intervenção a ser realizada já havia sido determinado. Sendo assim, os participantes eram distribuídos de forma aleatória entre as intervenções, de acordo com o dia e a hora que tivessem escolhido. Os participantes não sabiam da existência de mais de um tipo de intervenção, não sabendo, por conseguinte, em qual estavam alocados.

A determinação do tipo de intervenção a ser conduzido em certo dia e horário era realizada pela pesquisadora/condutora principal, alternando-se inicialmente de acordo com a ordem G1, G2 e G3. Assim que o formulário de respostas era fechado, ou era feita a atualização das opções de data de intervenção, era feito o levantamento de quais dias e horários haviam sido marcados pelos respondentes e então a determinação do tipo de intervenção que iria ocorrer em cada reunião. Ao longo da realização das sessões de intervenção, passou-se a determinar o tipo de intervenção a ser realizado de acordo com a quantidade de indivíduos já alocados em cada tipo, buscando-se manter o quantitativo o mais equilibrado possível entre os grupos. Assim, como a alocação dos indivíduos seguiu critérios meramente quantitativos, pode-se enquadrá-la em um tipo de randomização por blocos (KANG; RAGAN; PARK, 2008).

Todos os participantes do mesmo dia e horário realizavam a mesma atividade. Como posto, os participantes eram instruídos a escrever durante cinco minutos para responder à proposta/questão fornecida e alertados de que seriam avisados do término do tempo, a partir do qual deveriam enviar suas atividades. Era também pedido aos participantes que, ao fim de cada atividade, sinalizassem seu envio, seja falando pelo microfone, seja digitando sua resposta no chat. A condutora verificava se havia recebido a resposta de todos em tempo real, pois permanecia com o formulário aberto, confirmando com os participantes o recebimento. Após todos finalizarem a primeira proposta, o link da segunda era enviado no chat, acompanhado novamente das instruções e então o link da terceira atividade, do mesmo modo. Nos formulários de intervenção havia campos para identificação antes de cada proposta de

escrita, já que se encontravam em links separados, para posterior vinculação das informações pertencentes a um mesmo participante.

Quaisquer das intervenções (autocompaixão, autoestima e controle) contavam com três propostas/questões para escrita, sendo pedido e reforçado antes de cada proposta que os alunos se ocupassem de escrever em cada uma por um tempo de cinco minutos, totalizando ao final 15 minutos de atividade escrita. Os passos para realização das intervenções eram idênticos, independentes do grupo de alocação dos participantes. A única diferença consistiu nas propostas de escrita a que os participantes tinham acesso.

É natural que o intervalo de cinco minutos estipulado para a escrita em cada proposta transcorresse de forma diferente para cada participante. Para alguns, cinco minutos pareceu constituir um tempo demasiado longo para escrever, os quais sinalizavam seu término antecipado, diante do qual era reforçada a instrução de tentar escrever durante os cinco minutos e aguardar o aviso de término do tempo; para outros, cinco minutos pareceriam o suficiente e adequado, seguindo as instruções sem relatar quaisquer problemas; e para outros ainda, este pareceu ser um tempo demasiado curto, os quais se delongavam em enviar a tarefa, diante do que eram lembrados de enviá-la o mais rápido possível ao aviso do término do tempo. Claro que esta análise do tempo gasto pelos participantes se dá a partir do que é possível observar através de uma videochamada, dado que não se consegue controlar o que de fato o indivíduo está fazendo, ainda mais à distância.

Lembrando que, neste modelo de estudo, não foi analisado, *a priori*, o conteúdo escrito pelos participantes, mas o efeito/consequência de se passar aqueles 15 minutos tentando materializar, em escrita, as reações e reflexões individuais sobre as propostas.

#### **5.6.4 Avaliações pós-intervenção**

Imediatamente após o término das três propostas de escrita das intervenções, os participantes eram solicitados a responder aos instrumentos de avaliação uma segunda vez, diante do qual o link para o formulário T2 era enviado no chat ainda durante a videochamada. Era solicitado que os participantes avisassem do envio ao finalizar sua resposta ao formulário para que, quando todos os alunos presentes na chamada finalizassem, se fizesse o fechamento da reunião, que, com todos os procedimentos descritos até aqui, tinha uma duração média de 50 minutos.

Durante a finalização da reunião, eram expressos os agradecimentos aos alunos pela participação até ali e feito o pedido de que pudessem colaborar mais uma vez com a pesquisa,

ao responder aos formulários uma terceira vez, dali a duas semanas aproximadamente. Era oferecida aos alunos a possibilidade de conhecer seus resultados individuais dos instrumentos de avaliação, caso tivessem interesse, a partir de solicitação à condutora, que poderia se dar posteriormente.

E, após duas semanas (*follow-up*), os indivíduos que participaram das etapas anteriores eram solicitados a responder uma terceira vez aos instrumentos de avaliação, através de envio de e-mail com o link do formulário referente ao T3. Caso não houvesse resposta, em geral mais dois contatos eram realizados com os alunos, reforçando a importância de sua participação nessa última etapa, depois do qual não eram realizados mais contatos.

## 5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Com a finalização da coleta de dados, realizou-se a organização/tabulação dos dados coletados pelos instrumentos de avaliação em planilhas do Excel geradas pelo próprio Google Formulários. Essas planilhas foram trabalhadas, a fim de se excluir respostas duplicadas de um mesmo participante, respostas de participantes que não se enquadravam na idade estabelecida para a amostra de pesquisa e, por fim, respostas de respondentes aleatórios. Essas planilhas foram importadas então para o software SPSS versão 26 para realização das análises estatísticas, as quais consideraram o nível de significância em 5%.

Primeiramente procedeu-se a uma análise estatística descritiva dos dados da amostra inicial total (respondentes do T1), tanto das variáveis categóricas, através de distribuição de frequências relativa e absoluta; quanto das variáveis numéricas, através de média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos. Para as escalas/inventários utilizados, também considerando o momento 1 (T1), realizou-se o cálculo do  $\alpha$  (alfa) de Cronbach para a avaliação da consistência interna<sup>5</sup> dos instrumentos, a qual é considerada satisfatória a partir de valores de 0,60-0,70 (HAIR JR. *et al.*, 2009). Em tempo, foram avaliadas a normalidade<sup>6</sup> e a homogeneidade<sup>7</sup> dos dados, as quais constituem premissas para a realização de alguns testes subsequentes.

---

<sup>5</sup> A consistência interna pressupõe que os itens ou indicadores individuais da escala devem medir o mesmo construto, e assim serem altamente intercorrelacionados (HAIR JR. *et al.*, 2009).

<sup>6</sup> A normalidade implica uma distribuição simétrica de valores em torno da média de determinada variável, formando as chamadas curvas em forma de sino em gráficos do tipo histograma (DANCEY; REIDY, 2013).

<sup>7</sup> A homogeneidade implica que determinada variável possui variâncias semelhantes entre os diferentes grupos de participantes, sendo um teste que não depende da suposição de normalidade (DANCEY; REIDY, 2013).

A fim de comparar o grupo que participou da fase de intervenções com o que não participou foram realizados o teste  $\chi^2$  (qui-quadrado)<sup>8</sup> para variáveis categóricas e o teste t<sup>9</sup> para variáveis numéricas. Em caso de significância, foram observados também os seus respectivos tamanhos de efeito<sup>10</sup>, no caso V de Cramer ou Fi e d de Cohen. O V de Cramer e o Fi são interpretados de modo semelhante a outros coeficientes de correlação (DANCEY; REIDY, 2013). Para o d de Cohen, valores acima de 0,2 podem ser interpretados como tamanho de efeito pequeno, acima de 0,5 sugerem um efeito médio e acima de 0,8 um efeito grande (COHEN, 1988).

Ainda considerando a amostra total de respondentes em T1, foram realizados testes de correlação<sup>11</sup> entre os instrumentos utilizados, através do r de Pearson. De acordo com Dancey e Reidy (2013), valores de r acima de 0,7 seriam indicativos de correlações fortes; acima de 0,4 indicativos de correlações moderadas; e abaixo desse último indicativos de correlações fracas.

Foi testado então um modelo de regressão linear múltipla<sup>12</sup> para a variável desfecho ‘apreciação corporal’, a fim de se buscar variáveis que pudessem explicar parte da variação da apreciação corporal dos participantes. A fim de confirmar a legitimidade do modelo, foi verificado se as premissas para a realização da regressão foram cumpridas, tais como número mínimo de 20 participantes por variável independente no modelo, correlação linear entre variável dependente e variáveis independentes, independência dos resíduos através do teste de Durbin-Watson (valores de referência entre 1,5 e 2,5), ausência de multicolinearidade através dos índices de tolerância (acima de 0,1) e VIF (abaixo de 10), ausência de *outliers*, resíduos normalmente distribuídos e homocedasticidade (CHEIN, 2019; FIGUEIREDO FILHO *et al.*, 2011).

---

<sup>8</sup> O teste  $\chi^2$  avalia a associação entre duas variáveis categóricas, através da contagem de frequências e, em caso de significância, é possível observar o tamanho de efeito, fornecido pelo V de Cramer ou Fi (DANCEY; REIDY, 2013).

<sup>9</sup> O teste t é usado quando se tem duas condições e avalia se existe uma diferença significativa entre as médias das duas condições. Em caso de significância, é possível observar o tamanho de efeito através do d de Cohen (DANCEY; REIDY, 2013).

<sup>10</sup> O tamanho de efeito comumente serve como complemento ao teste de significância estatística e se refere à magnitude da diferença entre condições ou ao poder de um relacionamento (DANCEY; REIDY, 2013).

<sup>11</sup> A análise de correlação bivariada implica que duas variáveis covariam, ou seja, quando os valores em uma variável mudam, os valores na outra variável mudam de maneira previsível; em outras palavras, as duas variáveis não são independentes (DANCEY; REIDY, 2013).

<sup>12</sup> A análise de regressão é uma extensão da análise de correlação, mas enquanto a correlação permite avaliar a força da relação entre duas variáveis (tanto a magnitude, quanto a direção), a regressão linear busca avaliar a medida do efeito de uma ou mais variáveis independentes (de entrada, explicativas ou preditoras) sobre uma variável dependente (ou de saída), na tentativa de estabelecer relacionamentos de causa (DANCEY; REIDY, 2013).

Após a finalização das análises com a amostra inicial total, procedeu-se às análises específicas com a amostra que participou da intervenção e das outras fases avaliativas da pesquisa (T2 e T3). Realizou-se primeiramente uma análise da retenção dos participantes que escolheram participar das demais fases, através da visualização da frequência relativa e realização do  $\chi^2$  para verificar associação entre medidas, analisando, assim, se havia diferenças significativas entre os grupos quanto à perda de participantes.

Procedeu-se então à realização de uma análise da normalidade dos dados provenientes dessa amostra, a fim de verificar se estavam distribuídos de forma normal ou não normal, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, adequado para amostras iguais ou acima de 50 indivíduos (MISHRA *et al.*, 2019), como é o caso. Foi realizado também o teste de Levene, a fim de se avaliar a homogeneidade das variâncias<sup>13</sup> dos dados em estudo. Foi necessário avaliar a normalidade e a homogeneidade da amostra, a fim de se constatar se eram cumpridos os requisitos mínimos para a realização de testes subsequentes da família ANOVA (*Analysis of Variance* ou Análise de Variância)<sup>14</sup> (DANCEY; REIDY, 2013).

Realizou-se novamente uma análise descritiva dos dados, desta vez apenas com os participantes da intervenção, a fim de se visualizar as características dos três grupos interventivos. Inclusive, a fim de se comparar os grupos participantes da intervenção em sua linha de base, avaliando se havia diferenças significativas entre eles, realizou-se o teste  $\chi^2$  para variáveis categóricas e o teste ANOVA de uma via para variáveis numéricas. Em caso de diferença significativa entre os grupos, que aqui são três, realizou-se o *post hoc*<sup>15</sup> correspondente para averiguar onde a diferença se encontrava.

Novamente a consistência interna dos instrumentos foi avaliada, através do  $\alpha$  de Cronbach, bem como realizado o teste de Pearson para avaliar as correlações entre os instrumentos, tendo a finalidade de verificar tais indicadores também na amostra da intervenção.

Foi realizada a análise da credibilidade do cenário utilizado na intervenção, através da análise de questões específicas para esse fim, respondidas pelos participantes em T2, logo após a intervenção. Foram estimadas a média e o desvio padrão das respostas, além da

---

<sup>13</sup> A variância é uma medida de dispersão estatística, indicando o grau no qual os escores da variável apresentados pelos indivíduos são diferentes uns dos outros (DANCEY; REIDY, 2013).

<sup>14</sup> A ANOVA busca verificar se existem diferenças nas médias dos grupos; ela faz isso determinando a média geral e verificando o quão diferente cada média individual é da média geral (DANCEY; REIDY, 2013).

<sup>15</sup> Testes *post hoc* mostram as condições que diferem de forma significativa de qualquer outra condição, sendo utilizados quando se tem mais de dois grupos, fazendo múltiplas comparações a fim de encontrar possíveis diferenças entre cada um deles (DANCEY; REIDY, 2013).

realização da ANOVA de uma via para comparação entre os grupos, verificando se havia diferença significativa entre eles quanto à credibilidade do cenário.

Procedeu-se, em tempo, à imputação de dados ausentes através do método da maximização esperada (DONG; PENG, 2013; KANG, 2013), a fim de levar-se em conta a intenção de tratar dos indivíduos que escolheram participar da intervenção, mas não participaram da última etapa do estudo, incluindo-os nas análises subsequentes.

Realizou-se então o teste ANOVA mista de medidas repetidas, avaliando-se os efeitos do grupo de alocação, do tempo e da interação grupo x tempo sobre os participantes. Em caso de significância, foram observados também os tamanhos de efeito através do  $\eta^2$  (eta-quadrado parcial), em que valores acima de 0,14 seriam indicativos de um grande efeito; acima de 0,06 indicativos de um efeito moderado; e acima de 0,01 indicativos de um pequeno efeito (SPSS, 2021).

Através da ANOVA foram geradas as médias marginais estimadas<sup>16</sup> de cada grupo (G1, G2 e G3) em cada um dos tempos de avaliação (T1, T2 e T3). Geraram-se então gráficos, nos quais é figurado o comportamento de cada variável ao longo do tempo, em cada um dos grupos, a partir das médias marginais estimadas.

Por fim, a partir dos resultados encontrados, foram analisadas e discutidas a eficácia e a eficiência das intervenções, bem como demais objetivos pretendidos e hipóteses geradas, tendo em vista experiências já relatadas na literatura e o contexto presente.

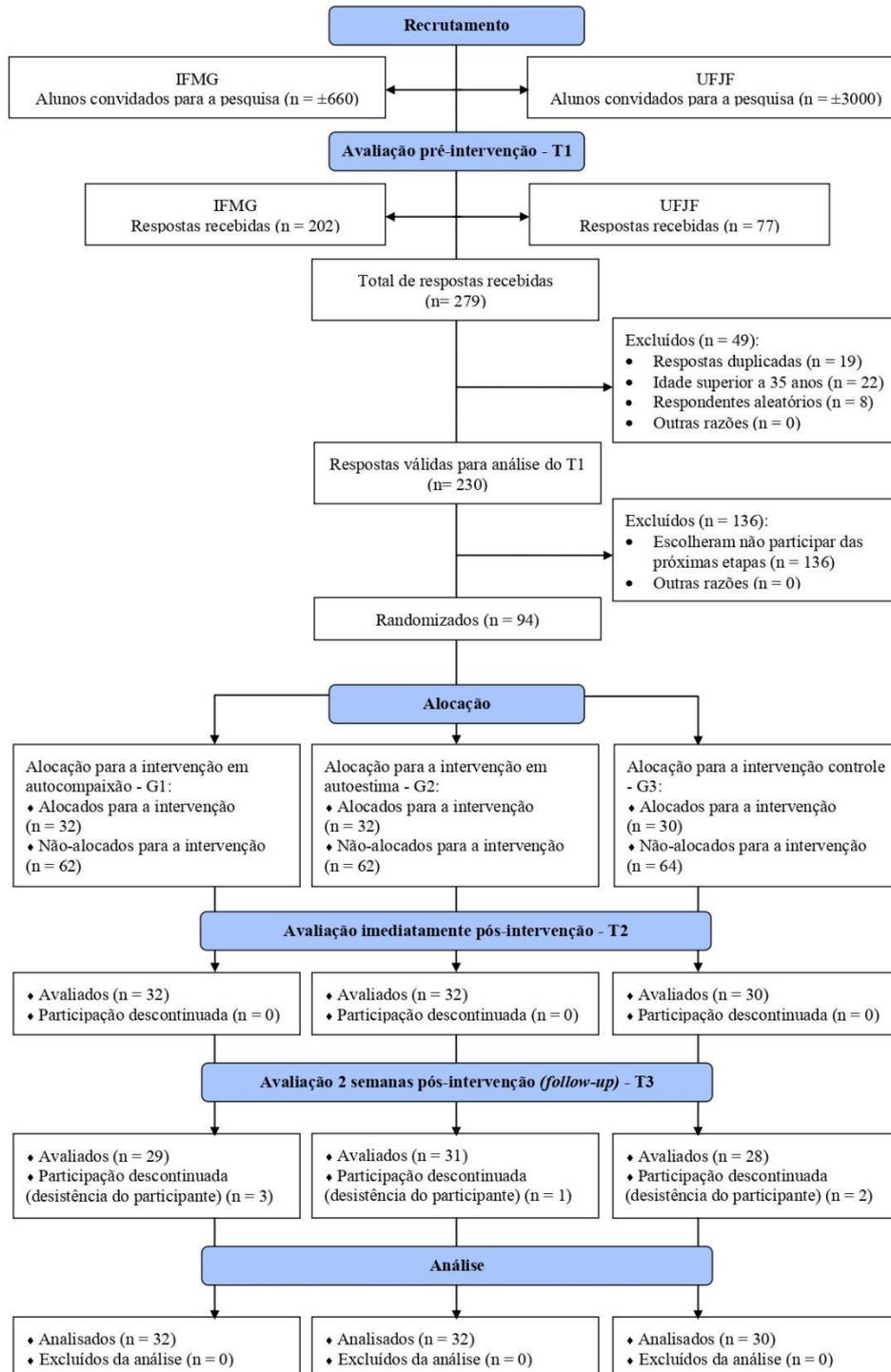
---

<sup>16</sup> As médias marginais estimadas se baseiam em um modelo e não diretamente nos dados, sendo constituídas das médias originais ajustadas de acordo com as variáveis presentes no modelo (DANCEY; REIDY, 2013; MINITAB, 2019). São úteis para avaliar diferenças de resposta devido a mudanças nos níveis de determinado fator (tempo ou grupo, por exemplo, são os fatores utilizados na ANOVA deste estudo; cada fator possui três níveis, pois foram feitas avaliações em três tempos e são três grupos experimentais) em vez de diferenças devidas a condições experimentais não totalmente balanceadas, o que seria uma ocorrência comum, devido a um número diferente de observações para as combinações possíveis de níveis de fatores, por exemplo. As médias marginais ajustam isso e predizem qual seria o rendimento de um experimento balanceado, com observações idênticas entre os grupos na linha de base do estudo (MINITAB, 2019).

## 6 RESULTADOS

A seguir (Figura 4) encontra-se diagrama em que é possível visualizar a distribuição de participantes no decorrer das etapas do estudo.

Figura 4 - Diagrama de distribuição de participantes



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Os resultados foram descritos em duas etapas. A primeira se refere às análises conduzidas com a amostra total de participantes ( $n = 230$ ). Enquanto a segunda se refere às análises com a amostra participante da intervenção ( $n = 94$ ).

Por se tratar de estudo com foco essencialmente quantitativo, não foram analisadas neste intento as respostas dos participantes às propostas de escrita, as quais requerem uma análise de caráter qualitativo, mas pode-se apontar resumidamente que os participantes responderam de modo variado às propostas, observando-se respostas mais curtas e objetivas, bem como respostas mais longas e aprofundadas. Aponta-se que o tipo de resposta provavelmente se relaciona aos indicadores avaliados pelos instrumentos utilizados no estudo, bem como aos efeitos das intervenções, uma vez que aqueles que se aprofundaram nas respostas teriam mais probabilidade de serem afetados pela respectiva intervenção, embora tal constatação seja possível apenas através de uma triangulação entre os dados quanti e qualitativos.

## 6.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Realizou-se, primeiramente, uma análise descritiva da amostra total de participantes do momento 1 (T1). Como pode ser observado na Figura 4, mostrada na seção anterior, nesse momento foram incluídos 230 participantes. Os dados descritivos das variáveis categóricas podem ser visualizados na Tabela 1, enquanto aqueles referentes às variáveis numéricas podem ser visualizados na Tabela 2. Em ambas as tabelas é possível visualizar os dados separadamente em relação à amostra que participou da intervenção ( $n = 94$ ) e à amostra que não participou da intervenção ( $n = 136$ ), ficando esta última restrita ao momento 1. Relembra-se que foi dada aos participantes a opção de escolha em permanecer na intervenção ou não. Também nas Tabelas 1 e 2 podem ser visualizados testes de comparação entre o grupo que participou da fase de intervenções e o grupo que escolheu não participar das demais fases.

Na avaliação de normalidade dos dados referentes à amostra total (APÊNDICE M), através do teste de Kolmogorov-Smirnov, todas as variáveis numéricas exibiram distribuição não normal, com exceção da SCS e do STAI. A violação da normalidade pode ser admitida em testes paramétricos sob determinadas condições, principalmente quando outras premissas seguem cumpridas, como homogeneidade e tamanho amostral adequado (DANCEY; REIDY, 2013; KNIEF; FORSTMEIER, 2021; LUMLEY; DIEHR; EMERSON; CHEN, 2002), o que foi observado nas variáveis em estudo. Os valores provenientes dos testes de homogeneidade

(Levene) para a amostra total podem ser visualizados no Apêndice N e, como mencionado, para todas as variáveis foram observados valores indicativos de homogeneidade.

Tabela 1 - Dados descritivos de variáveis categóricas de caracterização da amostra total respondente no T1 e teste de comparação entre grupos (N = 230)

	Amostra total (N = 230) N (%)	Participou da intervenção (N = 94) N (%)	Não participou da intervenção (N = 136) N (%)	Teste de comparação entre grupos
<b>Sexo</b>				
Feminino	119 (51,7)	50 (53,2)	69 (50,7)	$\chi^2 (1) = 0,134$ $p = 0,789$ $Fi = 0,024$
Masculino	111 (48,3)	44 (46,8)	67 (49,3)	
<b>Raça/etnia</b>				
Branco	84 (36,5)	31 (33,0)	53 (39,0)	$\chi^2 (2) = 3,086$ $p = 0,218$ $V = 0,116$
Pardo	115 (50,0)	46 (48,9)	69 (50,7)	
Preto	31 (13,5)	17 (18,1)	14 (10,3)	
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	204 (88,7)	81 (86,2)	123 (90,4)	$\chi^2 (2) = 1,758$ $p = 0,427$ $V = 0,087$
Casado	18 (7,8)	10 (10,6)	8 (5,9)	
Outros	8 (3,5)	3 (3,2)	5 (3,7)	
<b>Filhos</b>				
Não	211 (91,7)	82 (87,2)	129 (94,9)	$\chi^2 (1) = 4,257$ $p = 0,051$ $Fi = -0,136$
Sim	19 (8,3)	12 (12,8)	7 (5,1)	
<b>Trabalha fora</b>				
Não	147 (63,9)	59 (62,8)	88 (64,7)	$\chi^2 (1) = 0,091$ $p = 0,781$ $Fi = -0,020$
Sim	83 (36,1)	35 (37,2)	48 (35,3)	
<b>Realiza estágio</b>				
Não	204 (88,7)	80 (85,1)	124 (91,2)	$\chi^2 (1) = 2,043$ $p = 0,203$ $Fi = -0,094$
Sim	26 (11,3)	14 (14,9)	12 (8,8)	
<b>Religião</b>				
Católico	102 (44,3)	38 (40,4)	64 (47,1)	$\chi^2 (3) = 1,773$ $p = 0,615$ $V = 0,088$
Evangélico	78 (33,9)	33 (35,1)	45 (33,1)	
Ateu / Agnóstico	29 (12,6)	12 (12,8)	17 (12,5)	
Outros	21 (9,1)	11 (11,7)	10 (7,4)	
<b>Moradia</b>				
Própria	102 (44,3)	39 (41,5)	63 (46,3)	$\chi^2 (2) = 0,535$ $p = 0,767$ $V = 0,048$
Alugada	89 (38,7)	38 (40,4)	51 (37,5)	

Cedida / Outros	39 (17,0)	17 (18,1)	22 (16,2)	
<b>Cigarro</b>				
Não	203 (88,3)	81 (86,2)	122 (89,7)	$\chi^2 (1) = 0,671$
Sim	27 (11,7)	13 (13,8)	14 (10,3)	$p = 0,533$ $Fi = -0,054$
<b>Bebida</b>				
Não	71 (30,9)	28 (29,8)	43 (31,6)	$\chi^2 (2) = 1,473$
Ocasionalmente	115 (50,0)	51 (54,3)	64 (47,1)	$p = 0,475$
Frequentemente	44 (19,1)	15 (16,0)	29 (21,3)	$V = 0,080$
<b>Atividade física</b>				
Não / Raramente	100 (43,5)	35 (37,2)	65 (47,8)	$\chi^2 (1) = 2,522$
Com alguma frequência	130 (56,5)	59 (62,8)	71 (52,2)	$p = 0,137$ $Fi = -0,105$
<b>Classificação do IMC</b>				
Baixo peso	18 (7,8)	6 (6,4)	12 (8,8)	
Adequado	127 (55,2)	47 (50,0)	80 (58,8)	$\chi^2 (3) = 4,501$
Sobrepeso	59 (25,7)	26 (27,7)	33 (24,3)	$p = 0,215$
Obesidade	26 (11,3)	15 (16,0)	11 (8,1)	$V = 0,140$
<b>Doença física</b>				
Não	190 (82,6)	78 (83,0)	112 (82,4)	$\chi^2 (1) = 0,015$
Sim	40 (17,4)	16 (17,0)	24 (17,6)	$p = 1,000$ $Fi = 0,008$
<b>Transtorno psicológico</b>				
Não	164 (71,3)	61 (64,9)	103 (75,7)	$\chi^2 (1) = 3,193$
Sim	66 (28,7)	33 (35,1)	33 (24,3)	$p = 0,078$ $Fi = -0,118$
<b>Distúrbio alimentar</b>				
Não	228 (99,1)	93 (98,9)	135 (99,3)	$\chi^2 (1) = 0,070^{**}$
Sim	2 (0,9)	1 (1,1)	1 (0,7)	$p = 1,000$ $Fi = -0,017$
<b>Medicamento</b>				
Não	177 (77,0)	71 (75,5)	106 (77,9)	$\chi^2 (1) = 0,182$
Sim	53 (23,0)	23 (24,5)	30 (22,1)	$p = 0,750$ $Fi = -0,028$
<b>Acompanhamento psicológico</b>				
Nunca	142 (61,7)	47 (50,0)	95 (69,9)	$\chi^2 (2) = 9,666$
Não atualmente	66 (28,7)	34 (36,2)	32 (23,5)	$p = 0,008^*$
Sim	22 (9,6)	13 (13,8)	9 (6,6)	$V = 0,205$
<b>Acompanhamento psiquiátrico</b>				
Nunca	192 (83,5)	75 (79,8)	117 (86,0)	$\chi^2 (2) = 2,017$
Não atualmente	22 (9,6)	10 (10,6)	12 (8,8)	$p = 0,377$ $V = 0,094$

Sim	16 (7,0)	9 (9,6)	7 (5,1)	
<b>Prática meditativa</b>				
Nunca	184 (80,0)	70 (74,5)	114 (83,8)	$\chi^2 (2) = 3,098$ $p = 0,231$ $V = 0,116$
Não atualmente	28 (12,2)	15 (16,0)	13 (9,6)	
Sim	18 (7,8)	9 (9,6)	9 (6,6)	
<b>Classificação SRQ-20</b>				
Não indicativo TMC	111 (48,3)	39 (41,5)	72 (52,9)	$\chi^2 (1) = 2,919$ $p = 0,107$ $Fi = -0,113$
Indicativo TMC	119 (51,7)	55 (58,5)	64 (47,1)	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; IMC = Índice de Massa Corporal; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; TMC = Transtornos Mentais Comuns;  $\chi^2$  = Teste Qui-quadrado;  $p$  =  $p$ -valor; V = Tamanho de efeito indicado pelo V de Cramer; Fi = Tamanho de efeito indicado pelo Fi; \* Significância estatística encontrada; \*\* Requisitos para teste Qui-quadrado violados, sendo realizado teste exato de Fisher.

Fazendo-se um resumo acerca das principais características dos participantes, seja considerando a amostra total inicial ( $n = 230$ ), seja considerando apenas os indivíduos que participaram da intervenção ( $n = 94$ ), tem-se uma maioria do sexo feminino, parda, solteira, sem filhos, que não trabalha fora, que professa a religião católica, que não fuma, que bebe ocasionalmente, que pratica atividades físicas com alguma frequência, que possui IMC adequado, que também em sua maioria não possui doenças físicas, transtornos psicológicos ou distúrbios alimentares diagnosticados, que não faz uso regular de medicamentos, que nunca realizou acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e também nunca realizou práticas meditativas.

De acordo com o teste  $\chi^2$ , utilizado para comparação entre o grupo de participantes que escolheu participar da fase de intervenção e aqueles que se limitaram à primeira etapa, observou-se diferença significativa apenas quanto ao acompanhamento psicológico relatado por cada grupo, embora o tamanho de efeito seja pequeno. Haveria, assim, um número significativamente maior de indivíduos que realizam acompanhamento psicológico atualmente ou que já realizaram entre aqueles que escolheram participar da intervenção.

Na Tabela 2, a seguir, também podem ser visualizados os dados de consistência interna dos instrumentos utilizados, expressados através do  $\alpha$  de Cronbach. Todos os instrumentos apresentaram altos valores de  $\alpha$ , indicando adequada consistência interna (HAIR JR. *et al.*, 2009).

Tabela 2 - Dados descritivos de variáveis numéricas de caracterização da amostra total respondente no T1 e teste de comparação entre grupos (N = 230)

	Inter- venção	N	$\alpha$ (Alfa)	Varição possível	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Teste de comparação entre grupos
<b>Idade</b>	Sim	94	-	-	23,73	4,10	23,00	18,00	35,00	t(228) =
	Não	136	-	-	22,46	3,75	22,00	18,00	35,00	2,443
	Total	230	-	-	22,98	3,94	22,00	18,00	35,00	$p = 0,015^*$ $d = 0,328$
<b>IMC</b>	Sim	94	-	-	24,73	4,66	24,16	17,04	38,42	t(228) =
	Não	136	-	-	23,51	4,75	22,77	11,69	42,24	1,932
	Total	230	-	-	24,01	4,74	23,52	11,69	42,24	$p = 0,055$ $d = 0,259$
<b>SCS</b>	Sim	94	0,935	1-5	2,74	0,81	2,62	1,04	4,92	t(228) =
	Não	136	0,933	1-5	2,97	0,79	2,92	1,12	4,96	2,185
	Total	230	0,934	1-5	2,87	0,81	2,81	1,04	4,96	$p = 0,030^*$ $d = -0,293$
<b>SES</b>	Sim	94	0,902	10-40	28,07	7,04	28,00	12	40	t(228) =
	Não	136	0,905	10-40	29,35	6,99	30,00	13	40	1,359
	Total	230	0,904	10-40	28,83	7,03	29,00	12	40	$p = 0,175$ $d = -0,182$
<b>BAS-2</b>	Sim	94	0,946	10-50	34,66	9,59	35,50	13	50	t(228) =
	Não	136	0,932	10-50	35,82	8,77	37,00	11	50	0,946
	Total	230	0,938	10-50	35,34	9,11	36,00	11	50	$p = 0,345$ $d = -0,127$
<b>FAS</b>	Sim	94	0,877	7-35	28,97	5,05	30,00	15	35	t(228) =
	Não	136	0,922	7-35	29,40	5,83	31,50	12	35	0,588
	Total	230	0,907	7-35	29,23	5,52	31,00	12	35	$p = 0,557$ $d = -0,079$
<b>STAI</b>	Sim	94	0,890	12-48	31,78	8,27	32,00	12	47	t(228) =
	Não	136	0,888	12-48	29,49	8,41	29,50	12	47	2,045
	Total	230	0,890	12-48	30,42	8,41	31,00	12	47	$p = 0,042^*$ $d = 0,274$
<b>BDI-II</b>	Sim	94	0,937	0-63	19,36	13,11	17,00	0	54	t(228) =
	Não	136	0,941	0-63	15,12	12,67	12,00	0	48	2,462
	Total	230	0,941	0-63	16,85	12,99	14,00	0	54	$p = 0,015^*$ $d = 0,330$
<b>SRQ-20</b>	Sim	94	0,907	0-20	9,17	5,72	9,00	0	20	t(228) =
	Não	136	0,904	0-20	7,38	5,54	7,00	0	20	2,373
	Total	230	0,907	0-20	8,11	5,67	8,00	0	20	$p = 0,018^*$ $d = 0,318$

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; IMC = Índice de Massa Corporal; SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; t = Teste t;  $p = p$ -valor;  $d$  = Tamanho de efeito indicado pelo  $d$  de Cohen; \* Significância estatística encontrada.

De acordo com o teste t, utilizado para comparação entre os grupos, foi observada diferença significativa entre o grupo que participou e o que não participou das intervenções em parte das variáveis avaliadas, a saber: idade, SCS, STAI, BDI-II e SRQ-20. Observou-se que aqueles que participaram da intervenção apresentaram uma média de idade maior, uma menor média nos escores de autocompaixão, bem como uma maior média nos escores referentes a sintomas ansiosos, depressivos e presença de transtornos mentais comuns. Os tamanhos de efeito observados foram pequenos.

Foram realizados testes de correlação bivariada entre os instrumentos utilizados, através do r de Pearson (Tabela 3), indicando correlações significativas fortes e moderadas entre todas as variáveis (DANCEY; REIDY, 2013). Foi observada forte correlação positiva entre autocompaixão e autoestima, entre autoestima e apreciação corporal, e entre apreciação corporal e apreciação da funcionalidade corporal. Ainda forte correlação positiva entre ansiedade e depressão, entre ansiedade e transtornos mentais comuns, e entre depressão e transtornos mentais comuns. Foi observada também forte correlação negativa ou inversa entre autocompaixão e ansiedade, entre autocompaixão e depressão, e entre autoestima e depressão. Entre os demais pares, foram observadas correlações moderadas.

Tabela 3 - Correlações bivariadas entre os instrumentos do estudo sobre amostra total respondente no T1 (N = 230)

	SCS	SES	BAS-2	FAS	STAI	BDI-II	SRQ-20
SCS	1						
SES	0,758*	1					
BAS-2	0,667*	0,719*	1				
FAS	0,542*	0,579*	0,743*	1			
STAI	-0,727*	-0,641*	-0,605*	-0,522*	1		
BDI-II	-0,724*	-0,718*	-0,640*	-0,539*	0,745*	1	
SRQ-20	-0,681*	-0,648*	-0,566*	-0,435*	0,750*	0,872*	1

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; \* A correlação é significativa no nível  $p < 0,01$ .

Foi testado ainda modelo de regressão linear múltipla, buscando-se verificar se as demais variáveis do estudo eram capazes de contribuir para a previsão dos escores da variável desfecho principal, qual seja, imagem corporal positiva, melhor representada teoricamente pela apreciação corporal (SWAMI *et al.*, 2020), medida aqui pelo instrumento BAS-2. Todos

os requisitos para a realização da análise de regressão foram cumpridos, com exceção da presença de dois *outliers*, a partir do qual optou-se por continuar com a análise, com a ciência das limitações que *outliers* podem trazer aos resultados.

Utilizou-se o método *Inserir* na montagem do modelo. A ordem de inserção das variáveis seguiu, em ordem decrescente, os valores das correlações entre a BAS-2 e cada um dos demais instrumentos, observados na matriz de correlação bivariada (Tabela 3), no caso: FAS, SES, SCS, BDI-II, STAI e SRQ-20. Obteve-se como resultado um modelo estatisticamente significativo [ $F(3, 226) = 167,517$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,690$ ], composto sequencialmente pela apreciação da funcionalidade corporal ( $\beta = 0,464$ ;  $t = 10,017$ ;  $p < 0,001$ ), autoestima ( $\beta = 0,318$ ;  $t = 5,326$ ;  $p < 0,001$ ) e autocompaixão ( $\beta = 0,175$ ;  $t = 3,016$ ;  $p = 0,003$ ), pois que, juntos, explicam 69,0% da variação nos escores da apreciação corporal, conforme pode ser observado na Tabela 4 a seguir. As demais variáveis não acrescentaram explicação significativa ao modelo. Realizou-se a análise de regressão também pelo método *Avançar*, o qual monta o modelo automaticamente, com base nas correlações entre as variáveis independentes e a variável dependente; assim, mesmo com uma inserção aleatória das variáveis no sistema, obtém-se um modelo resultante idêntico ao anteriormente relatado, com a mesma sequência de variáveis preditivas, com a ressalva de que as variáveis STAI, BDI-II e SRQ-20 foram excluídas automaticamente por não demonstrarem significância.

Tabela 4 - Modelo de regressão para BAS-2 sobre amostra total respondente no T1 (N = 230)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				
					Mudança R <sup>2</sup>	Mudança F	GL1	GL2	Sig. Mudança F
1	0,743 <sup>a</sup>	0,551	0,550	6,116	0,551	280,348	1	228	0,000*
2	0,823 <sup>b</sup>	0,677	0,674	5,199	0,126	88,512	1	227	0,000*
3	0,831 <sup>c</sup>	0,690	0,686	5,109	0,012	9,096	1	226	0,003*
4	0,832 <sup>d</sup>	0,693	0,687	5,095	0,003	2,251	1	225	0,135
5	0,833 <sup>e</sup>	0,694	0,687	5,100	0,001	0,553	1	224	0,458
6	0,833 <sup>f</sup>	0,694	0,686	5,109	0,000	0,160	1	223	0,690

a. Preditores: (Constante), FAS

b. Preditores: (Constante), FAS, SES

c. Preditores: (Constante), FAS, SES, SCS

d. Preditores: (Constante), FAS, SES, SCS, BDI-II

e. Preditores: (Constante), FAS, SES, SCS, BDI-II, STAI

f. Preditores: (Constante), FAS, SES, SCS, BDI-II, STAI, SRQ-20

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; GL = Grau de Liberdade; Sig. = Significância do *p*-valor; \* = Significância estatística encontrada; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; SES = *Self-Esteem*

Scale; SCS = *Self-Compassion Scale*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*.

## 6.2 EFEITOS DAS INTERVENÇÕES

Primeiramente, estimou-se a taxa de retenção entre os indivíduos participantes da fase de intervenções ( $n = 94$ ), avaliando-se a continuidade de participação dos mesmos apenas com relação ao *follow-up* (T3), uma vez que não houve perdas na avaliação pós-intervenção (T2). Os três grupos de intervenção – autocompaixão, autoestima e controle – alcançaram as seguintes taxas de retenção, respectivamente: 90,6%, 96,9% e 93,3%. Realizou-se, então, teste estatístico para comparação dos grupos quanto à retenção e, de acordo com os resultados do teste  $\chi^2$ , com correção realizada pelo teste exato de Fisher (uma vez que requisitos para o teste  $\chi^2$  foram violados), não há diferenças significativas entre os grupos quanto à perda de participantes, obtendo-se  $\chi^2 (2) = 1,105; p = 0,687; V = 0,106$ .

Com a amostra de 94 indivíduos que participaram da intervenção, foi realizado também o teste de Kolmogorov-Smirnov, a fim de se avaliar a normalidade dos dados numéricos, observando-se normalidade para todas as variáveis, exceto idade, FAS e SRQ-20 (APÊNDICE O). Foi realizado também o teste de Levene, a fim de se avaliar a homogeneidade das variáveis, observando-se que todas possuem uma variância homogênea entre os grupos (APÊNDICE P). Dessa forma, os requisitos para realização dos testes ANOVA foram cumpridos. Embora três das variáveis não apresentassem distribuição normal, ao apresentarem homogeneidade e tamanho amostral adequado suprimiram os requisitos mínimos para realização dos testes subsequentes (DANCEY; REIDY, 2013).

Antes de se avaliar o efeito das intervenções sobre os sujeitos randomizados e distribuídos nos três grupos de intervenção (autocompaixão, autoestima e controle ativo), realizou-se uma análise descritiva dos dados (Tabela 5 para variáveis categóricas e Tabela 6 para variáveis numéricas). A fim de se comparar os grupos participantes da intervenção em sua linha de base, realizou-se o teste  $\chi^2$  para variáveis categóricas (Tabela 5) e o teste ANOVA de uma via para variáveis numéricas (Tabela 6), observando-se que os indivíduos participantes da intervenção, distribuídos nos três grupos, não possuíam diferenças significativas entre si em nenhuma das variáveis, exceto para presença de doenças físicas diagnosticadas. Observa-se um tamanho de efeito fraco para essa associação. De acordo com *post hoc* do  $\chi^2$ , a diferença significativa se encontra no grupo 2, que possui quantitativo significativamente diferente do esperado, no caso, uma quantidade menor de indivíduos com

doenças físicas diagnosticadas quando comparado aos outros dois grupos. Considera-se que, apesar de dado possivelmente relevante para a realização de outras análises, tal diferença não seria capaz de interferir diretamente nas variáveis desfecho aqui avaliadas, dado que a doença física diagnosticada mais comumente apontada pelos participantes se referiu à gastrite e outros problemas gastrointestinais, seguidos por problemas respiratórios, como asma e bronquite. Assim, considerou-se que não haveria, *a priori*, diferenças significativas entre os grupos no momento base (T1), que pudessem interferir no efeito das intervenções sobre as variáveis analisadas.

Tabela 5 - Dados descritivos de variáveis categóricas de caracterização da amostra participante da intervenção no T1 e teste de comparação entre grupos (N = 94)

	<b>Total (N = 94)</b>	<b>G1 (N = 32)</b>	<b>G2 (N = 32)</b>	<b>G3 (N = 30)</b>	<b>Teste de comparação entre grupos</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>Sexo</b>					
Feminino	50 (53,2)	17 (53,1)	17 (53,1)	16 (53,3)	$\chi^2 (2) = 0,000$ $p = 1,000$ $V = 0,002$
Masculino	44 (46,8)	15 (46,9)	15 (46,9)	14 (46,7)	
<b>Raça/etnia</b>					
Branco	31 (33,0)	10 (31,3)	12 (37,5)	9 (30,0)	$\chi^2 (4) = 1,388$ $p = 0,853$ $V = 0,086$
Pardo	46 (48,9)	17 (53,1)	13 (40,6)	16 (53,3)	
Preto	17 (18,1)	5 (15,6)	7 (21,9)	5 (16,7)	
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	81 (86,2)	30 (93,8)	27 (84,4)	24 (80,0)	$\chi^2 (4) = 3,717^{**}$ $p = 0,394$ $V = 0,130$
Casado	10 (10,6)	1 (3,1)	4 (12,5)	5 (16,7)	
Outros	3 (3,2)	1 (3,1)	1 (3,1)	1 (3,3)	
<b>Filhos</b>					
Não	82 (87,2)	29 (90,6)	28 (87,5)	25 (83,3)	$\chi^2 (2) = 0,791^{**}$ $p = 0,688$ $V = 0,089$
Sim	12 (12,8)	3 (9,4)	4 (12,5)	5 (16,7)	
<b>Trabalha fora</b>					
Não	59 (62,8)	23 (71,9)	22 (68,8)	14 (46,7)	$\chi^2 (2) = 4,954$ $p = 0,102$ $V = 0,230$
Sim	35 (37,2)	9 (28,1)	10 (31,3)	16 (53,3)	
<b>Realiza estágio</b>					
Não	80 (85,1)	25 (78,1)	29 (90,6)	26 (86,7)	$\chi^2 (2) = 1,946^{**}$ $p = 0,388$ $V = 0,148$
Sim	14 (14,9)	7 (21,9)	3 (9,4)	4 (13,3)	
<b>Religião</b>					
Católico	38 (40,4)	12 (37,5)	12 (37,5)	14 (46,7)	$\chi^2 (6) = 6,921^{**}$

Evangélico	33 (35,1)	12 (37,5)	11 (34,4)	10 (33,3)	$p = 0,324$ $V = 0,196$
Ateu / Agnóstico	12 (12,8)	7 (21,9)	3 (9,4)	2 (6,7)	
Outros	11 (11,8)	1 (3,1)	6 (18,8)	4 (13,3)	
<b>Moradia</b>					
Própria	39 (41,5)	14 (43,8)	15 (46,9)	10 (33,3)	$\chi^2 (4) = 1,831$ $p = 0,778$ $V = 0,099$
Alugada	38 (40,4)	12 (37,5)	11 (34,4)	15 (50,0)	
Cedida / Outros	17 (18,1)	6 (18,8)	6 (18,8)	5 (16,7)	
<b>Cigarro</b>					
Não	81 (86,2)	28 (87,5)	29 (90,6)	24 (80,0)	$\chi^2 (2) = 1,485^{**}$ $p = 0,488$ $V = 0,128$
Sim	13 (13,8)	4 (12,5)	3 (9,4)	6 (20,0)	
<b>Bebida</b>					
Não	28 (29,8)	9 (28,1)	11 (34,4)	8 (26,7)	$\chi^2 (4) = 0,530$ $p = 0,972$ $V = 0,053$
Ocasionalmente	51 (54,3)	18 (56,3)	16 (50,0)	17 (56,7)	
Frequentemente	15 (16,0)	5 (15,6)	5 (15,6)	5 (16,7)	
<b>Atividade física</b>					
Não/Raramente	35 (37,2)	7 (21,9)	15 (46,9)	13 (43,3)	$\chi^2 (2) = 4,980$ $p = 0,089$ $V = 0,230$
Com alguma frequência	59 (62,8)	25 (78,1)	17 (53,1)	17 (56,7)	
<b>Classificação IMC</b>					
Baixo peso	6 (6,4)	2 (6,3)	2 (6,3)	2 (6,7)	$\chi^2 (6) = 3,436^{**}$ $p = 0,770$ $V = 0,132$
Adequado	47 (50,0)	17 (53,1)	17 (53,1)	13 (43,3)	
Sobrepeso	26 (27,7)	9 (28,1)	6 (18,8)	11 (36,7)	
Obesidade	15 (16,0)	4 (12,5)	7 (21,9)	4 (13,3)	
<b>Doença física</b>					
Não	78 (83,0)	24 (75,0)	31 (96,9)	23 (76,7)	$\chi^2 (2) = 6,664$ $p = 0,042^*$ $V = 0,266$
Sim	16 (17,0)	8 (25,0)	1 (3,1)	7 (23,3)	
<b>Transtorno psicológico</b>					
Não	61 (64,9)	22 (68,8)	21 (65,6)	18 (60,0)	$\chi^2 (2) = 0,532$ $p = 0,798$ $V = 0,075$
Sim	33 (35,1)	10 (31,3)	11 (34,4)	12 (40,0)	
<b>Distúrbio alimentar</b>					
Não	93 (98,9)	32 (100,0)	32 (100,0)	29 (96,7)	$\chi^2 (2) = 1,927^{**}$ $p = 0,319$ $V = 0,151$
Sim	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	
<b>Medicamento</b>					
Não	71 (75,5)	22 (68,8)	26 (81,3)	23 (76,7)	$\chi^2 (2) = 1,383$ $p = 0,522$ $V = 0,121$
Sim	23 (24,5)	10 (31,3)	6 (18,8)	7 (23,3)	
<b>Acompanhamento psicológico</b>					

Nunca	47 (50,0)	15 (46,9)	18 (56,3)	14 (46,7)	$\chi^2 (4) = 1,937^{**}$ $p = 0,771$ $V = 0,103$
Não atualmente	34 (36,2)	13 (40,6)	11 (34,4)	10 (33,3)	
Sim	13 (13,8)	4 (12,5)	3 (9,4)	6 (20,0)	
<b>Acompanhamento psiquiátrico</b>					
Nunca	75 (79,8)	23 (71,9)	25 (78,1)	27 (90,0)	$\chi^2 (4) = 3,668^{**}$ $p = 0,464$ $V = 0,138$
Não atualmente	10 (10,6)	5 (15,6)	4 (12,5)	1 (3,3)	
Sim	9 (9,6)	4 (12,5)	3 (9,4)	2 (6,7)	
<b>Prática meditativa</b>					
Nunca	70 (74,5)	25 (78,1)	23 (71,9)	22 (73,3)	$\chi^2 (4) = 3,800^{**}$ $p = 0,439$ $V = 0,147$
Não atualmente	15 (16,0)	4 (12,5)	4 (12,5)	7 (23,3)	
Sim	9 (9,6)	3 (9,4)	5 (15,6)	1 (3,3)	
<b>Classificação SRQ-20</b>					
Não indicativo TMC	39 (41,5)	14 (43,8)	15 (46,9)	10 (33,3)	$\chi^2 (2) = 1,272$ $p = 0,567$ $V = 0,116$
Indicativo TMC	55 (58,5)	18 (56,3)	17 (53,1)	20 (66,7)	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; G1 = Grupo de intervenção em autocompaixão; G2 = Grupo de intervenção em autoestima; G3 = Grupo de intervenção controle; IMC = Índice de Massa Corporal; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; TMC = Transtornos Mentais Comuns;  $\chi^2$  = Teste Qui-quadrado;  $p$  =  $p$ -valor;  $V$  = Tamanho de efeito indicado pelo  $V$  de Cramer; \* Significância estatística encontrada; \*\* Requisitos para teste Qui-quadrado violados, sendo realizado teste exato de Fisher.

Na Tabela 6, a seguir, podem ser visualizados ainda os valores de  $\alpha$  de Cronbach para os instrumentos utilizados, considerando a amostra participante da intervenção ( $n = 94$ ), observando-se também altos valores, indicativos de boa consistência interna (HAIR JR. *et al.*, 2009).

Tabela 6 - Dados descritivos de variáveis numéricas de caracterização da amostra participante da intervenção no T1 e teste de comparação entre grupos ( $N = 94$ )

	Grupo	N	$\alpha$ (Alfa)	Variação possível	Desvio		Mínimo	Máximo	Teste de comparação entre grupos
					Média	padrão			
<b>Idade</b>	G1	32	-	-	23,06	4,42	18,00	35,00	F(2,91) = 1,320 $p = 0,272$ $\eta^2 = 0,028$
	G2	32	-	-	23,50	3,49	18,00	32,00	
	G3	30	-	-	24,70	4,31	18,00	35,00	
	Total	94	-	-	23,73	4,10	18,00	35,00	
<b>IMC</b>	G1	32	-	-	23,94	4,25	18,29	34,57	F(2,91) = 0,697
	G2	32	-	-	25,09	5,39	17,04	38,42	

	G3	30	-	-	25,20	4,27	24,78	17,96	35,16	$p = 0,501$
	Total	94	-	-	24,73	4,66	24,16	17,04	38,42	$\eta_p^2 = 0,015$
<b>SCS</b>	G1	32	0,933	1-5	2,76	0,75	2,71	1,42	4,69	$F(2,91) = 0,899$
	G2	32	0,903	1-5	2,85	0,76	2,71	1,85	4,92	$p = 0,411$
	G3	30	0,959	1-5	2,58	0,93	2,44	1,04	4,73	$\eta_p^2 = 0,019$
	Total	94	0,935	1-5	2,74	0,81	2,62	1,04	4,92	
<b>SES</b>	G1	32	0,883	10-40	28,16	6,59	28,00	12	40	$F(2,91) = 0,992$
	G2	32	0,894	10-40	29,25	6,61	29,00	17	40	$p = 0,375$
	G3	30	0,920	10-40	26,73	7,91	25,00	14	40	$\eta_p^2 = 0,021$
	Total	94	0,902	10-40	28,07	7,04	28,00	12	40	
<b>BAS-2</b>	G1	32	0,937	10-50	34,81	8,43	35,00	16	50	$F(2,91) = 0,123$
	G2	32	0,949	10-50	35,16	10,02	35,50	18	50	$p = 0,884$
	G3	30	0,952	10-50	33,97	10,53	35,00	13	50	$\eta_p^2 = 0,003$
	Total	94	0,946	10-50	34,66	9,59	35,50	13	50	
<b>FAS</b>	G1	32	0,833	7-35	29,16	4,16	29,50	18	35	$F(2,91) = 0,034$
	G2	32	0,884	7-35	28,84	5,33	30,50	15	35	$p = 0,967$
	G3	30	0,897	7-35	28,90	5,74	29,00	17	35	$\eta_p^2 = 0,001$
	Total	94	0,877	7-35	28,97	5,05	30,00	15	35	
<b>STAI</b>	G1	32	0,867	12-48	32,25	7,50	32,50	13	46	$F(2,91) = 0,688$
	G2	32	0,898	12-48	30,41	8,86	31,00	13	47	$p = 0,505$
	G3	30	0,900	12-48	32,73	8,49	35,50	12	47	$\eta_p^2 = 0,015$
	Total	94	0,890	12-48	31,78	8,27	32,00	12	47	
<b>BDI-II</b>	G1	32	0,938	0-63	16,97	12,19	14,50	0	54	$F(2,91) = 1,457$
	G2	32	0,942	0-63	18,78	13,90	17,50	2	49	$p = 0,238$
	G3	30	0,928	0-63	22,53	12,99	23,00	0	46	$\eta_p^2 = 0,031$
	Total	94	0,937	0-63	19,36	13,11	17,00	0	54	
<b>SRQ-20</b>	G1	32	0,888	0-20	8,38	5,41	8,00	0	18	$F(2,91) = 0,885$
	G2	32	0,926	0-20	8,94	6,04	9,50	1	20	$p = 0,416$
	G3	30	0,902	0-20	10,27	5,72	11,50	0	20	$\eta_p^2 = 0,019$
	Total	94	0,907	0-20	9,17	5,72	9,00	0	20	

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; G1 = Grupo de intervenção em autocompaixão; G2 = Grupo de intervenção em autoestima; G3 = Grupo de intervenção controle; IMC = Índice de Massa Corporal; SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; F = Resultado do teste ANOVA;  $p$  =  $p$ -valor;  $\eta_p^2$  = Tamanho de efeito indicado pelo eta-quadrado parcial.

Adicionalmente, avaliou-se também as correlações entre os instrumentos somente com os participantes da fase de intervenção, cujos valores podem ser consultados na Tabela 7. Logo, junto à amostra que participou da intervenção também são observados valores fortes e

moderados de correlação bivariada, sendo todas significativas, assim como observado anteriormente na amostra total inicial.

Tabela 7 - Correlações bivariadas entre os instrumentos do estudo sobre amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)

	SCS	SES	BAS-2	FAS	STAI	BDI-II	SRQ-20
SCS	1						
SES	0,738*	1					
BAS-2	0,642*	0,705*	1				
FAS	0,559*	0,521*	0,719*	1			
STAI	-0,697*	-0,643*	-0,626*	-0,614*	1		
BDI-II	-0,685*	-0,723*	-0,569*	-0,483*	0,688*	1	
SRQ-20	-0,588*	-0,648*	-0,513*	-0,414*	0,731*	0,847*	1

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; \* A correlação é significativa no nível  $p < 0,01$ .

Na avaliação da credibilidade do cenário utilizado na intervenção, obteve-se, numa escala de 1 a 5, uma média geral de  $4,60 \pm 0,48$  para todos os participantes ( $n = 94$ ) da segunda avaliação (T2), realizada logo após a intervenção. Realizando-se uma ANOVA de uma via, a fim de verificar se havia diferenças entre os grupos quanto à credibilidade do cenário, não foi encontrada diferença significativa, obtendo-se  $F(2, 91) = 0,301$ ;  $p = 0,741$ .

Foi realizado então o processo de imputação de dados ausentes através do método da maximização esperada, suprimindo os dados faltantes dos seis indivíduos que não participaram da última avaliação (T3), considerando a intenção de tratar destes na realização das análises subsequentes.

Passando para os resultados da ANOVA mista de medidas repetidas, avaliando-se os efeitos do grupo de alocação, do tempo e da interação grupo x tempo sobre os participantes, observou-se efeito do tempo sobre quatro das variáveis analisadas, a saber: SCS, BAS-2, BDI-II e SRQ-20. Obteve-se  $F(2, 163) = 7,117$ ,  $p = 0,002$ ,  $\eta_p^2 = 0,073$  para SCS;  $F(2, 182) = 9,449$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta_p^2 = 0,094$  para BAS-2;  $F(2, 182) = 8,106$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta_p^2 = 0,082$  para BDI-II; e  $F(2, 161) = 4,265$ ,  $p = 0,019$ ,  $\eta_p^2 = 0,045$  para SRQ-20. A interpretação dos tamanhos de efeitos, expressos pelos valores de  $\eta_p^2$ , aponta para efeitos moderados, exceto no caso do SRQ-20, em que é observado um efeito pequeno. Ou seja, o tempo exerceu um efeito de pequeno a moderado sobre quatro das variáveis em estudo. No Apêndice Q podem ser

visualizadas as médias marginais estimadas das variáveis analisadas para todos os grupos, em cada um dos tempos.

Considerando os fatores ou subescalas dos instrumentos utilizados, também encontrou-se efeito do tempo para as subescalas da SCS, exceto *mindfulness* e *autocrítica*, obtendo-se  $F(2, 162) = 3,701, p = 0,031, \eta_p^2 = 0,039$  para *autobondade*;  $F(2, 182) = 5,204, p = 0,006, \eta_p^2 = 0,054$  para *humanidade compartilhada*;  $F(2, 182) = 5,104, p = 0,007, \eta_p^2 = 0,053$  para *superidentificação*; e  $F(2, 168) = 3,490, p = 0,036, \eta_p^2 = 0,037$  para *isolamento*. Em relação ao STAI, encontrou-se efeito do tempo para a escala *estado*, obtendo-se  $F(2, 182) = 3,143, p = 0,045, \eta_p^2 = 0,033$ . Para o BDI-II, encontrou-se efeito do tempo para as subescalas *cognitivo-emocional* e *comportamental (somático)*, obtendo-se  $F(2, 164) = 8,431, p = 0,001, \eta_p^2 = 0,085$  para a primeira; e  $F(2, 182) = 4,574, p = 0,012, \eta_p^2 = 0,048$  para a segunda. E para o SRQ-20, encontrou-se efeito do tempo para as subescalas *decréscimo de energia* e *humor depressivo-ansioso*, obtendo-se  $F(2, 167) = 4,848, p = 0,011, \eta_p^2 = 0,051$  para a primeira; e  $F(2, 182) = 3,498, p = 0,032, \eta_p^2 = 0,037$  para a última. Desse modo, aponta-se pequenos efeitos do tempo sobre as subescalas supracitadas, com exceção da subescala *cognitivo-emocional* do BDI-II, para a qual foi observado um tamanho de efeito moderado. Por fim, encontra-se efeito da interação grupo x tempo apenas para a subescala *superidentificação* da SCS, obtendo-se  $F(4, 182) = 2,457, p = 0,047, \eta_p^2 = 0,051$ , implicando, desse modo, um pequeno tamanho de efeito proveniente da interação. Não foi encontrado qualquer efeito de grupo.

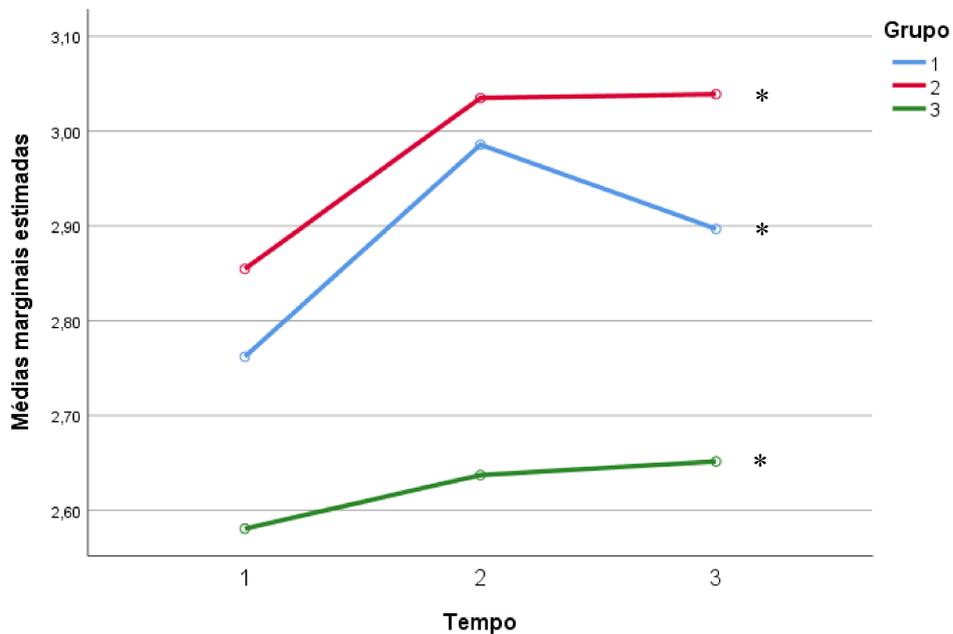
O efeito do tempo encontrado denota que a passagem do tempo, por si só, foi capaz de produzir mudanças significativas em algumas variáveis. Em contrapartida, a partir da ausência do efeito de grupo, indica-se que as intervenções não produziram efeitos significativos sobre os indivíduos nas variáveis avaliadas. E na ausência de efeito da interação grupo x tempo para todas as variáveis, com a presença de apenas uma exceção, indica-se que as intervenções, mesmo aliadas à passagem do tempo, não foram capazes de produzir efeitos significativos sobre os participantes.

A seguir, será demonstrado de forma mais detalhada o comportamento de cada variável ao longo das etapas do estudo, em cada um dos grupos, através das médias marginais estimadas, visualizadas em gráficos. Lembrando que as médias marginais são médias ajustadas de acordo com o modelo gerado pelo teste ANOVA e forneceriam resultados mais precisos do que as médias reais (DANCEY; REIDY, 2013; MINITAB, 2019).

### 6.2.1 Autocompaixão

A seguir, podem ser visualizados os gráficos representativos da escala de autocompaixão e suas seis subescalas, indo da Figura 5 à Figura 11. Observa-se que o comportamento da variável tem uma tendência, em todos os grupos, a se elevar do tempo 1 para o tempo 2, com exceção do grupo 2 na subescala de autocrítica e do grupo 3 na subescala de superidentificação. Do tempo 2 para o tempo 3, ora se vê uma queda, ora se vê ainda uma elevação da variável.

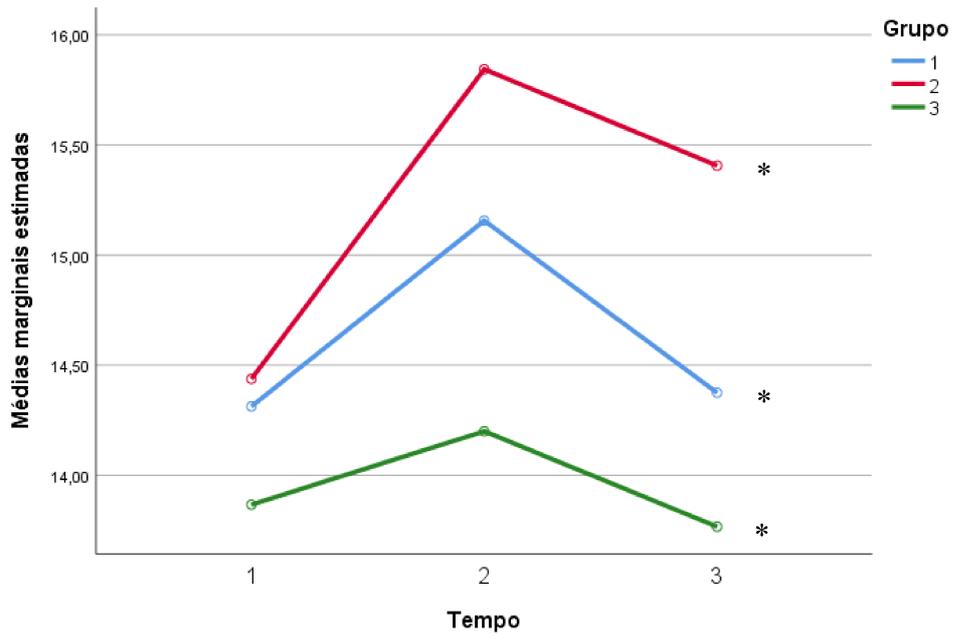
Figura 5 - Médias marginais estimadas da SCS



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SCS = *Self-Compassion Scale*; \* = Efeito do tempo.

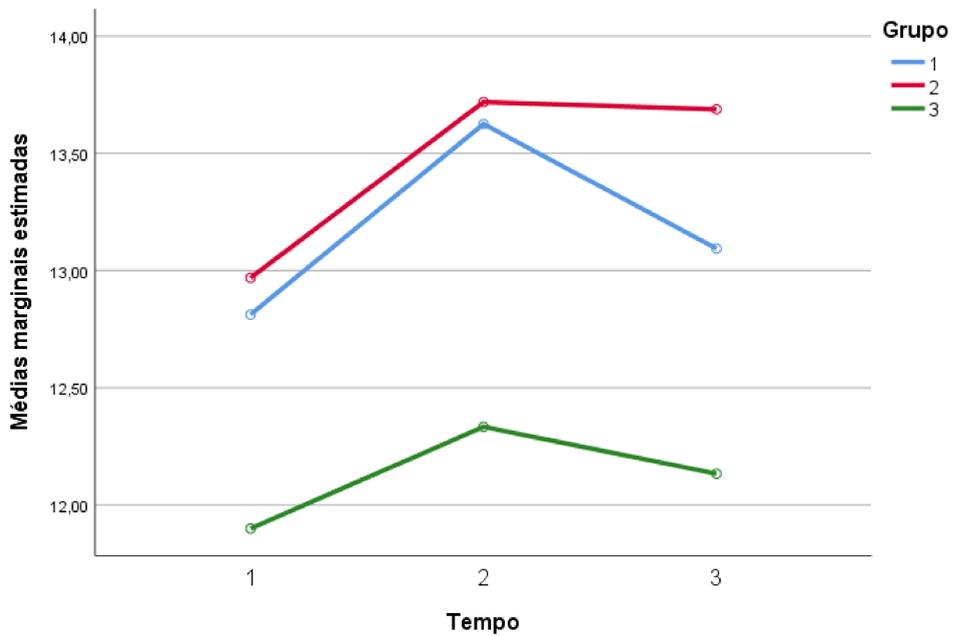
Figura 6 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala autobondade



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SCS = *Self-Compassion Scale*; \* = Efeito do tempo.

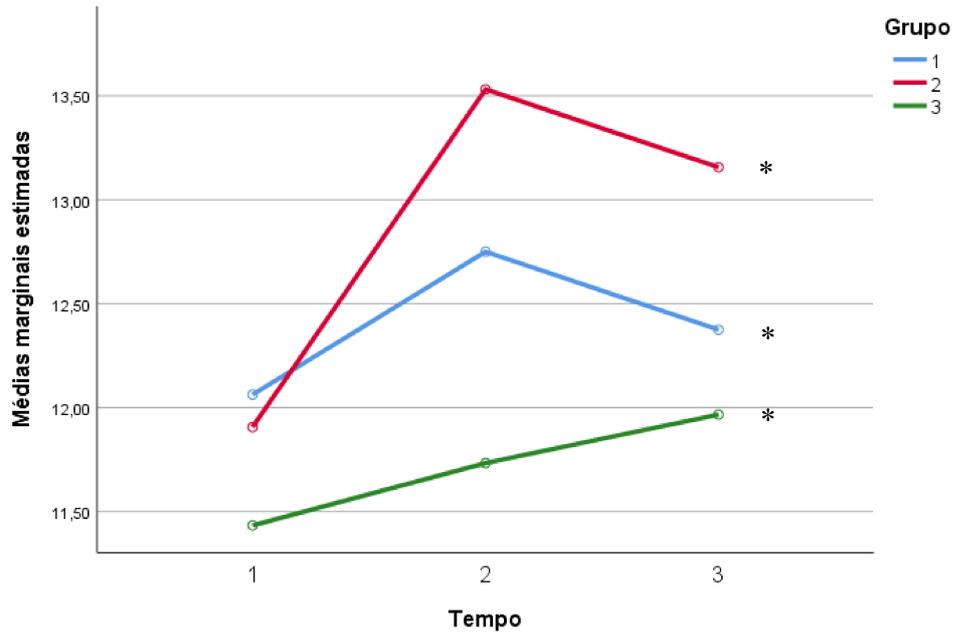
Figura 7 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala *mindfulness*



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

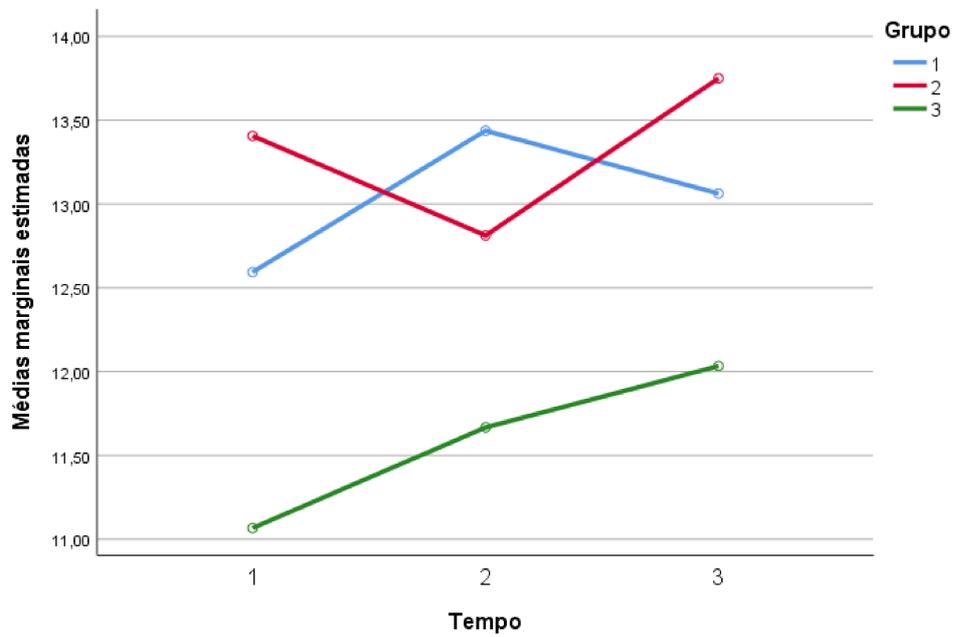
Legenda: SCS = *Self-Compassion Scale*.

Figura 8 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala de humanidade compartilhada



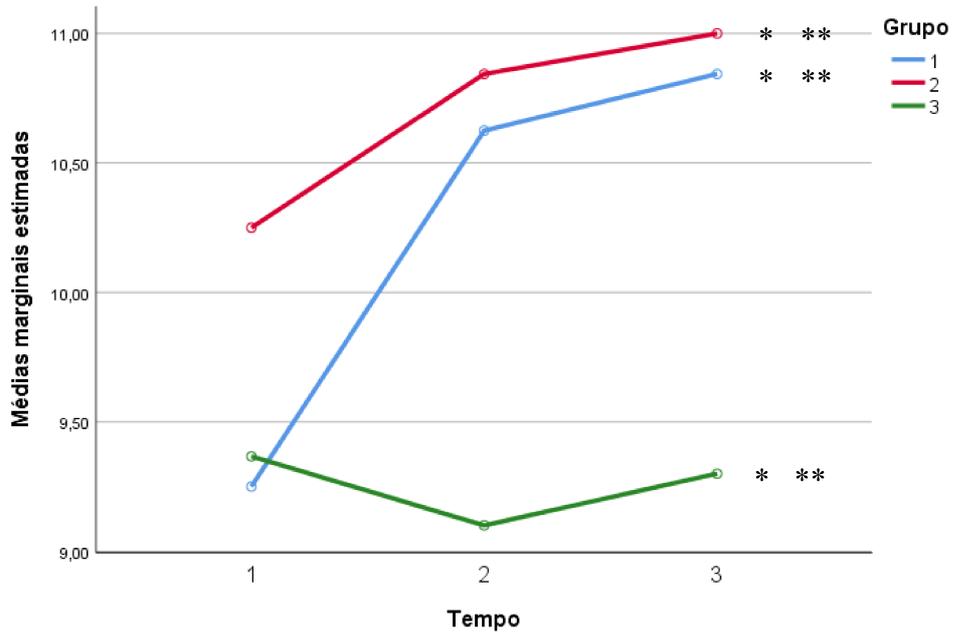
Fonte: Elaborado pela autora (2021).  
 Legenda: SCS = *Self-Compassion Scale*; \* = Efeito do tempo.

Figura 9 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala de autocrítica



Fonte: Elaborado pela autora (2021).  
 Legenda: SCS = *Self-Compassion Scale*.

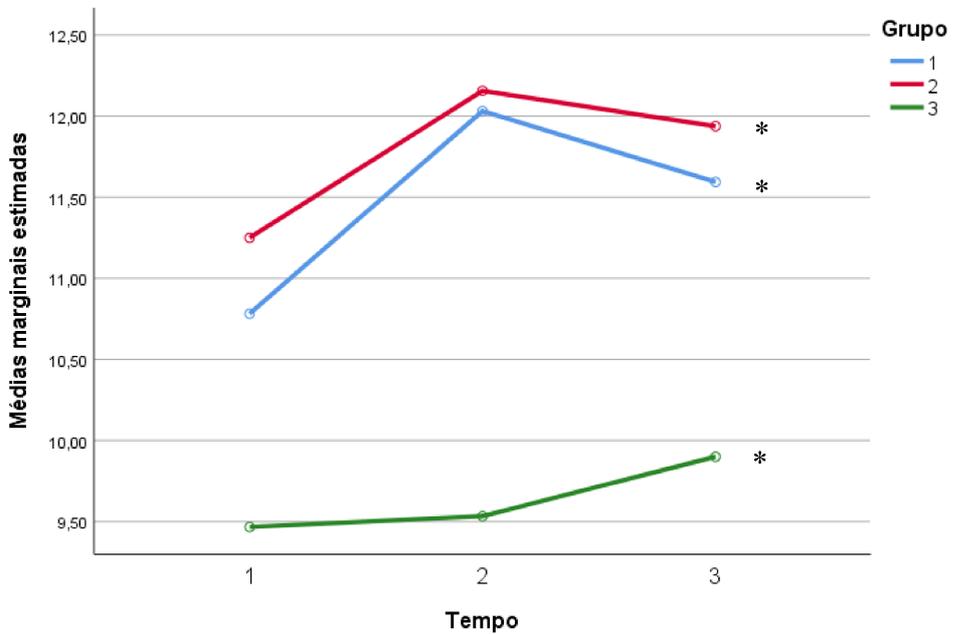
Figura 10 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala de superidentificação



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SCS = *Self-Compassion Scale*; \* = Efeito do tempo; \*\* = Efeito grupo x tempo.

Figura 11 - Médias marginais estimadas da SCS – subescala de isolamento



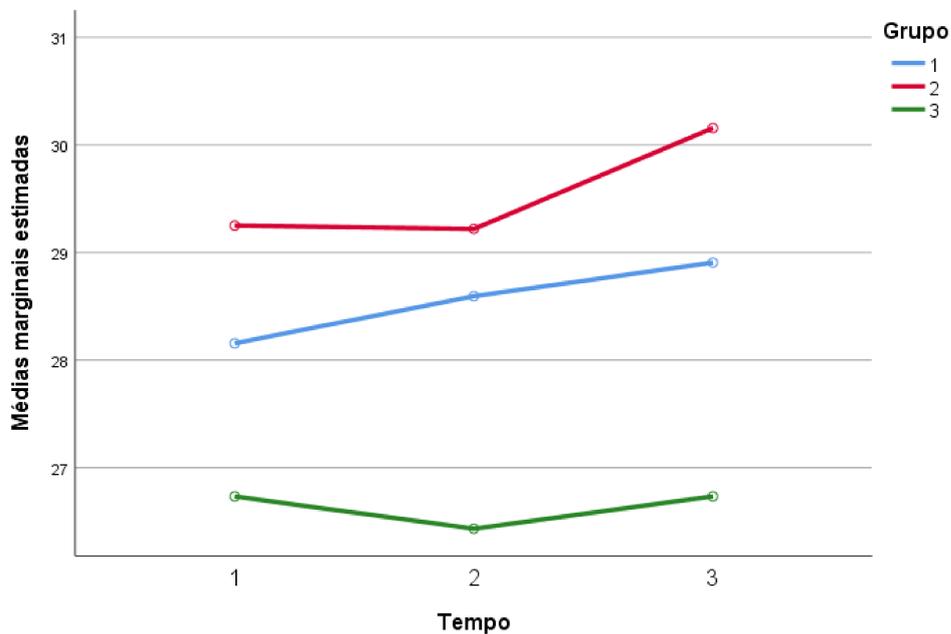
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SCS = *Self-Compassion Scale*; \* = Efeito do tempo.

### 6.2.2 Autoestima

Na Figura 12, a seguir, vê-se que a medida de autoestima, em relação ao grupo 1, mantém uma elevação contínua através dos tempos, formando uma linha levemente crescente. Em relação ao grupo 2, há uma estabilidade do tempo 1 para o 2 e então uma subida mais evidente ao se passar para o tempo 3. No grupo 3, há uma aparente estabilidade nos valores, que caem, depois se elevam de forma discreta visualmente.

Figura 12 - Médias marginais estimadas da SES

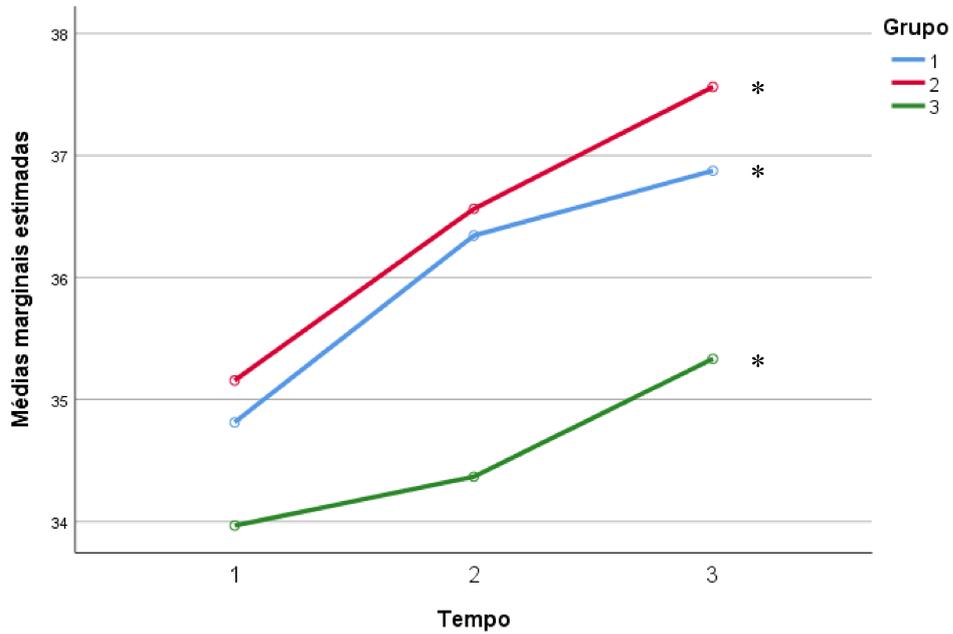


Fonte: Elaborado pela autora (2021).  
 Legenda: SES = *Self-Esteem Scale*.

### 6.2.3 Apreciação corporal

Na Figura 13 observa-se que os valores da BAS-2 se elevam para os três grupos ao longo do tempo. Para o grupo 1, a subida é mais acentuada do tempo 1 para o 2. Para o grupo 2, forma-se uma linha, pois a subida mantém-se constante ao longo dos tempos. Para o grupo 3, a subida é mais acentuada do tempo 2 para o 3.

Figura 13 - Médias marginais estimadas da BAS-2



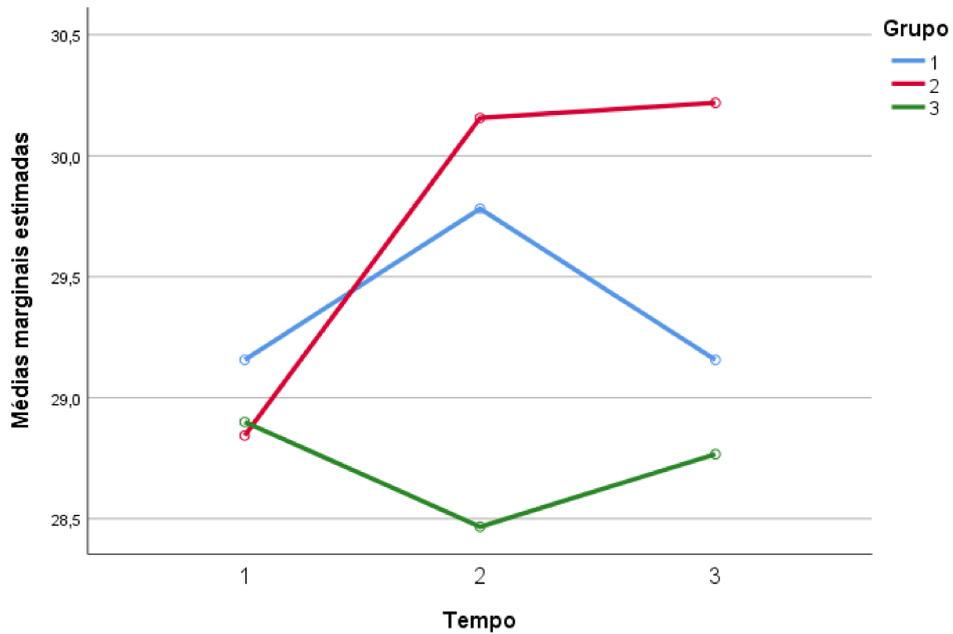
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; \* = Efeito do tempo.

#### 6.2.4 Apreciação da funcionalidade corporal

Na Figura 14, visualizamos comportamentos diferentes para os três grupos em relação à apreciação da funcionalidade corporal. Para os grupos 1 e 2 há uma elevação do tempo 1 para o 2, enquanto no grupo 3 há primeiramente uma queda.

Figura 14 - Médias marginais estimadas da FAS

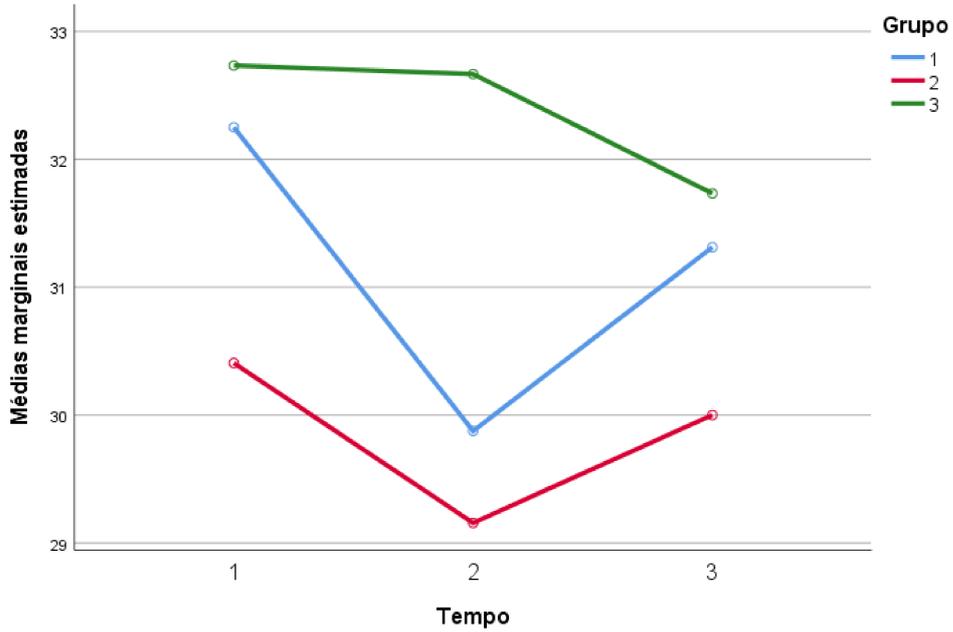


Fonte: Elaborado pela autora (2021).  
 Legenda: FAS = *Functionality Appreciation Scale*.

### 6.2.5 Ansiedade

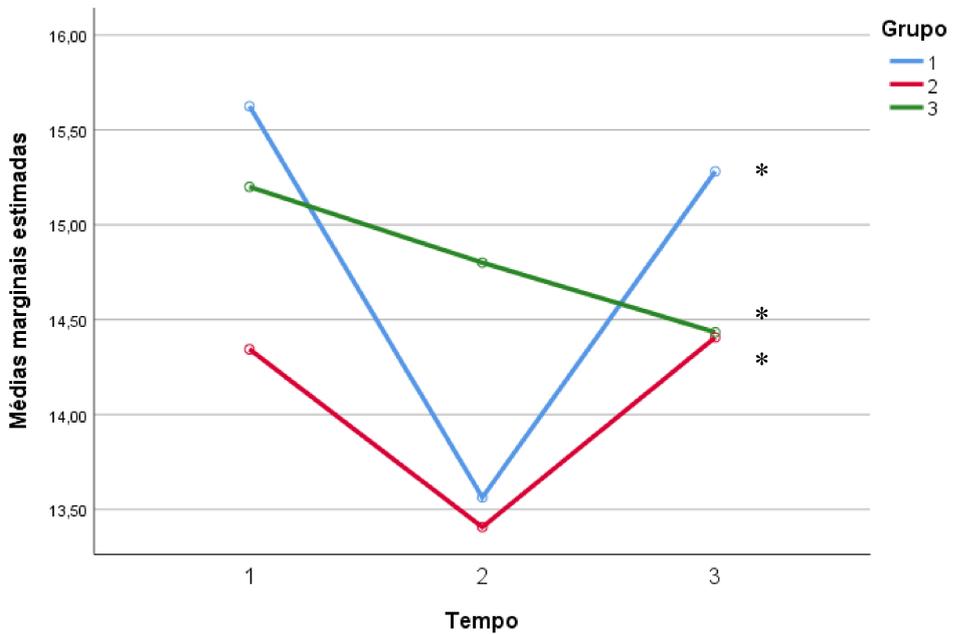
Nas medidas de ansiedade (Figuras 15 a 17), visualiza-se padrões de comportamento semelhantes entre os grupos 1 e 2, havendo primeiro uma queda, depois uma elevação nos valores da variável, exceto para o gráfico específico da escala traço, em que há uma queda contínua ao longo do tempo para ambos os grupos também. O grupo 3 apresentou padrões de comportamento diferentes dos demais, exibindo ora queda contínua, ora acréscimo seguido de queda.

Figura 15 - Médias marginais estimadas do STAI



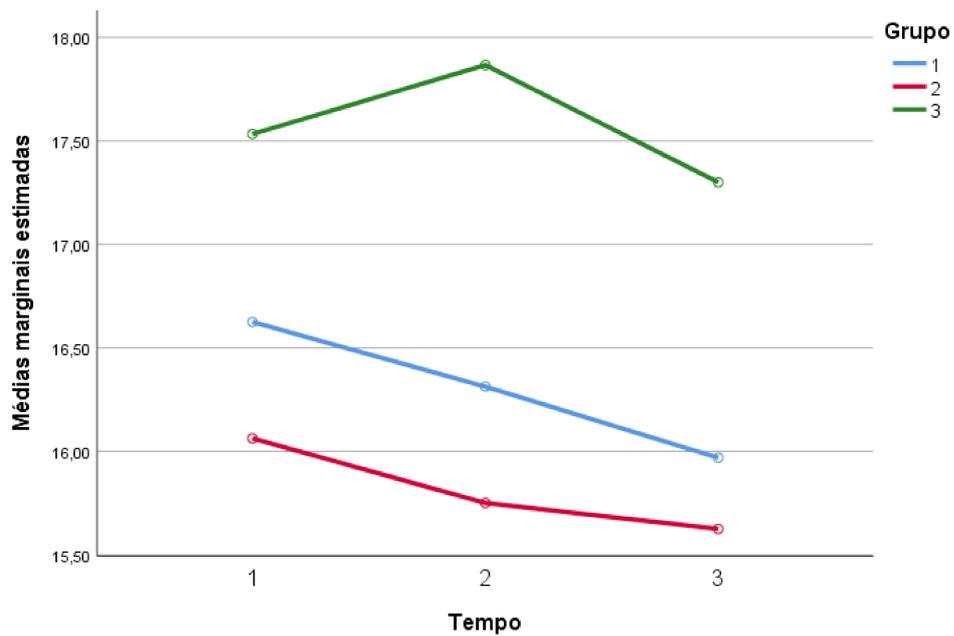
Fonte: Elaborado pela autora (2021).  
 Legenda: STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*.

Figura 16 - Médias marginais estimadas do STAI – escala estado



Fonte: Elaborado pela autora (2021).  
 Legenda: STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; \* = Efeito do tempo.

Figura 17 - Médias marginais estimadas do STAI – escala traço

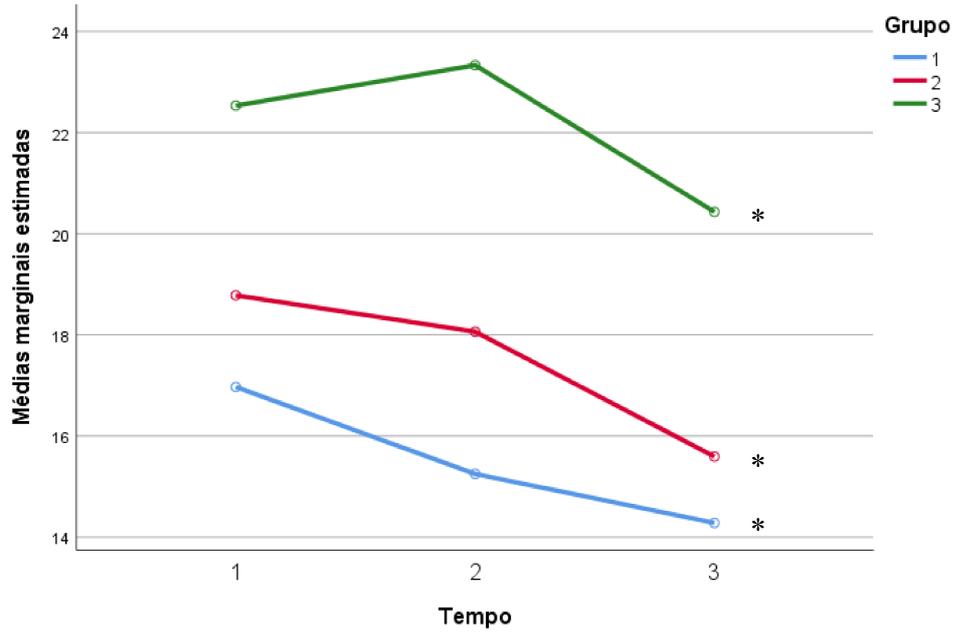


Fonte: Elaborado pela autora (2021).  
 Legenda: STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*.

### 6.2.6 Depressão

Na medida de depressão e suas subescalas (Figuras 18 a 21), vê-se uma queda contínua ao longo do tempo para os grupos 1 e 2, enquanto o grupo 3 apresenta uma elevação ao passar para o tempo 2 e depois uma queda no tempo 3 para todas as medidas, exceto para a subescala cognitivo-emocional, em que há uma queda contínua.

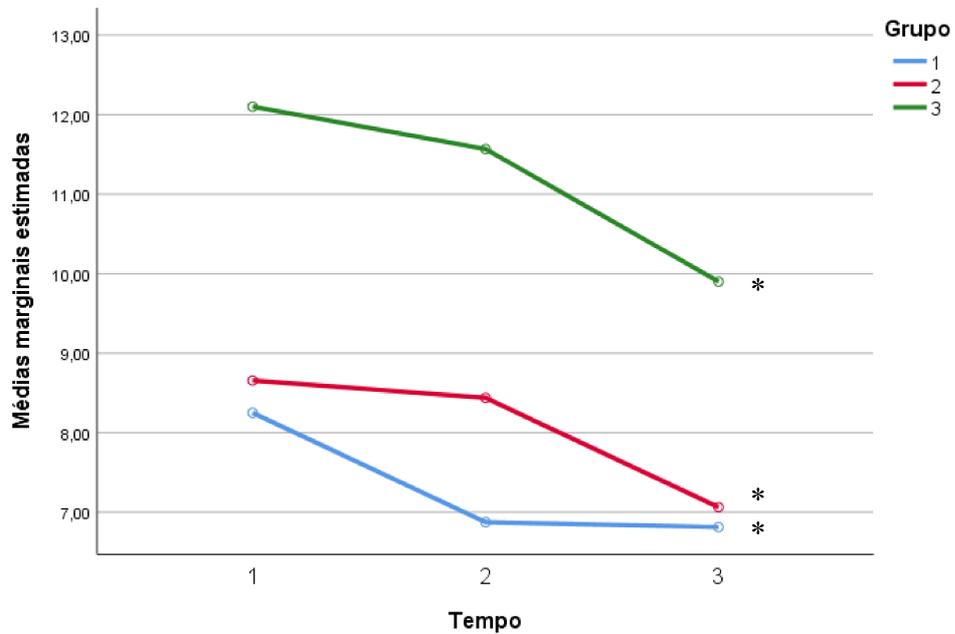
Figura 18 - Médias marginais estimadas do BDI-II



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; \* = Efeito do tempo.

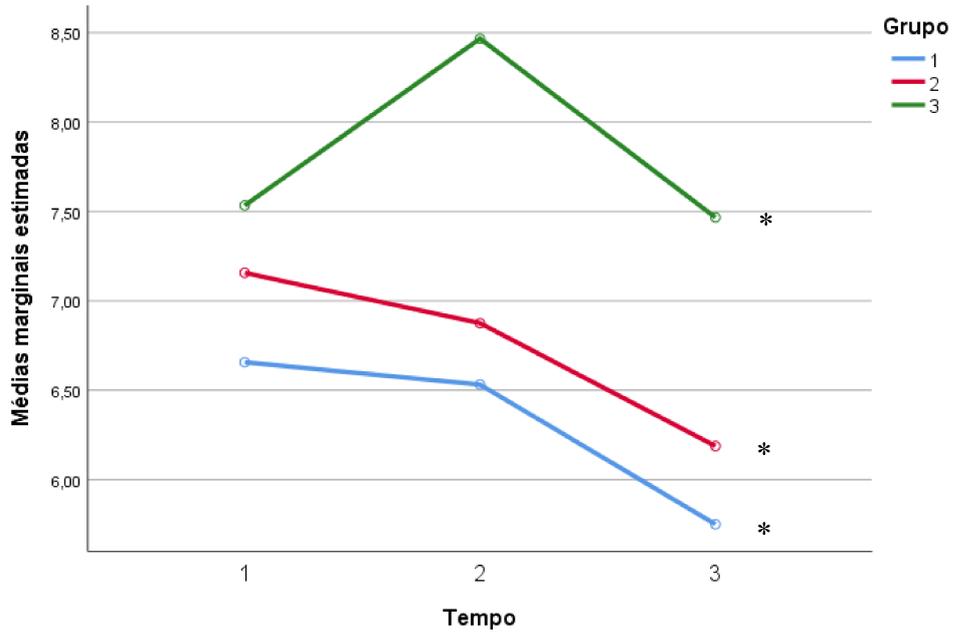
Figura 19 - Médias marginais estimadas do BDI-II – subescala cognitivo-emocional



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; \* = Efeito do tempo.

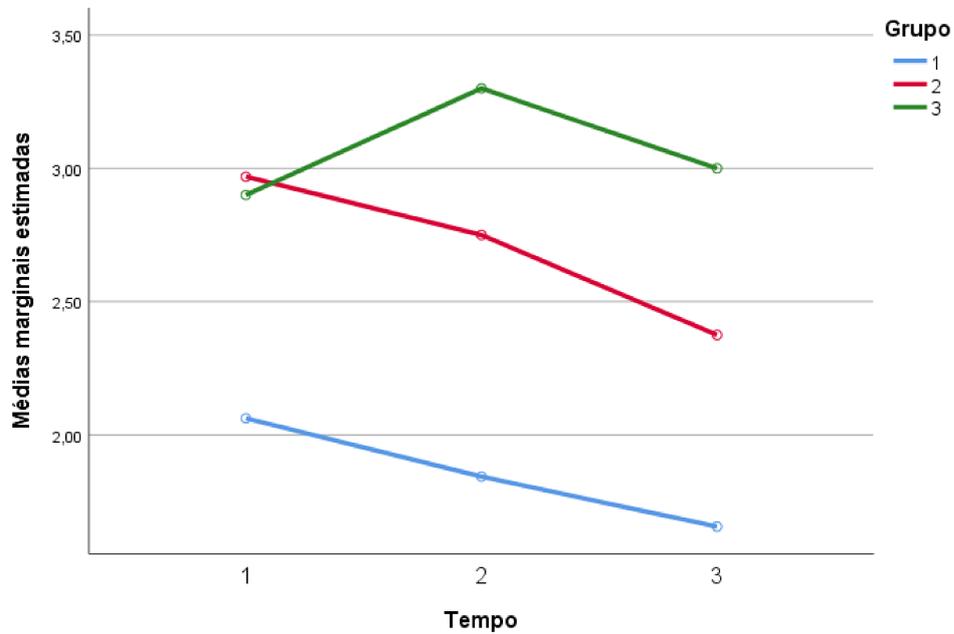
Figura 20 - Médias marginais estimadas do BDI-II – subescala comportamental (somático)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; \* = Efeito do tempo.

Figura 21 - Médias marginais estimadas do BDI-II – subescala sensações de perda



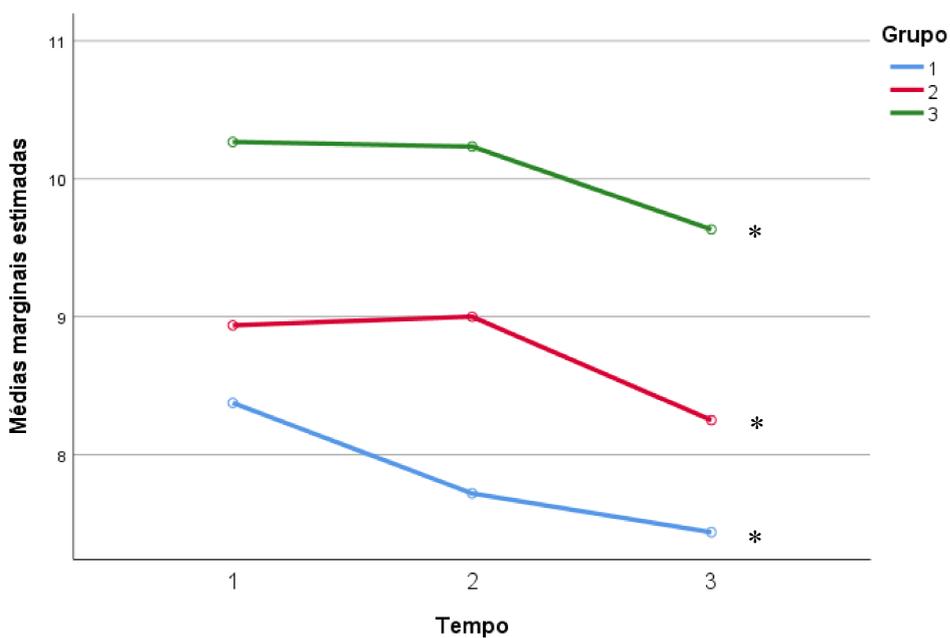
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*.

### 6.2.7 Transtornos mentais comuns

Nas medidas de transtornos mentais comuns (Figuras 22 a 26), vê-se comportamentos bem diferentes entre os três grupos. Observa-se que o grupo que mais apresenta um comportamento de queda ao longo do tempo é o grupo 1, enquanto os grupos 2 e 3 apresentam mais momentos de oscilação, com elevações.

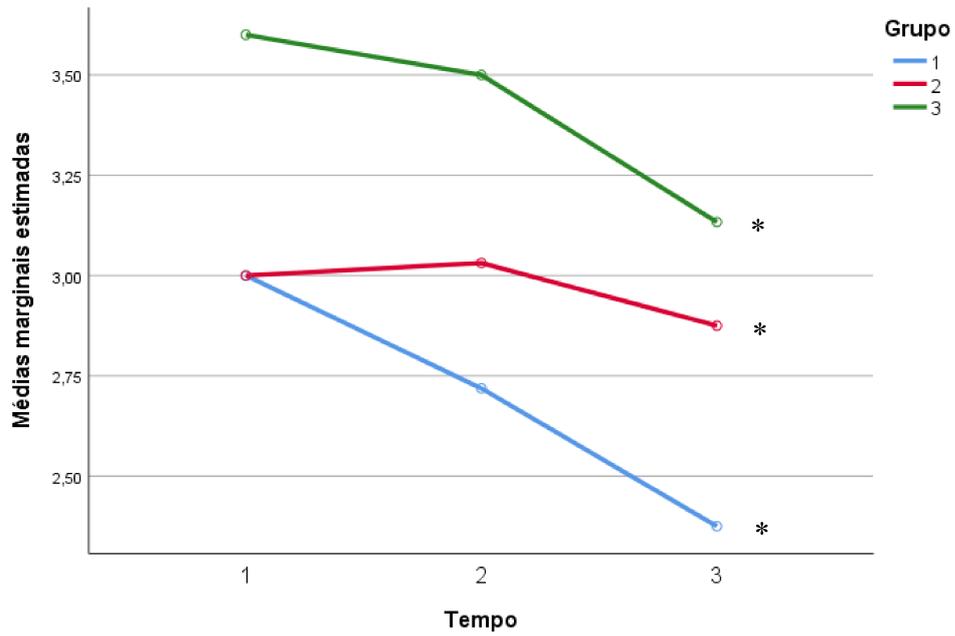
Figura 22 - Médias marginais estimadas do SRQ-20



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; \* = Efeito do tempo.

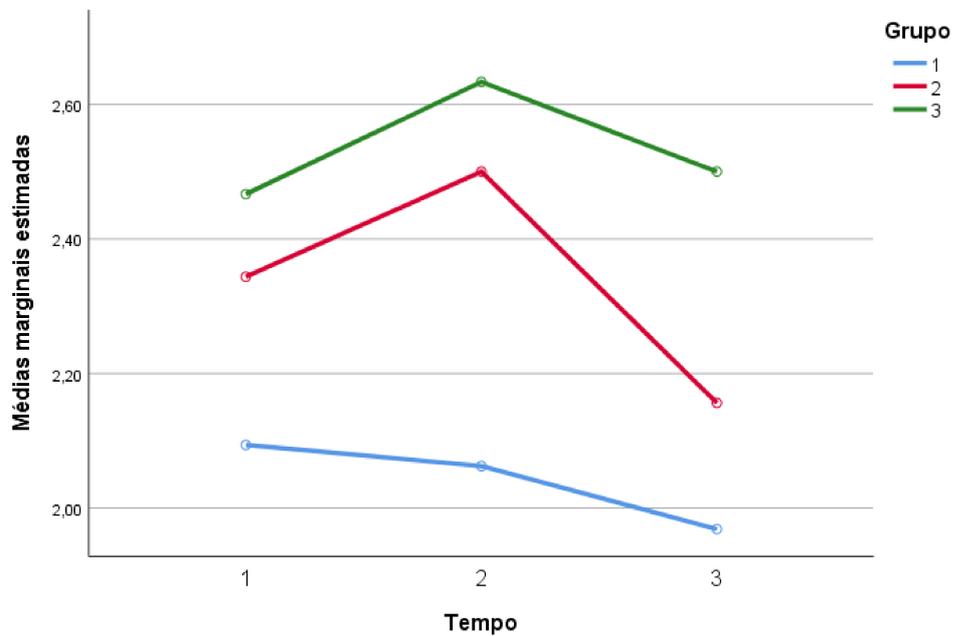
Figura 23 - Médias marginais estimadas do SRQ-20 – subescala decréscimo de energia



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; \* = Efeito do tempo.

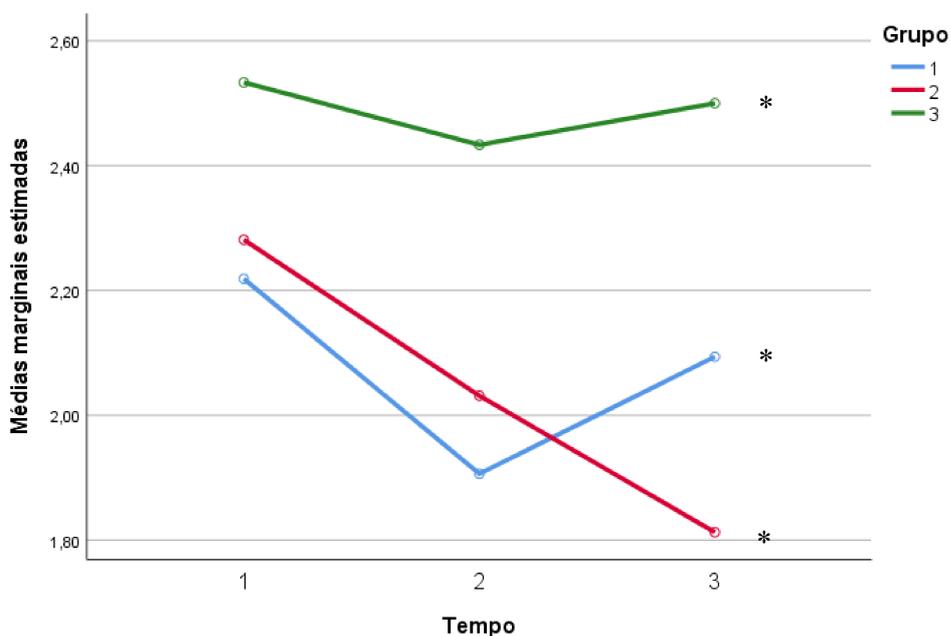
Figura 24 - Médias marginais estimadas do SRQ-20 – subescala sintomas somáticos



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*.

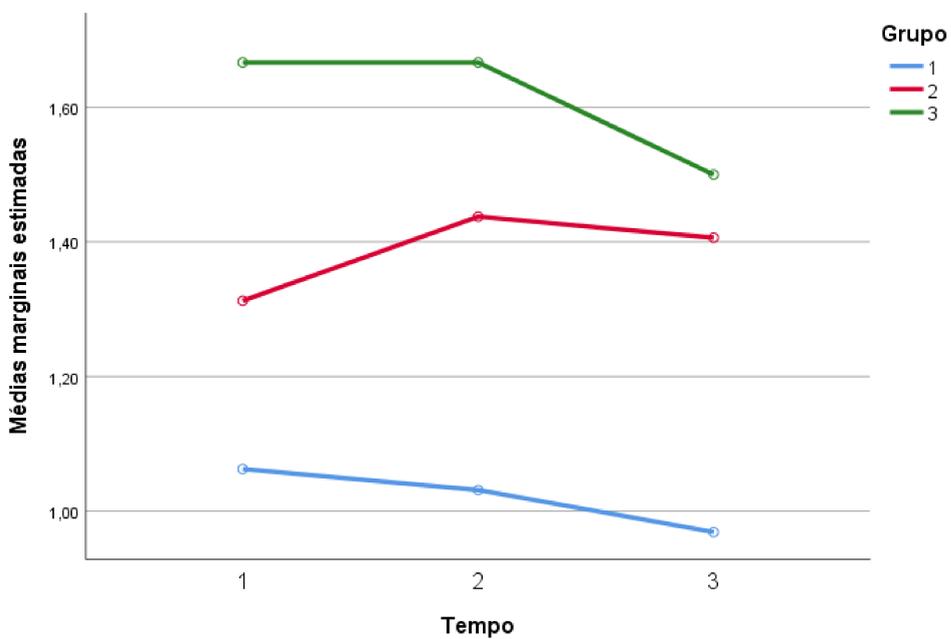
Figura 25 - Médias marginais estimadas do SRQ-20 – subescala humor depressivo-ansioso



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; \* = Efeito do tempo.

Figura 26 - Médias marginais estimadas do SRQ-20 – subescala pensamentos depressivos



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*.

## 7 DISCUSSÃO

Apresenta-se, a seguir, a discussão sobre os resultados obtidos, sendo subdividida de acordo com a apresentação dos resultados, realizada anteriormente.

Apointa-se que a discussão foi realizada levando-se em consideração estudos realizados tanto presencialmente quanto em formato online, embora já se reconheça as especificidades de estudos realizados em formato online, como é o presente caso.

### 7.1 DISCUSSÃO SOBRE ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Num primeiro momento, realiza-se uma análise descritiva da amostra total inicial ( $n = 230$ ), observando-se como a maior parte desta amostra ( $n = 136/59, 1\%$ ) limitou-se à primeira etapa de avaliação (T1), abstendo-se de participar da intervenção e demais etapas (T2 e T3). Estudos apontam motivos diversos para indivíduos descontinuarem sua participação em pesquisas científicas, citando-se motivos de ordem prática, como falta de tempo ou horários incompatíveis com as demandas da pesquisa (GROSS; JULION; FOGG, 2001), até características sociodemográficas e fatores pessoais, emocionais e psicossociais de forma geral (MOSER; DRACUP; DOERING, 2000; DAVIS; ADDIS, 1999). Geraghty, Wood e Hyland (2010), em um estudo de intervenção em insatisfação corporal, apontam como principais preditores de desistência de participantes o próprio conteúdo da intervenção e variáveis psicológicas do indivíduo. Marcellus (2004) elabora inclusive um modelo teórico de participação em pesquisas, que inclui fatores ligados ao participante, ao pesquisador, ao formato do estudo e ao contexto geral de realização do mesmo, abarcando, por exemplo, a influência de motivação, valores e crenças, tanto dos pesquisadores, quanto dos participantes, na permanência dos últimos em estudos científicos.

Sob outra ótica, quanto às motivações para participar da pesquisa, tanto em relação à amostra total participante inicialmente ( $n = 230$ ), quanto dos 94 participantes da fase de intervenções, acredita-se que possuíam motivos diversos para participar, tais como considerar o estudo interessante, relevante e válido; crença de que participar poderia ser benéfico para o participante individualmente; crença de que poderia ser benéfico para as pessoas no geral; influência de pessoas conhecidas; primeiras impressões sobre o(s) pesquisador(es); preocupações e prioridades individuais; formatos da pesquisa, etc. (HUGHES, 1998; SLEGGERS *et al.*, 2015; SOULE *et al.*, 2016).

Observa-se, na amostra geral incluída neste estudo, a presença de indivíduos que relataram possuir algum transtorno psicológico (28,7%) e, em menor proporção, indivíduos que relataram possuir algum transtorno alimentar (0,9%), constituindo tal constatação uma limitação deste estudo, dado que tais condições possuem o potencial de interferir nas variáveis alvo, nas diversas análises feitas. Com relação à amostra participante da intervenção, assim como observado na amostra geral, também foram incluídos indivíduos que relataram possuir algum transtorno psicológico (35,1%) ou alimentar (1,1%), o que, de modo semelhante, pode constituir uma limitação amostral, pois que tais condições podem interferir nos resultados das intervenções para esses indivíduos e assim no cômputo geral de eficácia das intervenções.

Na mesma linha, observa-se que aproximadamente metade dos indivíduos na amostra total (51,7%) e um pouco mais nos participantes da intervenção (58,5%) têm pontuação indicativa de TMC (de acordo com classificação proposta pelo instrumento SRQ-20), porcentagem considerada alta para padrões populacionais gerais (STALLMAN, 2010). Considera-se o já exposto, de que universitários tendem a apresentar maiores índices de adoecimento mental (STALLMAN, 2010; WADA *et al.*, 2019), e o momento de pandemia, em que houve/está havendo grande impacto sobre a saúde mental global, cuja extensão ainda não é conhecida, dada sua ocorrência continuada no presente momento (KOLA *et al.*, 2021; ZHANG; LANGE, 2021).

A observação da presença de indivíduos com algum transtorno diagnosticado e com indicativo de presença de TMC, embora possa ser interpretada como limitação no sentido de interferir no resultado das intervenções e demais análises realizadas, também consiste em ocorrência esperada ao se trabalhar com uma população universal, favorecendo o processo de generalização de resultados.

Outro ponto que merece destaque é quanto às diferenças significativas observadas, através dos testes de comparação, entre o grupo que escolheu participar da fase de intervenções e aquele que não participou. Embora as diferenças tenham sido significativas, cabe lembrar que o tamanho do efeito observado para todas elas foi pequeno. Uma das diferenças significativas entre os grupos se refere ao maior número de indivíduos, dentre aqueles que participaram da fase de intervenções, que realiza ou já realizou acompanhamento psicológico. Tal diferença pode indicar que aqueles que têm ou já tiveram acesso a conteúdos e serviços da área psicológica tendem a reconhecer os seus potenciais benefícios, escolhendo participar de iniciativas afins quando oportunizado a eles. Outra possibilidade é de que estes indivíduos já tenham uma tendência maior a buscar ou aceitar ajuda externa, possivelmente por apresentarem e/ou reconhecerem questões próprias às quais necessitam de ajuda.

Passando a outras diferenças significativas encontradas, o fato de aqueles que participaram da intervenção apresentarem uma menor média nos escores de autocompaixão, e uma maior média nos escores referentes a sintomas ansiosos, depressivos e presença de transtornos mentais comuns pode indicar indivíduos com piores indicadores de saúde mental, vertendo mais uma vez à hipótese de que os indivíduos participantes da intervenção, cientes de suas ocorrências em saúde mental, buscariam mais ajuda, vendo na intervenção aqui realizada uma possibilidade para tal. Assim, encontrou-se diferenças significativas entre os grupos, que podem ser implicações de um certo perfil de participante com maior probabilidade de se encontrar em pesquisas, embora essas diferenças demonstrem um efeito pequeno. Dado se tratar de um estudo que utilizou amostra universal, sem seleção específica de participantes com condições específicas, nem exclusão daqueles que as apresentassem, havia a possibilidade de observações como estas, mais uma possível limitação do presente estudo, embora a seleção de amostra universal favoreça, por outro lado e como já posto, o poder de generalização.

Cabe resgatar que, na amostra participante da intervenção, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, com uma única exceção, doenças físicas diagnosticadas, com um tamanho de efeito pequeno. Assim, embora tenham sido observadas mais diferenças significativas entre a amostra participante e a não participante da intervenção, quando a atenção se volta aos indivíduos submetidos à intervenção, os três grupos em que foram alocados demonstram ser bem mais semelhantes entre si em sua linha de base, o que tende a preservar os resultados alcançados na análise das intervenções.

Apesar das limitações presentes, aponta-se a força metodológica em outros pontos do estudo, uma vez que trata-se de um ensaio clínico randomizado, havendo, assim, controle de variáveis e pareamento entre grupos, por exemplo, além da realização de análises adicionais, como a análise de intenção de tratar para os dados omissos. Tais características implementadas contribuem para a consecução de resultados e conclusões mais fidedignos.

Realizando a análise da consistência interna dos instrumentos utilizados, foram constatados valores adequados para todos eles, um indicativo de que os itens de cada instrumento medem o mesmo construto, o que, por sua vez, reforça a confiabilidade dos instrumentos para a amostra em questão, uma importante propriedade psicométrica em instrumentos avaliativos (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Um dos objetivos secundários do presente trabalho consistiu em avaliar a correlação entre as variáveis em estudo, esperando-se como resultado correlações significativas entre todas elas. E, ao realizar-se a análise de correlação entre os instrumentos, obtém-se, de fato,

valores de correlação significativos, de magnitude forte ou moderada, para todas as variáveis envolvidas e em direções esperadas de acordo com estudos anteriores. Nesse sentido, no presente estudo, observou-se forte correlação entre apreciação corporal e apreciação da funcionalidade corporal, ambas medidas representativas de facetas da imagem corporal positiva, e cuja correlação também foi observada nos estudos de Alleva *et al.* (2020), Alleva, Tylka e Diest (2017) e Swami *et al.* (2019). De modo bastante coerente, pois que ambas as variáveis representam um mesmo construto mais abrangente (imagem corporal positiva), a forte correlação entre elas indica que maiores índices de apreciação corporal tendem fortemente a acompanhar maiores índices de apreciação da funcionalidade corporal e vice-versa.

A correlação positiva entre apreciação corporal e autocompaixão, aqui indicada, foi também encontrada em estudos anteriores (ALBERTSON; NEFF; DILL-SHACKLEFORD, 2015; RAQUE-BOGDAN *et al.*, 2016; TOOLE; CRAIGHEAD, 2016), assim como a correlação positiva entre apreciação corporal e autoestima (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005; ALLEVA; TYLKA; DIEST, 2017; SWAMI *et al.*, 2019). Tais correlações indicam, sem direção causal, que indivíduos com maior autocompaixão e/ou maior autoestima tendem também a apreciar mais seus corpos.

A correlação inversa observada entre apreciação corporal e sintomas depressivos e ansiosos, o foi também nos estudos de Gillen (2015), Simpson, Sutter e Perrin (2016) e Winter *et al.* (2019), o que indica que indivíduos que apreciam mais seus corpos tendem a apresentar menores sintomas ansiosos e depressivos, novamente sem indicação causal.

Foram encontrados estudos que indicam associações entre transtornos mentais comuns e aspectos diversos relacionados à imagem corporal, como percepção e (in)satisfação corporal (BENER *et al.*, 2006; CAVALCANTE NETO *et al.*, 2012; MARQUES; LEGAL; HÖFELMANN, 2012; SILVA *et al.*, 2011; VEGGI *et al.*, 2004), mas não envolvendo especificamente apreciação corporal ou outras facetas da imagem corporal positiva. Embora seja uma associação bastante plausível, presumida, por exemplo, pela correlação inversa já corroborada entre apreciação corporal e sintomas de ansiedade e depressão, pois que os últimos se relacionam à presença de transtornos mentais comuns, além do fato de que o instrumento aqui utilizado (SRQ-20) possui, dentre seus itens, vários relacionados a sintomas ansiosos e depressivos.

Outro objetivo secundário se referiu à análise da influência ou poder de predição das demais variáveis do estudo sobre apreciação corporal, através da realização de uma regressão linear múltipla, esperando-se chegar a um modelo significativo, em que todas as variáveis

fornecessem uma explicação, também significativa, da variação dos níveis de apreciação corporal. Ao se realizar a análise de regressão, obtém-se mais uma vez resultados coerentes teoricamente, embora nem todas as variáveis tenham atingido significância no modelo resultante. A apreciação da funcionalidade corporal é o construto primário no modelo, contribuindo com a maior parte da explicação sobre a variação da apreciação corporal, em coerência com a asserção, já apontada anteriormente, de que a apreciação da funcionalidade corporal também constitui importante faceta representativa da imagem corporal positiva, juntamente com a apreciação corporal (HALLIWELL, 2015; SWAMI *et al.*, 2020). A seguir tem-se a autoestima e então autocompaixão, contribuindo com o restante da variação, até chegarmos ao limite de 69,0% de explicação apresentada pelo modelo. A autoestima foi considerada construto relevante em modelos explicativos acerca da apreciação corporal/imagem corporal positiva em estudos anteriores (SUNDGOT-BORGEN *et al.*, 2020; SWAMI; NORDHEIM; BARRON, 2016), assim como a autocompaixão (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2016; HOMAN; TYLKA, 2015; ZIEMER *et al.*, 2019).

Interessante notar como a autoestima vem antes da autocompaixão no modelo de regressão. Esse resultado é indicativo de que a autoestima possui um poder preditivo/explicativo maior que a autocompaixão quanto aos níveis de apreciação corporal dos participantes. Tal indicativo é coerente com o pensamento ocidental contemporâneo, de competitividade e comparação constante, de estima contingente a parâmetros externos, o que se aplica à aparência física, à mercê de padrões de beleza socialmente reforçados, fazendo com que a autoestima ainda seja uma maneira de se relacionar consigo mesmo mais predominante que a autocompaixão (NEFF, 2003b; NEFF; VONK, 2009; NEFF, 2011) e, portanto, mais influente sobre a nossa relação com o corpo. Disso, depreende-se que, cada vez mais, se deve defrontar tal postura em que se busca estar bem em comparação a outrem, para então estabelecer-se uma postura autocompassiva, que independe de comparações e propicia um olhar mais acolhedor a si próprio, incluindo, claro, seu próprio corpo.

As demais variáveis – BDI-II, STAI e SRQ-20 – não demonstraram poder explicativo significativo sobre a variação dos níveis de apreciação corporal. Observa-se, de início, que tais variáveis se relacionam de forma inversa à variável desfecho, diferente das variáveis com poder explicativo – FAS, SES e SCS –, as quais se relacionam todas de forma direta com a BAS-2. Para além desta constatação, o fato de os sintomas depressivos, ansiosos e a presença de transtornos mentais comuns não representarem preditores significativos indica que, mesmo correlacionados significativamente com a apreciação corporal, a probabilidade de uma relação causal entre eles é bastante diminuída.

## 7.2 DISCUSSÃO SOBRE EFEITOS DAS INTERVENÇÕES

Inicialmente, com relação à retenção dos participantes da fase de intervenção no *follow-up*, observa-se perda amostral semelhante ao do estudo base, de Seekis, Bradley e Duffy (2017). Enquanto aqui obteve-se uma perda de 6 participantes em 94 (6,38%), no estudo supracitado obteve-se uma perda de 8 em 96 (8,33%). Desse modo, ambos os estudos contaram com 88 participantes respondentes em seu *follow-up*, e também ambos realizaram imputação de dados dos indivíduos ausentes, levando em conta a intenção de tratar de todos os indivíduos alocados nos grupos de intervenção, o que também confere maior fidedignidade aos resultados alcançados, uma vez que preserva os benefícios da randomização (BERWANGER *et al.*, 2006).

Quanto à credibilidade do cenário utilizado na intervenção, observou-se uma média geral alta, sem diferenças significativas entre os grupos, o que reforça a probabilidade de que o cenário tenha sido factível e que os participantes tenham conseguido realizar o exercício imaginativo pedido, o que, por sua vez, reforça a probabilidade de que, de fato, tenha ocorrido uma indução negativa prévia à intervenção.

Retomando os objetivos, o presente estudo objetivou, de modo geral, avaliar a eficácia e a eficiência de intervenções em autocompaixão e autoestima no aumento da apreciação corporal de jovens universitários, esperando-se como resultado principal a eficácia de ambas em promover o aumento da variável, com maior demonstração de eficiência por parte da intervenção em autocompaixão. A importância de tal intento residiu na possibilidade de encontrar intervenções eficazes e também discriminar aquelas mais eficientes na promoção de imagem corporal positiva, construto que tem sido vinculado a maiores índices de bem-estar psicológico e menores índices de adoecimento mental (AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005; GILLEN, 2015; LINARDON *et al.*, 2021). E, dentre seus objetivos secundários, este estudo buscou avaliar a eficácia das intervenções em aumentar os níveis de autocompaixão, autoestima e apreciação da funcionalidade corporal, bem como diminuir os níveis dos sintomas de ansiedade, depressão e presença de transtornos mentais comuns em jovens universitários.

Uma vez finalizada a fase de campo e de posse dos resultados das análises realizadas, verifica-se significância estatística apenas do efeito do tempo sobre quatro das variáveis em estudo: autocompaixão, apreciação corporal, sintomas depressivos e transtornos mentais comuns. Sem efeitos de grupo observados. Ou seja, a passagem do tempo, por si só, foi capaz de produzir efeitos significativos sobre quatro variáveis. Tal resultado indica que as

intervenções não se mostraram eficazes em promover o aumento da imagem corporal positiva (apreciação corporal) ou quaisquer outras mudanças significativas nas demais variáveis analisadas, resultado divergente das hipóteses elaboradas a princípio. Com exceção de apenas uma subescala, também não foi encontrado efeito da interação entre grupo e tempo, ou seja, as intervenções também não mostraram efeitos significativos quando aliadas à passagem do tempo. Diante da inexistência de eficácia, não mais compete avaliar a eficiência, uma vez que esta última se destina à análise de dois processos eficazes, com o intuito de apontar se um apresenta melhores resultados que outro, a partir de esforços semelhantes.

O efeito de tempo aqui observado é comumente encontrado em análises longitudinais, pois, embora muitas características psicológicas sejam relativamente estáveis temporalmente, também podem apresentar flutuações ao longo do tempo (FERRANDO, 2004; HAUCK FILHO, 2014). Tellegen (1988) pontua que determinados construtos podem se comportar ora como traços, ora como estados, sendo mais estáveis ou mais voláteis em diferentes indivíduos.

Embora tenha-se contado com metodologia similar à desenvolvida no estudo de Seekis, Bradley e Duffy (2017), a similaridade não se repetiu nos resultados. Enquanto no estudo citado, obteve-se uma melhora significativa de indicadores de imagem corporal positiva - com destaque para o efeito da intervenção em autocompaixão sobre a apreciação corporal -, no presente estudo tais efeitos não foram replicados. Seekis, Bradley e Duffy (2017), em seu respectivo estudo, encontraram efeito de grupo sobre a autocompaixão:  $F(2, 93) = 17,81, p < 0,001, \eta^2 = 0,28$ ; com médias mais altas para o grupo de intervenção em autocompaixão em relação aos grupos de autoestima e controle. Os autores também encontraram efeito de grupo para a autoestima:  $F(2, 93) = 12,00, p < 0,001, \eta^2 = 0,21$ ; com médias mais altas para o grupo de intervenção em autoestima em relação aos grupos de autocompaixão e controle. E encontraram efeito de grupo sobre a apreciação corporal:  $F(2, 92) = 13,76, p < 0,001, \eta^2 = 0,25$ ; com médias mais altas para o grupo de autocompaixão em relação ao grupo de autoestima apenas na avaliação logo após a intervenção, sem diferenças significativas entre eles no *follow-up* de duas semanas. Em relação ao grupo controle, o grupo de autocompaixão apresentou médias mais altas tanto no pós-intervenção, quanto no *follow-up*. Para essa variável, os grupos de autoestima e controle não diferiram significativamente nem no pós-intervenção nem no *follow-up*. E não foi observado efeito de tempo, nem efeito da interação grupo x tempo quanto à variável em questão (apreciação corporal). Os autores ainda avaliaram o efeito das intervenções sobre a satisfação com o corpo (com diferença

significativa entre os grupos) e a ansiedade de aparência (sem diferença significativa), variáveis não incluídas no presente estudo.

Pode-se hipotetizar muitas razões para tal resultado, a despeito do uso de metodologias similares. Aponta-se, inicialmente, a possibilidade de que o protocolo de intervenção utilizado no estudo base seja sensível culturalmente, entendendo-se por sensibilidade cultural a intensidade com que características culturais, tais como normas, valores, padrões de comportamento, crenças, aspectos ambientais, históricos e sociais estão incluídos de algum modo na intervenção, seja em seus materiais, forma de entrega e/ou proposta de avaliação, por exemplo (MENEZES; MURTA, 2018; RESNICOW *et al.*, 2000). Desse modo, para aumentar-se a probabilidade do alcance de resultados similares, fazem-se necessárias adaptações culturais das intervenções a serem realizadas, consistindo essas adaptações em modificações sistemáticas para ajustar a intervenção à cultura, ao contexto e à linguagem do público-alvo, considerando seus respectivos valores, significados e padrões culturais (CASTRO; BARRERA JR.; STEIKER, 2010). No presente estudo, não se realizou uma adaptação cultural sistemática das intervenções realizadas, mas antes adaptação simplificada das atividades de escrita, de acordo com a descrição presente no estudo original e outras adaptações em função da realidade enfrentada no momento de realização do trabalho de campo.

Nesse sentido, outro fator já mencionado que pode ter influenciado nos resultados das intervenções é a realidade pandêmica em que o estudo foi conduzido. Já se conta com trabalhos apontando para o grande impacto da pandemia de covid-19 na saúde mental em todo o mundo (ZHANG; LANGE, 2021), com potencial ainda mais deletério em países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil (KOLA *et al.*, 2021). Desse modo, considerando que o presente estudo foi realizado em condições peculiares e calamitosas em nível social amplo, com grande potencial de repercussão também a nível individual, não vivenciadas no estudo base, aponta-se outro viés possível.

Tem-se ainda o fato de a intervenção ter sido realizada de forma online, diferente do estudo base, realizado no formato presencial. Ressalta-se que, diante da realidade mencionada no parágrafo anterior, a qual impôs e ainda impõe atualmente um distanciamento social deveras necessário, o formato online era o único possível no momento para a realização da intervenção. Posto isso, estudos têm apontado uma tendência a menores efeitos em intervenções realizadas na modalidade online (GUEST *et al.*, 2019), embora ressalte-se o potencial crescente destas, pela facilidade de realização e diminuição de custos (ALBERTSON; NEFF; DILL-SHACKLEFORD, 2015; TOOLE; CRAIGHEAD, 2016;

WET; LANE; MULGREW, 2020), a partir do qual considerou-se a realização das intervenções deste estudo em formato online como também uma oportunidade de testar intervenções presenciais, com resultados significativos já relatados, em um novo formato. Aponta-se, outrossim, que pesquisas online já têm sido realizadas, sistematizadas e aprimoradas há algum tempo (FIELDING; LEE; BLANK, 2017), antes da insurgência da pandemia torná-las uma das poucas opções possíveis diante da necessidade de minimização do contato presencial. Lee, Fielding e Blank (2017) destacam o fato de que as tecnologias da informação e comunicação, além de mudarem substancialmente o modo como vivemos nossas vidas nos últimos anos, refletiram-se inevitavelmente na forma como a pesquisa científica é realizada, ocorrendo esta em um novo tipo de ambiente (ambientes virtuais em formatos diversos) e que não mais se pode adaptar simplesmente técnicas analíticas utilizadas no presencial ao que são novas formas e volumes de dados advindos do online.

Passando a outros fatores com poder de influir sobre os resultados, o fato de a intervenção ser muito breve e o tempo de seguimento também ser curto pode interferir na obtenção de resultados significativos em algumas variáveis, tal como apontado por Diedrichs *et al.* (2015), Fuller-Tyszkiewicz *et al.* (2019) e Wilson *et al.* (2020), em seus respectivos estudos. Tais variáveis podem necessitar de um tempo maior de intervenção, possivelmente com múltiplas sessões, para sofrerem mudanças significativas, bem como de um espaço maior de tempo após a finalização das sessões para que o indivíduo possa assimilar os efeitos da intervenção e então o seu funcionamento psicológico sofrer mudanças detectáveis através de instrumentos de autorrelato. Sundgot-Borgen *et al.* (2019), por exemplo, encontraram os maiores efeitos de uma intervenção realizada após um *follow-up* de 12 meses. Enquanto Stice, Shaw e Marti (2007) endossam que programas com múltiplas sessões tendem a apresentar maiores efeitos, o que contrasta com o modelo de sessão única aqui realizado.

Outro possível viés que merece destaque é o fato de que determinadas intervenções tendem a demonstrar maiores efeitos em indivíduos que possuem condições específicas (como distúrbios ou transtornos, por exemplo) que possam ser afetadas pela intervenção, dado que as variáveis relacionadas à condição ora apresentada costumam apresentar valores mais desfavoráveis, havendo maior espaço para mudanças e melhora. E, embora a intervenção possa produzir efeitos significativos na população em geral, ou seja, incluindo indivíduos saudáveis e/ou que não possuem condições específicas relacionadas ao estudo, aponta-se que, quando os indicadores avaliados já são considerados bons/favoráveis antes da intervenção, pode não haver margem para melhora significativa. Alleva e Sheeran *et al.* (2015) citam, por exemplo, como a presença de imagem corporal negativa pode influir no tamanho de efeito das

intervenções em imagem corporal. De forma similar, Yamamiya *et al.* (2005) encontraram, em seu estudo, efeitos significativos provenientes de intervenções realizadas apenas nos participantes classificados como tendo alta internalização de mensagens da mídia. Para aqueles classificados como tendo baixa internalização, nenhum efeito foi encontrado. Nessa linha, Stice, Shaw e Marti (2007), através de meta-análise realizada, observaram que programas seletivos, ou seja, que trabalham com indivíduos que possuem fatores de risco para distúrbios alimentares, no caso, tendem a demonstrar maiores efeitos quando comparados a programas universais, isto é, destinados à população em geral. Por conseguinte, reitera-se que as intervenções aqui realizadas, o foram junto a uma amostra universal, sem discriminar indivíduos com condições específicas, que poderiam apresentar maior margem de melhora. Inclusive, retoma-se a informação presente nos dados descritivos, de que apenas uma pessoa, em toda a amostra da intervenção, informou ter transtorno alimentar diagnosticado, condição já extensamente relacionada à imagem corporal (e. g., AMARAL *et al.*, 2019; AVALOS; TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2005), embora cientes, em tempo, da condição de subdiagnóstico dos transtornos alimentares (ALCKMIN-CARVALHO *et al.*, 2016; SIMON; SCHIMIDT; PILLING, 2005; SMINK; HOEKEN; HOEK, 2012), do fato de que o indivíduo pode apresentar sintomas, mas não ter procurado ajuda profissional, não possuindo assim um diagnóstico formal, além da possibilidade de omissão da informação por participantes.

Aponta-se ainda o fato de se ter utilizado aqui um grupo de controle ativo, o que já foi associado a uma maior probabilidade de se encontrar efeitos interventivos significativamente menores, quando se compara a estudos que utilizaram grupo controle passivo (ALLEVA; SHEERAN *et al.*, 2015). Ocorrência observada, por exemplo, no estudo de Wet, Lane e Mulgrew (2020), os quais também utilizaram um grupo controle ativo e não encontraram quaisquer efeitos de grupo ou interação grupo x tempo em seus resultados. Isso pode ocorrer devido a efeitos não intencionais de intervenções controle, que promovem, de algum modo, aspectos relacionados ao bem-estar psicológico, o que pode, por sua vez, acabar interferindo positivamente em aspectos da imagem corporal (MULGREW *et al.*, 2019).

A inexistência de diferenças significativas entre os efeitos dos grupos de intervenção e controle, observada neste estudo, consiste em um resultado semelhante aos encontrados nos estudos de McVey e Davis (2002), Mulgrew *et al.* (2019) e Ziemer *et al.* (2019), que também visavam a promoção de imagem corporal positiva, mas não encontraram diferenças entre os grupos nas medidas relacionadas a esse construto. No caso de McVey e Davis (2002), os autores não observaram efeitos de seu programa educativo, concluindo que houve um aumento significativo da satisfação com a imagem corporal e diminuição de indicadores de

problemas alimentares devido à passagem do tempo apenas, assim como foi observado para algumas variáveis no presente estudo. Já Mulgrey *et al.* (2019) hipotetizam que o grupo controle (ativo), em seu estudo, também pode ter gerado efeitos positivos sobre a imagem corporal, a partir de aspectos ainda não compreendidos teoricamente, questionando se intervenções focadas em aparência ou funcionalidade, por exemplo, são realmente melhores do que outras intervenções de bem-estar psicológico sobre a imagem corporal. Os autores ainda questionam se o simples fato de estar participando de um estudo poderia ter influenciado na promoção de efeitos positivos em ambos os grupos participantes, a despeito da intencionalidade do programa, sugerindo que a inclusão de grupo controle passivo (além do ativo) em estudos poderia sanar dúvidas do tipo. Por fim, Ziemer *et al.* (2019), apesar de não visualizarem efeito direto da intervenção em autocompaixão sobre a imagem corporal positiva de seus participantes, através da análise de um modelo de mediação concluem que maiores aumentos na autocompaixão foram associados a maiores aumentos em imagem corporal positiva, apontando, desse modo, a autocompaixão como um mediador significativo na promoção de imagem corporal positiva.

Diante do exposto, alude-se aos inúmeros fatores que podem influir na execução e nos resultados de um estudo, a despeito da utilização de estudos anteriores como base, produzindo-se resultados desconformes aos hipotetizados, mas vertendo conhecimento tal-qualmente.

Quanto à generalização dos resultados da amostra estudada para a população de origem, pressupõe-se que eles possam ser estendidos aos universitários de 18 a 35 anos de ambas as instituições lócus de pesquisa (IFMG-GV e UFJF-GV), com a ressalva de que a amostra tem uma proporção maior de estudantes do IFMG-GV, oferecendo, portanto, maior representatividade aos mesmos, sendo menor, em contrapartida, aos estudantes da UFJF-GV. Considerando a totalidade de participantes e que a amostra mínima de acordo com cálculo amostral foi atingida, bem como o contexto de realização da coleta de dados do estudo, considera-se a amostra representativa de universitários de 18 a 35 anos de instituições públicas de ensino superior da cidade de Governador Valadares/MG.

Diante dos resultados apresentados, aponta-se que intervenções breves, embora possuam grande potencial, pelo menor custo e maior possibilidade de alcance, podem apresentar também maiores limitações em seus efeitos. Aqui, especificamente, intervenções breves em autocompaixão e autoestima, visando promover imagem corporal positiva, não surtiram os efeitos hipotetizados junto à população jovem adulta universitária (18 a 35 anos). Acredita-se, dessa maneira, que os moldes aqui empregados – intervenção em sessão online

breve (15 minutos) e única, com *follow-up* curto (2 semanas) – possam e devam ser revistos e atualizados, a fim de se aumentar a probabilidade de ocorrência de efeitos positivos significativos, sugerindo-se a estudos futuros a exploração de outras metodologias, que supram as limitações aqui esboçadas. Sugere-se também a realização de estudos que invistam de forma mais sistemática na adaptação transcultural de intervenções em autocompaixão e autoestima, a fim de estarem mais bem alinhadas a seu contexto de realização, oferecendo maiores possibilidades de se alcançar benefícios aos participantes/população-alvo em relação às variáveis de interesse, além, é claro, da possibilidade de desenvolvimento de intervenções próprias, desenvolvidas especificamente para seu contexto de aplicação.

E embora as intervenções aqui realizadas não tenham apresentado resultados significativos, alude-se mais uma vez ao potencial de intervenções realizadas no formato online, não apenas visando promover imagem corporal positiva, mas para promover aspectos diversos da saúde mental. Intervenções realizadas em formato online se fazem especialmente oportunas no momento presente, de pandemia mundial e em que o contato presencial deve ser limitado, mas também se mostram uma tendência em uma sociedade cada vez mais conectada virtualmente e que já reconhece os benefícios da comunicação à distância, como menores custos operacionais e maior democratização do acesso a informações e a serviços diversos, destacando-se aqui seu grande potencial de impacto nos campos da educação e saúde.

## 8 CONCLUSÃO

De acordo com o exposto ao longo do estudo executado, pode-se concluir que as intervenções aqui realizadas, caracterizadas como intervenções breves com base em exercícios de escrita em autocompaixão e autoestima, não demonstraram eficácia em promover/aumentar significativamente apreciação corporal, não cabendo assim realizar análise de eficiência entre elas, pois que dependente de eficácia ser demonstrada previamente. De modo similar, as intervenções não demonstraram eficácia em aumentar significativamente os níveis de autocompaixão, autoestima e apreciação da funcionalidade corporal, nem em diminuir significativamente sintomas de ansiedade, depressão e presença de transtornos mentais comuns.

Também através deste estudo puderam ser observados níveis altos e moderados de correlação positiva entre autocompaixão, autoestima, apreciação corporal e apreciação da funcionalidade corporal. Bem como níveis altos e moderados de correlação positiva entre sintomas de ansiedade, depressão e presença de transtornos mentais. E então, níveis altos e moderados de correlação negativa (ou inversa) entre o primeiro bloco de variáveis citado e o segundo.

Por fim, observou-se que apreciação da funcionalidade corporal, autoestima e autocompaixão se mostraram preditores significativos da variação dos níveis de apreciação corporal.

Diante de tudo exposto, aponta-se que todos os objetivos do estudo foram cumpridos. Quanto às hipóteses, parte delas foi confirmada, parte foi refutada; sendo confirmada em sua totalidade a segunda hipótese específica e parcialmente a terceira hipótese específica.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTSON, Ellen R.; NEFF, Kristin D.; DILL-SHACKLEFORD, Karen E. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. **Mindfulness**, v. 6, n. 3, p. 444-454, 2015. doi: 10.1007/s12671-014-0277-3
- ALCKMIN-CARVALHO, Felipe; SANTOS, Deivid Regis dos; RAFIHI-FERREIRA, Renatha El; SOARES, Maria Rita Zoéga. Análise da evolução dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa. **Avaliação Psicológica**, v. 15, n. 2, p. 265-274, 2016.
- ALLEVA, Jessica M.; MARTIJN, Carolien; BREUKELEN, Gerard J. P. Van; JANSEN, Anita; KAROS, Kai. Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. **Body Image**, v. 15, p. 81-89, 2015. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.07.001
- ALLEVA, Jessica M.; SHEERAN, Paschal; WEBB, Thomas L.; MARTIJN, Carolien; MILES, Eleanor. A meta-analytic review of stand-alone interventions to improve body image. **PLoS One**, v. 10, n. 9, 2015. doi: 10.1371/journal.pone.0139177
- ALLEVA, Jessica M.; TYLKA, Tracy L.; DIEST, Ashley M. Kroon Van. The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. **Body Image**, v. 23, p. 28-44, 2017. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.07.008
- ALLEVA, Jessica M.; TYLKA, Tracy L.; OORSOUW, Kim van; MONTANARO, Erika; PEREY, Iris; BOLLE, Cheyenne; BOSELIE, Jantine; PETERS, Madelon; WEBB, Jennifer B. The effects of yoga on functionality appreciation and additional facets of positive body image. **Body Image**, v. 34, p. 184-195, 2020. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.06.003
- ALTMAN, Jennifer K.; LINFIELD, Ken; SALMON, Paul G.; BEACHAM, Abbie O. The body compassion scale: Development and initial validation. **Journal of Health Psychology**, v. 25, n. 4, p. 439-449, 2020. doi: 10.1177/1359105317718924
- ALTMAN, Jennifer K.; ZIMMARO, Lauren A.; WOODRUFF-BORDEN, Janet. Targeting body compassion in the treatment of body dissatisfaction: A case study. **Clinical Case Studies**, p. 1-15, 2017. doi: 10.1177/1534650117731155
- AMARAL, Ana Carolina Soares. **Imagem Corporal de adolescentes: Descrição e intervenção preventiva em âmbito escolar** (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Juiz de Fora. Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Juiz de Fora, 2015.
- AMARAL, Ana Carolina Soares; FERREIRA, Maria Elisa Caputo. Prevenindo a insatisfação corporal e os transtornos alimentares: Atualidades, perspectivas e a atuação do profissional de educação física. *In*: CARVALHO, Pedro Henrique Berbert de; SOARES, João Paulo Fernandes; BANDEIRA, Marília Martins (Orgs.). **Corpos em movimento: Imagens, gêneros e interculturalidades**. Appris, 2019.
- AMARAL, Ana Carolina Soares; MEDEIROS, Aline de Souza Furtado; ARAÚJO, Alcimara Campos de Moraes Rodrigues; ANA, Alessandra Aparecida da Silva; HUDSON, Tassiana

Aparecida; FERREIRA, Maria Elisa Caputo. Apreciação corporal e aspectos associados entre adolescentes e mulheres jovens. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 16-22, 2019. doi: 10.1590/0047-2085000000220

ANDRADE, Edson Ribeiro; SOUSA, Edinilsa Ramos de. Autoestima como expressão de saúde mental e dispositivo de mudanças na cultura organizacional da polícia. **Psicologia Clínica**, v. 22, n. 2, p. 179-195, 2010. doi: 10.1590/S0103-56652010000200012

ANDRADE, Edson Ribeiro; SOUSA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 275-285, 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000100034

ANDREW, Rachel; TIGGEMANN, Marika; CLARK, Levina. Predicting body appreciation in young women: An integrated model of positive body image. **Body Image**, v. 18, p. 34-42, 2016. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.04.003

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV**. 4ª edição. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 1995.

ARAÚJO, Geissy Lainny de Lima. **Efeitos psicofisiológicos de uma breve intervenção baseada em *mindfulness* em adultos jovens saudáveis** (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Neurociências. Natal, 2018.

ARRETCHE, Marta T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. *In*: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: Uma questão em debate**. 2ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

ASSIS, Simone Gonçalves; AVANCI, Joviana Quintes. **Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Criança, Mulher e Saúde collection. 208 p.

ASSUMPÇÃO, Alessandra de Fátima Almeida. **Terapia cognitiva baseada em *mindfulness* para universitários com sintomas leves e moderados de depressão, ansiedade e estresse** (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2019.

AUSTIN, S. Bryn. Prevention research in eating disorders: Theory and new directions. **Psychological Medicine**, v. 30, n. 6, p. 1249-1262, 2000. doi: 10.1017/s0033291799002573

AVALOS, Laura; TYLKA, Tracy L.; WOOD-BARCALOW, Nichole. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. **Body Image**, v. 2, n. 3, p. 285-297, 2005. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.06.002

BANDEIRA, Cláudia de Moraes; HUTZ, Claudio Simon. As implicações do *bullying* na auto-estima de adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 14, n. 1, p. 131-138, 2010. doi: 10.1590/S1413-85572010000100014

BARATA-SANTOS, Mafalda; MARTA-SIMÕES, Joana; FERREIRA, Cláudia. Body compassion safeguards against the impact of major life events on binge eating. **Appetite**, v. 134, p. 34-39, 2019. doi: 10.1016/j.appet.2018.12.016

BECK, Aaron T.; STEER, Robert A.; BROWN, Gregory K. **Manual for the Beck Depression Inventory-II**. San Antonio/TX: The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company, 1996.

BECK, Aaron T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

BENER, Abdulbari; KAMAL, Abdulaziz; TEWFIK, Ihab; SABUNCUOGLU, Osman. Prevalence of dieting, overweight, body image satisfaction and associated psychological problems in adolescent boys. **Nutrition & Food Science**, v. 36, n. 5, p. 295-304, 2006. doi: 10.1108/00346650610703144

BERTOLINO, Caroline de Oliveira. **Avaliação do impacto de programa de educação emocional no desenvolvimento de comportamentos pró-sociais em universitários** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Porto Alegre, 2017.

BERWANGER, Otávio; GUIMARÃES, Hélio Penna; AVEZUM, Álvaro; PIEGAS, Leopoldo Soares. Os dez mandamentos do ensaio clínico randomizado - Princípios para avaliação crítica da literatura médica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Série: Medicina baseada em evidências e hipertensão arterial, v. 13, n. 1, p. 65-70, 2006.

BEUSENBERG, M.; ORLEY, J. (Orgs.). **A User's guide to the self-reporting questionnaire (SRQ)**. World Health Organization. Division of Mental Health. Geneva, 1994.

BIAGGIO, Angela Maria Brasil. Desenvolvimento da forma infantil em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 32, n. 3, p. 106-118, Rio de Janeiro, 1980.

BIAGGIO, Angela Maria Brasil; NATALÍCIO, Luiz; SPIELBERGER, Charles Donald. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, v. 29, n. 3, p. 31-44, Rio de Janeiro, 1977.

BIANCHINI, Camila. **Estudo experimental de uma intervenção não farmacológica para promover equilíbrio emocional entre estudantes universitários** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos, 2018.

BLUTH, Karen; BLANTON, Priscilla W. The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. **The Journal of Positive Psychology**, v. 10, n. 3, p. 219-230, 2015. doi: 10.1080/17439760.2014.936967

BLUTH, Karen; CAMPO, Rebecca A.; FUTCH, William S.; GAYLORD, Susan A. Age and gender differences in the associations of self-compassion and emotional well-being in a large

adolescent sample. **Journal of youth and adolescence**, v. 46, n. 4, p. 840-853, 2017. doi: 10.1007/s10964-016-0567-2

BRAUN, Tosca D.; PARK, Crystal L.; GORIN, Amy. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. **Body Image**, v. 17, p. 117-131, 2016. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.03.003

BREINES, Juliana G.; CHEN, Serena. Self-Compassion increases self-improvement motivation. **Personality & Social Psychology Bulletin**, v. 38, n. 9, p. 1133-1143, 2012. doi: 10.1177/0146167212445599

BUCCHIANERI, Michaela M.; ARIKIAN, Aimee J.; HANNAN, Peter J.; EISENBERG, Marla E.; NEUMARK-SZTAINER, Dianne. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. **Body Image**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2013. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001

CAMARGOS JUNIOR, João Batista. **Qualidade de vida relacionada à saúde e autocompaixão em pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica** (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Alfenas. Alfenas/MG, 2020.

CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho; MORGADO, Jairo José Monteiro; MORGADO, Fabiane Frota da Rocha; CAMPANA, Mateus Betanho; FERREIRA, Lucilene; TAVARES, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes. *Drive for muscularity: Um estudo exploratório no exército brasileiro*. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 213-222, 2014. doi: 10.1590/S0102-37722014000200011

CAMPOS, Priscila Figueiredo; ALMEIDA, Maurício; NEVES, Clara Mockdece; RODGERS, Rachel F.; FERREIRA, Maria Elisa Caputo; CARVALHO, Pedro Henrique Berbert de. Assessing the Rising Emphasis on Muscularity for Women: Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Female Muscularity Scale. **Sex Roles**, v. 85, p. 313-325, 2021. doi: 10.1007/s11199-020-01222-1

CARLOTTO, Mary Sandra; AMAZARRAY, Mayte Raya; CHINAZZO, Ítala; TABORDA, Luanna. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores: Uma análise na perspectiva de gênero. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 172-178, Rio de Janeiro, 2011.

CARPENA, Marina Xavier; MENEZES, Carolina Baptista. Efeito da meditação focada no estresse e *mindfulness* disposicional em universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, p. 1-12, 2018. doi: 10.1590/0102.3772e3441

CARVALHO, Pedro Henrique Berbert de; ALVARENGA, Marle dos Santos; FERREIRA, Maria Elisa Caputo. An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. **Appetite**, v. 116, p. 164-172, 2017. doi: 10.1016/j.appet.2017.04.037

CASH, Thomas F.; SMOLAK, Linda. **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. 2ª edição. New York: The Guilford Press, 2011.

CASTRO, Felipe González; BARRERA JR., Manuel; STEIKER, Lori K. Holleran. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. **Annual**

**Review of Clinical Psychology**, v. 6, p. 213-239, 2010. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032

CASTRO, Roney Polato de; REIS, Neilton dos. Romper binários de gênero e sexualidade: Ensaiar uma educação não-binária. **Margens - Revista Interdisciplinar**. Dossiê: Corpo, Gênero e Sexualidade. Versão Digital – ISSN: 1982-5374, v. 11, n. 17, p. 108-124, 2017.

CATTELL, Raymond B.; SCHEIER, Ivan H. **The meaning and measurement of neuroticism and anxiety**. New York: The Ronald Press Company, 1961.

CAVALCANTE NETO, José Lopes; COSTA, Aline Gabriele dos Santos da; SILVA, Larissa Ingrid Araújo da; SOARES, Pollyana Pereira Nobre; SILVA, Aparecida Michele da. Percepção da imagem corporal em mulheres com transtornos mentais comuns: Um estudo preliminar. **Motricidade**, v. 8, n. S2, p. 999-1004, 2012.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários** (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.

CHEIN, Flávia. **Introdução aos modelos de regressão linear**: um passo inicial para compreensão da econometria como uma ferramenta de avaliação de políticas públicas. Brasília: Enap, 2019. 76 p.

CHOMA, Becky L.; VISSER, Beth A.; POZZEBON, Julie A.; BOGAERT, Anthony F.; BUSSERI, Michael A.; SADAVA, Stanley W. Self-objectification, self-esteem, and gender: Testing a moderated mediation model. **Sex Roles**, v. 63, n. 9-10, p. 645-656, 2010. doi: 10.1007/s11199-010-9829-8

CHUNG, Joanne M.; HUTTEMAN, Roos; AKEN, Marcel A. G. van; DENISSEN, Jaap J. A. High, low, and in between: Self-esteem development from middle childhood to young adulthood. **Journal of Research in Personality**, v. 70, p. 122-133, 2017. doi: 10.1016/j.jrp.2017.07.001

CICUTO, Karen Messas. **Estudo sobre os efeitos de uma intervenção de *mindfulness* nas funções neuropsicológicas de estudantes universitários** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Paulo, 2018.

COHEN, Jacob. **Statistical Power for Behavioral Sciences**. 2a Ed. New York: Academic Press, 1988.

CONSORT. CONSORT Extensions. **CONSORT Extension NPT 2017 Checklist**, 2017. Disponível em: <http://www.consort-statement.org/downloads/extensions>. Acesso em: 18 maio 2020.

CONSORT. **Transparent reporting of trials**. Disponível em: <http://www.consort-statement.org/>. Acesso em: 18 maio 2020.

CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE). Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

COSTA, Bianca Cristine Gomide. **Investigando a relação entre autoconceito, autoeficácia e autoestima**: Construção de evidências a partir da Escala de Cognições Acadêmicas Autorreferentes (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2014.

COX, Anne E.; ULLRICH-FRENCH, Sarah; HOWE, Holly S.; COLE, Amy N. A pilot yoga physical education curriculum to promote positive body image. **Body Image**, v. 23, p. 1-8, 2017. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.07.007

CROCKER, Jennifer. Self-esteem in adulthood. *In*: SMELSER, Neil J.; BALTES Paul B. **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**, 2001.

CROCKER, Jennifer; PARK, Lora E. The costly pursuit of self-esteem. **Psychological Bulletin**, v. 130, n. 3, p. 392-414, 2004. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.392

DALMOLIN, Bárbara Brezolin; BACKES, Dirce Stein; ZAMBERLAN, Cláudia; SCHAURICH, Diego; COLOMÉ, Juliana Silveira; GEHLEN, Maria Helena. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011. doi: 10.1590/S1414-81452011000200023

DALBOSCO, Simone Nenê Portela. **Adaptação acadêmica no ensino superior**: Estudos com ingressantes (Tese de Doutorado). Universidade São Francisco. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia. Campinas, 2018.

DANCEY, Christine P.; REIDY, John. **Estatística sem matemática para psicologia**. 5ª edição. Porto Alegre: Penso, 2013.

DAVIS, Mary J.; ADDIS, Michael E. Predictors of attrition from behavioral medicine treatments. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 21, n. 4, p. 339-349, 1999. doi: 10.1007/BF02895967

DIEDRICHS, Phillippa C.; ATKINSON, Melissa J.; STEER, Rebecca J.; GARBETT, Kirsty M.; RUMSEY, Nichola; HALLIWELL, Emma. Effectiveness of a brief school-based body image intervention ‘Dove Confident Me: Single Session’ when delivered by teachers and researchers: Results from a cluster randomised controlled trial. **Behaviour Research and Therapy**, v. 74, p. 94-104, 2015. doi: 10.1016/j.brat.2015.09.004

DINIZ, Neila Fernanda Pereira de Souza; AIRES, Suely. Grupo de escuta e reflexão com estudantes universitários. **Vínculo** (Revista do NESME), v. 15, n. 1, p. 61-75, 2018.

DIXON, Sarah K.; KURPIUS, Sharon E. Robinson. Depression and college stress among university undergraduates: Do mattering and self-esteem make a difference? **Journal of College Student Development**, v. 49, n. 5, p. 412-424, 2008. doi: 10.1353/csd.0.0024

DONG, Yiran; PENG, Chao-Ying Joanne. Principled missing data methods for researchers. **SpringerPlus**, v. 2, n. 1, p. 222-238, 2013. doi: 10.1186/2193-1801-2-222

DREHMER, Luciana Balestrin Redivo; FALCÃO, Carolina Neumann de Barros. Para além da concepção binária cis-heteronormativa: A psicanálise interrogada pelas diversidades sexuais e de gênero. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39 (n. spe 3), e228536, p. 62-74, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228536>

EL-DAW, Badriyah; HAMMOUD, Hiba. The effect of building up self-esteem training on students' social and academic skills 2014. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 190, p. 146-155, 2015. doi: /10.1016/j.sbspro.2015.04.929

ELLIS, Lee; HOSKIN, Anthony W.; RATNASINGAM, Malini. Attitudes, preferences, and beliefs. In: ELLIS, Lee; HOSKIN, Anthony W.; RATNASINGAM, Malini. **Handbook of social status correlates**, Academic Press: 2018. doi: 10.1016/B978-0-12-805371-3.00005-4

ESCOSTEGUY, Claudia Caminha. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 72, n. 2, p. 139-148, Rio de Janeiro, 1999.

ESTRELA, Carlos (Org.). **Metodologia científica: Ciência, ensino, pesquisa**. 3ª edição. Artes Médicas, 2018.

FARIA, Cristiany Seppe; MEIRELES, Stéfane Maria de Oliveira; NUNES, Bárbara Edir Rodrigues Peres; ALMEIDA, Mauricio; CAMPOS, Priscila Figueiredo; NEVES, Clara Mockdece. Adaptação transcultural e análise psicométrica da *Functionality Appreciation Scale* (FAS) para jovens universitários brasileiros. **Motricidade**, v. 16, n. S1, p. 124-135, 2020. doi: 10.6063/motricidade.22333

FERRARI, Madeleine; HUNT, Caroline; HARRYSUNKER, Ashish; ABBOTT, Maree J.; BEATH, Alissa P.; EINSTEIN, Danielle A. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. **Mindfulness**, v. 10, p. 1455-1473, 2019. doi: 10.1007/s12671-019-01134-6

FERRANDO, Pere J. Person reliability in personality measurement: An item response theory analysis. **Applied Psychological Measurement**, v. 28, n. 2, p. 126-140, 2004. doi: 10.1177/0146621603260917

FIELDING, Nigel G.; LEE, Raymond M.; BLANK, Grant (Ed.). **The SAGE handbook of online research methods**. 2ª edição. SAGE, 2017.

FIGUEIREDO FILHO, Dalson; NUNES, Felipe; ROCHA, Enivaldo Carvalho da; SANTOS, Manoel Leonardo; BATISTA, Mariana; SILVA JÚNIOR, José Alexandre. O que fazer e o que não fazer com a regressão: Pressupostos e aplicações do modelo linear de mínimos quadrados ordinários (MQO). **Revista Política Hoje**, v. 20, n. 1, p. 44-99, 2011.

FINGER, Igor da Rosa. **Validade de construto do inventário de depressão de Beck-II (BDI-II) em uma população universitária** (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Mestrado em Psicologia Clínica. Porto Alegre, 2008.

FIORAVANTI-BASTOS, Ana Carolina Monnerat; CHENIAUX, Elie; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Development and validation of a short-form version of the Brazilian State-Trait Anxiety Inventory. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24, n. 3, p. 485-494, 2011. doi: 10.1590/S0102-79722011000300009

FOELS, Rob; TOMCHO, Thomas J. Gender, interdependent self-construals, and collective self-esteem: Women and men are mostly the same. **Self and Identity**, v. 4, n. 3, p. 213-225, 2005. doi: 10.1080/13576500444000281

FRANZOI, Stephen L.; SHIELDS, Stephanie A. The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. **Journal of Personality Assessment**, v. 48, n. 2, p. 173-178, 1984. doi: 10.1207/s15327752jpa4802\_12

FREDRICKSON, Barbara L.; ROBERTS, Tomi-Ann. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. **Psychology of Women Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 173-206, 1997. doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x

FRISÉN, Ann; LUNDE, Carolina; BERG, Anne Ingeborg. Developmental patterns in body esteem from late childhood to young adulthood: A growth curve analysis. **European Journal of Developmental Psychology**, v. 12, n. 1, p. 99-115, 2015. doi: 10.1080/17405629.2014.951033

FULLER-TYSZKIEWICZ, Matthew; RICHARDSON, Ben; LEWIS, Vivienne; LINARDON, Jake; MILLS, Jacqueline; JUKNAITIS, Kerry; LEWIS, Charlotte; COULSON, Kim; O'DONNELL, Renee; ARULKADACHAM, Lilani; WARE, Anna; KRUG, Isabel. A randomized trial exploring mindfulness and gratitude exercises as eHealth-based micro-interventions for improving body satisfaction. **Computers in Human Behavior**, v. 95, p. 58-65, 2019. doi:10.1016/j.chb.2019.01.028

GAINO, Loraine Vivian; SOUZA, Jacqueline de; CIRINEU, Cleber Tiago; TULIMOSKY, Talissa Daniele. The mental health concept for health professionals: A cross-sectional and qualitative study. **Saúde Mental, Álcool e Drogas (Revista Eletrônica)**, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449

GATTARIO, Kristina Holmqvist; FRISÉN, Ann. From negative to positive body image: Men's and women's journeys from early adolescence to emerging adulthood. **Body Image**, v. 28, p. 53-65, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.12.002

GATTARIO, Kristina Holmqvist; FRISÉN, Ann; FULLER-TYSZKIEWICZ, Matthew; RICCIARDELLI, Lina A.; DIEDRICHS, Phillippa C.; YAGER, Zali; FRANKO, Debra L.; SMOLAK, Linda. How is men's conformity to masculine norms related to their body image? Masculinity and muscularity across Western countries. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 16, n. 3, p. 337-347, 2015. doi: 10.1037/a0038494

GERAGHTY, Adam W. A.; WOOD, Alex M.; HYLAND, Michael E. Attrition from self-directed interventions: Investigating the relationship between psychological predictors, intervention content and dropout from a body dissatisfaction intervention. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 1, p. 30-37, 2010. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.007

GHADERI, Ata; MARTENSSON, Malin; SCHWAN, Hanna. "Everybody's Different": A primary prevention program among fifth grade school children. **Eating Disorders**, v. 13, n. 3, p. 245-259, 2005. doi: 10.1080/10640260590932869

GILBERT, Paul; IRONS, Chris. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. **Memory**, v. 12, n. 4, p. 507-516, 2004. doi: 10.1080/09658210444000115

GILBERT, Paul; PROCTER, Sue. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 13, n. 6, p. 353-379, 2006. doi: 10.1002/cpp.507

GILLEN, Meghan M. Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. **Body Image**, v. 13, p. 67-74, 2015. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.01.002

GILLEN, Meghan M.; LEFKOWITZ, Eva S. Gender and racial/ethnic differences in body image development among college students. **Body Image**, v. 9, n. 1, p. 126-130, 2012. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.09.004

GIRARD, Marilou; RODGERS, Rachel F.; CHABROL, Henri. Prospective predictors of body dissatisfaction, drive for thinness, and muscularity concerns among young women in France: A sociocultural model. **Body Image**, v. 26, p. 103-110, 2018. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.07.001

GOLDBERG, David; HUXLEY, Peter. **Common mental disorders: A bio-social model**. New York: Tavistock/Routledge, 1992.

GOLDSMITH, Kaitlyn M.; BYERS, E. Sandra. Perceived impact of body feedback from romantic partners on young adults' body image and sexual well-being. **Body Image**, v. 17, p. 161-170, 2016. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.03.008

GONÇALVES, Francisca Valda. **Bullying na escola e a virtude da autocompaixão: Psicoeducação com adolescentes (Tese de Doutorado)**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Escola de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, 2019.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: Um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview* for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008000200017

GORDON, Chloe S.; RODGERS, Rachel F.; SLATER, Amy E.; MCLEAN, Siân A.; JARMAN, Hannah K.; PAXTON, Susan J. A cluster randomized controlled trial of the SoMe social media literacy body image and wellbeing program for adolescent boys and girls: Study protocol. **Body Image**, v. 33, p. 27-37, 2020. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.02.003

GORENSTEIN, Clarisse; ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in

Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.

GORENSTEIN, Clarisse; PANG, Wang Yuan; ARGIMON, Irani de Lima; WERLANG, Blaca Susana Guevara. **Inventário Beck de Depressão-II**. Manual. São Paulo/SP: Casa do Psicólogo, 2011.

GRANER, Karen Mendes; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Revisão integrativa: Sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1327-1346, 2019. doi: 10.1590/1413-81232018244.09692017

GROGAN, Sarah. **Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children**. 2ª edição, London: Taylor and Francis, 2008.

GROSS, Deborah; JULION, Wrenetha; FOGG, Louis. What motivates participation and dropout among low-income urban families of color in a prevention intervention? **Family Relations**, v. 50, n. 3, p. 246-254, 2001. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2001.00246.x>

GRYNBERG, Delphine; LUMINET, Olivier; CORNEILLE, Olivier; GRÈZES, Julie; BERTHOZ, Sylvie. Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? **Personality and Individual Differences**, v. 49, n. 8, p. 845-850, 2010. doi: 10.1016/j.paid.2010.07.013

GUEST, Ella; COSTA, Bruna; WILLIAMSON, Heidi; MEYRICK, Jane; HALLIWELL, Emma; HARCOURT, Diana. The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. **Body Image**, v. 30, p. 10-25, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.04.002

GUILHARDI, Hélio José. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. *In*: BRANDÃO, Maria Zilah da Silva; CONTE, Fatima Cristina de Souza; MEZZAROBBA, Solange Maria Beggiano (Orgs.). **Comportamento humano: Tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor**. 1ª Ed. Santo André: ESETEC, 2002, p. 63-98.

HAIR JR., Joseph F.; BLACK, William C.; BABIN, Barry J.; ANDERSON, Rolph E.; TATHAM, Ronald L. **Análise multivariada de dados**. 6ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALL, Cathy W.; ROW, Kathleen A.; WUENSCH, Karl L.; GODLEY, Katelyn R. The role of self-compassion in physical and psychological well-being. **The Journal of Psychology**, v. 147, n. 4, p. 311-323, 2013. doi: 10.1080/00223980.2012.693138

HALLIWELL, Emma. Future directions for positive body image research. **Body Image**, v. 14, p. 177-189, 2015. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.003

HALLIWELL, Emma; DAWSON, Kayleigh; BURKEY, Samantha. A randomized experimental evaluation of a yoga-based body image intervention. **Body Image**, v. 28, p. 119-127, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.12.005

HARDING, T. W.; ARANGO, M. V. de; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRIDO-IGNACIO, L.; MURTHY, R. S.; WIG, N. N. Mental disorders in primary

health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries.

**Psychological Medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980. doi: 10.1017/s0033291700043993

HARDIT, Saroj K.; HANNUM, James W. Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. **Body Image**, v. 9, n. 4, p. 469-475, 2012. doi:

10.1016/j.bodyim.2012.06.003

HAUCK FILHO, Nelson. Medida psicológica: O debate entre as perspectivas conceituais representacionista e realista. **Avaliação psicológica**, v. 13, n. 3, p. 399-408, 2014.

HAWES, Tanya; ZIMMER-GEMBECK, Melanie J.; CAMPBELL, Shawna M. Unique associations of social media use and online appearance preoccupation with depression, anxiety, and appearance rejection sensitivity. **Body Image**, v. 33, p. 66-76, 2020. doi:

10.1016/j.bodyim.2020.02.010

HAZZARD, Vivienne M.; SCHAEFER, Lauren M.; SCHAUMBERG, Katherine; BARDONE-CONE, Anna M.; FREDERICK, David A.; KLUMP, Kelly L.; ANDERSON, Drew A.; THOMPSON, J. Kevin. Testing the Tripartite Influence Model among heterosexual, bisexual, and lesbian women. **Body Image**, v. 30, p. 145-149, 2019. doi:

10.1016/j.bodyim.2019.07.001

HEBL, Michelle R.; KING, Eden B.; LIN, Jean. The swimsuit becomes us all: Ethnicity, gender, and vulnerability to self-objectification. **Personality & Social Psychology Bulletin**, v. 30, n. 10, p. 1322-1331, 2004. doi: 10.1177/0146167204264052

HIGGINS, Agnes; GILL, Ailish. Gender: Sensitive practice beyond binary divisions. *In*: COOPER, David B. (Ed.). **Ethics in Mental Health-Substance Use**. Capítulo 14, p. 187-205. CRC Press, Taylor & Francis group, 2017.

HILL, Austin Bradford. The clinical trial. **The New England Journal of Medicine**, v. 247, n. 4, p. 113-119, 1952. doi: 10.1056/NEJM195207242470401

HILL, Austin Bradford. Suspended judgment. Memories of the British Streptomycin Trial in Tuberculosis: The first randomized clinical trial. **Controlled Clinical Trials**, v. 11, n. 2, p. 77-79, 1990. doi: 10.1016/0197-2456(90)90001-I

HOFFMANN, Svenja; WARSCHBURGER, Petra. Prospective relations among internalization of beauty ideals, body image concerns, and body change behaviors: Considering thinness and muscularity. **Body Image**, v. 28, p. 159-167, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.01.011

HOLDCROFT, Anita. Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine? **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 100, n. 1, p. 2-3, 2007. doi:

10.1258/jrsm.100.1.2

HOMAN, Kristin. J.; TYLKA, Tracy L. Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. **Body Image**, v. 15, p. 1-7, 2015. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.04.007

HUDSON, Tassiana Aparecida. **Avaliação da eficácia do programa “O corpo em questão” em jovens adultas: Um ensaio clínico controlado e randomizado** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Juiz de Fora, 2018.

HUGHES, Rhidian. Why do people agree to participate in social research? The case of drug injectors. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 1, n. 4, p. 315-324, 1998. doi: 10.1080/13645579.1998.10846883

HUTZ, Claudio Simon; ZANON, Cristian. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 41-49, Porto Alegre, 2011.

IACOPONI, Eduardo; MARI, Jair de Jesus. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. **The international journal of social psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 213-222, 1988. doi: 10.1177/002076408903500301

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidade e estados, MG, **Governador Valadares**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/governador-valadares.html>. Acesso em: 04 jun. 2021.

IFMG. Sobre o IFMG. **O que é o IFMG**. Publicado em 20/06/2016, última modificação em 04/06/2019. Disponível em: <https://www.ifmg.edu.br/portal/sobre-o-ifmg/o-que-e-o-ifmg>. Acesso em: 23 jul. 2019a.

IFMG. Sobre o IFMG. **Histórico e Missão**. Publicado em 28/06/2016, última modificação em 04/06/2019. Disponível em: <https://www.ifmg.edu.br/portal/sobre-o-ifmg/historico-e-missao>. Acesso em: 23 jul. 2019b.

IFMG. Campus Governador Valadares. Institucional. **Histórico**. Publicado em 09/08/2016, última modificação em 26/04/2019. Disponível em: <https://www2.ifmg.edu.br/governadorvaladares/institucional/historico>. Acesso em: 23 jul. 2019c.

IFMG. Campus Governador Valadares. **Cursos**. Disponível em: <https://www.ifmg.edu.br/governadorvaladares/cursos>. Acesso em: 04 jun. 2020.

JANKOWSKI, Glen S.; DIEDRICHS, Phillipa C.; ATKINSON, Melissa J.; FAWKNER, Helen; GOUGH, Brendan; HALLIWELL, Emma. A pilot controlled trial of a cognitive dissonance-based body dissatisfaction intervention with young British men. **Body Image**, v. 23, 93-102, 2017. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.08.006

JARMAN, Hannah K.; MARQUES, Mathew D.; MCLEAN, Siân A.; SLATER, Amy; PAXTON, Susan J. Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: A mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. **Body Image**, v. 36, p. 139-148, 2021. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.11.005

JAZAIERI, Hooria; JINPA, Geshe Thupten; MCGONIGAL, Kelly; ROSENBERG, Erika L.; FINKELSTEIN, Joel; SIMON-THOMAS, Emiliana; CULLEN, Margaret; DOTY, James R.; GROSS, James J.; GOLDIN, Philippe R. Enhancing compassion: A randomized controlled

trial of a compassion cultivation training program. **Journal of Happiness Studies**, v. 14, n. 4, p. 1113-1126, 2013. doi: 10.1007/s10902-012-9373-z

JOEL, Daphna. Beyond the binary: Rethinking sex and the brain. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 122, p. 165-175, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.11.018>

JOHNSON, Shannon M.; EDWARDS, Katie M.; GIDYCH, Christine A. Interpersonal weight-related pressure and disordered eating in college women: A test of an expanded Tripartite Influence Model. **Sex Roles**, v. 72, p. 15-24, 2015. doi: 10.1007/s11199-014-0442-0

JORDAN, Christian H.; ZEIGLER-HILL, Virgil; CAMERON, Jessica J. Self-esteem. In: WRIGTH, James D. **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. 2ª edição. Elsevier, 2015.

JOSHI, Priyanka D.; WAKSLAK, Cheryl J.; APPEL, Gil; HUANG, Laura. Gender differences in communicative abstraction. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 118, n. 3, p. 417-435, 2020. doi: 10.1037/pspa0000177

JUNQUEIRA, Alessandra Costa Pereira; LAUS, Maria Fernanda; ALMEIDA, Sebastião Sousa; COSTA, Telma Maria Braga; TODD, Jennifer; SWAMI, Viren. Translation and validation of a Brazilian Portuguese version of the Body Appreciation Scale-2 in Brazilian adults. **Body Image**, v. 31, p. 160-170, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.10.002

KAIPPER, Márcia Balle. **Avaliação do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) através da análise de Rasch** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, 2008.

KANG, Hyun. The prevention and handling of the missing data. **Korean Journal of Anesthesiology**, v. 64, n. 5, p. 402-406, 2013. doi: 10.4097/kjae.2013.64.5.402

KANG, Minsoo; RAGAN, Brian G.; PARK, Jae-Hyeon. Issues in outcomes research: An overview of randomization techniques for clinical trials. **Journal of Athletic Training**, v. 43, n. 2, p. 215-221, 2008. doi: 10.4085/1062-6050-43.2.215

KELLY, Allison C.; STEPHEN, Elizabeth. A daily diary study of self-compassion, body image, and eating behavior in female college students. **Body Image**, v. 17, p. 152-160, 2016. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.03.006

KEMENY, Margaret E.; FOLTZ, Carol; CAVANAGH, James F.; CULLEN, Margaret; GIESE-DAVIS, Janine; JENNINGS, Patricia; ROSENBERG, Erika L.; GILLATH, Omri; SHAVER, Phillip R.; WALLACE, B. Alan; EKMAN, Paul. Contemplative / emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. **Emotion**, v. 12, n. 2, p. 338-350, 2012. doi: 10.1037/a0026118

KESZEI, András P.; NOVAK, Márta; STREINER David L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.006

KIMBERLIN, Carole L.; WINTERSTEIN, Almut G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 65, n. 23, p. 2276-2284, 2008. doi: 10.2146/ajhp070364

KLIMEK, Patrycja; MURRAY, Stuart B.; BROWN, Tiffany; GONZALES IV, Manuel; BLASHILL, Aaron J. Thinness and muscularity internalization: Associations with disordered eating and muscle dysmorphia in men. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 51, n. 4, p. 352-357, 2018. doi: 10.1002/eat.22844

KLING, Johanna; RODGERS, Rachel F.; FRISÉN, Ann. Young men's endorsement and pursuit of appearance ideals: The prospective role of appearance investment. **Body Image**, v. 16, p. 10-16, 2016. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.10.001

KNIEF, Ulrich; FORSTMEIER, Wolfgang. Violating the normality assumption may be the lesser of two evils. **Behavior Research Methods**, no prelo, 2021. doi: 10.3758/s13428-021-01587-5

KOLA, Lola; KOHRT, Brandon A.; HANLON, Charlotte; NASLUND, John A.; SIKANDER, Siham; BALAJI, Madhumitha; BENJET, Corina; CHEUNG, Eliza Yee Lai; EATON, Julian; GONSALVES, Pattie; HAILEMARIAM, Maji; LUITEL, Nagendra P.; MACHADO, Daiane B.; MISGANAW, Eleni; OMIGBODUN, Olayinka; ROBERTS, Tessa; SALISBURY, Tatiana Taylor; SHIDHAYE, Rahul; SUNKEL, Charlene; UGO, Victor; RENSBURG, André Janse van; GUREJE, Oye; PATHARE, Soumitra; SAXENA, Shekhar; THORNICROFT, Graham; PATEL, Vikram. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: Reimagining global mental health. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 6, p. 535-550, 2021. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00025-0

LEARY, Mark R.; TATE, Eleanor B.; ADAMS, Claire E.; ALLEN, Ashley Batts; HANCOCK, Jessica. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 92, n. 5, p. 887-904, 2007. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887

LEAVY, Patricia; GNONG, Andréa; ROSS, Lauren Sardi. Femininity, masculinity, and body image issues among college-age women: An in-depth and written interview study of the mind-body dichotomy. **The Qualitative Report**, v. 14, n. 2, p. 261-292, 2009. doi: 10.46743/2160-3715/2009.1383

LEE, Raymond M.; FIELDING, Nigel G.; BLANK, Grant. Online research methods in the social sciences: An editorial introduction. *In*: FIELDING, Nigel G.; LEE, Raymond M.; BLANK, Grant (Ed.). **The SAGE handbook of online research methods**. 2ª edição. SAGE, 2017, p. 3-16.

LEE, Tsung-Chin; CHIANG, Chung-Hsin; CHU, Ching-Lin. Body image promotion program with a creative movement approach for female college students in Taiwan. **Mental Health & Prevention**, v. 13, p. 107-112, 2019. doi: 10.1016/j.mhp.2019.01.004

LEON, Gloria R.; FULKERSON, Jaine A.; PERRY, Cheryl L.; KEEL, Pamela K.; KLUMP, Kelly L. Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors

for later disordered eating in adolescent girls and boys. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 28, n. 2, p. 181-196, 1999. doi: 10.1023/A:1021649314458

LIMA, Paulo Junior Paz de. **Avaliação da qualidade de vida e transtornos mentais comuns de residentes em áreas rurais** (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2014.

LINARDON, Jake; ANDERSON, Cleo; MESSER, Mariel; RODGERS, Rachel F.; FULLER-TYSZKIEWICZ, Matthew. Body image flexibility and its correlates: A meta-analysis. **Body Image**, v. 37, p. 188-203, 2021. doi: 10.1016/j.bodyim.2021.02.005

LINCOLN, Tania M.; HOHENHAUS, Felicitas; HARTMANN, Maike. Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. **Cognitive Therapy and Research**, v. 37, n. 2, p. 390-402, 2013. doi: 10.1007/s10608-012-9470-7

LISS, Miriam; ERCHULL, Mindy J. Not hating what you see: Self-compassion may protect against negative mental health variables connected to self-objectification in college women. **Body Image**, v. 14, p. 5-12, 2015. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.02.006

LOWERY, Sarah E.; KURPIUS, Sharon E. Robinson; BEFORT, Christie; BLANKS, Elva Hull; SOLLENBERGER, Sonja; NICPON, Megan Foley; HUSER, Laura. Body image, self-esteem, and health-related behaviors among male and female first year college students. **Journal of College Student Development**, v. 46, n. 6, p. 612-623, 2005. doi: 10.1353/csd.2005.0062

LOYOLA, Vinicius Terra. **Evidências de validade do *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) em população de profissionais da atenção primária à saúde, e correlações com medidas de autocompaixão** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. São Paulo, 2015.

LUMLEY, Mark A.; NEELY, Lynn C.; BURGER, Amanda J. The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. **Journal of Personality Assessment**, v. 89, n. 3, p. 230-246, 2007. doi: 10.1080/00223890701629698

LUMLEY, Thomas; DIEHR, Paula; EMERSON, Scott; CHEN, Lu. The importance of the normality assumption in large public health data sets. **Annual Review of Public Health**, v. 23, n. 1, p. 151-169, 2002. doi: 10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140546

LUYCKX, Koen; KLIMSTRA, Theo A.; DURIEZ, Bart; PETEGEM, Stijn Van; BEYERS, Wim; TEPPERS, Eveline; GOOSSENS, Luc. Personal identity processes and self-esteem: Temporal sequences in high school and college students. **Journal of Research in Personality**, v. 47, n. 2, p. 159-170, 2013. doi: 10.1016/j.jrp.2012.10.005

MACÊDO, Cibele Mariano Vaz de; ANDRADE, Regina Glória Nunes. Imagem de si e autoestima: A Construção da subjetividade no grupo operativo. **Psicologia em Pesquisa**, v. 6, n. 1, p. 74-82, Juiz de Fora, 2012.

MANTELOU, Archontia; KARAKASIDOU, Eirini. The effectiveness of a brief self-compassion intervention program on self-compassion, positive and negative affect and life satisfaction. **Psychology**, v. 8, n. 4, p. 590-610, 2017. doi: 10.4236/psych.2017.84038

MARCELLUS, Lenora. Are we missing anything? Pursuing research on attrition. **The Canadian journal of nursing research**, v. 36, n. 3, p. 82-98, 2004.

MARI, Jair de Jesus; WILLIAMS, Paul. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986. doi: 10.1192/bjp.148.1.23

MARJANOVIC, Zdravko; STRUTHERS, C. Ward; CRIBBIE, Robert; GREENGLASS, Esther R. The Conscientious Responders Scale: A new tool for discriminating between conscientious and random responders. **SAGE Open**, v. 4, n. 3, p. 1-10, 2014. doi: 10.1177/2158244014545964

MARQUES, Fernanda de Azevedo; LEGAL, Eduardo José; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 553-561, 2012. doi: 10.1590/S0103-05822012000400014

MARRONE, Daniela Bergesch D'Incao; SOUZA, Luciana Karine de; HUTZ, Claudio Simon. O uso de escalas psicológicas para avaliar autoestima. **Avaliação Psicológica**, v. 18, n. 3, p. 229-238, 2019. doi: 10.15689/ap.2019.1803.15982.02

MARTÍNEZ-MESA, Jeovany; GONZÁLEZ-CHICA, David Alejandro; BASTOS, João Luiz; BONAMIGO, Renan Rangel; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Sample size: How many participants do I need in my research? **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 89, n. 4, p. 609-615, 2014. doi: 10.1590/abd1806-4841.20143705

MARTINS, Cilene Rebolho. **Efetividade de uma intervenção educacional na imagem corporal de adolescentes** (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Florianópolis, 2016.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios - RBGN**, v. 8, n. 20, p. 1-12, São Paulo, 2006.

MCMULLIN, Julie Ann.; CAIRNEY, John. Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. **Journal of Aging Studies**, v. 18, n. 1, p. 75-90, 2004. doi: 10.1016/j.jaging.2003.09.006

MCVEY, Gail L.; DAVIS, Ron. A program to promote positive body image: A 1-year follow-up evaluation. **The Journal of Early Adolescence**, v. 22, n. 1, p. 96-108, 2002. doi: 10.1177/0272431602022001005

MCVEY, Gail L.; DAVIS, Ron; TWEED, Stacey; SHAW, Brian F. Evaluation of school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 36, n. 1, p. 1-11, 2004. doi: 10.1002/eat.20006

MCVEY, Gail L.; KIRSH, Gillian; MAKER, Dara; WALKER, Kathryn S.; MULLANE, Jennifer; LALIBERTE, Michelle; ELLIS-CLAYPOOL, Janis; VORDERBRUGGE, Judy; BURNETT, Alison; CHEUNG, Lydia; BANKS, Laura. Promoting positive body image among university students: A collaborative pilot study. **Body Image**, v. 7, n. 3, p. 200-204, 2010. doi: 10.1016/j.bodyim.2010.02.005

MEDEIROS, Luciana Fernandes de. A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: Uma reflexão teórica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 448-454, 2019. doi: 10.1590/1414-462x201900040316

MENDELSON, Beverley K.; MENDELSON, Morton J.; WHITE, Donna R. Body-esteem scale for adolescents and adults. **Journal of Personality Assessment**, v. 76, n. 1, p. 90-106, 2001. doi: 10.1207/S15327752JPA7601\_6

MENDELSON, Beverley Katz; WHITE, Donna Romano. Development of self-body-esteem in overweight youngsters. **Developmental Psychology**, v. 21, n. 1, p. 90-96, 1985. doi: 10.1037/0012-1649.21.1.90

MENEZES, Carolina Baptista; COUTO, Maria Clara de Paula; BURATTO, Luciano G.; ERTHAL, Fátima; PEREIRA, Mirtes G.; BIZARRO, Lisiane. The improvement of emotion and attention regulation after a 6-week training of focused meditation: A randomized controlled trial. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2013, p. 1-11, 2013. doi: 10.1155/2013/984678

MENEZES, Jordana Calil Lopes de; MURTA, Sheila Giardini. Adaptação cultural de intervenções preventivas em saúde mental baseadas em evidências. **Psico-USF**, v. 23, n. 4, p. 681-691, 2018. doi: 10.1590/1413-82712018230408

MENZEL, Jessie E.; LEVINE, Michael P. Embodying experiences and the promotion of positive body image: The example of competitive athletics. *In*: CALOGERO, Rachel M.; TANTLEFF-DUNN, Stacey; THOMPSON, Joel Kevin (Eds.). **Self-objectification in women: Causes, consequences, and counteractions**. Washington/DC: American Psychological Association, 2011.

MERCHANT, Karima. **How men and women differ: Gender differences in communication styles, influence tactics, and leadership styles**. Senior Theses, Claremont McKenna College, 2012.

MILLER, Kathryn; KELLY, Allison; STEPHEN, Elizabeth. Exposure to body focused and non-body focused others over a week: A preliminary investigation of their unique contributions to college women's eating and body image. **Body Image**, v. 28, p. 44-52, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.12.003

MINITAB. **Suporte ao Minitab® 18**. Comparação entre médias dos dados e médias ajustadas, 2019. Disponível em: <https://support.minitab.com/pt-br/minitab/18/help-and-how-to/modeling-statistics/anova/supporting-topics/anova-statistics/data-means-vs-fitted-means/>. Acesso em: 06 jun. 2021.

MIRANDA, Simão de. **A construção da autoestima na sala de aula: Comunicação e metacomunicação nas interações professora-alunos** (Tese de Doutorado). Universidade de

Brasília. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Brasília/DF, 2008.

MIRANDA, Christiane Albuquerque de; TARASCONI, Carla Ventura; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação psicológica**, v. 7, n. 2, p. 249-257, Porto Alegre, 2008.

MISHRA, Prabhaker; PANDEY, Chandra M.; SINGH, Uttam; GUPTA, Anshul; SAHU, Chinmoy; KESHRI, Amit. Descriptive statistics and normality tests for statistical data. **Annals of Cardiac Anaesthesia**, v. 22, n. 1, p. 67-72, 2019. doi: 10.4103/aca.ACA\_157\_18

MOFFITT, Robyn L.; NEUMANN, David L.; WILLIAMSON, Shannon P. Comparing the efficacy of a brief self-esteem and self-compassion intervention for state body dissatisfaction and self-improvement motivation. **Body Image**, v. 27, p. 67-76, 2018. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.08.008

MOREIRA, Gabriela Salim Xavier. **Prevenção de transtornos alimentares e obesidade: Validação de instrumentos e adaptação transcultural de um programa para promoção de imagem corporal positiva em adolescentes brasileiros** (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Departamento de Psicologia. Ribeirão Preto, 2017.

MOREIRA, Gabriela Salim Xavier; NEUFELD, Carmem Beatriz; ALMEIDA, Sebastião Sousa. Adaptação transcultural do programa "Everybody's Different" para a promoção da autoestima em adolescentes: Processo de tradução para português do Brasil. **Psicologia: Teoria e prática**, v. 19, n. 3, p. 99-118, 2017. doi: 10.5935/1980-6906/psicologia.v19n3p99-118

MOSER, Debra K.; DRACUP, Kathleen; DOERING, Lynn V. Factors differentiating dropouts from completers in a longitudinal, multicenter clinical trial. **Nursing Research**, v. 49, n. 2, p. 109-116, 2000. doi: 10.1097/00006199-200003000-00008

MOYA-GARÓFANO, Alba; MOYA, Miguel. Focusing on one's own appearance leads to body shame in women but not men: The mediating role of body surveillance and appearance-contingent self-worth. **Body Image**, v. 29, p. 58-64, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.02.008

MULGREW, Kate E.; PRICHARD, Ivanka; STALLEY, Nicole; LIM, Megan S. C. Effectiveness of a multi-session positive self, appearance, and functionality program on women's body satisfaction and response to media. **Body Image**, v. 31, p. 102-111, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.08.012

MURCHO, Nuno; PACHECO, Eusébio; JESUS, Saul Neves de. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 15, p. 30-36, 2016. doi: 10.19131/rpesm.0129

MURN, Lindsay T.; STEELE, Misty R. What matters most? Age and gender differences in self-compassion and body attitudes among college students. **Counselling Psychology Quarterly**, p. 1-20, 2019. doi: 10.1080/09515070.2019.1605334

- MUTH, Jennifer L.; CASH, Thomas F. Body-image attitudes: What difference does gender make? **Journal of Applied Social Psychology**, v. 27, n. 16, p. 1438-1452, 1997. doi: 10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x
- NEFF, Kristin D. Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. **Self and Identity**, v. 2, n. 2, p. 85-101, 2003a. doi: 10.1080/15298860309032
- NEFF, Kristin D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. **Self and Identity**, v. 2, n. 3, p. 223-250, 2003b. doi: 10.1080/15298860309027
- NEFF, Kristin D. Self-Compassion, self-esteem, and well-being. **Social and Personality Psychology Compass**, v. 5, n. 1, p. 1-12, 2011. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- NEFF, Kristin D.; GERMER, Christopher K. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. **Journal of Clinical Psychology**, v. 69, n. 1, p. 28-44, 2013. doi: 10.1002/jclp.21923
- NEFF, Kristin D.; GERMER, Christopher K. **Manual de *mindfulness* e autocompaixão: Um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- NEFF, Kristin D.; KIRKPATRICK, Kristin L.; RUDE, Stephanie S. Self-compassion and adaptive psychological functioning. **Journal of Research in Personality**, v. 41, n. 1, p. 139-154, 2007. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004
- NEFF, Kristin D.; RUDE, Stephanie S.; KIRKPATRICK, Kristin L. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. **Journal of Research in Personality**, v. 41, n. 4, p. 908-916, 2007. doi: 10.1016/j.jrp.2006.08.002
- NEFF, Kristin D.; VONK, Roos. Self-Compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. **Journal of Personality**, v. 77, n. 1, p. 23-50, 2009. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- NEGOVAN, Valeria; BAGANA, Elpida. A comparison of relationship between self-esteem and vulnerability to depression among high school and freshmen university students. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 30, p. 1324-1330, 2011. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.257
- NEIGHBORS, Lori A.; SOBAL, Jeffery. Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. **Eating Behaviors**, v. 8, n. 4, p. 429-439, 2007. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.03.003>
- NELSON, Sarah C.; KLING, Johanna; WÄNGQVIST, Maria; FRISÉN, Ann; SYED, Moin. Identity and the body: Trajectories of body-esteem from adolescence to emerging adulthood. **Developmental Psychology**, v. 54, n. 6, p. 1159-1171, 2018. doi: 10.1037/dev0000435
- NEUMARK-SZTAINER, Dianne; WALL, Melanie M.; CHEN, Chen; LARSON, Nicole I.; CHRISTOPH, Mary J.; SHERWOOD, Nancy E. Eating, activity, and weight-related problems from adolescence to adulthood. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 55, n. 2, p. 133-141, 2018. doi: 10.1016/j.amepre.2018.04.032

NICOLÒ, Giuseppe; SEMERARI, Antonio; LYSAKER, Paul H.; DIMAGGIO, Giancarlo; CONTI, Laura; D'ANGERIO, Stefania; PROCACCI, Michele; POPOLO, Raffaele; CARCIONE, Antonino. Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. **Psychiatry Research**, v. 190, n. 1, p. 37-42, 2011. doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.046

NONNENMACHER, Carlos Alberto Dorneles; PUREZA, Juliana da Rosa. As relações entre a autocompaixão, a ansiedade social e a segurança social. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 3, p. 1000-1027, 2019. doi: 10.4013/ctc.2019.123.14

NORWOOD, Sarah Jane; MURRAY, Marisa; NOLAN, Amanda; BOWKER, Anne. Beautiful from the inside out: A school-based programme designed to increase self-esteem and positive body image among preadolescents. **Canadian Journal of School Psychology**, v. 26, n. 4, p. 263-282, 2011. doi: 10.1177/0829573511423632

O'DEA, Jennifer A. **Everybody's different: A self-esteem program for young adolescents**. Sydney: University of Sydney Press, 1995.

O'DEA, Jennifer A. Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. **Eating Disorders**, v. 12, n. 3, p. 225-239, 2004. doi: 10.1080/10640260490481438

O'DEA, Jennifer A. Body image and self-esteem. In: CASH, Thomas F. **Encyclopedia of body image and human appearance**, v. 1. Waltham: Academic Press, 2012.

O'DEA, Jennifer A.; ABRAHAM, Suzanne. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 28, n. 1, p. 43-57, 2000. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200007)28:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-d

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; DIAS, Ana Cristina Garcia; PICCOLOTO, Neri Maurício. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para as dificuldades de adaptação acadêmica. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 9, n. 1, p. 10-18, 2013. doi: 10.5935/1808-5687.20130003

OLIVEIRA, Marcelo Batista de. **Correlações entre os níveis de *mindfulness*, autocompaixão e sintomas de *burnout* em profissionais da atenção primária à saúde** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Escola Paulista de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Paulo, 2015.

OLIVEIRA, Marco Aurélio Pinho de; PARENTE, Raphael Câmara Medeiros. Entendendo ensaios clínicos randomizados. **Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery**, v. 3, n. 4, p. 176-180, 2010.

OLIVEIRA, Sara; TRINDADE, Inês A.; FERREIRA, Cláudia. The buffer effect of body compassion on the association between shame and body and eating difficulties. **Appetite**, v. 125, p. 118-123, 2018. doi: 10.1016/j.appet.2018.01.031

OZAWA-DE SILVA, Brendan; NEGI, Geshe Lobsang Tenzin. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) - Protocol and key concepts. *In*: SINGER, Tania; BOLZ, Matthias. (Eds.). **Compassion: Bridging practice and science**. Munich, Germany: Max Planck Society, 2013.

PASHA, Hadia Serwat; MUNAF, Seema. Relationship of self-esteem and adjustment in traditional university students. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 84, p. 999-1004, 2013. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.688

PAXTON, Susan J.; NEUMARK-SZTAINER, Dianne; HANNAN, Peter J.; EISENBERG, Marla E. Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 35, n. 4, p. 539–549, 2006. doi: 10.1207/s15374424jccp3504\_5

PERSINGER, James. An alternative to self-esteem: Fostering self-compassion in youth. **Communiqué**, v. 40, n. 5, p. 20-23, 2012.

PIRAN, Niva. Embodiment: A mosaic of inquiries in the area of body weight and shape preoccupation. *In*: ABBEY, S. M. (Ed.). **Ways of knowing in and through the body: Diverse perspectives on embodiment**. Welland, Ontario: Soleil Publishing, 2002.

PIRAN, Niva; MAFRICI, N. Preventing body image problems: Ecological and activism approaches. *In*: CASH, Thomas F. **Encyclopedia of body image and human appearance**. Waltham: Academic Press, 2012.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. Avaliação da qualidade em saúde. *In*: ROZENFELD, Suely (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 259-269. ISBN 978-85-7541-325-8.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES. **História da cidade**. Publicado em 01/01/2015. Disponível em: <http://www.valadares.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/historia-da-cidade/12094>. Acesso em: 23 jul. 2019.

PRICHARD, Ivanka; KAVANAGH, Eliza; MULGREW, Kate E.; LIM, Megan S. C.; TIGGEMANN, Marika. The effect of Instagram #fitspiration images on young women's mood, body image, and exercise behaviour. **Body Image**, v. 33, p. 1-6, 2020. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.02.002

PRITCHARD, Mary. Does self esteem moderate the relation between gender and weight preoccupation in undergraduates? **Personality and Individual Differences**, v. 48, n. 2, p. 224-227, 2010. doi: 10.1016/j.paid.2009.10.015

QUICK, Virginia; EISENBERG, Marla E.; BUCCHIANERI, Michaela M.; NEUMARK-SZTAINER, Dianne. Prospective predictors of body dissatisfaction in young adults: 10-year longitudinal findings. **Emerging Adulthood**, v. 1, n. 4, p. 271-282, 2013. doi: 10.1177/2167696813485738

QUINTERO, Martha Leticia Aguirre. **Efeitos do programa Mindfulness (versão adaptada) sobre a qualidade de vida em uma população universitária** (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. São Paulo, 2019.

RABASQUINHO, Cidália; PEREIRA, Henrique. Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. **Análise Psicológica**, v. 25, n. 3, p. 439-454, Lisboa, 2007.

RAMOS, Maria Meireles. **Autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico na adolescência** (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa, 2017.

RAMOS, Fabiana Pinheiro; ANDRADE, Alexsandro Luiz de; JARDIM, Adriano Pereira; RAMALHETE, Juliana Nascimento Lucas; PIROLA, Gustavo Pfister; EGERT, Caroline. Intervenções psicológicas com universitários em serviços de apoio ao estudante. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 19, n. 2, p. 221-232, Florianópolis, 2018. doi: 10.26707/1984-7270/2019v19n2p221

RAQUE-BOGDAN, Trisha L.; PIONTKOWSKI, Sarah; HUI, Kayi; ZIEMER, Kathryn Schaefer; GARRIOTT, Patton O. Self-compassion as a mediator between attachment anxiety and body appreciation: An exploratory model. **Body Image**, v. 19, p. 28-36, 2016. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.08.001

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? Artigo de opinião. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 845-848, 2016. doi: 10.5123/S1679-49742016000400018

REEDER, Heidi M. A critical look at gender difference in communication research, **Communication Studies**, v. 47, n. 4, p. 318-330, 1996. doi: 10.1080/10510979609368486

REIS, Nathan A.; KOWALSKI, Kent C.; FERGUSON, Leah J.; SABISTON, Catherine M.; SEDGWICK, Whitney A.; CROCKER, Peter R. E. Self-compassion and women athletes' responses to emotionally difficult sport situations: An evaluation of a brief induction. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 16, n. 3, p. 18-25, 2015. doi: 10.1016/j.psychsport.2014.08.011

RENTZSCH, Katrin; WENZLER, Michael P.; SCHÜTZ, Astrid. The structure of multidimensional self-esteem across age and gender. **Personality and Individual Differences**, v. 88, p. 139-147, 2016. doi: 10.1016/j.paid.2015.09.012

RESENDE, Thainá Richelli Oliveira. **Eficácia de uma intervenção preventiva na redução de fatores de risco para transtornos alimentares e aumento do comer intuitivo, apreciação corporal e autoestima em jovens adultas: um ensaio clínico controlado randomizado** (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora. Instituto de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde. Governador Valadares, 2021.

RESNICOW, Ken; SOLER, Robin; BRAITHWAITE, Ronald L.; AHLUWALIA, Jasjit S.; BUTLER, Jacqueline. Cultural sensitivity in substance use prevention. **Journal of Community Psychology**, v. 28, n. 3, p. 271-290, 2000. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I

RIBEIRO, Renato Mendonça; BRAGIOLA, João Victor Bernardi; EID, Letícia Palota; RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça; SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz; POMPEO,

Daniele Alcalá. Impacto de uma intervenção através do Facebook para fortalecimento da autoestima em estudantes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1-10, 2020. doi: 10.1590/1518-8345.3215.3237

RICCIARDELLI, Lina A.; CALTABIANO, Marie L.; D'ANTUONO, Laura D. Positive body image by gender and across the lifespan. In: DANIELS, Elizabeth A.; GILLEN, Meghan M.; MARKEY, Charlotte H. (Eds.). **Body positive: Understanding and improving body image in science and practice**. New York: Cambridge University Press, 2018.

RICHETIN, Juliette; XAIZ, Annalisa; MARAVITA, Angelo; PERUGINI, Marco. Self-body recognition depends on implicit and explicit self-esteem. **Body Image**, v. 9, n. 2, p. 253-260, 2012. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.11.002

ROBINS, Richard W.; TRZESNIEWSKI, Kali H.; TRACY, Jessica L.; GOSLING, Samuel D.; POTTER, Jeff. Global Self-esteem across the life span. **Psychology and Aging**, v. 17, n. 3, p. 423-434, 2002. doi: 10.1037/0882-7974.17.3.423

RODGERS, Rachel F.; CHABROL, Henri; PAXTON, Susan J. An exploration of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. **Body Image**, v. 8, n. 3, p. 208-215, 2011. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.04.009

RODGERS, Rachel F.; PAXTON, Susan J.; CHABROL, Henri. Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A sociocultural model. **Body Image**, v. 6, n. 3, p. 171-177, 2009. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.04.004

ROGERS, Courtney B.; TAYLOR, Jessica J.; JAFARI, Nadia; WEBB, Jennifer B. "No seconds for you!": Exploring a sociocultural model of fat-talking in the presence of family involving restrictive/critical caregiver eating messages, relational body image, and anti-fat attitudes in college women. **Body Image**, v. 30, p. 56-63, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.05.004

RODIN, Judith; SILBERSTEIN, Lisa; STRIEGEL-MOORE, Ruth. Women and weight: A normative discontent. In: SONDEREGGER, Theo B. (Ed.). **Psychology and gender**. Nebraska symposium on motivation - 1984, v. 32, p. 267-307. Lincoln, NE: University of Nebraska Press, 1985.

ROSENBERG, Morris. **Society and the adolescent self-image**. Princeton/NJ: Princeton University Press. 1965.

ROSLI, Yanti; OTHMAN, Hidayatulfathi; ISHAK, Ismarulyusda; LUBIS, Syarif Husin; SAAT, Nur Zakiah Mohd.; OMAR, Baharudin. Self-esteem and academic performance relationship amongst the second year undergraduate students of Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur Campus. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 60, p. 582-589, 2012. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.09.426

RUIZ, Maria R. Inconspicuous sources of behavioral control: The case of gendered practices. **The Behavior Analyst Today**, v. 4, n.1, p. 12-16, 2003. doi: 10.1037/h0100005

SAADAT, Marayam; GHASEMZADEH, Azizreza; SOLEIMANI, Mahsa. Self-esteem in Iranian university students and its relationship with academic achievement. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 31, p. 10-14, 2012. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.12.007

SAHÃO, Fernanda Torres. **Saúde mental do estudante universitário**: Comportamentos que favorecem a adaptação ao ensino superior (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. Londrina, 2019.

SALMELA-ARO, Katariina; NURMI, Jari-Erik. Self-esteem during university studies predicts career characteristics 10 years later. **Journal of Vocational Behavior**, v. 70, n. 3, p. 463-477, 2007. doi: 10.1016/j.jvb.2007.01.006

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ARAÚJO, Tânia Maria de; OLIVEIRA, Nelson Fernandes de. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2009000100023

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; CARVALHO, Fernando Martins; ARAÚJO, Tânia Maria de. Consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire-20* em grupos ocupacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 6, p. 1-10, 2016. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006100

SCHAEFER, Lauren M.; RODGERS, Rachel F.; THOMPSON, J. Kevin; GRIFFITHS, Scott. A test of the tripartite influence model of disordered eating among men. **Body Image**, v. 36, p. 172-179, 2021. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.11.009

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. doi: 10.1590/S0103-73312007000100003

SEEKIS, Veya; BRADLEY, Graham L.; DUFFY, Amanda. The effectiveness of self-compassion and self-esteem writing tasks in reducing body image concerns. **Body Image**, v. 23, p. 206-213, 2017. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.09.003

SELIGMAN, Martin E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, Mihaly. Positive psychology: An introduction. **The American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000. doi: 10.1037//0003-066x.55.1.5

SHONTZ, Franklin C. **Perceptual and cognitive aspects of body experience**. New York: Academic Press, 1969.

SIEGEL, Jaclyn A.; HUELLEMANN, Katarina L.; HILLIER, Courtney C.; CAMPBELL, Lorne. The protective role of self-compassion for women's positive body image: An open replication and extension. **Body Image**, v. 32, p. 136-144, 2020. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.12.003

SILVA, Diego Augusto Santos; NAHAS, Markus Vinicius; SOUSA, Thiago Ferreira de; DEL DUCA, Giovâni Firpo; PERES, Karen Glazer. Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: A population-based study. **Body Image**, v. 8, n. 4, p. 427-431, 2011. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.05.009

SIMON, Judit; SCHMIDT, Ulrike; PILLING, Stephen. The health service use and cost of eating disorders. **Psychological Medicine**, v. 35, n. 11, p. 1543-1551, 2005. doi: 10.1017/S0033291705004708

SIMPSON, Courtney C.; SUTTER, Megan; PERRIN, Paul B. Can community consciousness be a bad thing? A moderated mediation analysis of heterosexism, mental health and body appreciation in sexual minority men. **Culture, Health & Sexuality**, v. 18, n. 11, p. 1279-1294, 2016. doi: 10.1080/13691058.2016.1183047

SKINNER, Burrhus Frederic. **Sobre o Behaviorismo** (Maria da Penha Villalobos, Trad.). São Paulo: Cultrix, 1974/2006.

SLEGGERS, Claudia; ZION, Deborah; GLASS, Deborah; KELSALL, Helen; FRITSCHI, Lin; BROWN, Ngiare; LOFF, Bebe. Why do people participate in epidemiological research? **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 12, p. 227-237, 2015. doi: 10.1007/s11673-015-9611-2

SMEETS, Elke; NEFF, Kristin; ALBERTS, Hugo; PETERS, Madelon. Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. **Journal of Clinical Psychology**, v. 70, n. 9, p. 794-807, 2014. doi: 10.1002/jclp.22076

SMINK, Frédérique R. E.; HOEKEN, Daphne van; HOEK, Hans W. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. **Current Psychiatry Reports**, v. 14, n. 4, p. 406-414, 2012. doi:10.1007/s11920-012-0282-y

SMITH-JACKSON, TeriSue; REEL, Justine J.; THACKERAY, Rosemary. Coping with “Bad Body Image Days”: Strategies from first-year young adult college women. **Body Image**, v. 8, n. 4, p. 335-342, 2011. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.05.002

SOULE, Michael C.; BEALE, Eleanor E.; SUAREZ, Laura; BEACH, Scott R.; MASTROMAURO, Carol A.; CELANO, Christopher M.; MOORE, Shannon V.; HUFFMAN, Jeff C. Understanding motivations to participate in an observational research study: Why do patients enroll? **Social Work in Health Care**, v. 55, n. 3, p. 231-246, 2016. doi: 10.1080/00981389.2015.1114064

SOUZA, Déborah Brandão de. **Relações entre autocompaixão, bullying e clima escolar na adolescência** (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Escola de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Mestrado em Psicologia Clínica. Porto Alegre, 2019.

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: Avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. doi: 10.5123/S1679-49742017000300022

SOUZA, Luciana Karine de; 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, 2016a. doi: 10.9788/TP2016.1-11

SOUZA, Luciana Karine de; HUTZ, Claudio Simon. Self-compassion in relation to self-esteem, self-efficacy and demographical aspects. **Paidéia** (Ribeirão Preto), v. 26, n. 64, p. 181-188, 2016b. doi: 10.1590/1982-43272664201604

SPIELBERGER, Charles D.; GORSUCH, Richard L.; LUSHENE, Robert. **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto/CA: Consulting Psychologists Press, 1970.

SPSS. **Effect size – A quick guide**. By Ruben Geert van den Berg under Basics & Statistics A-Z. Disponível em: <https://www.spss-tutorials.com/effect-size/>. Acesso em: 21 jun. 2021.

STALLMAN, Helen M. Psychological distress in university students: A comparison with general population data. **Australian Psychologist**, v. 45, n. 4, p. 249-257, 2010. doi: 10.1080/00050067.2010.482109

STEEL, Zachary; MARNANE, Claire; IRANPOUR, Changiz; CHEY, Tien; JACKSON, John W.; PATEL, Vikram; SILOVE, Derrick. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014. doi: 10.1093/ije/dyu038

STEINFELDT, Jesse A.; ZAKRAJSEK, Rebecca; CARTER, Hailee; STEINFELDT, Matthew Clint. Conformity to gender norms among female student-athletes: Implications for body image. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 12, n. 4, p. 401-416, 2011. doi: 10.1037/a0023634

STICE, Eric; SHAW, Heather; MARTI, C. Nathan. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 3, n. 1, p. 207-231, 2007. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447

STINSON, Danu Anthony; CAMERON, Jessica J.; HUANG, Eric T. Your sociometer is telling you something: how the self-esteem system functions to resolve important interpersonal dilemmas. In: ZEIGLER-HILL, Virgil; WELLING, Lisa L. M.; SHACKELFORD, Todd K. (Eds.). **Evolutionary perspectives on social psychology**. Suíça: Springer, 2015.

STREINER, David L.; NORMAN, Geoffrey R. **Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use**. 4ª edição. Oxford, USA: Oxford University Press, 2008.

SUN, Xiaoyan; CHAN, David W.; CHAN, Lai-kwan. Self-compassion and psychological well-being among adolescents in Hong Kong: Exploring gender differences. **Personality and Individual Differences**, v. 101, 288-292, 2016. doi: 10.1016/j.paid.2016.06.011

SUNDGOT-BORGEN, Christine; FRIBORG, Oddgeir; KOLLE, Elin; ENGEN, Kethe M. E.; SUNDGOT-BORGEN, Jorunn; ROSENVINGE, Jan H.; PETTERSEN, Gunn; TORSTVEIT, Monica Klungland; PIRAN, Niva; BRATLAND-SANDA, Solfrid. The healthy body image (HBI) intervention: Effects of a school-based cluster-randomized controlled trial with 12-months follow-up. **Body Image**, v. 29, p. 122-131, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.03.007

SUNDGOT-BORGEN, Christine; STENLING, Andreas; ROSENVINGE, Jan H.; PETTERSEN, Gunn; FRIBORG, Oddgeir; SUNDGOT-BORGEN, Jorunn; KOLLE, Elin; TORSTVEIT, Monica Klungland; SVANTORP-TVEITEN, Kethe M. E.; BRATLAND-

SANDA, Solfrid. The Norwegian healthy body image intervention promotes positive embodiment through improved self-esteem. **Body Image**, v. 35, p. 84-95, 2020. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.08.014

SUNGUR, Gulcan. The effect of online self-esteem and awareness training program on university students. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 197, p. 476-481, 2015. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.07.171

SVALASTOG, Anna Lydia; DONEV, Doncho; KRISTOFFERSEN, Nina Jahren; GAJOVIĆ, Srećko. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. **Croatian Medical Journal**, v. 58, n. 6, p. 431-435, 2017. doi: 10.3325/cmj.2017.58.431

SWAMI, Viren. Considering positive body image through the lens of culture and minority social identities. In: DANIELS, Elizabeth A.; GILLEN, Meghan M.; MARKEY, Charlotte H. (Eds.). **Body positive: Understanding and improving body image in science and practice**. New York: Cambridge University Press, 2018.

SWAMI, Viren *et al.* The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. **Personality & Social Psychology Bulletin**, v. 36, n. 3, p. 309-325, 2010. doi: 10.1177/0146167209359702

SWAMI, Viren; FURNHAM, Adrian; HORNE, George; STIEGER, Stefan. Taking it apart and putting it back together again: Using Item Pool Visualisation to summarise complex data patterns in (positive) body image research. **Body Image**, v. 34, p. 155-166, 2020. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.05.004

SWAMI, Viren; NORDHEIM, Laura von; BARRON, David. Self-esteem mediates the relationship between connectedness to nature and body appreciation in women, but not men. **Body Image**, v. 16, p. 41-44, 2016. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.11.001

SWAMI, Viren; TODD, Jennifer; ASPELL, Jane E.; KHATIB, Nor Azzatunnisak Mohd.; TOH, Evelyn Kheng Lin; ZAHARI, Hanor Syahirah; BARRON, David. Translation and validation of a Bahasa Malaysia (Malay) version of the Functionality Appreciation Scale. **Body Image**, v. 30, p. 114-120, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.06.001

SWANN JR., William B. To be adored or to be known? The interplay of self-enhancement and self-verification. In: HIGGINS, E. Tory; SORRENTINO, Richard M. (Eds.). **Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior**, v. 2. New York: The Guilford Press, 1990.

SWANN JR., William B. Seeking “truth”, finding despair: Some unhappy consequences of a negative self-concept. **Current Directions in Psychological Science**, v. 1, n. 1, p. 15-18, 1992. doi: 10.1111/1467-8721.ep10767800

SWANN JR., William B.; SCHROEDER, Daniel G. The search for beauty and truth: A framework for understanding reactions to evaluations. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 21, n. 12, p. 1307-1318, 1995. doi: 10.1177/01461672952112008

TAMPLIN, Natalie C.; MCLEAN, Siân A.; PAXTON, Susan J. Social media literacy protects against the negative impact of exposure to appearance ideal social media images in young adult women but not men. **Body Image**, v. 26, p. 29-37, 2018. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.05.003

TATTON-RAMOS, Tiago Pires. **Mindfulness**: Boundaries between religion and science (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, 2016.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; MATIAS, Thaís Gabriela Cruz; FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos; PEGORARI, Maycon Sousa; NASCIMENTO, Janaina Santos; PAIVA, Mariana Mapelli de. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016. doi: 10.1590/1413-812320152111.03032016

TELLEGEN, Auke. The analysis of consistency in personality assessment. **Journal of Personality**, v. 56, n. 3, p. 621-663, 1988. doi: 10.1111/j.1467-6494.1988.tb00905.x

THOMPSON, Joel Kevin; HEINBERG, Leslie J.; ALTABE, Madeline; TANTLEFF-DUNN, Stacey. **Exacting beauty**: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington/DC: American Psychological Association, 1999.

THOMPSON, Joel Kevin; SCHAEFER, Lauren M.; MENZEL, Jessie E. Internalization of thin-ideal and muscular-ideal. *In*: CASH, Thomas. **Encyclopedia of body image and human appearance**, v. 2. Waltham: Academic Press, 2012.

TIGGEMANN, Marika. Body image across the adult life span: Stability and change. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 29-41, 2004. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00002-0

TIGGEMANN, Marika. Mental health risks of self-objectification: A review of the empirical evidence for disordered eating, depressed mood, and sexual dysfunction. *In*: CALOGERO, Rachel M.; TANTLEFF-DUNN, Stacey; THOMPSON, Joel Kevin (Eds.). **Self-objectification in women**: Causes, consequences, and counteractions. Washington/DC: American Psychological Association, 2011.

TIGGEMANN, Marika. Considerations of positive body image across various social identities and special populations. **Body Image**, v. 14, p. 168-176, 2015. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.002

TOOLE, Aubrey M.; CRAIGHEAD, Linda W. Brief self-compassion meditation training for body image distress in young adult women. **Body Image**, v. 19, p. 104-112, 2016. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.09.001

TYLKA, Tracy L. Refinement of the Tripartite Influence Model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. **Body Image**, v. 8, n. 3, p. 199-207, 2011. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.04.008

TYLKA, Tracy L. Positive psychology perspectives on body image. *In*: CASH, Thomas F. **Encyclopedia of body image and human appearance**, v. 2. Waltham: Academic Press, 2012.

TYLKA, Tracy L.; HOMAN, Kristin J. Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: Exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. **Body Image**, v. 15, p. 90-97, 2015. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.07.003

TYLKA, Tracy L.; WOOD-BARCALOW, Nichole L. The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. **Body Image**, v. 12, p. 53-67, 2015a. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.09.006

TYLKA, Tracy L.; WOOD-BARCALOW, Nichole L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. **Body Image**, v. 14, p. 118-129, 2015b. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.04.001

UFJF. **Apresentação**. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/ufjf/sobre/apresentacao/>. Acesso em: 04 jun. 2020a.

UFJF. Campus Governador Valadares. **Sobre o campus GV**. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/gv/sobre/campus-gv/>. Acesso em: 04 jun. 2020b.

UPCHURCH, Meg. Gender Bias in Research. In: NAPLES, Nancy A. (Ed.). **Companion to Women's and Gender Studies**, John Wiley & Sons Ltd., 2020, p. 139-154. doi: 10.1002/9781119315063.ch7

VEGGI, Alessandra Bento; LOPES, Claudia S.; FAERSTEIN, Eduardo; SICHIERI, Rosely. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 242-247, 2004. doi: 10.1590/S1516-44462004000400007

VOELKER, Dana K.; PETRIE, Trent A.; HUANG, Qiushi; CHANDRAN, Avinash. Bodies in Motion: An empirical evaluation of a program to support positive body image in female collegiate athletes. **Body Image**, v. 28, p. 149-158, 2019. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.01.008

WADA, Mineko; SUTO, Melinda J.; LEE, Michael; SANDERS, Danielle; SUN, Crystal; LE, Thi Nga; GOLDMAN-HASBUN, Julia; CHAUHAN, Stephanie. University students' perspectives on mental illness stigma. **Mental Health & Prevention**, v. 14, p. 1-8, 2019. doi: 10.1016/j.mph.2019.200159

WANG, Xiaofeng; JI, Xinge. Sample size estimation in clinical research: From randomized controlled trials to observational studies. **Chest**, v. 158, n. 1S (suplementar), p. S12-S20, 2020. doi: 10.1016/j.chest.2020.03.010

WASYLKIW, Louise; MACKINNON, Anna L.; MACLELLAN, Aleka M. Exploring the link between self-compassion and body image in university women. **Body Image**, v. 9, n. 2, p. 236-245, 2012. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.01.007

WEBB, Jennifer B.; WOOD-BARCALOW, Nichole L.; TYLKA, Tracy L. Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. **Body Image**, v. 14, p. 130-145, 2015. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.03.010

WET, Amy J. de; LANE, Ben R.; MULGREW, Kate E. A randomised controlled trial examining the effects of self-compassion meditations on women's body image. **Body Image**, v. 35, p. 22-29, 2020. doi:10.1016/j.bodyim.2020.07.009

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários** - Uma perspectiva global. Portugal, 2009. Disponível em: [https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Mental health: Strengthening our response**. Publicado em: 30 mar. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 27 nov. 2019.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **The global burden of disease: 2004 update**. 2008. Disponível em: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf). Acesso em: 03 fev. 2020.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **The world health report 2001**. Mental health: New understanding, new hope. Genebra, 2001. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf). Acesso em: 09 dez. 2019.

WICHSTRØM, Lars; SOEST, Tilmann von. Reciprocal relations between body satisfaction and self-esteem: A large 13-year prospective study of adolescents. **Journal of Adolescence**, v. 47, p. 16-27, 2016. doi: 10.1016/j.adolescence.2015.12.003

WILSON, Rebecca E.; LATNER, Janet D.; HAYASHI, Kentaro. More than just body weight: The role of body image in psychological and physical functioning. **Body Image**, v. 10, n. 4, p. 644-647, 2013. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.04.007

WILSON, Rebecca E.; MARSHALL, Rachel D.; MURAKAMI, Jessica M.; LATNER, Janet D. Brief non-dieting intervention increases intuitive eating and reduces dieting intention, body image dissatisfaction, and anti-fat attitudes: A randomized controlled trial. **Appetite**, v. 148, p. 1-8, 2020. doi:10.1016/j.appet.2019.104556

WINTER, Virginia Ramseyer; GILLEN, Meghan M.; CAHILL, Laura; JONES, Aubrey; WARD, Michaella. Body appreciation, anxiety, and depression among a racially diverse sample of women. **Journal of Health Psychology**, v. 24, n. 11, p. 1517-1525, 2019. doi: 10.1177/1359105317728575

WOOD-BARCALOW, Nichole L.; TYLKA, Tracy L.; AUGUSTUS-HORVATH, Casey L. 'But I Like My Body': Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. **Body Image**, v. 7, n. 2, p. 106-116, 2010. doi: 10.1016/j.bodyim.2010.01.001

YAGER, Zali; DIEDRICHS, Phillippa C.; RICCIARDELLI, Lina A.; HALLIWELL, Emma. What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. **Body Image**, v. 10, n. 3, p. 271-281, 2013. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.04.001

YAMAMIYA, Yuko; CASH, Thomas F.; MELNYK, Susan E.; POSAVAC, Heidi D.; POSAVAC, Steven S. Women's exposure to thin-and-beautiful media images: Body image

effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. **Body Image**, v. 2, n. 1, p. 74–80, 2005. doi:10.1016/j.bodyim.2004.11.001

YARNELL, Lisa M.; NEFF, Kristin D.; DAVIDSON, Oliver A.; MULLARKEY, Michael. Gender differences in self-compassion: Examining the role of gender role orientation. **Mindfulness**, v. 10, n. 2, p. 1136-1152, 2019. doi: 10.1007/s12671-018-1066-1

YARNELL, Lisa M.; STAFFORD, Rose E.; NEFF, Kristin D.; REILLY, Erin D.; KNOX, Marissa C.; MULLARKEY, Michael. Meta-analysis of gender differences in self-compassion. **Self and Identity**, v. 14, n. 5, p. 499-520, 2015. doi: 10.1080/15298868.2015.1029966

YE, Shengquan; YU, Lu; LI, Kin-Kit. A cross-lagged model of self-esteem and life satisfaction: Gender differences among Chinese university students. **Personality and Individual Differences**, v. 52, n. 4, p. 546-551, 2012. doi: 10.1016/j.paid.2011.11.018

ZEIGLER-HILL, Virgil; JORDAN, Christian. Two faces of self-esteem: Implicit and explicit forms of self-esteem. *In*: GAWRONSKI, Bertram; PAYNE, Brian Keith (Eds.). **Handbook of implicit social cognition: Measurement, theory, and applications**. New York/NY: Guilford Press, 2010.

ZHANG, Yanjie; LANGE, Klaus W. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and global mental health. **Global Health Journal**, v. 5, n. 1, p. 31-36, 2021. doi: 10.1016/j.glohj.2021.02.004

ZIEMER, Kathryn Schaefer; LAMPHERE, Brooke R.; RAQUE-BOGDAN, Trisha L.; SCHMIDT, Christa K. A randomized controlled study of writing interventions on college women's positive body image. **Mindfulness**, v. 10, n. 1, p. 66-77, 2019. doi: 10.1007/s12671-018-0947-7

## APÊNDICE A - Termo de autorização e declaração de infraestrutura IFMG/GV

 **INSTITUTO FEDERAL  
DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA**  
Minas Gerais  
Campus Governador Valadares

### DECLARAÇÃO

Eu, **Willerson Custódio da Silva**, na qualidade de responsável pelo **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais campus Governador Valadares**, autorizo a realização da pesquisa intitulada “**Imagem Corporal, Autocompaixão e Autoestima em Jovens Universitários: Uma Intervenção Preventiva**” a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras **Clara Mockdece Neves** e **Cristiany Seppe Faria**; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Governador Valadares, 05 de Setembro de 2019.

  
Prof. DSc. Willerson C. da Silva  
Diretor Geral  
Portaria nº. 1.331  
IFMG - Campus Governador Valadares

**APÊNDICE B - Termo de autorização e declaração de infraestrutura UFJF/GV****DECLARAÇÃO**

Eu Ângelo Márcio Leite Denadai, na qualidade de responsável pela **Universidade Federal de Juiz de Fora, *campus* Governador Valadares**, autorizo a realização da pesquisa intitulada “**Imagem corporal, autocompaixão e autoestima em jovens universitários: Uma intervenção preventiva**” a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras **Clara Mockdece Neves e Cristiany Seppe Faria**; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Governador Valadares, 08 de maio de 2020.

Prof. Dr. Ângelo Márcio Leite Denadai  
Diretor  
Instituto de Ciências de Vida  
UFJF/GV/Signe 1555045

---

(assinatura e carimbo)

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário(a) da pesquisa “Imagem Corporal, Autocompaixão e Autoestima em Jovens Universitários: Uma Intervenção Preventiva”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a alta prevalência de insatisfação corporal em jovens adultos. Nesta pesquisa pretendemos realizar uma intervenção preventiva a fim de promover imagem corporal positiva e saúde mental.

Caso você concorde em participar, vamos realizar as seguintes atividades com você: pedir que responda a questionários e atividades de escrita. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: desconforto e fadiga pelo tempo despendido. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, o material foi preparado da forma mais objetiva possível e vamos estar à disposição para lhe ajudar, caso precise. A pesquisa pode auxiliar a encontrar intervenções mais eficazes para promover imagem corporal positiva e saúde mental em universitários, além de contribuir para o desenvolvimento científico mais amplo.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que realizarmos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido(a). Os pesquisadores não vão divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se disponível online e uma cópia poderá ser enviada a você, bastando solicitar. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período mínimo de 5 (cinco) anos. Decorrido esse tempo, os pesquisadores avaliarão os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de

sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Nome das Pesquisadoras Responsáveis: Clara Mockdece Neves e Cristiany Seppe Faria

Mestrado em Ciências aplicadas à Saúde - UFJF campus Governador Valadares

Fones: (24) 98802-7662 e (33) 99919-5162

E-mails: [claramockdece.neves@ufjf.edu.br](mailto:claramockdece.neves@ufjf.edu.br) e [cristianyseppeppgcas@gmail.com](mailto:cristianyseppeppgcas@gmail.com)

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Sim

Não

## **APÊNDICE D - Cenário para indução negativa prévia**

### **Cenário**

Por favor, leia com atenção a situação descrita a seguir. Talvez você já tenha passado por algo parecido. Ou talvez não. De qualquer modo, tente se imaginar no lugar do(a) protagonista, passando pelo mesmo que a pessoa descrita está passando.

### **A foto**

Uma pessoa acordou um dia e viu dentre as notificações do celular que havia sido marcada em uma foto por um amigo numa rede social. De imediato, essa pessoa ficou apreensiva, tentando se lembrar de fotos tiradas nos dias anteriores. Ao clicar na notificação, viu uma foto sua com seus amigos, tirada há poucos dias, a qual considerou extremamente desfavorável em relação à sua aparência. Seu corpo, rosto e cabelo estavam em seus piores ângulos. Comparou-se com as outras pessoas na foto e se sentiu a menos favorecida ali. Muitos sentimentos passaram pela sua cabeça nesse momento, como vergonha pela exposição dos aspectos físicos que menos gosta em si e raiva pela foto ter sido postada sem sua permissão. Em seguida, ligou para o amigo responsável pela postagem, tiveram uma breve discussão e a pessoa então se sentiu ainda pior, triste por ter brigado com o amigo por causa de uma foto.

**APÊNDICE E - Protocolo de intervenção em autocompaixão**

- (a) Pense nas pessoas que passam por experiências semelhantes e descreva as maneiras como essas pessoas também julgam a própria imagem ou se sentem inadequadas de alguma forma sobre a própria aparência.
- (b) Reescreva o cenário descrito imaginando-se no lugar do protagonista, agindo a partir de uma perspectiva mais objetiva e equilibrada, sem se envolver em qualquer julgamento negativo.
- (c) Escreva uma carta para você expressando compreensão, gentileza e preocupação. Escreva da forma como você expressaria preocupação com um(a) amigo(a) próximo(a) que tenha passado por um evento semelhante.

**APÊNDICE F - Protocolo de intervenção em autoestima**

**(a)** Liste suas características positivas.

**(b)** Escreva um parágrafo interpretando o evento descrito de uma maneira que faça você se sentir melhor consigo mesmo(a). O que você faria para evitar que esse tipo de coisa acontecesse de novo?

**(c)** Descreva por que uma foto desfavorável de si mesmo não indica realmente nada sobre o tipo de pessoa que você é.

**APÊNDICE G - Protocolo de intervenção controle**

- (a)** Liste as disciplinas que você está cursando neste semestre. Quais você está gostando (ou desgostando)? E por quê?
- (b)** Relate quais aspectos do curso você mais tem desfrutado até agora e por quê? A profissão em que você está se graduando/formando é algo que você gostaria de seguir como carreira?
- (c)** Descreva uma atividade ou trabalho acadêmico recente que tenha sido desafiador para você. Qual era o objetivo, como você pesquisou e o que aprendeu?

## APÊNDICE H - Questionário sociodemográfico

1. E-mail:

2. Em qual instituição de ensino você estuda?

IFMG       UFJF

3a. Qual o seu curso?

Engenharia Ambiental e Sanitária

Engenharia Civil

Engenharia de Produção

Tecnologia em Gestão Ambiental

3b. Qual o seu curso?

Administração

Ciências Contábeis

Ciências Econômicas

Direito

Educação Física

Farmácia

Fisioterapia

Medicina

Nutrição

Odontologia

4. Nome completo:

5. Telefone:

6. Em qual período do curso você se encontra?

1º período       4º período       7º período       10º período

2º período       5º período       8º período       11º período

3º período       6º período       9º período       12º período

Outros:

7. Em qual ano você ingressou no curso atual?

2010       2012       2014       2016       2018       2020

2011       2013       2015       2017       2019

8. Qual a sua idade?

9. Sexo<sup>17</sup>:  Feminino    Masculino    Outros:

10. Raça/etnia:  Branco    Pardo    Negro<sup>18</sup>    Indígena    Amarelo (oriental)    Outros:

---

<sup>17</sup> Optou-se por utilizar aqui o termo sexo, por referir-se ao aspecto biológico do indivíduo. O termo gênero possui implicações sociais mais amplas, não se restringindo hoje à lógica binária feminino e masculino. Utilizou-se os termos sexo e gênero de modo um tanto indistinto neste estudo, de modo correlato aos trabalhos de referência, embora cientes da substancial diferença de significados entre eles e de que tal limitação deve ser ultrapassada em trabalhos futuros, os quais devem demarcar de modo mais preciso a utilização de um ou outro, de acordo com o sentido ora aludido.

11. Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Amasiado - Mora junto com um(a) companheiro(a)
- Em união estável registrada
- Separado/Divorciado
- Viúvo

12. Quantos filhos você tem?

- 0
- 1
- 2
- 3 ou mais

13. Você trabalha fora atualmente?  Sim  Não

14. Você realiza estágio atualmente?  Sim  Não

15. Religião:

- católico
- evangélico
- espírita
- religião de matriz africana
- budista
- ateu ou agnóstico
- Outros:

16. Você mora em:

- Casa ou apartamento próprio
- Casa ou apartamento alugado
- Casa ou apartamento cedido
- Outros:

17. Com quem você mora atualmente?

18. Fuma cigarro comum (tabaco)?

- Fumo 5 ou mais vezes por semana
- Fumo 3 ou 4 vezes por semana
- Fumo 1 ou 2 vezes por semana
- Fumo de 1 a 3 vezes por mês
- Fumo algumas vezes ao ano
- Já fumei, mas não fumo mais
- Nunca fumei

19. Bebida alcoólica:

- Bebo 5 ou mais vezes por semana
- Bebo 3 ou 4 vezes por semana
- Bebo 1 ou 2 vezes por semana
- Bebo de 1 a 3 vezes por mês
- Bebo algumas vezes ao ano
- Nunca bebo

---

<sup>18</sup> O termo correto a ser utilizado aqui seria ‘preto’, uma vez que ‘negro’ corresponde a um termo mais amplo abarcando pretos e pardos. Contudo, manteve-se aqui a versão tal qual apresentada aos alunos participantes do estudo.

20. Pratica atividade física:

- Sim, 3 ou mais vezes por semana
- Sim, 1 ou 2 vezes por semana
- Sim, de 1 a 3 vezes por mês
- Raramente
- Nunca pratico

21. Qual a sua altura?

22. Qual o seu peso corporal?

23. Possui alguma doença física diagnosticada (por ex. hipertensão, diabetes, asma, gastrite)?

- Sim
- Não

24. Caso tenha respondido "Sim" à questão anterior, cite a doença e quando foi diagnosticada.

25. Possui algum transtorno psicológico diagnosticado (por ex. ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar)?

- Sim
- Não

26. Caso tenha respondido "Sim" à questão anterior, cite o transtorno e quando foi diagnosticado.

27. Possui algum distúrbio alimentar diagnosticado (por ex. anorexia, bulimia)?

- Sim
- Não

28. Caso tenha respondido "Sim" à questão anterior, cite o distúrbio e quando foi diagnosticado.

29. Toma algum medicamento regularmente?

- Sim
- Não

30. Caso tenha respondido "Sim" à questão anterior, cite o(s) medicamento(s) e há quanto tempo faz uso dele(s).

31. Realiza acompanhamento psicológico?

- Sim, realizo atualmente
- Não realizo atualmente, mas já realizei no passado
- Nunca fiz acompanhamento psicológico

32. Realiza acompanhamento psiquiátrico?

- Sim, realizo atualmente
- Não realizo atualmente, mas já realizei no passado
- Nunca fiz acompanhamento psiquiátrico

33. Realiza algum tipo de prática de meditação ou *mindfulness*?

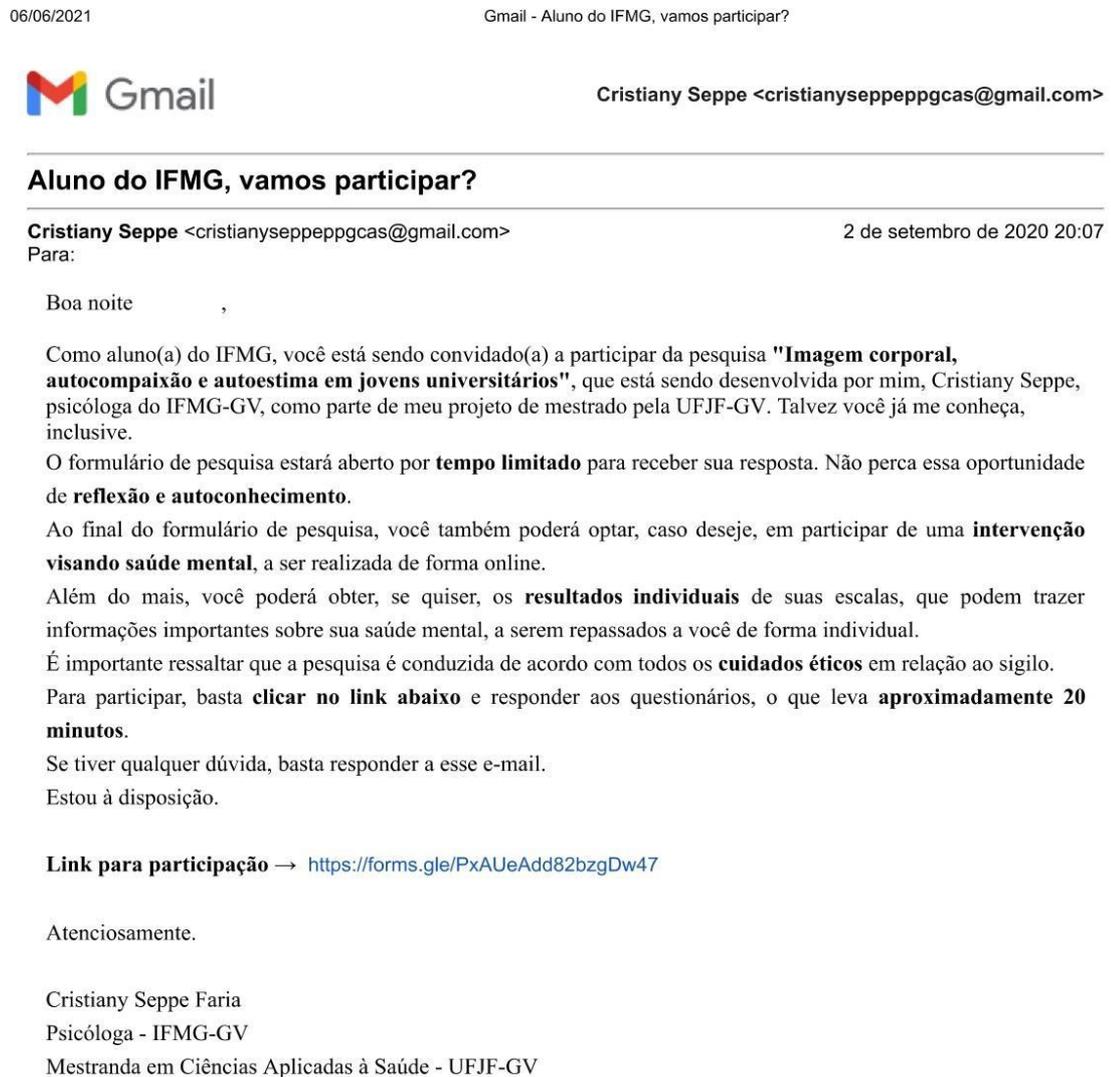
- Sim, realizo atualmente
- Não realizo atualmente, mas já realizei no passado
- Nunca realizei

34. Passou por algum evento muito estressante ou traumático nos últimos 12 meses (por ex. acidente ou violência)? Em caso afirmativo, especifique.

35. Possui alguma informação adicional ou observação que queira fazer?

## APÊNDICE I - E-mail convite enviado a alunos

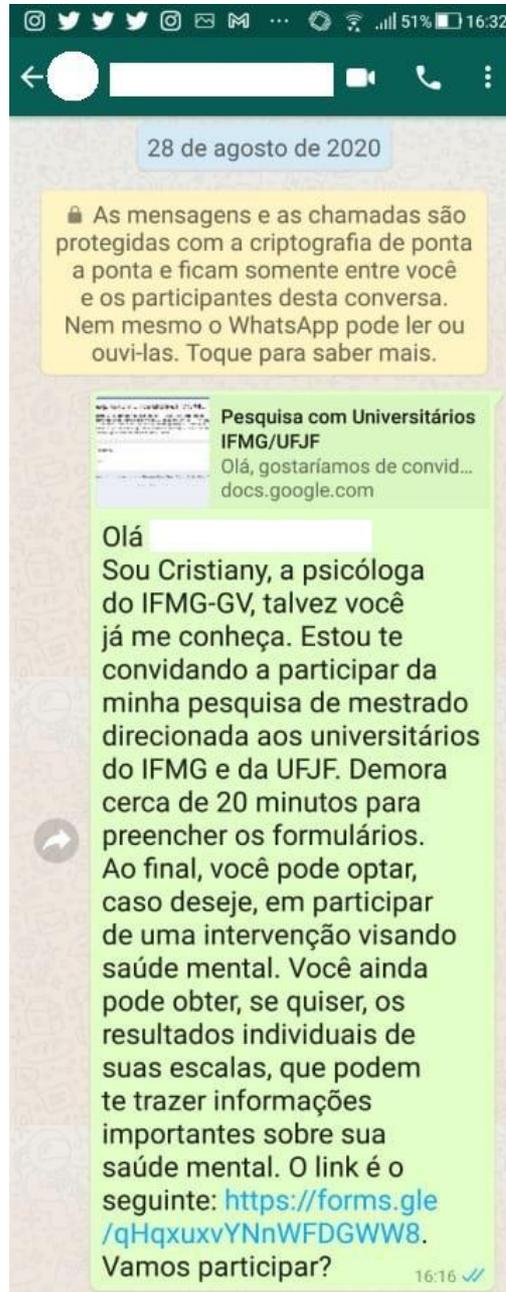
Figura 27 - E-mail padrão enviado a alunos convidando para a pesquisa



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

## APÊNDICE J - Mensagem convite enviada a alunos

Figura 28 - Mensagem padrão enviada a alunos convidando para a pesquisa



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

## APÊNDICE K - E-mail convite enviado a coordenadores de curso

Figura 29 - E-mail padrão enviado a coordenadores de curso convidando alunos para a pesquisa



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

## APÊNDICE L - Arte convite da pesquisa

Figura 30 - Imagem padrão enviada junto com texto complementar para alunos convidando para a pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

**APÊNDICE M - Testes de normalidade gerados através do software SPSS para a amostra total**

Tabela 8 - Resultados do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov com a amostra total de participantes no T1 (N = 230)

	<b>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></b>		
	<b>Estatística</b>	<b>GL</b>	<b>Sig.</b>
<b>Idade</b>	0,185	230	0,000
<b>IMC</b>	0,068	230	0,011
<b>SCS</b>	0,048	230	0,200*
<b>SES</b>	0,075	230	0,003
<b>BAS-2</b>	0,073	230	0,004
<b>FAS</b>	0,148	230	0,000
<b>STAI</b>	0,057	230	0,067
<b>BDI-II</b>	0,117	230	0,000
<b>SRQ-20</b>	0,101	230	0,000

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; GL = Grau de liberdade; Sig. = Significância do *p*-valor; IMC = Índice de Massa Corporal; SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*.

**APÊNDICE N - Testes de homogeneidade de variâncias gerados através do software  
SPSS para a amostra total**

Tabela 9 - Resultados do teste de homogeneidade das variâncias na ANOVA de uma via com a amostra total de participantes no T1 (N = 230)

		<b>Estatística de Levene</b>	<b>GL1</b>	<b>GL2</b>	<b>Sig.</b>
<b>Idade</b>	Com base em média	0,663	1	228	0,416
	Com base em mediana	0,412	1	228	0,522
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,412	1	224,940	0,522
	Com base em média aparada	0,666	1	228	0,415
<b>IMC</b>	Com base em média	0,017	1	228	0,895
	Com base em mediana	0,034	1	228	0,854
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,034	1	227,778	0,854
	Com base em média aparada	0,022	1	228	0,881
<b>SCS</b>	Com base em média	0,001	1	228	0,975
	Com base em mediana	0,010	1	228	0,919
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,010	1	225,385	0,919
	Com base em média aparada	0,003	1	228	0,954
<b>SES</b>	Com base em média	0,009	1	228	0,924
	Com base em mediana	0,000	1	228	0,992
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,000	1	227,996	0,992
	Com base em média aparada	0,003	1	228	0,960
<b>BAS-2</b>	Com base em média	1,811	1	228	0,180
	Com base em mediana	1,824	1	228	0,178
	Com base em mediana e com GL ajustado	1,824	1	227,982	0,178
	Com base em média aparada	1,844	1	228	0,176
<b>FAS</b>	Com base em média	2,045	1	228	0,154
	Com base em mediana	0,711	1	228	0,400
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,711	1	212,042	0,400
	Com base em média aparada	1,382	1	228	0,241
<b>STAI</b>	Com base em média	0,426	1	228	0,515
	Com base em mediana	0,491	1	228	0,484
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,491	1	226,591	0,484
	Com base em média aparada	0,490	1	228	0,485

	Com base em média	0,445	1	228	0,505
	Com base em mediana	0,735	1	228	0,392
<b>BDI-II</b>	Com base em mediana e com GL ajustado	0,735	1	226,003	0,392
	Com base em média aparada	0,599	1	228	0,440
	Com base em média	0,413	1	228	0,521
	Com base em mediana	0,438	1	228	0,509
<b>SRQ-20</b>	Com base em mediana e com GL ajustado	0,438	1	227,613	0,509
	Com base em média aparada	0,440	1	228	0,508

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; GL = Grau de Liberdade; Sig. = Significância do *p*-valor; IMC = Índice de Massa Corporal; SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*.

**APÊNDICE O - Testes de normalidade e histogramas gerados através do software SPSS  
para a amostra da intervenção**

Tabela 10 - Resultados do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov com a amostra de participantes da intervenção no T1 (N = 94)

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estatística	GL	Sig.
<b>Idade</b>	0,167	94	0,000
<b>IMC</b>	0,086	94	0,081
<b>SCS</b>	0,079	94	0,181
<b>SES</b>	0,066	94	0,200*
<b>BAS-2</b>	0,079	94	0,188
<b>FAS</b>	0,116	94	0,003
<b>STAI</b>	0,085	94	0,089
<b>BDI-II</b>	0,084	94	0,096
<b>SRQ-20</b>	0,115	94	0,004

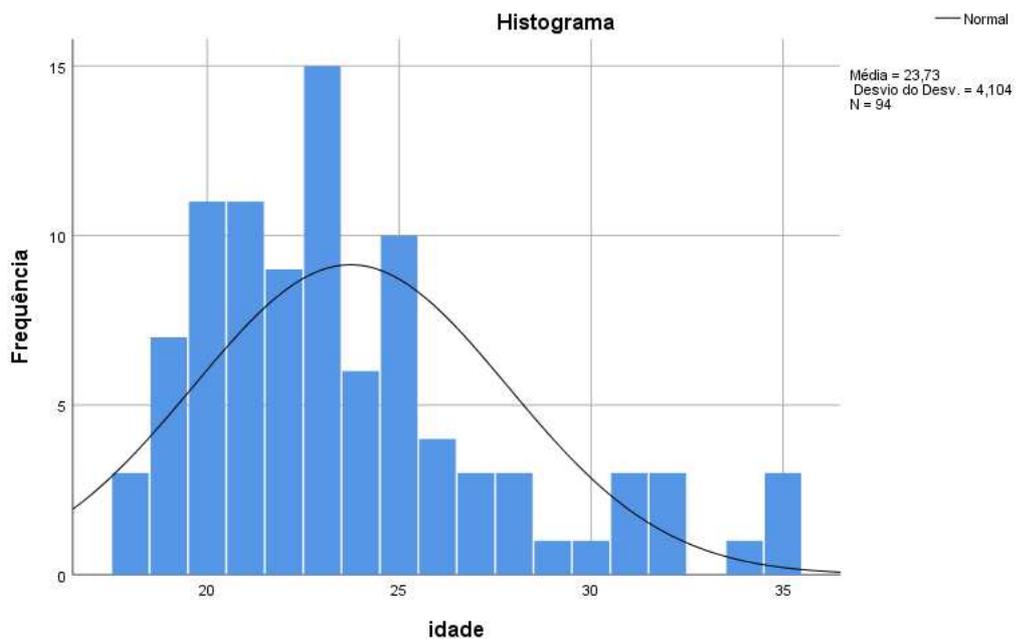
\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; GL = Grau de liberdade; Sig. = Significância do *p*-valor; IMC = Índice de Massa Corporal; SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*.

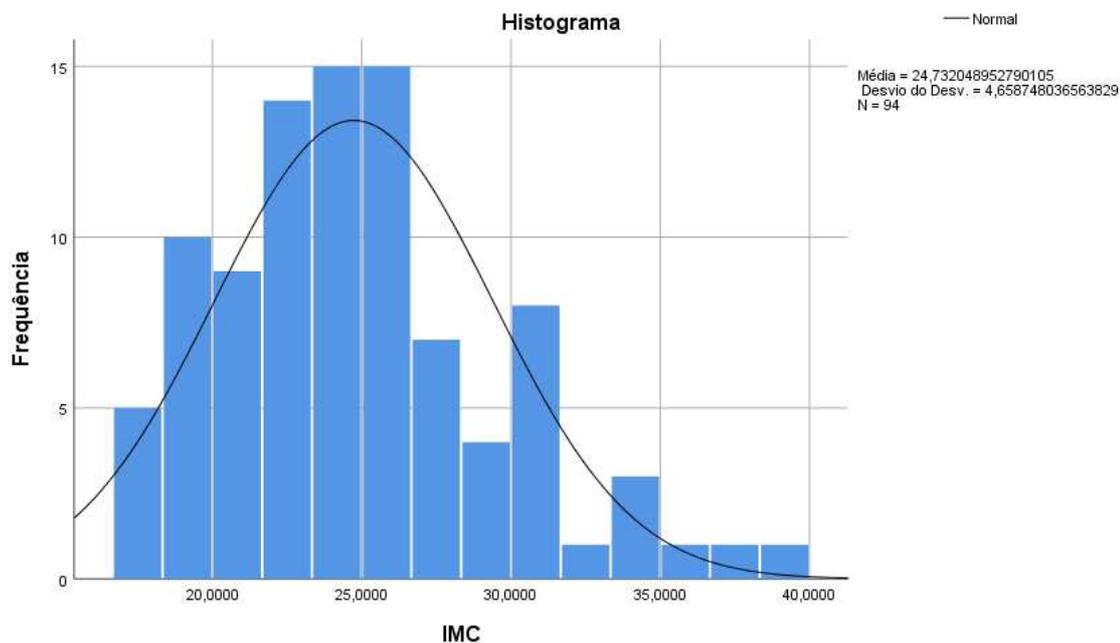
Figura 31 - Histograma da idade com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes.

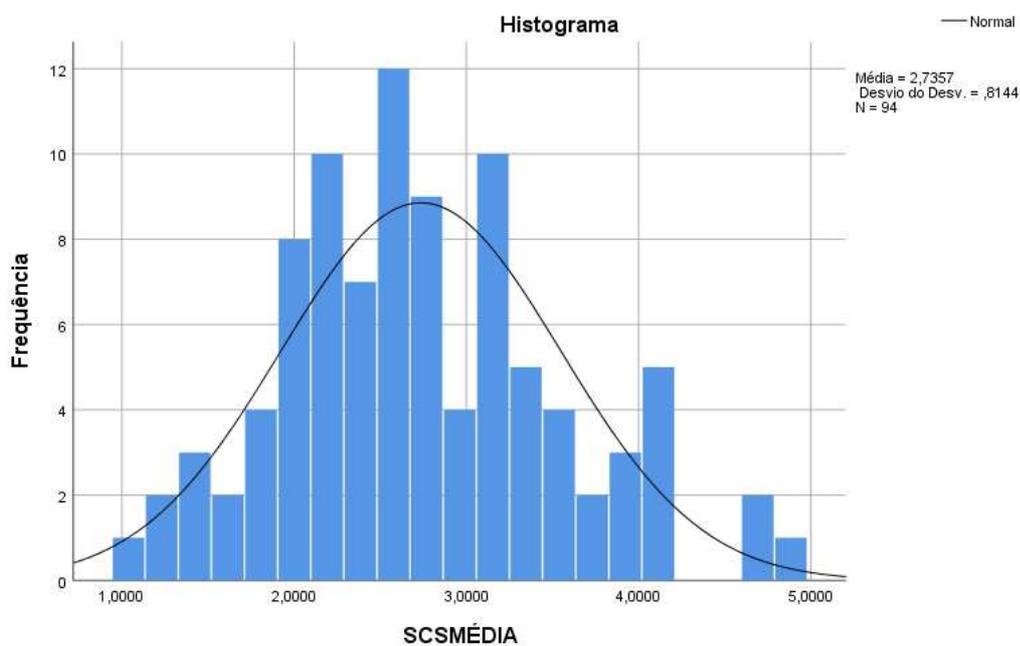
Figura 32 - Histograma do IMC com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: IMC = Índice de Massa Corporal; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção);  
N = Número absoluto de participantes.

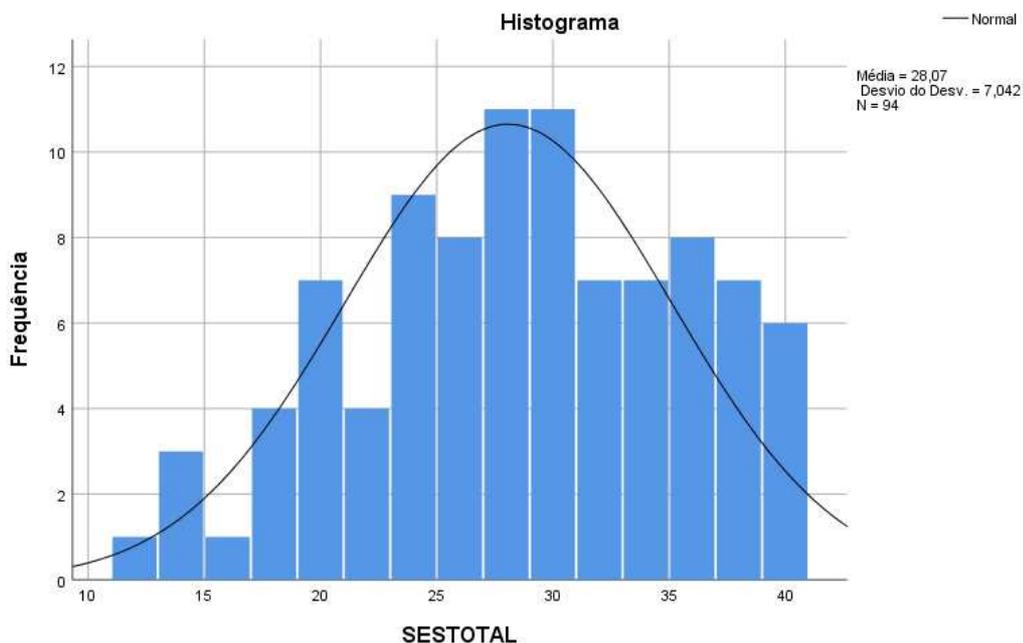
Figura 33 - Histograma da SCS com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SCS = *Self-Compassion Scale*; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção);  
N = Número absoluto de participantes.

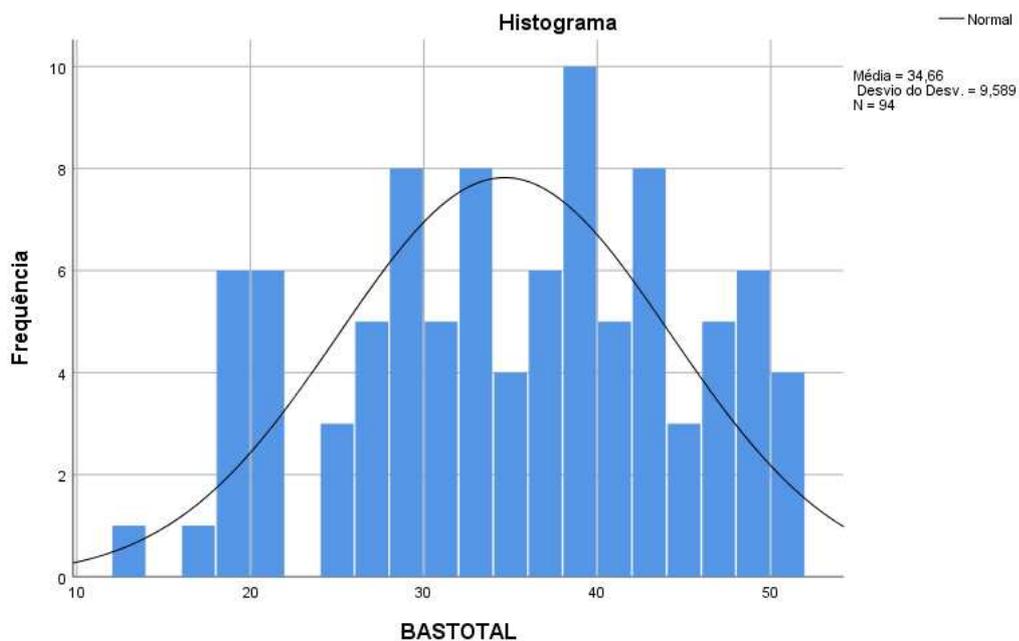
Figura 34 - Histograma da SES com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SES = *Self-Esteem Scale*; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção);  
N = Número absoluto de participantes.

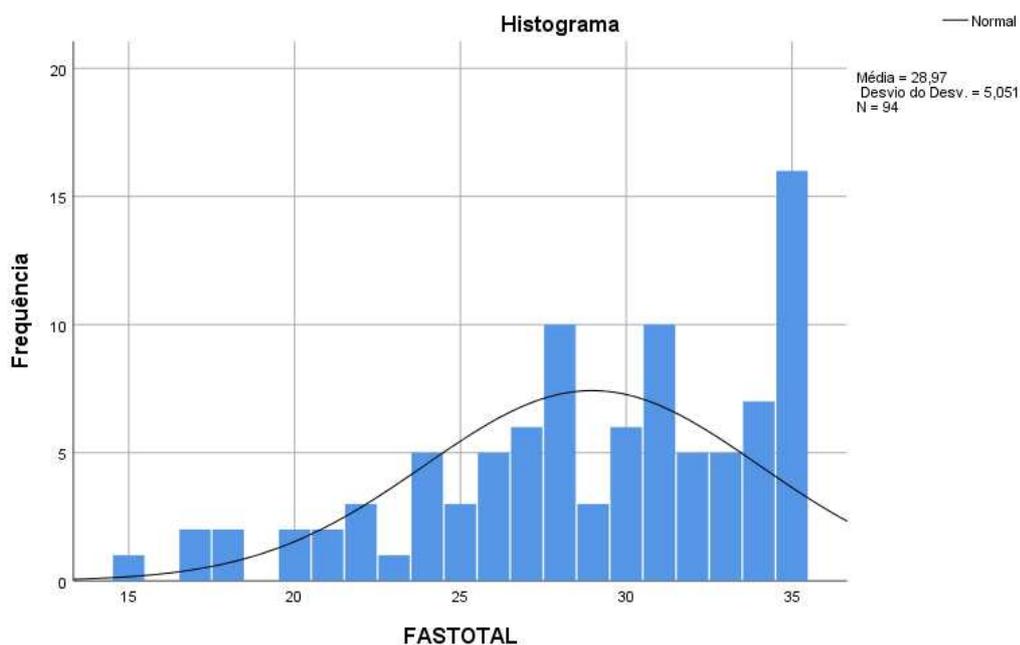
Figura 35 - Histograma da BAS-2 com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção);  
N = Número absoluto de participantes.

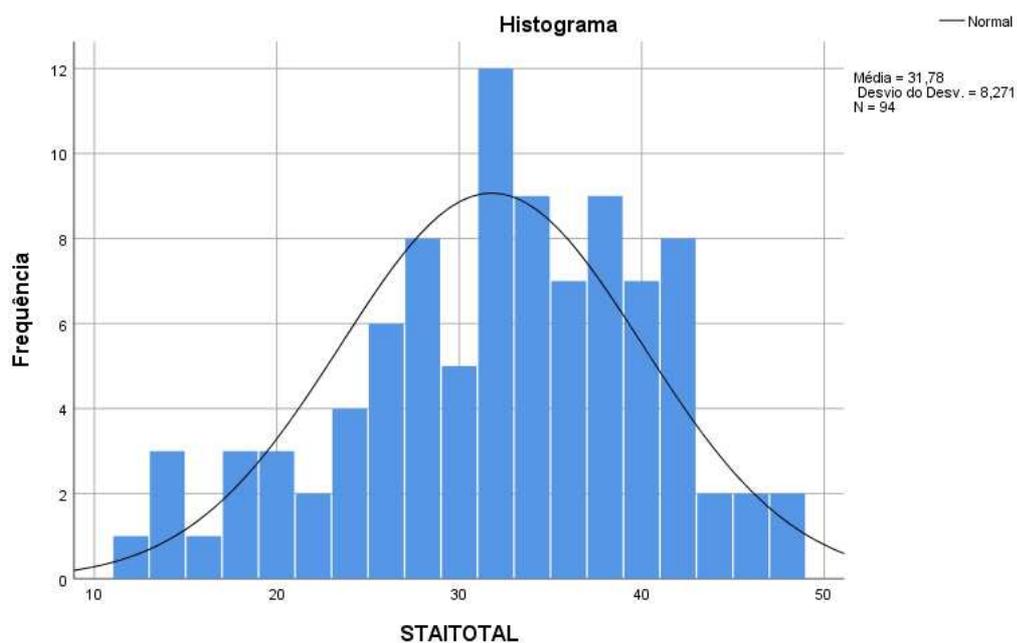
Figura 36 - Histograma da FAS com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: FAS = *Functionality Appreciation Scale*; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção);  
N = Número absoluto de participantes.

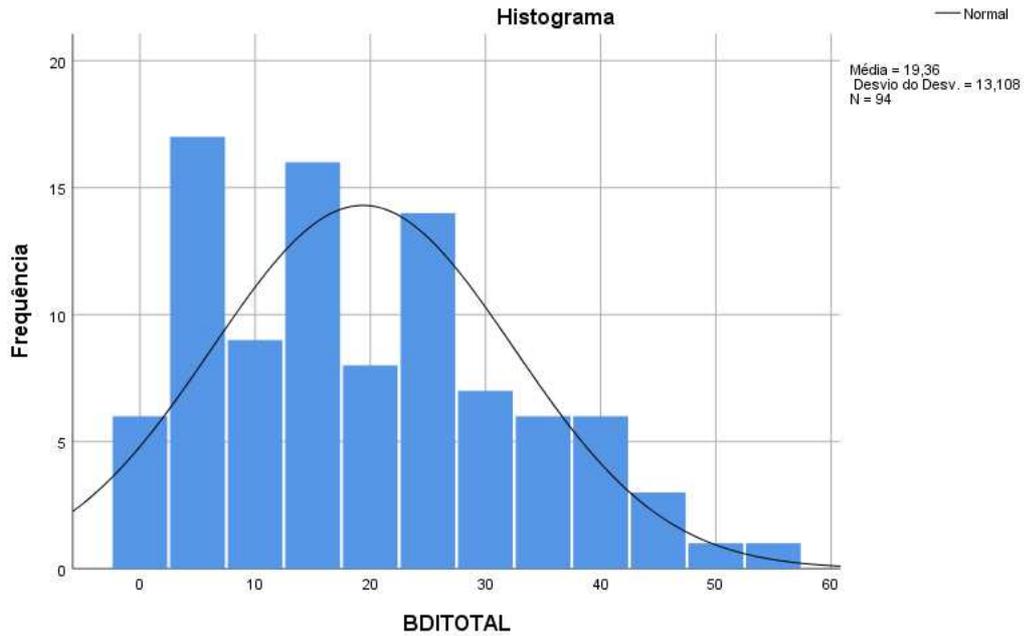
Figura 37 - Histograma do STAI com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção);  
N = Número absoluto de participantes.

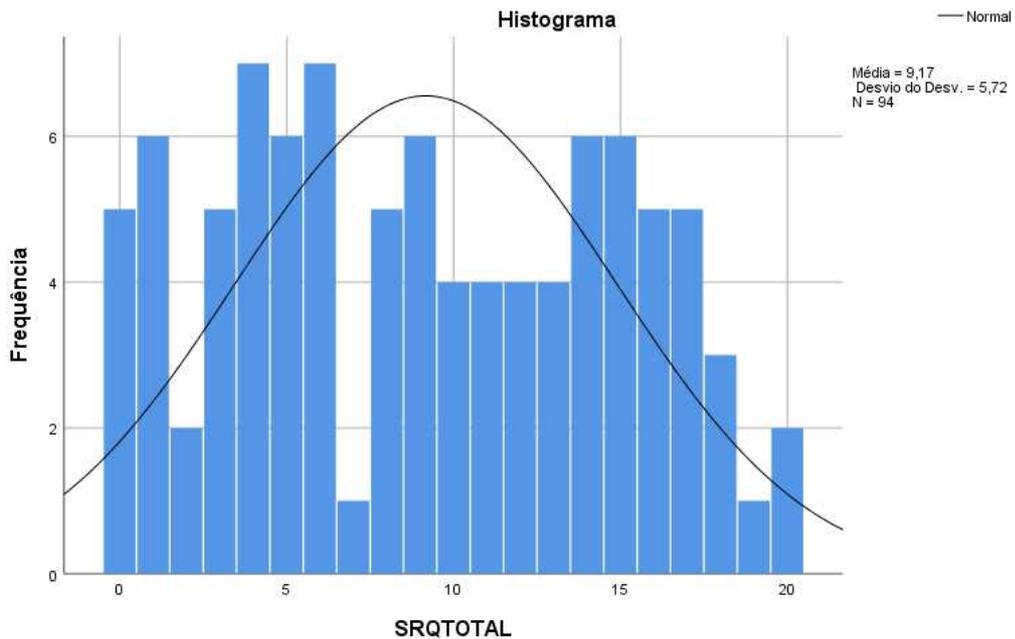
Figura 38 - Histograma do BDI-II com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção);  
N = Número absoluto de participantes.

Figura 39 - Histograma do SRQ-20 com a amostra participante da intervenção no T1 (N = 94)



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção);  
N = Número absoluto de participantes.

**APÊNDICE P - Testes de homogeneidade de variâncias gerados através do software  
SPSS para a amostra da intervenção**

Tabela 11 – Resultados do teste de homogeneidade das variâncias na ANOVA de uma via com a amostra de participantes da intervenção no T1 (N = 94)

		<b>Estatística de Levene</b>	<b>GL1</b>	<b>GL2</b>	<b>Sig.</b>
<b>Idade</b>	Com base em média	0,365	2	91	0,695
	Com base em mediana	0,292	2	91	0,748
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,292	2	83,015	0,748
	Com base em média aparada	0,335	2	91	0,716
<b>IMC</b>	Com base em média	1,021	2	91	0,364
	Com base em mediana	0,660	2	91	0,519
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,660	2	82,174	0,519
	Com base em média aparada	0,877	2	91	0,419
<b>SCS</b>	Com base em média	0,659	2	91	0,520
	Com base em mediana	0,589	2	91	0,557
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,589	2	86,816	0,557
	Com base em média aparada	0,662	2	91	0,518
<b>SES</b>	Com base em média	1,347	2	91	0,265
	Com base em mediana	0,988	2	91	0,376
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,988	2	88,845	0,376
	Com base em média aparada	1,323	2	91	0,271
<b>BAS-2</b>	Com base em média	1,417	2	91	0,248
	Com base em mediana	1,392	2	91	0,254
	Com base em mediana e com GL ajustado	1,392	2	89,983	0,254
	Com base em média aparada	1,412	2	91	0,249
<b>FAS</b>	Com base em média	2,051	2	91	0,135
	Com base em mediana	1,655	2	91	0,197
	Com base em mediana e com GL ajustado	1,655	2	82,339	0,197
	Com base em média aparada	1,946	2	91	0,149
<b>STAI</b>	Com base em média	0,753	2	91	0,474
	Com base em mediana	0,580	2	91	0,562
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,580	2	89,108	0,562
	Com base em média aparada	0,716	2	91	0,491

<b>BDI-II</b>	Com base em média	0,843	2	91	0,434
	Com base em mediana	0,871	2	91	0,422
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,871	2	88,801	0,422
	Com base em média aparada	0,878	2	91	0,419
<b>SRQ-20</b>	Com base em média	0,837	2	91	0,436
	Com base em mediana	0,782	2	91	0,461
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,782	2	89,934	0,461
	Com base em média aparada	0,861	2	91	0,426

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); N = Número absoluto de participantes; GL = Grau de Liberdade; Sig. = Significância do *p*-valor; IMC = Índice de Massa Corporal; SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*.

Tabela 12 – Resultados do teste de homogeneidade das variâncias na ANOVA mista de medidas repetidas com a amostra de participantes da intervenção nos 3 tempos (N = 94/88)

		<b>Estatística de Levene</b>	<b>GL1</b>	<b>GL2</b>	<b>Sig.</b>
<b>SCS (T1)</b>	Com base em média	0,172	2	85	0,842
	Com base em mediana	0,168	2	85	0,846
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,168	2	83,104	0,846
	Com base em média aparada	0,187	2	85	0,830
<b>SCS (T2)</b>	Com base em média	0,100	2	85	0,905
	Com base em mediana	0,148	2	85	0,863
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,148	2	83,757	0,863
	Com base em média aparada	0,107	2	85	0,898
<b>SCS (T3)</b>	Com base em média	0,363	2	85	0,697
	Com base em mediana	0,262	2	85	0,770
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,262	2	84,182	0,770
	Com base em média aparada	0,343	2	85	0,711
<b>SES (T1)</b>	Com base em média	0,716	2	85	0,492
	Com base em mediana	0,452	2	85	0,638
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,452	2	83,412	0,638
	Com base em média aparada	0,713	2	85	0,493
<b>SES (T2)</b>	Com base em média	1,200	2	85	0,306

	Com base em mediana	1,002	2	85	0,372
	Com base em mediana e com GL ajustado	1,002	2	84,858	0,372
	Com base em média aparada	1,182	2	85	0,312
<b>SES (T3)</b>	Com base em média	0,243	2	85	0,785
	Com base em mediana	0,148	2	85	0,863
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,148	2	78,719	0,863
	Com base em média aparada	0,251	2	85	0,778
<b>BAS-2 (T1)</b>	Com base em média	0,697	2	85	0,501
	Com base em mediana	0,692	2	85	0,503
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,692	2	84,555	0,503
	Com base em média aparada	0,699	2	85	0,500
<b>BAS-2 (T2)</b>	Com base em média	0,785	2	85	0,459
	Com base em mediana	0,884	2	85	0,417
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,884	2	84,842	0,417
	Com base em média aparada	0,816	2	85	0,445
<b>BAS-2 (T3)</b>	Com base em média	2,852	2	85	0,063
	Com base em mediana	2,634	2	85	0,078
	Com base em mediana e com GL ajustado	2,634	2	83,433	0,078
	Com base em média aparada	2,892	2	85	0,061
<b>FAS (T1)</b>	Com base em média	1,835	2	85	0,166
	Com base em mediana	1,467	2	85	0,236
	Com base em mediana e com GL ajustado	1,467	2	78,495	0,237
	Com base em média aparada	1,677	2	85	0,193
<b>FAS (T2)</b>	Com base em média	1,042	2	85	0,357
	Com base em mediana	0,636	2	85	0,532
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,636	2	79,249	0,532
	Com base em média aparada	0,881	2	85	0,418
<b>FAS (T3)</b>	Com base em média	2,253	2	85	0,111
	Com base em mediana	1,589	2	85	0,210
	Com base em mediana e com GL ajustado	1,589	2	76,378	0,211
	Com base em média aparada	2,173	2	85	0,120
<b>STAI (T1)</b>	Com base em média	0,656	2	85	0,522
	Com base em mediana	0,478	2	85	0,621
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,478	2	83,110	0,621

	Com base em média aparada	0,619	2	85	0,541
<b>STAI (T2)</b>	Com base em média	0,808	2	85	0,449
	Com base em mediana	0,729	2	85	0,485
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,729	2	84,740	0,485
	Com base em média aparada	0,781	2	85	0,461
<b>STAI (T3)</b>	Com base em média	0,961	2	85	0,387
	Com base em mediana	0,980	2	85	0,379
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,980	2	84,023	0,379
	Com base em média aparada	0,959	2	85	0,387
<b>BDI-II (T1)</b>	Com base em média	0,995	2	85	0,374
	Com base em mediana	1,055	2	85	0,353
	Com base em mediana e com GL ajustado	1,055	2	80,519	0,353
	Com base em média aparada	1,066	2	85	0,349
<b>BDI-II (T2)</b>	Com base em média	1,297	2	85	0,279
	Com base em mediana	1,893	2	85	0,157
	Com base em mediana e com GL ajustado	1,893	2	76,552	0,158
	Com base em média aparada	1,650	2	85	0,198
<b>BDI-II (T3)</b>	Com base em média	0,082	2	85	0,921
	Com base em mediana	0,192	2	85	0,826
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,192	2	74,547	0,826
	Com base em média aparada	0,117	2	85	0,890
<b>SRQ-20 (T1)</b>	Com base em média	0,706	2	85	0,496
	Com base em mediana	0,641	2	85	0,529
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,641	2	83,910	0,529
	Com base em média aparada	0,725	2	85	0,487
<b>SRQ-20 (T2)</b>	Com base em média	0,783	2	85	0,460
	Com base em mediana	0,699	2	85	0,500
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,699	2	84,799	0,500
	Com base em média aparada	0,822	2	85	0,443
<b>SRQ-20 (T3)</b>	Com base em média	0,056	2	85	0,945
	Com base em mediana	0,031	2	85	0,969
	Com base em mediana e com GL ajustado	0,031	2	80,337	0,969
	Com base em média aparada	0,044	2	85	0,957

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: N = Número absoluto de participantes; GL = Grau de Liberdade; Sig. = Significância do *p*-valor; T1 = Tempo 1 (avaliação pré-intervenção); T2 = Tempo 2 (avaliação pós-intervenção); T3 =

Tempo 3 (avaliação do *follow-up*); SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*.

**APÊNDICE Q - Médias marginais estimadas das variáveis do estudo**

Tabela 13 - Médias marginais estimadas geradas por ANOVA mista de medidas repetidas com a amostra participante da intervenção (N = 94)

<b>Medida</b>	<b>Grupo</b>	<b>Tempo</b>	<b>Média</b>	<b>Erro padrão</b>
<b>SCS</b>	1	1	2,762	0,144
		2	2,986	0,143
		3	2,897	0,155
	2	1	2,855	0,144
		2	3,035	0,143
		3	3,039	0,155
	3	1	2,581	0,149
		2	2,637	0,148
		3	2,652	0,161
<b>SCS – Autobondade</b>	1	1	14,313	0,912
		2	15,156	0,822
		3	14,375	0,911
	2	1	14,438	0,912
		2	15,844	0,822
		3	15,406	0,911
	3	1	13,867	0,942
		2	14,200	0,848
		3	13,767	0,941
<b>SCS – Mindfulness</b>	1	1	12,813	0,694
		2	13,625	0,681
		3	13,094	0,665
	2	1	12,969	0,694
		2	13,719	0,681
		3	13,688	0,665
	3	1	11,900	0,717
		2	12,333	0,703
		3	12,133	0,687
<b>SCS – Humanidade compartilhada</b>	1	1	12,063	0,702
		2	12,750	0,667
		3	12,375	0,699
	2	1	11,906	0,702
		2	13,531	0,667
		3	13,156	0,699
	3	1	11,433	0,725
		2	11,733	0,689
		3	11,967	0,722
<b>SCS – Autocrítica</b>	1	1	12,594	0,875
		2	13,438	0,868
		3	13,063	0,920
	2	1	13,406	0,875
		2	12,813	0,868
		3	13,750	0,920

		1	11,067	0,903
	3	2	11,667	0,897
		3	12,033	0,950
<b>SCS – Superidentificação</b>	1	1	9,250	0,761
		2	10,625	0,752
		3	10,844	0,758
	2	1	10,250	0,761
		2	10,844	0,752
		3	11,000	0,758
	3	1	9,367	0,786
		2	9,100	0,777
		3	9,300	0,783
<b>SCS – Isolamento</b>	1	1	10,781	0,891
		2	12,031	0,796
		3	11,594	0,820
	2	1	11,250	0,891
		2	12,156	0,796
		3	11,938	0,820
	3	1	9,467	0,920
		2	9,533	0,822
		3	9,900	0,847
<b>SES</b>	1	1	28,156	1,245
		2	28,594	1,290
		3	28,906	1,303
	2	1	29,250	1,245
		2	29,219	1,290
		3	30,156	1,303
	3	1	26,733	1,286
		2	26,433	1,332
		3	26,733	1,346
<b>BAS-2</b>	1	1	34,813	1,711
		2	36,344	1,547
		3	36,875	1,697
	2	1	35,156	1,711
		2	36,563	1,547
		3	37,563	1,697
	3	1	33,967	1,767
		2	34,367	1,598
		3	35,333	1,752
<b>FAS</b>	1	1	29,156	0,902
		2	29,781	0,836
		3	29,156	0,913
	2	1	28,844	0,902
		2	30,156	0,836
		3	30,219	0,913
	3	1	28,900	0,932
		2	28,467	0,863
		3	28,767	0,943
<b>STAI</b>	1	1	32,250	1,467
		2	29,875	1,366

		3	31,313	1,467
		1	30,406	1,467
	2	2	29,156	1,366
		3	30,000	1,467
		1	32,733	1,515
	3	2	32,667	1,411
		3	31,733	1,515
		1	15,625	0,859
	1	2	13,563	0,810
		3	15,281	0,850
		1	14,344	0,859
	2	2	13,406	0,810
		3	14,406	0,850
		1	15,200	0,887
	3	2	14,800	0,837
		3	14,433	0,878
		1	16,625	0,778
	1	2	16,313	0,788
		3	15,969	0,768
		1	16,062	0,778
	2	2	15,750	0,788
		3	15,625	0,768
		1	17,533	0,803
	3	2	17,867	0,814
		3	17,300	0,793
		1	16,969	2,306
	1	2	15,250	2,377
		3	14,281	2,419
		1	18,781	2,306
	2	2	18,063	2,377
		3	15,594	2,419
		1	22,533	2,382
	3	2	23,333	2,455
		3	20,433	2,498
		1	8,250	1,268
	1	2	6,875	1,301
		3	6,813	1,375
		1	8,656	1,268
	2	2	8,438	1,301
		3	7,063	1,375
		1	12,100	1,310
	3	2	11,567	1,344
		3	9,900	1,421
		1	6,656	0,813
	1	2	6,531	0,890
		3	5,750	0,830
		1	7,156	0,813
	2	2	6,875	0,890
		3	6,188	0,830
	3	1	7,533	0,839

		2	8,467	0,920
		3	7,467	0,858
<b>BDI-II – Sensações de perda</b>	1	1	2,063	0,414
		2	1,844	0,376
		3	1,656	0,398
	2	1	2,969	0,414
		2	2,750	0,376
		3	2,375	0,398
	3	1	2,900	0,428
		2	3,300	0,389
		3	3,000	0,411
<b>SRQ-20</b>	1	1	8,375	1,012
		2	7,719	1,004
		3	7,437	0,996
	2	1	8,938	1,012
		2	9,000	1,004
		3	8,250	0,996
	3	1	10,267	1,046
		2	10,233	1,037
		3	9,633	1,029
<b>SRQ-20 – Decréscimo de energia</b>	1	1	3,000	0,378
		2	2,719	0,400
		3	2,375	0,390
	2	1	3,000	0,378
		2	3,031	0,400
		3	2,875	0,390
	3	1	3,600	0,390
		2	3,500	0,414
		3	3,133	0,403
<b>SRQ-20 – Sintomas somáticos</b>	1	1	2,094	0,322
		2	2,063	0,317
		3	1,969	0,303
	2	1	2,344	0,322
		2	2,500	0,317
		3	2,156	0,303
	3	1	2,467	0,332
		2	2,633	0,328
		3	2,500	0,313
<b>SRQ-20 – Humor depressivo- ansioso</b>	1	1	2,219	0,243
		2	1,906	0,235
		3	2,094	0,237
	2	1	2,281	0,243
		2	2,031	0,235
		3	1,813	0,237
	3	1	2,533	0,251
		2	2,433	0,243
		3	2,500	0,244
<b>SRQ-20 – Pensamentos depressivos</b>	1	1	1,062	0,240
		2	1,031	0,244
		3	0,969	0,250

	1	1,312	0,240
2	2	1,438	0,244
	3	1,406	0,250
	1	1,667	0,248
3	2	1,667	0,252
	3	1,500	0,258

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Legenda: N = Número absoluto de participantes; SCS = *Self-Compassion Scale*; SES = *Self-Esteem Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale-2*; FAS = *Functionality Appreciation Scale*; STAI = *State-Trait Anxiety Inventory*; BDI-II = *Beck Depression Inventory-II*; SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire-20*.

## ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Imagem Corporal, Autoconsciência e Autoestima em Jovens Universitários: Uma Intervenção Preventiva

**Pesquisador:** Clara Mockdece Neves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20629119.7.0000.5147

**Instituição Proponente:** Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.627.114

#### Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.627.114

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: fevereiro de 2021.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.627.114

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1432342.pdf	11/09/2019 17:06:54		Aceito
Folha de Rosto	CEP_Folha_de_rosto_11_09.pdf	11/09/2019 17:02:51	Clara Mockdece Neves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEP_Declaracao_infraestrutura_11_09.pdf	11/09/2019 17:01:51	Clara Mockdece Neves	Aceito
Outros	CEP_Instrumentos_11_09.docx	11/09/2019 17:01:25	Clara Mockdece Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CEP_TCLE_11_09.docx	11/09/2019 17:00:57	Clara Mockdece Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_Projeto_11_09.docx	11/09/2019 16:59:14	Clara Mockdece Neves	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:  
Jubel Barreto  
(Coordenador(a))

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO B - Comprovante de registro ReBEC

Figura 40 - E-mail recebido com registro ReBEC

03/06/2020

Email – Cristiany Seppe – Outlook

### Approved Submission - RBR-35dtsg

registrorebec@gmail.com <registrorebec@gmail.com>

Sex, 08/05/2020 08:53

**Para:** cristianyseppe@hotmail.com <cristianyseppe@hotmail.com>; rebec@icict.fiocruz.br <rebec@icict.fiocruz.br>; dtostes@gmail.com <dtostes@gmail.com>

Url do registro(trial url):<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-35dtsg/>  
Numero de Registro (Register Number):RBR-35dtsg

Prezado Registrante,

Temos o prazer de informar que seu estudo foi publicado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC).

Agradecemos por seu registro e colaboração e, desde já, nos colocamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, seja em caso de atualização do registro ou, até mesmo, uma nova submissão.

Por favor, não hesite em contactar-nos.

Cordialmente,

ReBEC Staff - ReBEC/ICICT/LIS  
Av. Brasil 4036 - Maré - sala 807  
Rio de Janeiro RJ CEP: 21040-360  
Tel: +55(21)3882-9227  
[www.ensaiosclinicos.gov.br](http://www.ensaiosclinicos.gov.br)

-----  
---

Dear Registrant,

We are pleased to inform you that your study registered on the Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) has been published.

The ReBEC staff thank you for your subscription and, we are at your entire disposal to clarify any questions that may arise and/or in the event you need to update records or even a new submission. Please do not hesitate in contacting us in case of any doubt.

Sincerely,

ReBEC Staff - ReBEC/ICICT/LIS  
Av. Brasil 4036 - Maré - sala 807  
Rio de Janeiro RJ CEP: 21040-360  
Tel: +55(21)3882-9227  
[www.ensaiosclinicos.gov.br](http://www.ensaiosclinicos.gov.br)

03/06/2020

Email – Cristiany Seppe – Outlook

-----  
-----

Estimado Solicitante de registro,

Tenemos el agrado de informar que su estudio fue publicado en el Registro Brasileño de Ensayos Clínicos (Rebec).

Gracias por su registro y colaboración y, a partir de ahora, nos ponemos a su disposición para responder a cualquier pregunta que pueda surgir, ya sea en el caso de la actualización del registro o incluso un nuevo envío.

Por favor, no dude en ponerse en contacto con nosotros.

Atentamente,

ReBEC Staff - ReBEC/ICICT/LIS  
Av. Brasil 4036 - Maré - sala 807  
Rio de Janeiro RJ CEP: 21040-360  
Tel: +55(21)3882-9227  
[www.ensaiosclinicos.gov.br](http://www.ensaiosclinicos.gov.br)

**ANEXO C - *Check-list* de informações CONSORT**

Quadro 2 - *Check-list* de informações CONSORT

<b>SEÇÃO/TÓPICO</b>	<b>ITEM Nº</b>	<b>ITENS DA LISTA</b>	<b>RELATADO NA PAG. Nº</b>
<b>Título e Resumo</b>	1a	Identificação no título como um estudo clínico randomizado;	Capa, 1, 2
	1b	Resumo estruturado do desenho, métodos, resultados e conclusões do estudo;	6, 7
<b>Introdução</b>			
Fundamentação e objetivos	2a	Fundamentação científica e explicação do raciocínio;	18-23
	2b	Objetivos específicos ou hipóteses;	24, 25
<b>Métodos</b>			
Desenho do estudo	3a	Descrição do desenho do estudo (tal como paralelo, fatorial) incluindo a taxa de alocação; Quando aplicável, como os prestadores de cuidados foram alocados em cada grupo de estudo;	57
	3b	Alterações importantes nos métodos após o início do estudo (tal como critérios de elegibilidade), com as razões;	69
Participantes	4a	Crítérios de elegibilidade para participantes; Quando aplicável, critérios de elegibilidade para centros e prestadores de cuidados;	59
	4b	Configurações e locais onde foram coletados os dados;	57-59
Intervenções	5	As intervenções de cada grupo com detalhes suficientes que permitam a replicação, incluindo como e quando foram realmente administradas; Detalhes precisos do tratamento experimental e do comparador;	59-61, 69-75, 156-159
	5a	Descrição dos diferentes componentes das intervenções e, quando aplicável, descrição do procedimento para adequação das intervenções a participantes individuais;	156-159
	5b	Detalhes sobre se e como as intervenções foram padronizadas;	69-75

	5c	Detalhes sobre se e como a adesão dos prestadores de cuidados ao protocolo foi avaliada ou aprimorada;	---
	5d	Detalhes sobre se e como a adesão dos participantes às intervenções foi avaliada ou aprimorada;	77, 87
Desfechos	6a	Medidas de desfechos primários e secundários pré-especificadas completamente definidas, incluindo como e quando foram avaliadas;	63-69, 160-162, 195-205
	6b	Quaisquer alterações nos desfechos após o estudo ter sido iniciado, com as razões;	---
Tamanho da amostra	7a	Como foi determinado o tamanho da amostra; Quando aplicável, detalhes de se e como o agrupamento por prestadores de cuidados ou centros foi tratado;	58-59, 194
	7b	Quando aplicável, explanação de quaisquer análises intermediárias e diretrizes de encerramento;	75-78
Randomização:			
- Geração de sequência	8a	Método utilizado para geração de sequência randomizada de alocação;	73
	8b	Tipos de randomização, detalhes de qualquer restrição (tais como randomização por blocos e tamanho do bloco);	73
- Mecanismo de ocultação na alocação	9	Mecanismo utilizado para implementar a sequência de alocação randomizada (tal como recipientes numerados sequencialmente), descrevendo os passos seguidos para a ocultação da sequência até as intervenções serem atribuídas;	73
- Implementação	10	Quem gerou a sequência de alocação randomizada, quem recrutou os participantes e quem designou os participantes para as intervenções;	73
Cegamento	11a	Se realizado, quem foi cegado após as intervenções serem atribuídas (ex. participantes, prestadores de cuidados, aqueles que administram cointervenções, aqueles que avaliam resultados) e como;	73
	11b	Se relevante, descrever a semelhança das intervenções;	59-61
	11c	Se o cegamento não foi possível, descrição de todas as tentativas de limitar o viés;	---

Métodos estatísticos	12a	Métodos estatísticos utilizados para comparar os grupos nos desfechos primários e secundários; Quando aplicável, detalhes de se e como o agrupamento por prestadores de cuidados ou centros foi tratado;	75-78
	12b	Métodos para análises adicionais, como análises de subgrupos e análises ajustadas;	75-78
<b>Resultados</b>			
Fluxo de participantes (é fortemente recomendada a utilização de um diagrama)	13a	Para cada grupo, o número de participantes que foram randomicamente atribuídos, que receberam o tratamento pretendido e que foram analisados para o desfecho primário; O número de prestadores de cuidados ou centros que realizam a intervenção em cada grupo e o número de pacientes tratados por cada prestador de cuidados ou em cada centro;	72, 79
	13b	Para cada grupo, perdas e exclusões após a randomização, junto com as razões;	79
	13c	Para cada grupo, o atraso entre a randomização e o início da intervenção;	73
	13d	Detalhes do tratamento experimental e do comparador à medida que foram implementados;	69-75
Recrutamento	14a	Datas definindo os períodos de recrutamento e acompanhamento ( <i>follow-up</i> );	69
	14b	Os motivos de o estudo ter sido finalizado ou interrompido;	---
Dados de Base	15	Tabela apresentando características demográficas e clínicas da linha de base para cada grupo; Quando aplicável, uma descrição dos prestadores de cuidados (volume de casos, qualificação, experiência, etc.) e centros (volume) em cada grupo;	88-91
Números analisados	16	Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluído em cada análise e se a análise foi realizada pela atribuição original dos grupos;	79
Desfechos e estimativa	17a	Para cada desfecho primário e secundário, resultados de cada grupo e o tamanho de efeito estimado e sua precisão (como intervalo de confiança de 95%);	80-107

	17b	Para desfechos binários, é recomendada a apresentação de ambos os tamanhos de efeito, absolutos e relativos;	---
Análises auxiliares	18	Resultados de quaisquer análises realizadas, incluindo análises de subgrupos e análises ajustadas, distinguindo-se as pré-especificadas das exploratórias;	80-107
Danos	19	Todos os danos importantes ou efeitos indesejados em cada grupo;	---
<b>Discussão</b>			
Limitações	20	Limitações do estudo, abordando fontes de potenciais vieses, imprecisão e, se relevante, multiplicidade de análises; Em adição, levar em consideração a escolha do comparador, a falta de cegamento parcial ou a experiência desigual dos prestadores de cuidados ou centros em cada grupo;	108-119
Generalização	21	Generalização (validade externa, aplicabilidade) dos achados do estudo; Generalização (validade externa) dos resultados do estudo de acordo com a intervenção, comparadores, pacientes, e prestadores de cuidados e centros envolvidos no estudo;	118
Interpretação	22	Interpretação consistente com os resultados, balanceando benefícios e danos, e considerando outras evidências relevantes;	108-119
<b>Outras informações</b>			
Registro	23	Número de registro e nome do estudo registrado;	56, 185-189
Protocolo	24	Onde o protocolo completo do estudo pode ser acessado, se disponível;	---
Fomento	25	Fontes de financiamento e outros apoios (tal como fornecimento de drogas/medicamentos), papel dos financiadores.	---

Fonte: Adaptado de CONSORT (2017).

## ANEXO D - Interface GPower no cálculo amostral

Figura 41 - Interface do software GPower durante cálculo amostral

The screenshot displays the G\*Power 3.1.9.2 software interface. The main window is titled "G\*Power 3.1.9.2" and contains several panels for configuring a power analysis.

**Analysis:** A priori: Compute required sample size

**Input:**

- Effect size  $f$  = 0.2526456
- $\alpha$  err prob = 0.05
- Power ( $1 - \beta$  err prob) = 0.80
- Number of groups = 3
- Number of measurements = 3
- Corr among rep measures = 0.3
- Nonsphericity correction  $\epsilon$  = 1

**Output:**

- Noncentrality parameter  $\lambda$  = 13.1307015
- Critical F = 2.4729270
- Numerator df = 4.0000000
- Denominator df = 90.0000000
- Total sample size = 48
- Actual power = 0.8189229

**Test family:** F tests

**Statistical test:** ANOVA: Repeated measures, within-between interaction

**Type of power analysis:** A priori: Compute required sample size – given  $\alpha$ , power, and effect size

**Input Parameters:**

Parameter	Value
Effect size $f$	0.2526456
$\alpha$ err prob	0.05
Power ( $1 - \beta$ err prob)	0.80
Number of groups	3
Number of measurements	3
Corr among rep measures	0.3
Nonsphericity correction $\epsilon$	1

**Output Parameters:**

Parameter	Value
Noncentrality parameter $\lambda$	13.1307015
Critical F	2.4729270
Numerator df	4.0000000
Denominator df	90.0000000
Total sample size	48
Actual power	0.8189229

**From variances:**

- Variance explained by effect: 1.0
- Variance within group: 2.0

**Direct:**

- Partial  $\eta^2$ : 0.06

**Buttons:** Calculate, Calculate and transfer to main window, Close, Options, X-Y plot for a range of values, Clear, Save, Print.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2021).

## ANEXO E - Escala de Autocompaixão

### Como eu geralmente lido comigo em momentos difíceis

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 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.					

**ANEXO F - Escala de Autoestima**

Leia cada frase com atenção e marque a opção mais adequada:

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

9. Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

10. Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo totalmente

### ANEXO G - Escala de Apreciação do Corpo-2

Por favor, indique a frequência com que estas questões são verdadeiras sobre você, marcando o número correspondente: nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1 – Eu respeito meu corpo.	1	2	3	4	5
2 – Eu me sinto bem com meu corpo.	1	2	3	4	5
3 – Eu sinto que meu corpo tem, pelo menos, algumas qualidades positivas.	1	2	3	4	5
4 – Eu tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo.	1	2	3	4	5
5 – Eu sou atento(a) às necessidades do meu corpo.	1	2	3	4	5
6 – Eu sinto amor pelo meu corpo.	1	2	3	4	5
7 – Eu aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo.	1	2	3	4	5
8 – Meu comportamento revela minha atitude positiva em relação ao meu corpo; por exemplo, mantenho minha cabeça erguida e sorrio.	1	2	3	4	5
9 – Eu me sinto confortável com meu corpo.	1	2	3	4	5
10 – Eu sinto que sou bonito(a) mesmo que eu seja diferente das imagens de pessoas atraentes da mídia (ex: modelos, atrizes/atores).	1	2	3	4	5

### ANEXO H - Escala de Apreciação da Funcionalidade

Por favor, indique o quanto você concorda com cada uma das afirmações a seguir:

		Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.	Eu aprecio meu corpo pelo que ele é capaz de fazer.					
2.	Eu sou grato(a) pela saúde do meu corpo, mesmo que nem sempre ele seja tão saudável quanto eu gostaria que fosse.					
3.	Eu aprecio meu corpo, pois ele me permite comunicar e interagir com os outros.					
4.	Eu reconheço e aprecio quando meu corpo está bem e/ou relaxado.					
5.	Eu sou grato(a) por meu corpo possibilitar que eu me envolva em atividades que eu gosto ou acho importante.					
6.	Eu sinto que meu corpo faz muito por mim.					
7.	Eu respeito meu corpo pelas funções que ele realiza.					

## ANEXO I - Inventário de Ansiedade Traço-estado (*Short-Form*)

### PARTE I

Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você se sente AGORA, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente NESTE MOMENTO.

#### AVALIAÇÃO

1.....2.....3.....4

Absolutamente não      Um pouco      Bastante      MUITÍSSIMO

1 -	<i>Sinto-me calmo(a)</i> .....	1	2	3	4
2 -	<i>Estou tenso(a)</i> .....	1	2	3	4
3 -	<i>Sinto-me à vontade</i> .....	1	2	3	4
4 -	<i>Sinto-me nervoso(a)</i> .....	1	2	3	4
5 -	<i>Estou descontraído(a)</i> .....	1	2	3	4
6 -	<i>Estou preocupado(a)</i> .....	1	2	3	4

### PARTE II

Leia cada afirmativa abaixo e marque o número que melhor indique como você GERALMENTE se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxima de como você se sente GERALMENTE.

#### AVALIAÇÃO

1.....2.....3.....4

Quase nunca      Às vezes      Frequentemente      Quase sempre

1 -	<i>Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo(a)</i> .....	1	2	3	4
2 -	<i>Preocupo-me demais com coisas sem importância</i> .....	1	2	3	4
3 -	<i>Sinto-me seguro(a)</i> .....	1	2	3	4
4 -	<i>Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento</i> .....	1	2	3	4
5 -	<i>Sinto-me nervoso(a) e inquieto(a)</i> .....	1	2	3	4
6 -	<i>Tomo decisões facilmente</i> .....	1	2	3	4

## ANEXO J - Inventário de Depressão Beck II

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações.

Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente.

Depois, escolha uma frase de cada grupo, a que melhor descreva o modo como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.

Marque a afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto nesse grupo.

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2. Pessimismo</b></p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas deem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p><b>3. Fracasso passado</b></p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p><b>4. Perda de prazer</b></p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer com as coisas que costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p><b>5. Sentimentos de culpa</b></p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a)</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p>	<p><b>6. Sentimentos de punição</b></p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p> <p><b>7. Autoestima</b></p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti com relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p><b>9. Pensamentos ou desejos suicidas</b></p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10. Choro</b></p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p><b>11. Agitação</b></p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p>
---	--

**12. Perda de interesse**

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil me interessar por alguma coisa.

**13. Indecisão**

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar minhas decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar minhas decisões agora do que antes.
- 3 Tenho muita dificuldade em tomar qualquer decisão.

**14. Desvalorização**

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

**15. Falta de energia**

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

**16. Alterações no padrão de sono**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1 Durmo um pouco mais do que o habitual.
- OU Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2 Durmo muito mais do que o habitual.
- OU Durmo muito menos do que o habitual.
- 3 Durmo a maior parte do dia.
- OU Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

**17. Irritabilidade**

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

**18. Alterações de apetite**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1 Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- OU Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2 Meu apetite está muito menor do que antes.
- OU Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3 Não tenho nenhum apetite.
- OU Quero comer o tempo todo.

**19. Dificuldade de concentração**

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

**20. Cansaço ou fadiga**

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

**21. Perda de interesse por sexo**

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

### ANEXO K - *Self-Reporting Questionnaire*

As próximas perguntas são relacionadas com problemas que talvez tenham lhe incomodado no último mês.

1. Tem dores de cabeça frequentes?	1 – Sim	2 – Não
2. Tem falta de apetite?	1 – Sim	2 – Não
3. Dorme mal?	1 – Sim	2 – Não
4. Assusta-se com facilidade?	1 – Sim	2 – Não
5. Tem tremores nas mãos?	1 – Sim	2 – Não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1 – Sim	2 – Não
7. Tem má digestão?	1 – Sim	2 – Não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1 – Sim	2 – Não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	1 – Sim	2 – Não
10. Tem chorado mais do que de costume?	1 – Sim	2 – Não
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1 – Sim	2 – Não
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	1 – Sim	2 – Não
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho ou estudo é penoso, causa sofrimento)?	1 – Sim	2 – Não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 – Sim	2 – Não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 – Sim	2 – Não
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1 – Sim	2 – Não
17. Tem tido ideias de acabar com a vida?	1 – Sim	2 – Não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1 – Sim	2 – Não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1 – Sim	2 – Não
20. Você se cansa com facilidade?	1 – Sim	2 – Não

**ANEXO L - Escala de Respondentes Conscientes**

1. Para responder a esta pergunta, escolha a opção número quatro, [...].
2. Escolha a primeira opção - [...] - ao responder a esta pergunta.
3. Para responder a esta pergunta, escolha a opção número cinco, que significa [...].
4. Por favor, responda a esta pergunta escolhendo a opção número dois, que significa [...].
5. Em resposta a esta pergunta, escolha a opção número três, que significa [...].

### ANEXO M - Itens para checagem de credibilidade

De acordo com a escala seguinte, marque as alternativas que melhor representam o que você sentiu diante do cenário descrito no texto que pedimos para ler antes da intervenção:

1 - Discordo totalmente

2 - Discordo

3 - Nem discordo, nem concordo

4 - Concordo

5 - Concordo plenamente

(a) Eu acho que existem situações como essa na vida real, em que uma pessoa não gosta de fotos desfavoráveis de si mesma. 1 2 3 4 5

(b) Representando o que uma pessoa pode experimentar ao se comparar com colegas em fotos de grupo, o cenário descrito era plausível, ou seja, algo que facilmente pode acontecer na realidade. 1 2 3 4 5

(c) Eu fui capaz de adotar o papel (ou seja, me colocar no lugar) da pessoa retratada no cenário descrito. 1 2 3 4 5