

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA**

ANA CAROLINA SOARES MARINHO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Maceió
2022

ANA CAROLINA SOARES MARINHO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora e orientadores como parte integrante dos requisitos para colação de grau e obtenção do título de Psicólogo.

Orientador: Prof. Dra Sheyla Christine Santos Fernandes.

Coorientador: Julio Cezar Albuquerque da Costa

MACEIÓ

2022

Análise de Crenças Sobre o Comportamento de Compulsão Alimentar a Partir da Teoria Da Ação Planejada

Ana Carolina Soares Marinho¹

Resumo

Um episódio de compulsão alimentar (C.A) é caracterizado pela ingestão de uma quantidade de alimento maior do que a maioria das pessoas consumiria em condições semelhantes, em um período determinado. Também está relacionado a sensação de perda de controle, seja sobre a quantidade ou o tipo do alimento ingerido. Quando esses episódios ocorrem de forma recorrente podem estar associados a algum transtorno, como o Transtorno de Compulsão Alimentar, que está relacionado a diversos prejuízos funcionais. O estudo desse comportamento a partir da Teoria da Ação Planejada além de nos fornecer instrumentos que possam avaliar este comportamento, pode contribuir com o desenvolvimento de intervenções que visem prevenir o ato e melhorar a saúde física e mental dos acometidos dessa conduta. Esse estudo objetivou analisar as crenças do comportamento de compulsão alimentar a partir da Teoria da Ação Planejada e comparar as variáveis de depressão, ansiedade e estresse dos grupos delimitados em função da severidade dos sintomas de mal-estar psicológico. Para isso, foram recrutados 80 participantes de pesquisa por meio de anúncios nas redes sociais que responderam de forma online a Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) e um questionário semiestruturado a respeito das crenças sobre a compulsão alimentar. Os resultados foram analisados pelo software IRAMUTEQ e pelo software JASP 0.16.4. A pesquisa mostrou que pessoas com sintomas depressivos médio-altos apresentaram uma maior presença de sintomas de C.A, enquanto pessoas com sintomas de ansiedade moderada, severa e extremamente severa, apresentaram um aumento de compulsão alimentar. Foram identificadas crenças comportamentais, normativas e de controle em diferentes classes do dendograma, sendo as comportamentais as que aparentam ser predominantes entre os participantes. Os achados desse estudo podem indicar uma necessidade de intervenções que considerem a C.A com comorbidades como a depressão e a ansiedade, ou a C.A como comorbidade dessas condições. Também sugere a importância de intervenções que abarquem a relevância da: 1) avaliação que os indivíduos têm do comportamento da C.A; 2) os fatores individuais, motivacionais e emocionais que favorecem a prática desse comportamento; 3) a percepção dos indivíduos a respeito da pressão externa para realização dessa ação

Palavras-chave: Compulsão alimentar, Teoria da ação planejada, Depressão, Ansiedade, Estresse.

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas

INTRODUÇÃO

Transtorno de Compulsão Alimentar

Os transtornos alimentares são transtornos psiquiátricos caracterizados pela alimentação anormal ou comportamentos de controle de peso, e que causam prejuízos na saúde física e perturbam o funcionamento psicológico (TREASURE, DUARTE, SCHMIDT, 2020). O DSM-V considera 6 principais transtornos alimentares: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), Pica, Transtorno de Ruminação e Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (APA, 2014). Os transtornos alimentares mais estudados são: a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA). A Anorexia é caracterizada por um medo intenso de ganhar peso ou “ficar gordo” ou comportamentos persistentes que levam a uma perda de peso significativa. Paralelamente, indivíduos com Bulimia se engajam em comportamentos de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados para perda de peso, como indução de vômito, uso de laxantes ou diuréticos. Por fim, o TCA é caracterizado por comportamentos recorrentes de compulsão alimentar que não são acompanhados de comportamentos compensatórios inapropriados (APA, 2014).

Um episódio de compulsão alimentar (C.A) é caracterizado pela ingestão de uma quantidade de alimento maior do que a maioria das pessoas consumiria em condições semelhantes, em um período determinado. Além disso, o episódio também está relacionado a sensação de perda de controle, seja sobre a quantidade ou o tipo do alimento ingerido. Também, esses episódios podem estar associados a condições como: comer mais rápido que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; comer grandes quantidades de alimento mesmo sem a sensação de fome; comer sozinho por vergonha; sentir-se deprimido e/ou culpado após um episódio. Por fim, episódios recorrentes de C.A podem acabar sendo caracterizados como um TCA (APA, 2014).

O TCA é o transtorno alimentar mais comum do mundo (LEVITAN et al, 2021) e ocorre tanto em indivíduos com peso considerado normal, como em indivíduos com sobrepeso e obesos, e está relacionado a diversos prejuízos funcionais na vida dos acometidos como: ansiedade; depressão; e déficits na flexibilidade cognitiva, na memória de trabalho e na resolução de problemas (KESSLER et al, 2013); (DUCHESNE et al, 2010); (HILBERT et al, 2011). Ainda, segundo o DSM-V (APA, 2014), algumas situações desencadeadoras dos episódios compulsivos, incluem: estressores interpessoais; dietas restritivas; sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, a forma do corpo e ao alimento; e tédio. Corroborando

com isso, Pike et al. (2006), mostraram que indivíduos com TCA reportaram um número maior de situações estressoras um ano antes de apresentarem esses comportamentos alimentares disfuncionais, em comparação com indivíduos sem TCA.

Compulsão Alimentar e Mal Estar Psicológico

A teoria do escape, proposta por Heatherton & Baumeister (1991), sugere que a C.A propõe um "escape", ou seja, essa prática permite que o indivíduo dissocie temporariamente de experiências de afeto negativo. O termo "afeto negativo", segundo Walenda et al. (2021), inclui vários componentes, como humor depressivo, tristeza, ansiedade e raiva. Assim, essa teoria pode ilustrar a relação entre C.A e ansiedade, depressão e estresse. Na ansiedade, por exemplo, estudos sugerem que a C.A serve como mecanismo de enfrentamento da ansiedade (BINFORD et al, 2004); (MITCHELL et al, 1999). Além disso, a C.A ser usada para alívio do afeto negativo, pode levar a maiores níveis de depressão e vergonha, o que aumenta as chances de outro episódio compulsivo (STICE, 1998). Por fim, segundo Freeman & Gil (2004), elevado estresse psicológico está associado a episódios de C.A, além disso, altos níveis de estresse podem interagir com a ansiedade, aumentando o risco de tendências a C.A (JUNG et al, 2017).

Ainda, o TCA é comórbido de diversos transtornos psiquiátricos, sendo os mais comuns os transtornos de humor e ansiedade. No estudo de Grilo, White, Masheb (2009), feito com 404 pacientes com TCA, 73.8% dos indivíduos possuíam histórico de transtorno psiquiátrico e 43.1% possuíam pelo menos um transtornos psiquiátrico presente. Sendo ainda, nesse estudo, os transtornos mais comuns no histórico dos pacientes com TCA: de humor, de ansiedade e de abuso de substância; e os mais comuns presentes atualmente: de humor e ansiedade.

Intervenções no TCA

Segundo, Barlow (2016), existe um corpo de pesquisa crescente sobre o TCA, e vários tratamentos psicológicos parecem razoavelmente eficazes, principalmente quando são usados também para o tratamento da bulimia nervosa e da anorexia nervosa. Os três tratamentos com maior sustentação: uma adaptação da Terapia Cognitiva Comportamental para bulimia nervosa (TCC-BN), a Psicoterapia Interpessoal e uma versão simplificada da TCC-BN, chamada de autoajuda guiada.

A TCC-BN está preocupada com os processos de manutenção do transtorno, ao invés dos que são responsáveis pelo seu desenvolvimento, e de acordo com essa teoria, o esquema disfuncional de autoavaliação desses indivíduos é central na manutenção do transtorno. Assim, enquanto a maioria das pessoas se avalia com base em seu desempenho percebido em diversos

domínios ao longo da vida, o indivíduo com transtorno alimentar se julga, em grande parte (ou até exclusivamente), em termos de sua forma corporal, peso e sua capacidade de controlá-los. Para a teoria cognitivo-comportamental, a compulsão alimentar é, em grande parte, produto da forma com que os pacientes tentam restringir o que comem, independente de comerem pouco ou não. Dessa forma, esse controle excessivo faz com que qualquer deslize seja interpretado como falta de autocontrole, e como resultado, os indivíduos abandonam temporariamente a restrição e cedem a urgência de comer. Assim, as tentativas de restrição geram episódios de compulsão que mantêm a psicopatologia central ao intensificar as preocupações do paciente em relação a controle - de forma, peso e alimentação (BARLOW, 2016).

A Psicoterapia Interpessoal tem como ponto central a conclusão de uma revisão cronológica dos acontecimentos significativos na vida do paciente, flutuações de humor e autoestima, e processos interpessoais no intuito de identificar áreas de funcionamento social associadas ao desenvolvimento e manutenção de sintomas psicológicos (TANOFSKY-KRAFF & WILFLEY, 2010). Comumente, o resultado dessa formulação resulta na identificação de problemas em uma ou duas dessas áreas: luto, transições de papel, disputas interpessoais de papel, e déficits interpessoais (RIGER et al, 2010). Na psicoterapia interpessoal para os transtornos alimentares, o problema na área do luto é identificado quando os sintomas do transtorno estão associados a perda de alguém ou de algum relacionamento; nas transições de papel quando os sintomas estão associados com uma mudança no status; e, disputas interpessoais quando os sintomas estão relacionados a conflitos entre o paciente e pessoas significativas; e em déficits interpessoais quando os sintomas são associados com déficits nas habilidades sociais ou interações repetidamente difíceis (TANOFSKY-KRAFF & WILFLEY, 2010).

Por fim, a Autoajuda Guiada tem como objetivo educar os pacientes a respeito da sua condição e equipá-los com habilidades específicas para superar seus problemas. Além disso, intervenções de autoajuda podem ajudar a superar obstáculos como o acesso ao tratamento, a distância dos centros de tratamento, e permite que as pessoas se engajem no seu próprio tempo e espaço (WILSON & ZANDBERG, 2012). Segundo Wilson et al. (2010), essa intervenção breve, entre 8 e 10 sessões de 20 minutos com facilitador não especializado, mostrou ser tão eficaz como 20 sessões de 50 minutos de Psicoterapia Interpessoal no fim do tratamento e no seguimento de dois anos.

Entretanto, o TCA é uma condição pouco reconhecida e pouco tratada. Os pacientes raramente revelam seus sintomas por espontânea vontade, uma vez que costumam sentir constrangimento ou vergonha. Além disso, é um transtorno em que é dada pouca importância

e seus tratamentos comumente se direcionam a obesidade e suas complicações ao invés de focarem na psicopatologia central relacionada ao comer (GUERDJIKOVA et al, 2019). Tendo em vista estas dificuldades, é importante estudar formas de melhorar as intervenções existentes e pensar novos meios de tratamento. Assim, a Teoria da Ação Planejada (TAP) mostra-se uma alternativa eficaz para o estudo da C.A, uma vez que considera fatores sociais e psicológicos que perpassam a intenção de executar um comportamento (FERNANDES et al, 2019).

Teoria da Ação Planejada

A TAP, desenvolvida por Icek Ajzen (1991), parte do princípio que o comportamento humano é influenciado por fatores motivacionais, seguido de quanto esforço os indivíduos estão dispostos a investir para realizar a ação, e até que ponto iriam para concretizar o comportamento (MARTINS et al, 2014). Assim, segundo a TAP, o comportamento dos indivíduos pode ser influenciado por três crenças: 1) as crenças comportamentais, que produzem uma atitude favorável ou não e relação a um comportamento; 2) as crenças normativas, que dizem respeito a expressão da pressão social ou das normas subjetivas; e 3) as crenças de controle, que são o resultado do controle percebido sobre o comportamento (MOUTINHO & ROAZZI, 2010).

Assim, às crenças comportamentais são as crenças de que a realização de um comportamento nos fornecerá determinado resultado, e junto a avaliação subjetiva do resultado (o valor que o indivíduo atribui ao resultado esperado), surgem as atitudes. As crenças normativas estão associadas a aprovação ou desaprovação do comportamento por parte de um grupo importante e que é referência para o indivíduo, e geram as normas subjetivas (a pressão social que o indivíduo percebe para executar a ação). Por fim, as crenças de controle dizem respeito a presença de fatores que possam facilitar ou impedir a realização de um comportamento, mais especificamente sobre o controle comportamental percebido (MOUTINHO & ROAZZI, 2010); (AJZEN, 1991). O controle percebido se refere às crenças a respeito da facilidade/dificuldade de realizar uma ação, e se aproxima do conceito de Bandura (1982) sobre autoeficácia percebida. Dessa forma, combinando a atitude em relação ao comportamento, as normas subjetivas e a percepção do controle comportamental, temos a formação da intenção comportamental, que leva à realização ou não do comportamento (MOUTINHO & ROAZZI, 2010).

Segundo Fernandes et al (2019), o uso da TAP pode ser justificado e valorizado a partir do seu potencial tanto como ferramenta teórica e metodológica no estudo do comportamento, como por contribuir e dar suporte para o planejamento de programas de intervenção. Ainda, os

comportamentos mais estudados pela TAP estão relacionados ao eixo “Prevenção e Saúde” e os estudos com mais implementações de intervenções baseados na teoria apresentam foco nas questões de saúde mental e física (FERNANDES et al, 2019).

Dessa forma, o estudo da compulsão alimentar a partir da TAP além de nos fornecer instrumentos que possam avaliar este comportamento, pode contribuir com o desenvolvimento de intervenções que visem prevenir o ato e melhorar a saúde física e mental dos acometidos dessa conduta. Assim, essa pesquisa teve como objetivo analisar as crenças do comportamento de compulsão alimentar a partir da Teoria da Ação Planejada e comparar as variáveis de depressão, ansiedade e estresse dos grupos delimitados em função da severidade dos sintomas de mal-estar psicológico.

MÉTODO

Delineamento e participantes

A pesquisa ocorreu por meio da aplicação dos instrumentos escolhidos e um questionário semiestruturado para a análise das crenças. Houve a participação de 80 participantes de pesquisa, que atenderam aos critérios de inclusão: 1) Maiores de 18 anos; 2) Alfabetizados; e 3) que tenham tido pelo menos 3 episódios de compulsão alimentar no último ano, o cálculo da amostra foi feito a partir do software G*Power (FAUL et al, 2009). Os participantes foram convidados a participar da pesquisa a partir de postagens nas redes sociais: *Instagram, Facebook, Whatsapp e Twitter*. As postagens informaram que tratava-se de uma pesquisa inteiramente online a respeito das crenças sobre o comportamento da compulsão alimentar, e que os interessados precisavam ter tido pelo menos 3 episódios de compulsão alimentar no último ano. Foi exposto que a compulsão alimentar seria caracterizada pela “ingestão de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes”, “sensação de descontrole sobre essa ingestão” (APA, 2014).

Instrumentos

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) foi criada por Lovibond (1995) e adaptada ao contexto brasileiro por Vignola e Tucci (2014). O instrumento possui 21 itens segmentados em três facetas que buscam investigar a intensidade de comportamentos e sensações experimentadas na última semana: 1) depressão (e.g., Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo); 2) estresse (e.g., Achei difícil me acalmar); e 3) ansiedade (e.g., Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo/a). É um

instrumento de escala Likert de 4 pontos, que vai desde 0 (não se aplica a mim) até 3 (se aplica muito a mim).

A Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), originalmente Binge Eating Scale, foi desenvolvida por Gormally et al. (1982) e adaptada ao contexto brasileiro por Freitas et al. (2001). O instrumento de escala Likert é constituído por 16 itens e 62 afirmativas que investigam a gravidade da compulsão alimentar periódica (atualmente apenas compulsão alimentar) a partir: 1) das características da compulsão alimentar (os 16 itens, sendo 8 manifestações comportamentais e 8 sentimentos e cognições); 2) afirmativas que indicam a gravidade de cada característica (uma amplitude de 0 a 3 pontos); e 3) três dimensões para um critério externo de gravidade da compulsão alimentar (frequência, quantidade de comida e grau emoção envolvido em um episódio) (FREITAS et al, 2001).

Procedimentos

Os participantes da pesquisa foram recrutados por meio de anúncios nas redes sociais, ao optarem pela participação na pesquisa, somente tiveram que clicar no link disponibilizado que os direcionava para a plataforma Google Forms.

A coleta de dados ocorreu na plataforma Google Forms, assim, os instrumentos que compõem a pesquisa estiveram disponíveis nesta rede de forma 100% online. Além disso, na plataforma também estavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Questionário Sociodemográfico e um questionário semiestruturado acompanhado de uma vinheta sobre um indivíduo que sofre com a compulsão alimentar para a avaliação das crenças a respeito do comportamento.

Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, pelo parecer 5.631.322 e CAAE 60175922.5.0000.5013. Todos os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordaram de forma voluntária em participar da pesquisa.

Análise de Dados

Inicialmente foram utilizadas as respostas fornecidas do questionário semiestruturado a respeito da vinheta sobre compulsão alimentar apresentada, para a composição do corpus textual. Com as respostas foram feitas análises descritivas, que possibilitaram a identificação das crenças comportamentais, normativas e de controle a respeito do comportamento da compulsão alimentar (AJZEN,1991). Para a realização das análises foi utilizado o software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de

Questionnaires; Ratinaud, 2009). Esse software permite diferentes tipos de análise, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras) ou análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude) (CAMARGO, 2013).

Após a construção do corpus, foi feita sua análise pelo método de classificação hierárquica descendente (CHD). Esse método objetiva classificar os segmentos de texto em função de seus respectivos vocabulários com base na frequência das palavras e o qui-quadrado (χ^2) (CAMARGO, 2005). O dendograma mostra as relações existentes entre as classes apresentadas, o que permite a descrição de cada classe com base no seu vocabulário característico e em suas palavras correspondentes (FERNANDES et al, 2020).

Em relação a análise estatística, os dados foram tabulados no software Excel e analisados no software JASP 0.16.4 (JASP, 2022). A fim de se atestar a normalidade dos dados, o teste de Shapiro-Wilk foi empregado, no qual valores estatisticamente significativos indicam a não normalidade dos dados, ou seja, distribuição assimétrica.

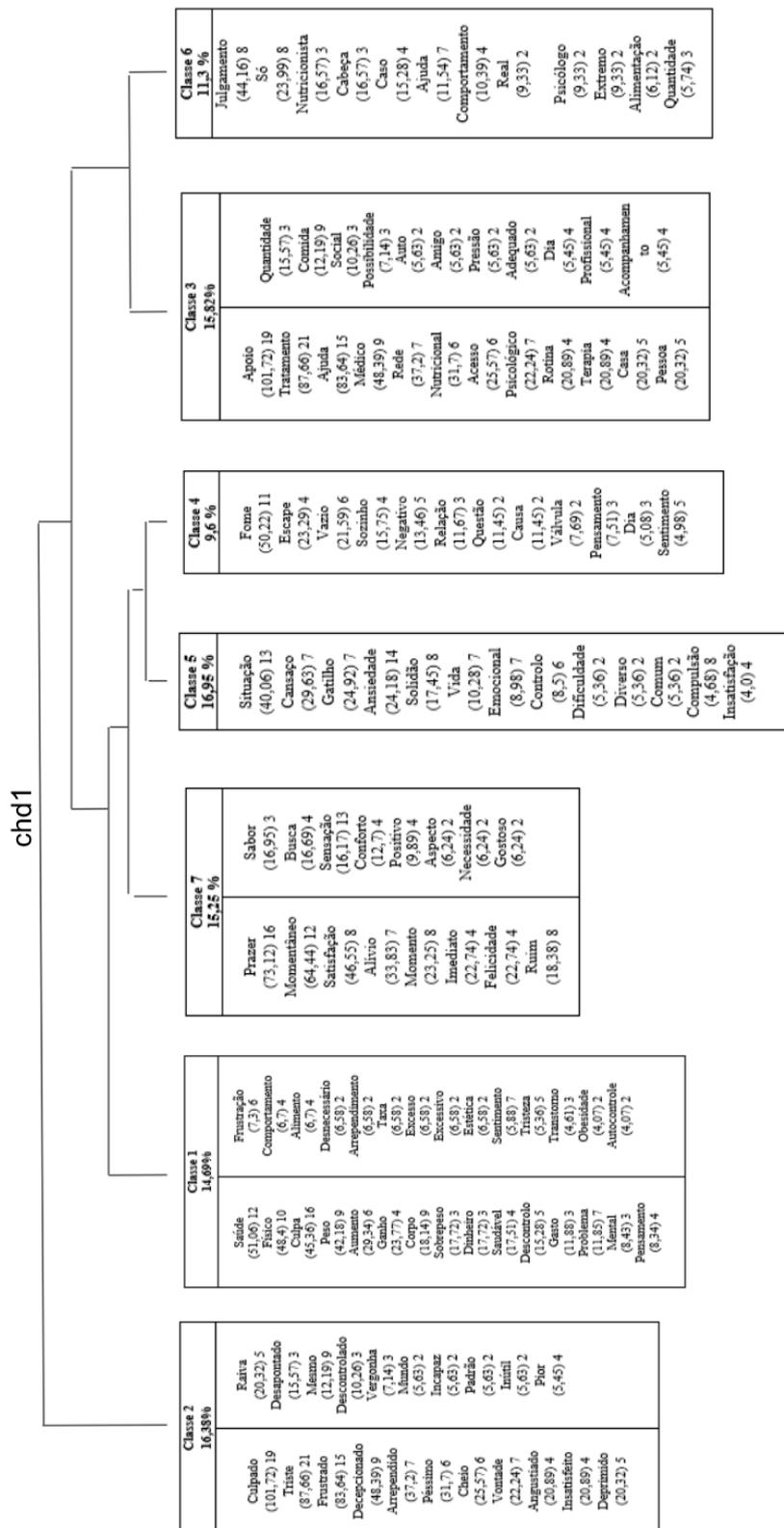
A partir disso, o teste de Kruskal & Wallis (1952) foi adotado, a fim de comparar a mediana dos grupos de pessoas com depressão, ansiedade e estresse. Os pontos de corte seguiram as recomendações de Lovibond & Lovibond (2014), no qual separam os grupos entre sintomas normais, suaves, moderados, severos e extremamente severos. Ademais, o teste de Dunn (DUNN, 1964) foi adotado para comparação pareada dos grupos, funcionando como análise *post-hoc* neste estudo.

RESULTADOS

Análise de crenças

A partir da CHD, o *corpus* se desdobrou em 231 segmentos de texto, com 1479 formas, com 7519 ocorrências. A CHD dividiu o *corpus* em 7 classes e teve um aproveitamento de 76.62%.

Figura 5. Dendograma CHD.



A partir da primeira partição, foi gerada a classe 2 e o sub-corpora contendo as classes 1,7,5,4,3 e 6. A segunda partição deu origem à terceira partição que gerou a classe 1 e o sub-corpora contendo as classes 7,5 e 4. A quarta partição foi gerada a partir da segunda partição e

diferenciou as classes 3 e 6. Além disso, a partir da terceira partição, também foi gerada a quinta partição, que gerou a classe 7, e a sexta partição que diferenciou as classes 5 e 4. Assim, as classes serão apresentadas e descritas seguindo a ordem das partições.

A classe 2 apresentou 16,38% de aproveitamento e surgiu a partir da primeira partição e separada das demais, e diz respeito a sentimentos associados à prática da compulsão alimentar. Os sentimentos apresentam cunho negativo, como: “culpado”, “triste”, “frustrado”, “decepcionado” e “arrependido”, e sempre se referem ao próprio indivíduo. Aparecem em segmentos, como: “Culpado por ter exagerado”; “triste e como se não tivesse controle da vida”; “frustrado por ter cedido mais uma vez, extremamente cheio e culpado”; “Decepcionado por ter fraquejado de novo”; e “Mal, arrependido e muito triste com uma vontade enorme de chorar. E com raiva de si mesmo.”. Ademais, essa classe está associada às crenças comportamentais, uma vez que faz referência a avaliação que os indivíduos fazem de seu estado emocional diante da prática da C.A.

A classe 1, com um aproveitamento de 14,69%, está associada às consequências do comportamento da compulsão alimentar, assim, retrata desde áreas afetadas, como “saúde”, “físico”, “peso”, “estética” e “dinheiro”, como sentimentos percebidos após a prática da compulsão, como “culpa”, “arrependimento” e “tristeza”. São exemplos os segmentos: “Consequências com relação ao meu corpo e saúde”; “Ganho de peso, pensamento ruins e tristes”; “No meu caso me sinto mal fisicamente o dia inteiro e continuo comendo pra tentar fazer que isso passe, acho que faz muito mal à saúde, física e mental além da estética”; “Gasto desnecessário de dinheiro e comida; as longas durações sem comer após comer muito.”; “Frustração, culpa, mal estar físico.”; “Destruição da autoimagem, perda do autocontrole, impulsividade, arrependimento, comportamento destrutivo, danos à saúde física”; e “Péssima, muita culpa e tristeza, além de fisicamente estufada”. Assim, da mesma forma que a classe 2, esta classe está associada às crenças comportamentais, uma vez são crenças de que a execução de um comportamento irá nos fornecer determinado resultado (AJZEN, 1991).

As classes 3 (15,82% de aproveitamento) e 6 (11,3% de aproveitamento) aparecem próximas, surgem a partir da mesma partição, e mostram palavras relacionadas à assistência no contexto da compulsão alimentar, como: “ajuda”, “apoio”, “tratamento”, “nutricionista” e “psicólogo”, presentes em segmentos, como: “ofereceriam ajuda para parar esse comportamento”; “Com apoio ele poderia buscar tratamento adequado e sentir menos culpa”; e “apoio emocional, tratamento psicólogo e uma dieta balanceada”. No entanto, na classe 6 também aparecem palavras relacionadas aos efeitos do pensamento dos outros, como “julgamento” em “Boa parte emitiria julgamentos” e “Talvez piorasse um pouco. O julgamento

ia ficar martelando na cabeça dele.”; e palavras que se referem a compulsão, como “real” e “caso”, em segmentos como “Teriam que falar a situação real e tentar ajudá-lo” e “Procure ajuda ou, em casos extremos, julgariam”. Dessa forma, é percebido que os indivíduos que praticam a C.A atribuem importância a fatores externos e sociais, tanto no contexto da ajuda que eles precisam, como do julgamento social em que são submetidos. Assim, estas classes fazem referência às crenças normativas, uma vez que mostram relação entre a prática da C.A e a influência externa.

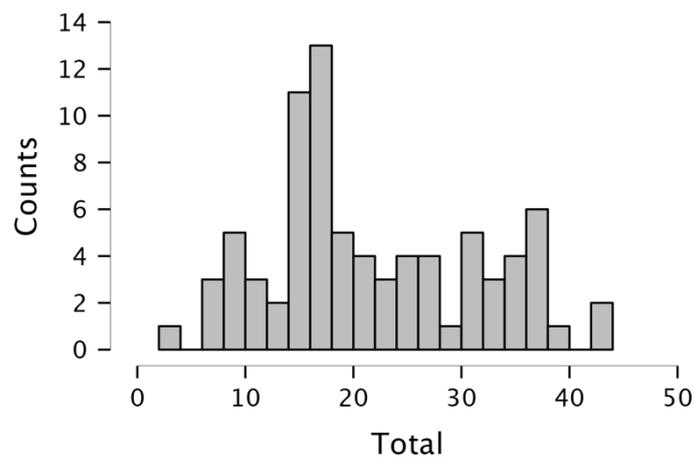
A classe 7 (15,25% de aproveitamento) diz respeito aos motivos que levam a prática da compulsão, e por retratar facilitadores da C.A, está associada às crenças de controle, uma vez que segundo Moutinho & Roazzi (2010), estas crenças estão associadas a presença de fatores que possam facilitar ou impedir o um comportamento. Com palavras como: “prazer”, “satisfação”, “alívio” e “conforto”. Um exemplo é o segmento: “Com certeza SIM! Porque ela procurará um alívio momentâneo para a dor que o aflige”. Como exemplo, os segmentos: “Busca por prazer, mesmo que momentaneamente”; “Breve satisfação pelo sabor da comida”; “Alívio da ansiedade, prazer em se comer algo que goste, sensação de que se está parabenizando por ter dado o máximo por algo ou se consolando por algo que deu muito ruim.”; e “sim, tem chances! as sensações ruins trazem essa necessidade de conforto, que é transferida para a comida”. Dessa forma, é percebido que apesar do conhecimento dos indivíduos a respeito das consequências negativas da prática a longo prazo, existe uma necessidade de obtenção de gratificação imediata.

As classes 5 (com a maior porcentagem de aproveitamento, 16,95%) e 4 (9,6%) aparecem próximas, surgindo a partir da mesma partição, e retratam eventos facilitadores da compulsão, ou seja, assim como a classe 7, fazem referência às crenças de controle por fazerem referência a fatores que facilitam ou impedem a realização de um comportamento (MOUTINHO & ROAZZI, 2010). Com palavras como: “ansiedade”, “cansaço”, "gatilho", "escape" e “vazio”. Os segmentos: “situações de estresse e cansaço”; “Provavelmente, pode ser uma consequência da ansiedade e da solidão ”; “diversos gatilhos que fazem com que ela se sinta pressionada a agir dessa forma como válvula de escape”, “Sim, porque a comida vai servir de escape para um sentimento ruim que ela procura evitar”; e “O fato de que enquanto come o foco é a comida, isso possibilita com que pelo menos por um breve momento a sensação de desânimo e vazio passe.”; são exemplos.

Estatística descritiva e distribuição amostral

Inicialmente, a análise de normalidade dos dados foi realizada a fim de investigar se o recorte amostral resultou em uma distribuição simétrica. Os resultados apontam tratar-se de uma distribuição não normal, conforme indica a Figura 1, além disso, os resultados do teste de Shapiro-Wilk, indicado para amostras com número de observações acima de 50 (Field, 2005), atestaram a assimetria dos dados (Shapiro Wilk (80) = 0,955, $p = 0,007$). Sendo assim, os testes estatísticos inferenciais utilizados neste estudo tiveram como característica serem não-paramétricos.

Figura 1. Histograma da distribuição da ECAP.



Ademais, investigou-se as pontuações da amostra nos construtos estudados, a partir das estatísticas descritivas (média, desvio padrão e mediana) e o ponto de corte adotado pelos instrumentos (VIGNOLA & TUCCI, 2014). Os resultados apontam que a amostra utilizada neste estudo obteve escores suaves de depressão, moderados de ansiedade, normais de estresse e moderados de compulsão alimentar, conforme indica a Tabela 1.

Tabela 1. Estatísticas descritivas dos fenômenos psicológicos estudados.

	Mediana	Média	Desvio-Padrão
Depressão	11,50	11,488	6,737
Ansiedad	13,00	12,375	5,441
e			
Estresse	8,50	8,912	5,515
ECAP	19,50	22,350	9,784

Além disso, investigou-se também os níveis da DASS-21 como grupos independentes, a fim de avaliar a equivalência ou não de observações em função dos grupos a serem utilizados nas estatísticas descritivas.

A variável depressão obteve 45% (n= 36) das pessoas com sintomas normais, 10% (n = 8) com sintomas suaves, 35% (n = 28) apresentaram sintomas moderados e 10% (n = 8) da amostra com sintomas severos. Não foi possível observar nenhum participante com sintomas extremamente severos, sendo assim, quatro grupos foram delimitados para a análise comparativa.

Já a variável Ansiedade obteve 23,75% (n = 19) das pessoas com sintomas normais, 10% (n = 8) com sintomas suaves, 27,5% das pessoas (n = 22) moderados, 26,25% (n = 21) das pessoas apresentaram sintomas severos, e 12,50% (n = 10) apresentaram sintomas extremamente severos.

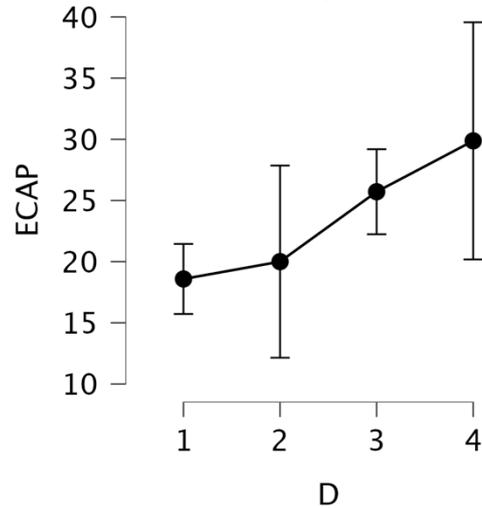
Por fim, o domínio do Estresse obteve baixa variabilidade, visto que grande parte das observações (81,25%, n = 65) esteve alocada no nível normal, resultado discrepante em relação aos níveis suave (11,25%, n = 9) e moderado (7,50%, n = 6). É importante ressaltar que nenhum participante obteve escores severos ou extremamente severos em níveis de estresse.

Por outro lado, avaliou-se a gravidade de Compulsão Alimentar Periódica (CAP) a partir dos escores do instrumento ECAP. Desta maneira, 40% (n= 32) dos indivíduos não apresentaram CAP, enquanto 27,5 (n= 22) apresentaram CAP moderada e 32,5% (n= 26) CAP grave. É importante ressaltar que a análise comparativa utilizou o escore geral do instrumento, calculado da soma das respostas do sujeito, que são recalculadas a partir do cômputo das variáveis proposto por Freitas et al. (2001).

Comparação dos grupos

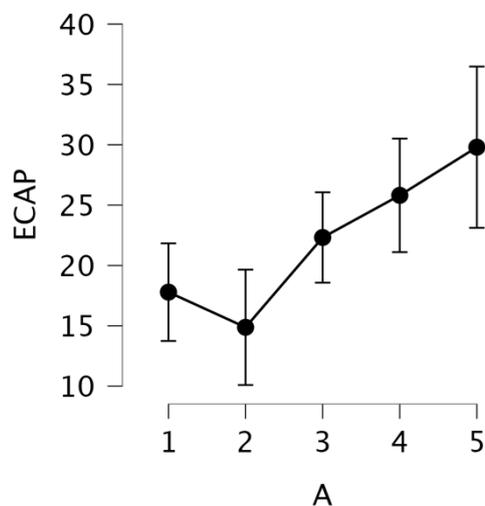
Os resultados dos testes comparativos apontam diferenças estatisticamente entre pessoas com sintomas de Depressão [$H(3) = 13,104, p = 0,004, \eta^2 = 0,165$]. Ademais, o teste de Dunn atestou diferenças entre os níveis 1 (normal) e 3 (moderado) de Depressão ($z = -2,905, p = 0,004$), e entre os níveis 1 e 4 (severo) dos sintomas ($z = -2,740, p = 0,06$), indicando que pessoas com o nível normal de depressão têm pontuações estatisticamente diferentes em comparação com pessoas com nível moderado e severo do transtorno. Desta maneira, pode-se inferir que na presença de sintomas depressivos médio-altos, os sintomas de Transtornos Alimentares são mais frequentes, conforme indica a Figura 2.

Figura 2. Pontuação da ECAP em função dos níveis de Depressão.



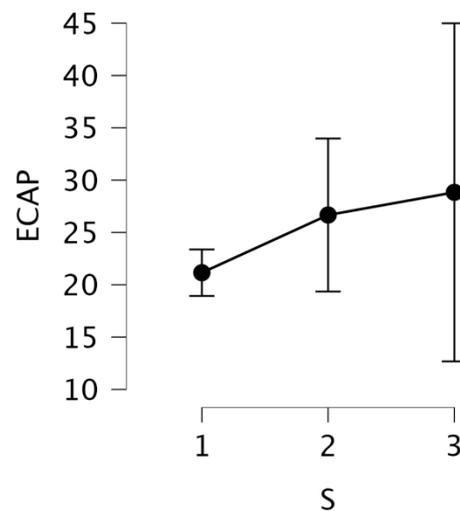
A investigação dos sintomas ansiosos também indicou diferenças estatisticamente significativas para o teste de Kruskal-Wallis [$H(4) = 16,8, p = 0,002, \eta^2 = 0,212$]. Desta maneira, pode-se inferir que o nível 1 (normal) difere estatisticamente do nível severo (4) de Ansiedade ($z = -2,505, p = 0,012$) e do nível extremamente severo (5) ($z = -3,137, p = 0,002$). Além disso, o nível suave (2) obteve diferenças significativas quando comparado com os níveis severo (4) ($z = -2,625, p = 0,009$) e extremamente severo (5) ($z = -3,210, p = 0,001$). A análise descritiva indica queda no nível de Compulsão Alimentar em relação aos grupos de Ansiedade normal e suave, mas crescimento de CA nos níveis posteriores, Ansiedade moderada, severa e extremamente severa.

Figura 3. Pontuação da ECAP em função dos níveis de Ansiedade.



Os resultados da comparação entre o grupo dos sintomas do estresse indicaram não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$H(2) = 4,627, p = 0,099, \eta^2 = 0,054$]. Entretanto, esse resultado pode estar relacionado ao resíduo da mensuração, conforme pode ser conferido na Figura 4, na qual representa o intervalo de confiança do nível 3 muito maior do que os demais. Para além disso, pode-se observar que a amostra não mostrou tanta variabilidade em níveis de estresse, quando comparadas aos níveis de Depressão e Ansiedade.

Figura 4. Pontuação da ECAP em função dos níveis de Estresse.



DISCUSSÃO

Foi observado, a partir da análise qualitativa, que palavras que retratam sentimentos associados à prática do comportamento (classe 2) se destacaram das demais classes. Estas palavras, somadas às da classe 1, que evidenciam as consequências do comportamento da C.A, dizem respeito ao grau que um indivíduo avalia seu comportamento como positivo ou negativo, ou seja, fazem referência às crenças comportamentais. Dessa forma, pode-se inferir que os participantes avaliam fatores associados à prática da C.A (como seu estado emocional após um episódio e consequências) como negativos.

No entanto, as classes 7, 5 e 4 que retratam as crenças de controle, nesse caso, os facilitadores da C.A, também se destacam, sendo a classe 5, inclusive, a classe com o maior aproveitamento da análise. As crenças de controle que geram o controle comportamental percebido, mostram fatores que favorecem a prática da C.A, isso é percebido em segmentos como: “Alívio da ansiedade, prazer em se comer algo que goste, sensação de que se está parabenizando por ter dado o máximo por algo ou se consolando por algo que deu muito ruim”; e “Sim, porque a comida vai servir de escape para um sentimento ruim que ela procura

evitar”, que mostram crenças positivas a respeito do comer compulsivo. Segundo Bandura (1982), as crenças de autoeficácia (que se aproximam do controle comportamental percebido) podem influenciar a escolha de atividades, a preparação para uma atividade, o esforço gasto durante a execução de uma ação e também padrões e reações emocionais. Assim, apesar da avaliação negativa a respeito da prática, os facilitadores deste comportamento, evidenciados em palavras como “prazer”, "satisfação" e "alívio", aparentam favorecer sua ocorrência.

Nas classes 3 e 6, foram observadas crenças normativas que geram as normas subjetivas, que são caracterizadas como a pressão social que um indivíduo percebe para executar determinada ação (AJZEN & DRIVER, 1991). Na análise, foi percebido que os indivíduos atribuem o processo de remissão da C.A como associado a outras pessoas, evidenciado em palavras como “psicólogo”, “médico” e "nutricionista". Isso sugere que pessoas que praticam a C.A acreditam que a melhora da condição pode acontecer com a busca de ajuda, assistência. Além disso, também foi evidenciada a importância atribuída aos julgamentos de terceiros, como no segmento “Procure ajuda ou, em casos extremos, julgariam”, sugerindo que a pressão externa pode favorecer ou não a ocorrência deste comportamento.

O resultado das análises quantitativas sugere que há uma tendência de pessoas com sintomas depressivos médio-altos apresentarem uma maior presença de sintomas de C.A. Já pessoas com ansiedade normal e suave apresentarem uma queda de C.A, enquanto pessoas com sintomas de ansiedade moderada, severa e extremamente severa, apresentarem um aumento de C.A. Esse achado corrobora com outros estudos como o de Albuquerque, Bahia, Maynard (2021), que mostram relação estatisticamente significativa entre ansiedade e depressão e compulsão alimentar; e com o estudo de Grilo, White, Masheb (2009), que mostrou a prevalência dos transtornos de humor e ansiosos em pacientes com TCA. No entanto, esse estudo não evidenciou relação significativa entre sintomas de C.A e sintomas de estresse, o que difere de outros achados, como o estudo de Pike et al. (2006) que relatou que pacientes com TCA reportaram um número maior de situações estressoras em comparação com o grupo controle. Além disso, também difere do mencionado pela própria APA (2014), que cita “estressores interpessoais” como uma possível situação desencadeadora da C.A. Contudo, acredita-se que esses dados tenham se comportado dessa maneira em função de não termos contado com uma população clinicamente diagnosticada, além do pelo recorte amostral reduzido deste estudo, apresentando pouca variabilidade.

Entretanto, o estudo de Albuquerque, Bahia, Maynard (2021) também não contou com população clinicamente diagnosticada e também possui um recorte amostral reduzido, com

93 participantes. Apesar da utilização da ECAP, assim como este estudo, 74,2% das participantes se enquadraram na categoria “Sem CAP”, enquanto neste estudo apenas 40% dos participantes estão nesta categoria. Por outro lado, o estudo de Pike et al. (2006) contou com população clinicamente diagnosticada com TCA e um recorte amostral de 162 participantes com TCA e 162 participantes no grupo controle, além de outro grupo com 107 indivíduos com outro diagnóstico psiquiátrico. Ainda, o estudo de Grilo, White, Masheb (2009) também contou com população diagnosticada com TCA e com um recorte amostral aumentado, com 404 voluntários. Dessa forma, os estudos de Pike et al. (2006) e Grilo, White, Masheb (2009), possuem maior confiabilidade nas análises estatísticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou analisar as crenças a respeito do comportamento da compulsão alimentar e a comparação de grupos em relação ao estresse, ansiedade, depressão e o nível de compulsão alimentar. Diante disso, os achados desse estudo podem indicar uma necessidade de intervenções que considerem a C.A com comorbidades como a depressão e a ansiedade, ou a C.A como comorbidade dessas condições. Além disso, também sugere-se a importância de intervenções que abarquem a relevância da: 1) avaliação que os indivíduos têm do comportamento da C.A; 2) os fatores individuais, motivacionais e emocionais que favorecem a prática desse comportamento; 3) a percepção dos indivíduos a respeito da pressão externa para realização dessa ação.

Assim, além de intervenções de caráter clínico que considerem a psicopatologia central da C.A, como a TCC-BN, a Psicoterapia interpessoal e a Autoajuda Guiada, também são necessárias intervenções que abranjam a esfera social. O incentivo persistente para atingir padrões de beleza inalcançáveis e que favorecem a superestimação do corpo e peso, são facilitadores da C.A, e isso é observado de forma excessiva na mídia, seja na televisão ou na internet (LEVINE & MURNEN, 2009). Ainda, deve-se pensar modos de aproximar indivíduos com C.A de profissionais da saúde, uma vez que apesar dos acometidos saberem a importância da ajuda profissional, ainda têm dificuldade em procurá-los.

Ademais, o estudo evidencia a importância da análise textual e da TAP como ferramentas de investigação no campo da saúde, uma vez que dão relevância a aspectos que não conseguem ser analisados apenas com o método estatístico. A TAP permite o estudo do indivíduo considerando contextos sociais e psicológicos, o que contribui com o desenvolvimento de intervenções que abarquem essas áreas, sejam intervenções clínicas ou

voltadas para políticas públicas. Ademais, a análise textual ajuda na identificação da relação entre conteúdo como um todo, e processos menores individuais, contribuindo com um maior entendimento do que é estudado.

Entretanto, considera-se que o presente estudo conta com limitações. Inicialmente, o caráter da coleta de dados com metodologia por conveniência, utilizado neste estudo, resulta constantemente no problema da representatividade da amostra (MARCONI & LAKATOS, 2017). Além disso, sugere-se a replicação do estudo em caráter longitudinal, considerando grupos de pessoas que estão em psicoterapia e que fazem o uso de psicofármacos. Desta maneira, pode-se investigar a eficácia da intervenção em níveis de mal-estar psicológico e C.A.

REFERÊNCIAS:

AJZEN, Icek. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 1991, 50.2: 179-211.

AJZEN, Icek; DRIVER, Beverly L. Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beliefs: An application of the theory of planned behavior. *Leisure sciences*, 1991, 13.3: 185-204.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

ALBUQUERQUE, A. L. ; BAHIA, F. C. C. ; MAYNARD, DC . Compulsão alimentar: uma análise da relação com os transtornos psicológicos da depressão e ansiedade. *RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT* , v. 10, p. e380101623982, 2021.

BARLOW, David H. Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo. Artmed Editora, 2016.

BANDURA, Albert. Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 1982, 37.2: 122.

BINFORD, Roslyn B. et al. Relation of binge eating age of onset to functional aspects of binge eating in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, v. 35, n. 3, p. 286-292, 2004.

CAMARGO, Brigido Vizeu, et al. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*, 2005, 1: 511-539.

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, 2013, 21.2: 513-518.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, Universidade Federal de Santa Catarina, v. 32, 2016.

DUNN, Olive Jean. Multiple comparisons using rank sums. *Technometrics*, v. 6, n. 3, p. 241-252, 1964.

DUCHESNE, Monica et al. Assessment of executive functions in obese individuals with binge eating disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2010, 32.4: 381-388.

FAUL, Franz et al. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, v. 41, n. 4, p. 1149-1160, 2009.

FERNANDES, Sheyla Christine Santos, et al. Teoria da Ação Planejada como suporte teórico e metodológico: uma aplicação da Teoria da Ação Planejada. *Interação em Psicologia*, 2019, 23.1.

FERNANDES, Sheyla et al. Relações raciais no facebook: análise de comentários acerca de conteúdos raciais digitais. *New Trends in Qualitative Research*, v. 4, p. 317-329, 2020.

FREEMAN, Lisa M. Yacono; GIL, Karen M. Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, v. 36, n. 2, p. 204-212, 2004.

GRILO, Carlos M.; WHITE, Marney A.; MASHEB, Robin M. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, v. 42, n. 3, p. 228-234, 2009.

GORMALLY, J. I. M., et al. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 1982, 7.1: 47-55.

GUERDJIKOVA, Anna I. et al. Update on binge eating disorder. *Medical Clinics*, v. 103, n. 4, p. 669-680, 2019.

HAIR, Joseph F. et al. *Análise multivariada de dados*. Bookman editora, 2009.

HEATHERTON, Todd F.; BAUMEISTER, Roy F. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, v. 110, n. 1, p. 86, 1991.

HILBERT, Anja, et al. Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis. *Behaviour research and therapy*, 2011, 49.3: 202-211.

JASP TEAM. JASP: software de tratamento estatístico. Versão 0.16.4. 2022.

JUNG, Jin-Yi et al. Binge eating is associated with trait anxiety in Korean adolescent girls: a cross sectional study. *BMC Women's Health*, v. 17, n. 1, p. 1-7, 2017.

KESSLER, Ronald C. et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, v. 73, n. 9, p. 904-914, 2013.

KRUSKAL, William H.; WALLIS, W. Allen. Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American statistical Association*, v. 47, n. 260, p. 583-621, 1952.

LOVIBOND, S. H.; LOVIBOND, P. F. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2004. Psychology Foundation, Sydney, 2005.

LOVIBOND, Peter F.; LOVIBOND, Sydney H. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 1995, 33.3: 335-343.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisa, pesquisa bibliográfica, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso*. São Paulo: Atlas, 2017.

LEVINE, Michael P.; MURNEN, Sarah K. "Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders": A critical review of evidence for a causal link between

media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 28, n. 1, p. 9, 2009.

LEVITAN, Michelle N. et al. Binge eating disorder: A 5-year retrospective study on experimental drugs. *Journal of Experimental Pharmacology*, v. 13, p. 33, 2021.

MITCHELL, James E. et al. Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, v. 26, n. 2, p. 165-170, 1999.

PIKE, Kathleen M. et al. Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry research*, v. 142, n. 1, p. 19-29, 2006.

RIEGER, Elizabeth et al. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical psychology review*, v. 30, n. 4, p. 400-410, 2010.

STICE, Eric. Relations of restraint and negative affect to bulimic pathology: A longitudinal test of three competing models. *International Journal of Eating Disorders*, v. 23, n. 3, p. 243-260, 1998.

TANOFSKY-KRAFF, Marian; WILFLEY, Denise E. Interpersonal psychotherapy for the treatment of eating disorders. *The Oxford handbook of eating disorders*, p. 348-372, 2010.

TREASURE, Janet; DUARTE, Tiago Antunes; SCHMIDT, Ulrike. Eating disorders. *The Lancet*, [S.L.], v. 395, n. 10227, p. 899-911, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30059-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30059-3).

WALENDA, Anna et al. Emotion regulation in binge eating disorder. *Psychiatria polska*, v. 55, n. 6, p. 1433-1448, 2021.

WILSON, G. Terence et al. Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of general psychiatry*, v. 67, n. 1, p. 94-101, 2010.

WILSON, G. Terence; ZANDBERG, Laurie J. Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical psychology review*, v. 32, n. 4, p. 343-357, 2012.