



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI

DISSERTAÇÃO

**AVALIAÇÃO ATENCIONAL E EXECUTIVA EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO
DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA**

RAQUEL SARTORATO MARTINS

RIO DE JANEIRO

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI

**AVALIAÇÃO ATENCIONAL E EXECUTIVA EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO
DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA**

RAQUEL SARTORATO MARTINS

Sob a Orientação da Professora Dra

Emmy Uehara Pires

e Coorientação da Professora Dra

Ana Carolina Monnerat Fioravanti

Dissertação apresentada à banca examinadora
de dissertação como parte dos requisitos
necessários ao Mestrado em Psicologia.

RIO DE JANEIRO

2023

Martins, Raquel Sartorato, -

M379a Avaliação Atencional e Executiva em Indivíduos com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica / Raquel Sartorato Martins. - Seropédica, 2023.

81 f.: il.

Orientadora: Emmy Uehara Pires.

Coorientadora: Ana Carolina Monnerat Fioravanti .

Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2023.

1. Transtorno Alimentar. 2. Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica. 3. Funções Executivas. 4. Controle Inibitório. 5. Atenção. I. Pires, Emmy Uehara, -, orient. II. Fioravanti, Ana Carolina Monnerat, -, coorient. III Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós Graduação em Psicologia. IV. Título.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



TERMO Nº 286 / 2023 - PPGPSI (12.28.01.00.00.00.00.21)

Nº do Protocolo: 23083.017759/2023-59

Seropédica-RJ, 23 de março de 2023.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA ? PPGPSI
RAQUEL SARTORATO MARTINS**

Dissertação de mestrado apresentada como parte dos requisitos necessários ao Mestrado em Psicologia.

APROVADA EM 27 / 01 / 2023

Membros da banca:

Prof. Dra. Emmy Uehara Pires - UFRJ (Orientador/Presidente da banca)

Prof. Dr. Carlos Eduardo Lourenço dos Santos Norte - PUC-RJ (Membro externo à instituição)

Prof. Dra. Juliana Lopes Fernandes Massapust Pestana ? UFRJ (Membro externo à instituição)

(Assinado digitalmente em 23/03/2023 16:27)

**EMMY UEHARA PIRES
PPGPSI (12.28.01.00.00.00.00.21)
Matrícula: 2128713**

(Assinado digitalmente em 24/03/2023 09:56)

**JULIANA LOPES FERNANDES MASSAPUST PESTANA
CPF: 120.440.867-00**

(Assinado digitalmente em 27/03/2023 16:05)

**CARLOS EDUARDO LOURENÇO DOS SANTOS NÓRTE
CPF: 116.678.327-86**

Visualize o documento original em <https://sipac.ufrj.br/public/documentos/index.jsp>
informando seu número: 286, ano: 2023, tipo: TERMO, data de emissão: 23/03/2023 e o
código de verificação: 3d4dac5ee3

MARTINS, Raquel Sartorato. Avaliação atencional e executiva em indivíduos com transtorno de compulsão alimentar periódica, 2023. Resumo da dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

O transtorno de compulsão alimentar periódica acomete uma parte significativa da população mundial e torna-se cada vez mais relevante do ponto de vista científico, aumentando pesquisas referentes ao assunto dos transtornos alimentares. Sabe-se que a etiologia desses transtornos é multifatorial e complexa, portanto, estudos acerca de associações, fatores precipitantes, predisponentes e mantenedores são importantes contribuições. Dentre esses fatores relacionados ao transtorno de compulsão alimentar periódica, alguns autores apontam para as funções executivas, como o controle inibitório e a flexibilidade cognitiva, assim como aspectos relacionados a atenção. Desta forma, o presente estudo teve por objetivo investigar a relação de aspectos atencionais e executivos com o transtorno de compulsão alimentar periódica, buscando analisar o perfil neuropsicológico destes indivíduos. Para isso, a pesquisa utilizou os seguintes instrumentos: Anamnese, Escala Barkley de Déficits no Funcionamento Executivo- BDFES, Escala de Impulsividade de Barratt- BIS, Escala de Compulsão Alimentar- BES, Teste de Atenção On-line- AOL e Teste dos Cinco Dígitos-FDT. A respeito das hipóteses, era esperado que a impulsividade, o déficit no funcionamento executivo e o déficit na atenção correlacionasse de maneira positiva em relação a compulsão alimentar. A composição da amostra obteve 9 participantes encaminhados por psiquiatras com diagnóstico prévio de transtorno de compulsão alimentar periódica. Foram realizadas duas etapas na análise de dados, a primeira aplicada o Teste U de Mann Whitney no teste de hipóteses, com a amostra dividida de acordo com a gravidade da compulsão alimentar, entre grave e não grave, de acordo com sintomas avaliados por instrumentos utilizados na própria pesquisa. No segundo momento foi feita a Correlação de Spearman, de modo a obter mais informações a respeito das variáveis, desta vez em um delineamento intragrupo, sem divisão. A impulsividade de fato se mostrou uma variável significativa. Também receberam destaque as variáveis autocontrole, funções executivas e atenção alternada. Apesar da limitação quanto ao número da amostra, foi possível alcançar o objetivo da pesquisa e traçar um perfil neuropsicológico desses indivíduos compulsivos. A fim de que futuras intervenções possam ser realizadas de maneiras mais eficazes no tratamento e acompanhamento destes indivíduos.

Palavras-Chave: Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica, Funções Executivas, Atenção.

MARTINS, Raquel Sartorato. Attentional and executive assessment in individuals with binge eating disorder, 2023. Abstract of the Master's thesis of the Postgraduate Program in Psychology, Institute of Education, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Binge eating disorder affects a significant part of the world's population and is becoming increasingly relevant from a scientific point of view, increasing research on the subject of eating disorders. It is known that the etiology of these disorders is multifactorial and complex, therefore, studies on associations, precipitating, predisposing and maintaining factors are important contributions. Among these factors related to binge eating disorder, some authors point to executive functions, such as inhibitory control and cognitive flexibility, as well as aspects related to attention. Therefore, the present study aimed to investigate the relationship between attentional and executive aspects of binge eating disorder, seeking to analyze the neuropsychological profile of these individuals. For this, the research used the following instruments: Anamnesis, Barkley Scale of Deficits in Executive Functioning - BDFES, Barratt Impulsivity Scale - BIS, Binge Eating Scale - BES, Online Attention Test - AOL and Five Digit Test -FDT. Regarding the hypotheses, it was expected that impulsivity, deficits in executive functioning and attention deficits would correlate positively to binge eating. The sample composition had 9 participants referred by psychiatrists with a previous diagnosis of binge eating disorder. Two stages were carried out in data analysis, the first applied the Mann Whitney U Test in the hypothesis test, with the sample divided according to the severity of binge eating, between severe and non-serious, according to symptoms assessed by instruments used. in the research itself. In the second moment, the Spearman Correlation was performed, to obtain more information about the variables, this time in an intragroup design, without division. Impulsivity indeed proved to be a significant variable. The variables self-control, executive functions, and alternating attention were also highlighted. Despite the limitation regarding the sample number, it was possible to achieve the research objective and draw a neuropsychological profile of these compulsive individuals. So that future interventions can be carried out in more effective ways in the treatment and monitoring of these individuals.

Keywords: Binge Eating Disorder, Executive Functions, Attention

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Emmy, por ter depositado sua confiança na minha proposta de estudo, acreditado no meu potencial e me orientado nesse caminho que foi o mestrado. Por ser uma orientadora que me ensinou mais do que somente sobre pesquisa, mas também sobre compromisso na vida. À Ana Carolina, que prontamente aceitou o papel de coorientadora e iluminou as possibilidades do trabalho.

Sou grata aos meus pais por todo apoio de sempre, me faltam palavras à vocês. Mas consigo escrever que tenho sorte por ter nascido nessa família. Obrigada por ouvirem cada desabafo e me incentivarem.

Aos que sou feliz em chamar de amigos, por celebrarem minhas conquistas, estarem comigo e entenderem quando me ausentava. Aos que a caminhada do mestrado uniu, foi um prazer dividir essa experiência com vocês, compartilhar os anseios, as dúvidas e as risadas.

À mim mesma, por ter persistido.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivo específico.....	11
3. HIPÓTESE	11
4. JUSTIFICATIVA.....	12
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
5.1 Transtornos alimentares	12
5.2 Transtorno de compulsão alimentar periódica	13
5.3 Aspectos cognitivos e o transtorno de compulsão alimentar periódica	15
6. MÉTODO	19
6.1 Tipo de estudo.....	19
6.2 Local.....	19
6.3 Participantes.....	19
6.4 Instrumentos.....	19
6.5 Procedimentos	23
6.6 Análise dos Dados	24
6.7 Estudo Piloto	25
7. RESULTADOS	25
8. DISCUSSÃO	29
9. CONCLUSÃO	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXO	47
Escala de Impulsividade de Barrat	47

Escala de Compulsão Alimentar	55
Parecer Plataforma Brasil	59
APENDICE	62
Termo de Consentimento Livre	62
Bateria de Avaliação de Compulsão Alimentar, Funções Executivas e Atenção.....	66
Resultados Estudo Piloto	71
Detalhamento de informações dos participantes e resultados da pesquisa	79
Resultados secundários: detalhamento de correlações entre as demais variáveis	85

1. INTRODUÇÃO

O transtorno compulsão alimentar periódica (TCAP) acomete parte da população influenciando negativamente na saúde de cada pessoa com o transtorno. Desta forma, este estudo tem como proposta avaliar aspectos atencionais e funções executivas, como o controle inibitório e impulsividade, de pessoas com tal condição alimentar. Explicitando como aspectos cognitivos relacionados à neuropsicologia podem influenciar a compulsão alimentar e visando contribuir com estudos nas áreas expostas.

A respeito da diferença entre comportamento alimentar (CA), TCAP e a compulsão alimentar periódica (CAP), Freitas, et al (2001) clareia nomeações quando explicita que, o CA caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come, é conhecido em inglês como *binge eating* – em português, compulsão alimentar periódica (CAP). Quando esses episódios ocorrem, pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a algumas características de perda de controle e não são acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, compõem uma síndrome denominada atualmente de transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) – *binge eating disorder* (DSM-IV, 1995; DMS-5, 2013). Além disso, TCAP se enquadra como um dos transtornos alimentares (TA). É importante ressaltar que a TCAP não abrange os comportamentos compensatórios existentes nos casos de bulimia. Entretanto, na bulimia, existe o fator da compulsão alimentar periódica (CAP) (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 2013).

Neste momento, TCAP acomete uma parte significativa de pessoas. De acordo com Novelle e Alvarenga (2016), estima-se que o TCAP aflige cerca de 5% da população em todo o mundo. Em adolescentes, 18,5 a 24% apresentam algum episódio de compulsão alimentar. Além disso, autores defendem a ideia de um aumento da incidência desses transtornos nas últimas duas décadas (CAPETTI; QUIROGA, 2018; DOYLE; BRIANT-WAUGH, 2000), principalmente, entre adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, com maior incidência entre os 13 e 20 anos de idade, equivalente a cerca de 1% nessa população (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003). Contando também com a prevalência de indivíduos que não preenchem todos os critérios diagnósticos, mas que têm traços anoréxicos, bulímicos

ou distúrbios não especificados é bem mais alta, são as chamadas síndromes parciais, e estão presentes em 5% a 10% da população (ABREU; CANGELLI FILHO, 2005).

Como observado, o campo dos transtornos alimentares (TA) têm ampliado, apontando para o aumento da incidência na população (CAPETTI; QUIROGA, 2018; DOYLE; BRYANT-WAUGH, 2020). Estes transtornos por sua vez, se caracterizam por grave perturbação do comportamento alimentar, levando a prejuízos clínicos, psicológicos e sociais. Consistindo em quadros psicopatológicos de difícil tratamento em função da sua etiologia complexa, que inclui fatores socioculturais, genéticos, neuroquímicos, familiares e associados ao desenvolvimento psicológico do indivíduo (National Institute for Clinical Excellence - NICE, 2004).

Um comedor compulsivo abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo - a sensação de perda de controle, e o objetivo - a quantidade do consumo alimentar (SILVA; SILVA; CARVALHO, 2018). A maioria dos indivíduos acometidos pelo transtorno tem uma longa história de repetidas tentativas de realização de dietas, sentindo-se desesperados acerca de sua dificuldade de controle da ingestão de alimentos. Segundo Barlow e Durand (2008), cerca de 20% das pessoas que estão em programas de perda de peso apresentam episódios de compulsão alimentar e 50% das pessoas que se dedicam à realização da cirurgia bariátrica possuem esse transtorno, geralmente obesos mórbidos. Entretanto, é importante ressaltar que o transtorno de compulsão alimentar pode ocorrer em indivíduos com peso normal e indivíduos obesos.

A respeito de autores que tem o propósito de buscar entender fatores relativos à esse CA, alguns indicam a relação entre comportamentos de TCAP e controle inibitório subativo, ou um baixo controle de impulso (para maiores informações, WIERENGA, *et al.*, 2014). Faz-se necessário um controle do indivíduo para não ceder à CAP, acompanhada constantemente da intensa culpa. Não obstante, é primordial o estabelecimento de um objetivo, separando as interferências ambientais, também chamadas de distrações. Da mesma forma, a flexibilidade cognitiva, é igualmente relevante para que novas opções sejam elaboradas e seguidas, visando o bem-estar no seu dia a dia.

Em relação ao controle inibitório e impulsividade, Terroso e Almeida (2016) os destacam como característica presente nos comportamentos de purga e compulsão alimentar, sendo que, quanto mais impulsivo o sujeito, maior a probabilidade de manifestarem esse tipo de conduta. Além disso, verificou-se que um controle inibitório deficiente pode dificultar a

capacidade de inibir respostas, distratores e comportamentos já iniciados, contribuindo para que os sujeitos comprassem e consumissem alimentos mais calóricos, podendo desencadear e/ou cooperar para manter o transtorno. Já Steiger, Lehoux e Gauvin (1999) levantam a hipótese de que as dificuldades para controlar os impulsos poderiam colaborar, de alguma forma, para a gênese dos Episódios de Compulsão Alimentar (ECA)

Contudo, alguns autores destacam a não verificação do papel da impulsividade para o desenvolvimento de um transtorno alimentar em sua revisão sistemática. Logo, os TAs parecem estar associados com algum grau de disfunção neuropsicológica, muito embora as funções específicas que se apresentam deficitárias não sejam consistentes entre os estudos encontrados, talvez em decorrência de variações metodológicas (DUCHESNE *et al.*, 2004).

Sabe-se que mais estudos científicos relacionados ao assunto são essenciais para que se possa explorar a relação entre déficits das funções executivas e transtornos alimentares. Essa nova categoria diagnóstica (a TCAP) vem se mostrando muito específica nas características patológicas, fazendo-se necessário encontrar respaldo científico para o tratamento adequado desse transtorno do ponto de vista nutricional e psicológico (CÓRDOVA, 2014).

2. OBJETIVO

2.1 Geral

Investigar a relação de aspectos atencionais e executivos em indivíduos com compulsão alimentar.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar o perfil neuropsicológico de indivíduos com compulsão alimentar;
- Verificar os níveis atencionais;
- Averiguar as funções executivas.

3. HIPÓTESE

Pertinente as informações já levantadas até então e harmônicas perante o assunto aprofundado, os conhecimentos apontam para uma hipótese embasada que pessoas pertencentes a um quadro de TCAP tendem a ter uma impulsividade significativa, assim como uma atenção

rebaixada e funções executivas deficitárias, englobando um controle inibitório empobrecido e flexibilização cognitiva precária. Com isso, seria melhor explicado o ato de ceder ao comportamento alimentar problemático, havendo dificuldade na prática em busca de alcançar as metas estabelecidas, assim como autocontrole e autorregulação; demonstrando um maior desafio ao controle de fatores internos e externos.

4. JUSTIFICATIVA

Como exposto, pessoas com TCAP consistem em uma parte significativa da população, sendo importante destacar que, tais dados são compostos de pessoas já diagnosticadas, ou seja, que já procuraram reconhecer sua realidade. Entretanto, quando discursado sobre transtornos alimentares é fundamental lembrar do estereótipo, preconceito, culpa e vergonha que essas pessoas carregam, por isso, os TAs são transtornos difíceis de serem diagnosticados, justamente por não ser raro que tais pessoas façam o possível para esconder traços sintomáticos. É importante trazer luz para essa problemática, de modo a disseminar informação à essa população e a que a acerca, para que tenham maior conhecimento sobre essa vivência.

A pesquisa busca relacionar a TCAP com disfunções cognitivas, corroborando para o embasamento científico sobre o tema, favorecendo por exemplo, estudos sobre trabalhos futuros acerca da reabilitação neurocognitiva e esse TA, desenvolvimento de instrumentos para o tratamento, análise de uma variável específica levantada, relação com outros transtornos, dentre outros. Deste modo, estudos sobre o assunto enriquecem a comunidade científica, respaldam o campo clínico e propiciam mais conhecimento a população; abrindo portas para o tratamento de funções que são importantes serem trabalhadas para apontar a uma vida mais saudável e plena.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Transtornos alimentares

O Manual diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM-5) descreve critérios diagnósticos para seis transtornos alimentares: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (PIRES; LAPORT, 2019; APA, 2014).

Em termos de classificação diagnóstica se faz necessário diferenciar os termos transtornos alimentares e transtornos da alimentação. Segundo Gusmão (2002), transtornos da alimentação, ou *feeding disorder*, geralmente é usado para dar destaque à natureza dual ou diádica dos problemas alimentares em bebês ou crianças pequenas. Neste caso, há uma perturbação no ato de dar de comer, enquanto os transtornos alimentares, ou *eating disorders*, se referem a perturbações no ato de comer.

De acordo com Appolinario e Claudino (2002) o transtorno pica é caracterizado por uma ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, e que não fazem parte de uma prática aceita culturalmente. As substâncias mais frequentemente consumidas são: terra, barro, cabelo, alimentos crus, cinzas de cigarro e fezes de animais. O transtorno de ruminação, como o próprio nome incita, é o ato frequente de ruminar regurgitar ou também chamado de remastigar. O evitativo/ restritivo decorre de uma perturbação alimentar restritiva decorrente de inúmeros fatores como características sensoriais dos alimentos, medo das consequências de ingerir o alimento e/ou falta de interesse na ingestão do mesmo (IZQUIERDO, 2019). O DSM-5 (2013) se refere a anorexia nervosa como um comportamento de restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física, dessa vez havendo uma preocupação corporal e com o aumento de peso, influenciando na autoavaliação. Já a bulimia, se caracteriza tradicionalmente por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum ou exercício em excesso. Por fim, o TCAP que se qualifica principalmente pela falta de controle ao comer, que será melhor explicada abaixo.

5.2. Transtorno de compulsão alimentar Periódica

O TCAP foi descrito pela primeira vez nos anos 1950 por Stunkard (1959). Contudo, sua elevação à categoria diagnóstica apenas ocorreu em 1994, quando foi incluído no apêndice B do DSM IV (APA, 1994), sendo enquadrado como transtorno alimentar não especificado.

Atualmente, de acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5, 2013), o transtorno de compulsão alimentar é identificado como um dos transtornos alimentares. Em seus critérios diagnósticos, é destacada a falta de controle

na ingestão, ou seja, o indivíduo ingere maior quantidade do que um indivíduo usualmente ingeriria. Devido a essa sensação de falta de controle e suas consequências, há um grande sofrimento psicológico. Assim, pelo menos 3 dos seguintes sinais, precisam fazer parte de sua vida, sendo: Comer muito mais rapidamente do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; ingerir grandes quantidades de alimento sem estar com sensação física de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se come; sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.

Quanto a etiologia do transtorno, ainda são complexas e estão sendo estudadas. Sabe-se que a origem é multifatorial, ou seja, diversos fatores contribuem para o desencadeamento desse transtorno, embora seja reconhecida a taxa de heritabilidade maior que 50%, (BULIK et. al., 2006). Segundo Córdova (2014), o conhecimento da etiologia do transtorno de compulsão alimentar ainda é limitado, sendo investigados através de aspectos psicológicos, familiares, de personalidade, psicobiológicos, genéticos e socioculturais. Com isso, estudos apontam que há um importante papel de componentes psicológicos, biológicos e sociais (FAIRBURN; HARRISON, 2003). Consequentemente, é imprescindível que mais investigações sobre o tema e suas influências sejam realizadas.

No que diz respeito à quantidade de pessoas acometidas pelo transtorno de compulsão alimentar, a prevalência da TCA é estimada na população em geral, pode variar entre 1,8% e 4,6%, aproximadamente e 30% dos indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer apresentam esse transtorno (DUCHESNE et al., 2007). É válido ressaltar que não são todos os indivíduos obesos que possuem o transtorno de compulsão alimentar ou vice e versa, visto que não são sinônimos. No Brasil, Appolinário (1995), Coutinho (2000), Borges (2002 e 2005), Matos (2002), Freitas (2006), Moreira (2007), e Fãdino (2010) encontraram a prevalência de transtorno da compulsão alimentar periódica em obesos adultos em programas para perda de peso entre 16% a 51,6% (PALAVRAS, 2011). Entretanto, os obesos compulsivos apresentam maior angústia psicológica dos que não possuem a compulsão, como autoestima mais baixa, visão negativa do corpo, maior preocupação, depressão, ansiedade, síndrome do pânico e transtorno de personalidade (BERNARDI; CICHILERO; VITOLO, 2005). Neste sentido, Moreira e Batista (2007) expõem que a insatisfação corporal em mulheres obesas está relacionada muito mais com a presença de TCAP do que o próprio excesso de peso.

Mais um fator influente e atual que deve ser destacado é a pandemia do COVID 19, iniciada no início de 2020 juntamente com o distanciamento social requerido, visando o controle da disseminação do vírus. Esta apresentou reflexos psicológicos nos indivíduos, tais como as alterações de humor, ansiedade, medo, depressão e angústia, assim como fatores que interferem na escolha dos alimentos em sua qualidade e quantidade, gerando outra consequência: a compulsão alimentar (SIDOR; RZYMSKI, 2020). Devido aos períodos de confinamento e isolamento social, pontos importantes para o gerenciamento foram afetados, como a mudança na rotina diária, as dificuldades no acesso a alimentos, as restrições no acesso a cuidados de saúde, a alteração do modo de tratamento e atividade física (MAGALHÃES, 2021). Portanto, o sentimento como tédio, insegurança, preocupação com outras pessoas e com aspecto financeiro, além do estresse, foram potencializados.

Perante isso, estudos concluíram que o desenvolvimento/agravamento de distúrbios psicológicos estão associados à sintomatologia de uma Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA) como o aumento da restrição alimentar, alimentação compulsiva e comportamentos compensatórios (para maiores informações ver revisão de Magalhães, 2021). Monteleone, et. al (2021) observaram o agravamento dos sintomas psicopatológicos, como por exemplo, ansiedade, depressão, comportamentos obsessivos- compulsivos, pânico e insônia, sobretudo nos períodos durante e após o confinamento. Além disso, também houve a diminuição da perturbação do comportamento alimentar após o confinamento, ainda assim pmais elevada comparativamente à fase pré-confinamento, podendo indicar uma recuperação mais lenta ou maior vulnerabilidade frente ao recomeço das atividades sociais.

5.3 Aspectos cognitivos e o transtorno de compulsão alimentar periódica

As funções cognitivas costumam ser divididas em: função executiva, atenção, memória, velocidade de processamento e linguagem (SUNDERARAMAN et. al., 2019). As funções executivas (FE) também chamadas de funções de supervisão, funções frontais, funções de controle, sistema supervisor (SANTOS, 2004) referem-se a um conjunto de processos cognitivos integrados que possibilitam ao indivíduo direcionar comportamentos a metas, avaliar a eficácia de comportamentos, abandonar estratégias ineficazes em prol de outras mais eficientes, trabalhar com as ideias de maneira a pensar antes de falar, manipular informações, manter-se concentrado em algo enquanto controla interferências, entre outros (CÓRDOVA,

2014). Ou seja, uma operação para realizar uma tarefa particular (raciocínio, abstração ou comportamento social) utiliza uma variedade de funções cognitivas (como atenção, concentração, seletividade de estímulos, capacidade de abstração, planejamento, flexibilidade de controle mental, autocontrole e memória) (GREEN, 2000; LORING, 1999; SPREEN, STRAUSS, 1998 apud HAMDAN; PEREIRA, 2009). Sendo o mecanismo responsável pela coordenação desses processos cognitivos, o controle e a regulação do processamento da informação no cérebro (GAZZANIGA; IVRY; MAGUN, 2002).

Hamdan e Pereira (2009) explicam que estes termos – aspectos cognitivos e executivos - são tidos como sinônimos (ROYALL et al., 2002). Entretanto, não se trata de módulos cognitivos idênticos, distintos, antagônicos ou mutuamente excludentes, mas, de unidades de análise diferenciadas. Essa informação baseia-se nas evidências da neuroimagem, neurofisiologia e neuropsicologia que sugerem a existência de diferentes processos cognitivos envolvidos nas FE, que estão relacionados a diferentes regiões corticais e subcorticais.

O córtex pré-frontal parece ser o responsável pelas funções executivas (SHIELDS et al., 2016) sendo que déficits no córtex pré-frontal ventrolateral esquerdo estão ligados a prejuízos na inibição e flexibilidade cognitiva. Em adultos jovens saudáveis, a memória de trabalho está ligada ao volume de substância cinzenta do córtex pré frontal dorsolateral e a flexibilidade cognitiva está relacionada ao volume de substância cinzenta do córtex pré frontal ventrolateral. De acordo com Kollei et al. (2018), foi detectado uma atividade aumentada no córtex cingulado anterior dorsal em pessoas com transtorno de compulsão alimentar em comparação a pessoas com obesidade isolada, devido a resposta a estímulos alimentares de alto teor calórico e menos atividade no córtex pré-frontal.

Dentre as funções executivas mais citadas, temos o controle inibitório, a memória operacional e a flexibilidade (LEGHTO et al, 2003; MIYAKE et al, 2000), tendo suas maiores atividades nas circuitarias frontais (em especial, região pré-frontal). A flexibilidade cognitiva inclui a capacidade de trocar de perspectiva, seja espacial (deixe-me ver por outro ângulo) ou interpessoal (colocar-se no lugar do outro), surge posteriormente por efeito do controle inibitório e da memória operacional. Já a memória operacional ou memória de trabalho é a capacidade de manter e manipular informações na mente por um certo período. Por fim, o grupo que mais nos interessa no presente trabalho, o controle inibitório, que envolve a habilidade de sustentar a atenção, o comportamento e o pensamento de modo a mediar os recursos internos

com as demandas ambientais e, então, escolher o comportamento mais apropriado ou eficaz. Havendo uma importante relação entre o controle inibitório e a memória operacional, pois é necessário manter a informação na mente por certo tempo para que se possa fazer a análise e escolher o comportamento mais eficaz. Concilia o controle da atenção; controle cognitivo, de pensamentos estranhos ou indesejados; e a autorregulação ou autocontrole, de controlar impulsos, emoções e comportamentos (DIAMOND, 2013). É o autocontrole que permite a uma pessoa manter-se focada em uma dieta alimentar, bem como é o que nos controla de nos aborrecermos com alguém que nos irritou, sendo o aspecto final a recompensa. Já impulsividade é descrita como uma característica do comportamento marcada por reações rápidas e não planejadas, em que a avaliação das consequências não é realizada, ou é apenas de forma parcial, focando-se preferencialmente em aspectos imediatos em detrimento das consequências a longo prazo (TAVARES; ALARCÃO, 2008).

O comprometimento das FE pode indicar alteração de raciocínio, pensamento, impulsividade, apatia, autocrítica reduzida, ausência de planejamento, organização na sequência e realização de atividades diárias, confabulação, desinibição, perseverança e agressividade (MIOTTO, 2012). Por exemplo, um estudo feito por Hirst, et al. (2017) apresentaram que técnicas de remediação cognitiva focadas em habilidades executivas, demonstraram eficácia em melhorar a FE em pacientes com TAs. É importante ressaltar que construir essas habilidades cognitivas também pode ajudar a incutir um senso de domínio em pacientes com Episódios Alimentares (EA), levando a um melhor engajamento no processo de tratamento e, em última análise, melhores resultados clínicos.

Em relação à impulsividade, Steiger, Lehoux e Gauvin (1999) investigaram sobre as dificuldades para controlar os impulsos e sua contribuição para a gênese dos Episódios de Compulsão Alimentar (ECA). Uma vez consciente da urgência para apresentar este episódio, o indivíduo tenderia a se tornar mais vigilante com relação à alimentação, numa tentativa de manter o crescente impulso para comer sob controle. Entretanto, se um aspecto definidor do indivíduo impulsivo é a falha em exercer inibições de respostas de forma apropriada, ele teria dificuldades para conter o impulso para se alimentar e teria um ECA (DUCHESNE, 2004). Em um estudo, Jansen, et al. (2009) constataram que o risco para a alta ingestão de alimentos aumenta de acordo com a impulsividade. Cabe destacar que, segundo a revisão sistemática de Terroso e Almeida (2016), em diversos estudos (ANESTIS et al., 2007; CLAES et al., 2006;

JUARASCIO et al., 2015; CLAES et al., 2012; WAXMAN, 2009), a compulsão alimentar estaria relacionada ao controle inibitório deficiente e maior impulsividade.

Nesse sentido, Claes et al. (2006) destacam que sujeitos impulsivos tentam maximizar prazeres, excitação ou gratificação, estando vulneráveis a comportamentos de risco e a evidenciando como característica marcante nos indivíduos com TA, priorizando recompensas imediatas (MANASSE et al., 2015). Em conformidade a Pereira e Chehter (2011), isto significa que modelos conceituais da personalidade localizam a impulsividade na intolerância à frustração ou incapacidade de adiamento de gratificação (COSTA; MCCRAE, 1992), avidez por novidades e pouca reflexão quanto a consequências (CLONINGER, 1993), avidez por emoções (ZUCHERMAN, 1994) ou ainda na desatenção e falta de planejamento (PATTON, STANFORD, BARRATT, 1995), apresentando uma maior dificuldade em flexibilizar o pensamento e deslocar a atenção (KELLY et al., 2013; WU et al., 2013). Consoante a isso, Merlotti *et al.* (2013) verificou anomalias funcionais relacionadas com a autorregulação e a atenção.

Deluchi (2014) salienta em seu trabalho que a atenção é um processo básico que prepara o organismo para comportamentos de aproximação ou esquiva, é importante destacar que os estímulos visuais apetitivos ou aversivos, por exemplo os alimentos, em função de sua maior relevância emocional, são relevantes na modulação dessa ação (ERTHAL, et al., 2004; PEUKER, 2010; VOLCHAN, et al., 2003). A atenção prioriza as informações do contexto, motivada por necessidades inatas ou por estímulos relacionados à meta atual do organismo. Consequentemente, quanto maior a motivação do organismo em relação a uma meta, mais recursos da atenção serão direcionados às informações relacionadas a ela (VAN DAMME, et al, 2010). Por isso a relação com a impulsividade, flexibilidade e autorregulação/ autocontrole.

Aprofundando sobre a atenção, Fernandes (2021) evidencia em seu trabalho que, o viés de atenção, ou viés atencional, é a tendência de focar a atenção em uma classe de estímulos em detrimento de outras (FIELD et al., 2016). Posto isto, pessoas com transtornos psicológicos (como ansiedade, fobias e transtornos alimentares) apresentam uma atenção aumentada para os estímulos relacionados ao transtorno que apresentam (DOBSON; DOZOIS, 2004). Nesse aspecto, o viés de atenção à comida representa um papel importante: presume-se, por exemplo, que pessoas com maior sensibilidade à recompensa possam ter maior viés de atenção em relação a pistas de alimentos quando comparados àquelas com menor sensibilidade à recompensa (LI,

et al., 2015). Além disso, o viés de atenção pode influenciar o comportamento automático de reagir a determinados estímulos ambientais (DELUCHI, 2014), pois este viés e a fissura têm uma relação excitatória mútua, sendo que o aumento em um fator repercute no aumento do outro (FIELD; COX, 2008)

Portanto déficits cognitivos e de atenção referem-se a disfunções que apontam para a afetação de processos de controle e podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares (LENA; FIOCCO; LEYENAAR, 2004).

6. MÉTODO

6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de campo, exploratório, de cunho quantitativo-qualitativo, com base na psicologia e neuropsicologia clínica, de modo a investigar a compulsão alimentar e a disfunção das funções executivas e da atenção.

6.2 Local

A pesquisa de campo foi realizada na cidade de Volta Redonda, no prédio comercial Shopping 33, torre I, sétimo andar. A sala com aproximadamente 30 m² detém de sala de espera, banheiro, copa e consultório. O consultório dispõe de uma janela qual permite a entrada de luz natural e 2 luzes na cor branca, ar-condicionado, um sofá, duas cadeiras, uma mesa, além de estantes de livros e jogos.

6.3 Participantes

A amostra foi composta por participantes diagnosticados com TCAP através de consultas clínicas e análises baseadas no DMS-5, quais foram encaminhados por dois psiquiatras da região. Resultando em 9 participantes, dentre eles do sexo feminino e masculino.

6.4 Instrumentos

Os instrumentos foram escolhidos baseado no objetivo de cada testagem pensando nas respostas para as perguntas que se apresentaram por meio da pesquisa bibliográfica, e a ordem visando dinamismo. Foram realizados: a anamnese, de modo a conhecer o participante e entender melhor a sua questão; seguido por uma escala uma mais abrangente a respeito das

funções executivas gerais, Escala Barkley de déficits no funcionamento executivo (BDEFS); depois apenas sobre impulsividade, Escala de Impulsividade Barrat (BIS); e por fim voltando na questão do TCAP, Escala de Compulsão Alimentar (BES). Após esse estágio foi iniciada a parte de testes, havendo a realização do *Five Digit Test* (FDT); e para finalizar, os testes de Atenção Online (AOL-A, AOL-C, AOL-D), que por questão de logística foi deixado para o final, já que este era feito no computador.

a) Anamnese

Instrumento elaborado especificamente para esta pesquisa e aplicado com o objetivo de levantar informações dos participantes sobre dados sociodemográficos e a respeito da vivência acometida pelo TCAP.

Contém 20 itens, entre eles dados de identificação (nome, idade, gênero, escolaridade, profissão e dados) e condições físicas (peso, altura). Composto por perguntas com alternativas baseadas no DSM-5 (itens 15, 16, 17) e no livro *Pense Magro* (BECK, 2007) (itens 18, 19, 20), avaliando a frequência, sintomas, presença de acompanhamento especializado e uso de medicação contínua.

b) Escala Barkley de déficits no funcionamento executivo- BDFES (Barkley Deficits in Executive Functioning Scale, BARKLEY; MURPHY, 2011 adaptado para português por GODOY et al, 2015).

Esta escala tem como objetivo a avaliação do funcionamento executivo do dia a dia do adulto. No presente estudo foi utilizada a versão de curta, contendo 20 itens, em uma escala tipo likert, (1) raramente; (2) as vezes; (3) frequentemente e (4) muito frequentemente. Como variáveis, temos seis medidas: cinco escores e um escore total de sintomas. Quanto maior o escore, maior a dificuldade nas dimensões executivas. É necessário a partir dos scores identificar na tabela o percentil de acordo com a idade.

Esse instrumento busca avaliar a cerca de cinco dimensões das funções executivas relacionadas aos itens: A) Gerenciamento do tempo- planejamento e organização em relação à prazos. B) Organização e resolução de problemas- organização do pensamento e das ações, pensar rapidamente ao encontrar situações inesperadas e solucioná-las. C) Disciplina- comentários impulsivos, dificuldade de inibir reações aos eventos, tomada de decisão impulsiva

e habilidade de ver a perspectiva do outro. D) Motivação- não fazer as tarefas designadas, ser descrito como preguiçoso pelos outros, não demonstrar muito esforço para concluir tarefas, precisar de mais supervisão quando está trabalhando e ser aborrecido facilmente. E) Concentração- distração por pensamentos, dificuldade em ficar alerta enquanto trabalha, dificuldade com a atenção sustentada enquanto lê, trabalha ou conversa com outra pessoa, além de frequentemente aparentar sonhar acordado quando deveria estar concentrado.

c) Escala de Impulsividade Barrat (The Barratt Impulsiveness Scale- BIS-11, PATTON; STANFORD; BARRATT, 1995, adaptado para português por MALLOY-DINIZ; FERNANDES et al., 2010).

Essa ferramenta tem como objetivo medir as manifestações da impulsividade, tendo como base o modelo teórico proposto por Ernst Barratt. A BIS-11 é uma escala autoaplicável composta por 30 itens tipo Likert de quatro pontos com opção de resposta: (1) nunca/raramente; (2) às vezes; (3) frequentemente; (4) quase sempre/sempre. A pontuação total varia de 30 a 120 pontos e altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos.

Compreende três subdomínios da impulsividade: A) Impulsividade motora- avalia inquietação e tendências de práticas sem uma séria consideração, por exemplo de gastar dinheiro; B) Atencional- avalia tendências de distratibilidade e instabilidade cognitiva e C) Planejamento- analisa fatores relacionados a viver o momento e abster-se de fazer planos cuidadosos.

d) Escala de Compulsão Alimentar (A Binge Eating Scale- BES, por GORMALLY; BLACK; DASTON; RARDIN, 1982, adaptado para o português por FREITAS; LOPES; COUTINHO; APPOLINARIO, 2001).

A BES tem como objetivo avaliar a gravidade da compulsão alimentar, inicialmente pensada para indivíduos obesos. É uma escala autoaplicável, por meio de escala Likert, constituída por uma lista de 16 itens e 62 afirmativas. Indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 são considerados sem TCAP; com pontuação entre 18 e 26 são considerados com TCAP moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com TCAP grave.

O instrumento foi desenvolvido em três etapas: na primeira, foram especificadas as características da CA, originando um grupo de 16 aspectos, incluindo 8 manifestações

comportamentais (p. ex., comer rápido, comer escondido) e 8 fatores que descreviam sentimentos/cognições (culpa, preocupação com a restrição alimentar) relacionados à CA. Em uma segunda etapa, foram desenvolvidas afirmativas que refletiam a extensão da gravidade de cada característica e a elas foram designados pontos (de 0 a 3). Na terceira etapa foi criado um critério externo baseado no julgamento objetivo da gravidade da CA, que poderia ser comparado a problemas de CA autorreferidos. Os entrevistadores usaram três dimensões para considerar a gravidade: a frequência, a quantidade de comida e o grau de emoção envolvido em um episódio de CA.

f) Teste de Atenção On-line - AOL (LANCE; ESTEVES; LIMA; REIS, 2018).

Neste estudo os testes Atenção Online Alternada (AOL-A), Atenção Online Concentrada (AOL-C) e Atenção Online Difusa (AOL-D) foram aplicados em conjunto, compondo assim uma bateria de testes de atenção. O (AOL-A), tem como objetivo avaliar a capacidade de o indivíduo direcionar o foco da atenção ora em um estímulo, ora em outro; o AOL-C busca mensurar a capacidade de uma pessoa focar sua atenção em apenas uma fonte de informação em detrimento de outros estímulos; AOL-D se propõe a avaliar a capacidade de o indivíduo focalizar sua atenção em dois ou mais estímulos simultaneamente. Havendo variância nos resultados de desempenho por idade, região e tempo de reação.

g) Teste dos Cinco Dígitos (Five Digital Test- FDT, SEDÓ et al., 2015 adaptado para português por PAULA; MALLOY-DINIZ, 2015)

O FDT é um paradigma numérico-Stroop, de forma a avaliar a capacidade executiva, particularmente Controle Inibitório (Inibição) e Flexibilidade Cognitiva (Aleixo, 2020). Sendo aplicado em 4 etapas: A primeira etapa diz respeito à *leitura*, o examinando deve ler o algarismo contido em cada quadrado (1= um, 2= dois, 3= três). A segunda, é a *contagem* de quantidade de asteriscos (*= um, **= dois, ***-três). A terceira ou *escolha*, requer inibição do número escrito e a resposta ser referente a quantidade (3= um, 11= dois, 222= 3). Por fim, na quarta etapa também conhecida como a *alternância*, é adicionada mais uma informação, os quadrados que tiverem a coloração cinza, o examinando não deverá ler a quantidade, mas sim o número que está escrito. Assim, as etapas 1 e 2 (Leitura e Contagem) estão relacionadas à velocidade de processamento. Já as etapas 3 e 4 (Escolha e Mudança) envolvem inibição e flexibilidade

cognitiva e estão relacionados com funções executivas e processos de atenção controlados. (ALEIXO, et.al., 2020).

Durante toda a tarefa é registrado o tempo levado à execução da tarefa e os erros cometidos pelo indivíduo. Calculando também escores de interferência ao subtrair o tempo de Leitura do tempo de Escolha e do tempo de Alternância, criando os escores de Inibição e Flexibilidade (SEDÓ; MALLOY-DINIZ, 2015). Os escores de inibição e flexibilidade são computados subtraindo o tempo de leitura dos horários de escolha e deslocamento, respectivamente. Uma lentidão desproporcional na Escolha/Inibição e Alternância/Flexibilidade quando comparado com parâmetros normativos pode ser indicativo de déficits em funções executivas (PAIVA, et. Al., 2015).

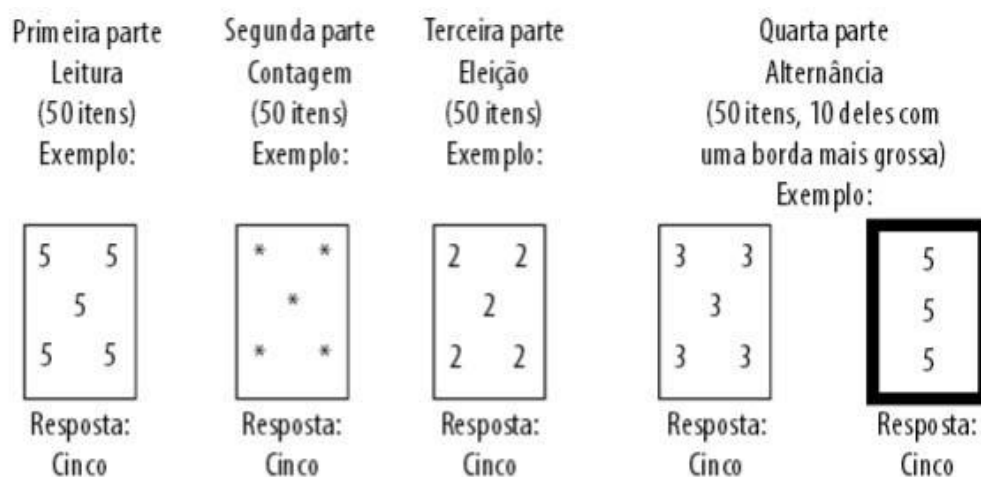


Figura 1. Teste Cinco Dígitos: Etapa 1 (Leitura), etapa 2 (Contagem), etapa 3 (Escolha) etapa 4 (Alternância) (CAMPOS et al., 2016).

6.5 Procedimentos

De acordo com os aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Plataforma Brasil (parecer 5.820.351). Para dar início a pesquisa com o participante, foi obrigatória a assinatura um termo redigido, consentindo a participação e cooperação com o trabalho, além da autorização de manuseio de seus dados e aceitação da prática de novas estratégias psicoterapêuticas. No termo de consentimento livre e esclarecido, são explicados de maneira sucinta os principais dados da pesquisa como, pesquisadores, duração, justificativa, objetivo, procedimentos, riscos e potenciais benefícios, além da garantia de sigilo, direito a informação e possibilidade de interrupção da participação no estudo.

A bateria se compôs por questionários e testes, aplicados presencialmente em um único dia. O primeiro momento corresponde ao primeiro contato presencial com o indivíduo como participante da pesquisa, foi explicado novamente o conteúdo da pesquisa, de modo que o participante estivesse ciente dos passos e qualquer dúvida fosse esclarecida. Tornando-se importante entender o caso daquele indivíduo e a realidade qual estava inserido, para a aplicação da anamnese já estruturada com perguntas fechadas e abertas. Consistindo também na aplicação das escalas - Escala Barkley de déficits no funcionamento executivo, Escala de Impulsividade de Barrat, Escala de Compulsão Alimentar- escolhidas com base na investigação da relação com a funções executivas no geral, a impulsividade relacionada ao autocontrole, ao TA em questão, e a relação que a resposta física e mental podem auxiliar nos comportamentos impulsivos e compulsivos. O segundo momento corresponde a aplicação de dois testes: O Teste de Atenção Online, com o objetivo de avaliar a atenção concentrada, alternada e difusa do participante e o Teste dos Cinco Dígitos para ajudar a verificar as funções executivas, sobretudo o controle inibitório e a flexibilidade cognitiva.

Por fim, após a coleta de dados, os participantes tiveram a opção de serem contatados para a devolutiva do estudo e seus resultados individuais, em vista de maiores informações para estes e auxílio caso queiram iniciar ou já estejam em processo de tratamento em psicoterapia.

6.6 Análise dos Dados

O tratamento dos dados da pesquisa quantitativa foi elaborado por meio do programa SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Science*- versão 20, 2011) sendo possível a análise, interpretação, descrição e criação de gráficos para elucidar o comportamento da amostra, com foco nas teorias a respeito da compulsão alimentar relação com o controle inibitório, impulsividade e atenção.

A análise foi dividida em 2 partes com dois tratamentos de delineamentos diferentes. Na primeira, a amostra foi dividida em dois grupos, um com participantes que apresentaram um “grau alto” (score maior ou igual a 27 pontos) e outro representando a categoria “grau não alto” (score de 26 pontos ou menor), em relação aos sintomas de TCAP de acordo com a Escala de Compulsão Alimentar (ECA). Foi utilizado o teste U de Mann Whitney (MANN; WHITNEY, 1947) para amostras independentes, um teste não paramétrico indicado para delineamento entre grupos com duas condições.

Na segunda parte foi executado o coeficiente de correlação P de Spearman (SPEARMAN, 1904), também não paramétrico. Desta vez sendo aplicado na amostra como uma só, sem divisões, para investigar mais a fundo as correlações das variáveis.

6.7 Estudo Piloto

Para fins de adequação e verificação da duração dos encontros, dos instrumentos aplicados e ajustes finais, um pequeno estudo piloto foi realizado. Conduzido com dois participantes, um do sexo masculino e outro do sexo feminino, nos dias 05 e 12 de dezembro de 2021. Alcançando o objetivo de analisar a estrutura da pesquisa em campo, e apresentado na qualificação da pesquisa, sendo feitas as devidas modificações, como a mudança da divisão das aplicações para um dia ao invés de dois, visto que o segundo dia tinha detinha de um terço do tempo que havia sido utilizado no primeiro dia, assim, segundo o feedback dos participantes poderia ser feito em apenas um dia, considerando inclusive a locomoção de um dia a mais e o planejamento e esforço que os participantes precisariam ter. Também foram retirados conteúdos envolvendo o fator estresse avaliado pela Escala de Estresse Percebido e itens relacionados a emoções na anamnese, para que priorizasse fatores cognitivos remetendo as funções executivas e a atenção. Na anamnese também foram retirados itens a respeito de comportamentos compensatórios, comumente presentes em casos de bulimia e sobre cirurgia bariátrica, já que na nova versão não havia sido efetuada por nenhum participante. Os resultados do estudo piloto podem ser encontrados no apêndice deste trabalho.

7. RESULTADOS

A primeira parte da análise quantitativa foi feita por meio do teste U de Mann Whitney (MANN; WHITNEY, 1947). De modo a averiguar a diferença dos grupos de acordo com o grau de sintomas de compulsão alimentar, baseado no resultado da Escala de Compulsão Alimentar (ECA). Dentre as variáveis testadas, o teste de hipótese teve como rejeição da hipótese nula quando testada a relação do nível de compulsão alimentar e as variáveis autocontrole por meio da BDEFS, impulsividade testada e impulsividade atencional testadas pela BIS.

A relação dos grupos e a variável autocontrole demonstrou um grau de significância de 0,016. Sendo possível perceber a diferença das frequências entre os dois grupos. O grupo 0

constitui o grupo com grau não alto e o 1 o grupo com alto grau de compulsão alimentar, percebendo que o grupo 1 se apresenta somente após o limite do nível de impulsividade do grupo 0.

Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney

Grupo_BES

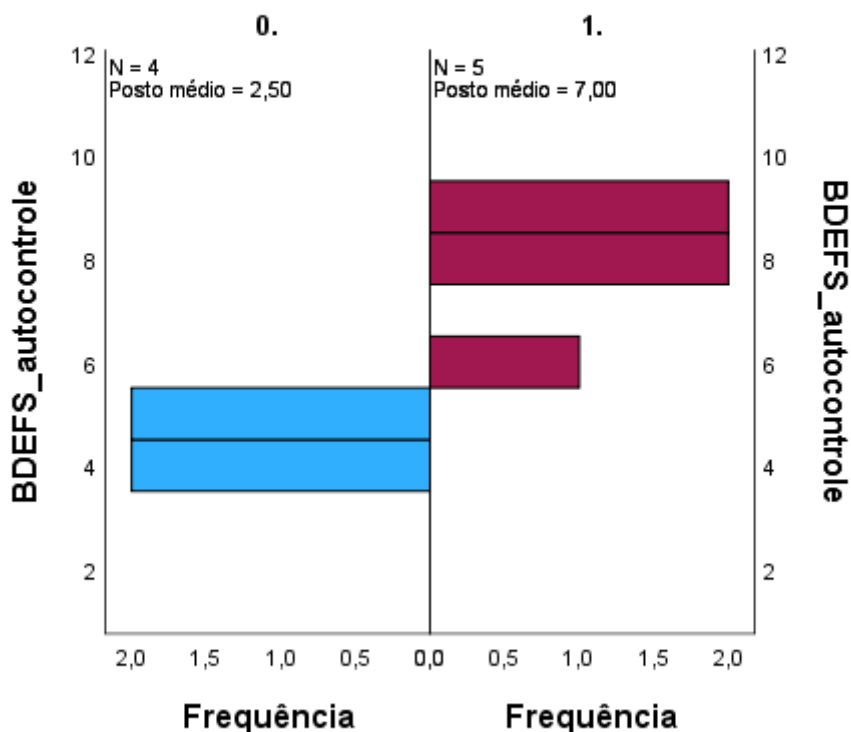


Gráfico 1 Frequência da variável autocontrole nos dois grupos.

Já em relação a impulsividade em geral, o grau de significância também resultou em 0,016 e o gráfico abaixo demonstra um aumento de valor na vertical em relação aos grupos, sendo o grupo 0 (não alto nível de compulsão) e 1 (os de nível mais alto) denotam um maior valor impulsivo.

Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney

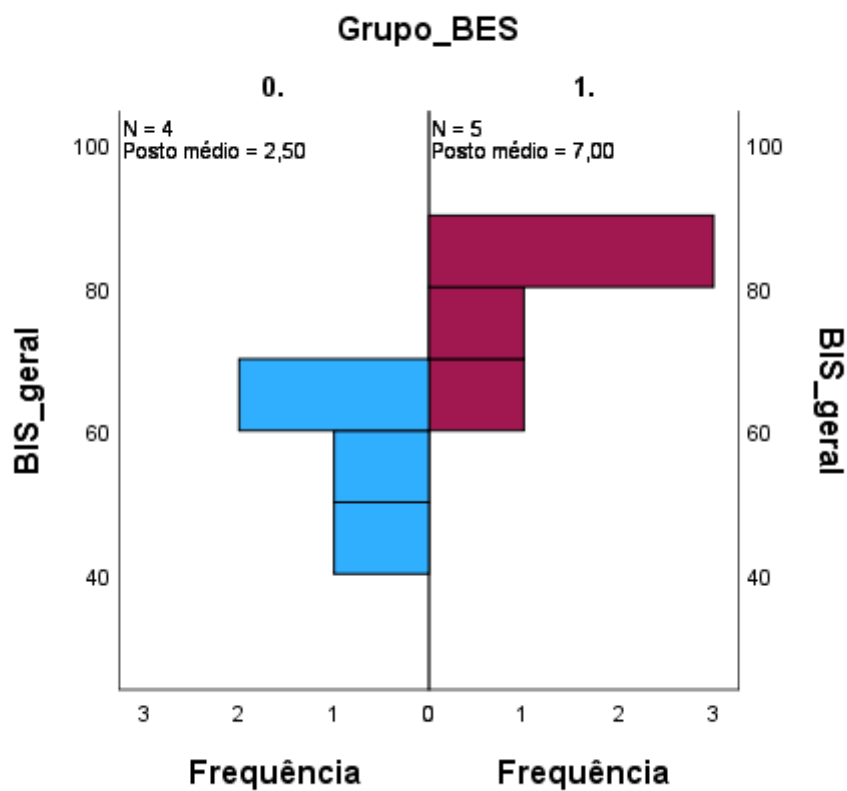


Gráfico 2 Frequência da variável autocontrole nos dois grupos.

Na escala de impulsividade, há subcategorias, dentre elas se mostrou relevante a atencional, apresentando um grau de significância de 0,032 em relação aos grupos de compulsão alimentar.

Amostras Independentes de Teste U de Mann-Whitney

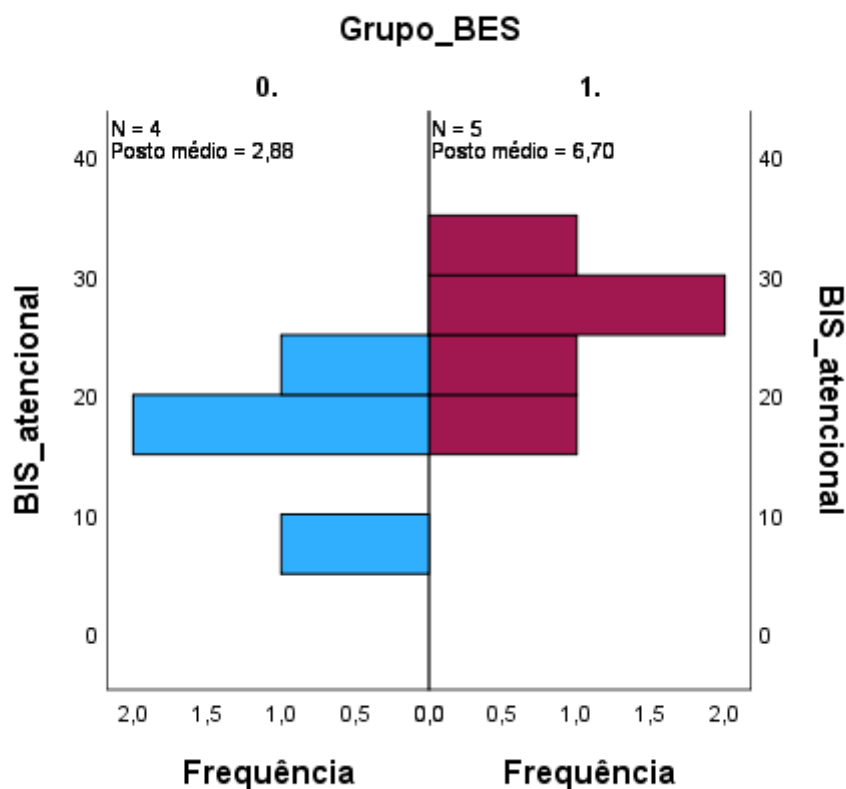


Gráfico 3 Frequência da variável impulsividade atencional nos dois grupos.

A segunda parte das análises foi feita uma correlação de Spearman (SPEARMAN, 1904), também não paramétrica, de modo a entender mais profundamente a correlação entre as variáveis. Desta vez, sendo um delineamento sem divisão de grupos. Foi possível perceber assim a correlação significativa dos resultados da Escala de Compulsão Alimentar (ECAP/ BES) com os resultados de autocontrole deficitário (BDEFS), impulsividade (BIS), impulsividade atencional (BIS), assim como ressaltados na primeira etapa, acrescentando o déficit nas funções executivas no geral (BDEFS) e atenção alternada (AOL-A). Possibilitando a percepção de correlações fortes (entre 0,7 e 0,9) e moderadas (0,5 e 0,6), por meio do coeficiente.

As funções executivas demonstraram uma correlação significância de 0,057 entre a compulsão alimentar avaliada com uma força moderada de 0,653. A correlação com a variável autocontrole se apresentou com uma significância de 0,019 e forte com o valor de 0,753. Já a

impulsividade demonstrou uma significância de 0,037 e força de 0,697. Por fim, a atenção alternada com significância de 0,23 e coeficiente de correlação negativo em 0,739.

Por fim, a análise permitiu encontrar resultados secundários, explicitando as demais variáveis com grau de significância considerável: Em relação ao déficit nas funções executivas foram: Organização, autorregulação emocional, impulsividade e flexibilidade cognitiva. A impulsividade demonstrou significância com: Organização, autocontrole, impulsividade atencional e impulsividade em planejamento. A flexibilidade cognitiva correlacionou significativamente com: A impulsividade no planejamento, déficit na motivação, atenção concentrada, atenção dividida. A impulsividade atencional apresentou correlação significativa com: O déficit no autocontrole e impulsividade no planejamento. O déficit na organização também apresentou um grau significativo em relação: Ao déficit na autorregulação emocional. Sendo possível encontrar as tabelas detalhadas no apêndice.

8. DISCUSSÃO

Investigações anteriores (STEIGER; LEHOUX; GAUVIN, 1999) apontam para a dificuldade para controlar os impulsos e sua contribuição para a gênese dos ECA. Em um estudo, Jansen, et al. (2009) constataram que o risco para a alta ingestão de alimentos aumenta de acordo com a impulsividade. Cabe destacar que, segundo a revisão sistemática de Terroso e Almeida (2016), em diversos estudos (ANESTIS, et al., 2007; CLAES, et al., 2006; JURASCIO, et al., 2015; CLAES, et al., 2012; WAXMAN, 2009), a compulsão alimentar estaria relacionada ao controle inibitório deficiente e maior impulsividade, que é descrita como uma característica do comportamento marcada por reações rápidas e não planejadas, em que a avaliação das consequências não é realizada, ou o é apenas de forma parcial, focando-se preferencialmente em aspectos imediatos em detrimento das consequências a longo prazo (TAVARES; ALARCÃO, 2008).

Vianna (2018) defende que frequentemente impulsividade e compulsão ocorrem conjugados numa sequência, mas não invariavelmente. Em algumas ocasiões, a CA tem seu início planejado: o sujeito sai para comprar determinados alimentos, encontra o momento e o lugar em que estará sozinho para iniciá-la. Porém seu desenvolvimento e seu fim não podem ser preditos. Em outros casos, a situação que gera gatilho para o comer compulsivo, não é

premeditado, assim a impulsividade corrobora para o acontecimento. Este comportamento correlacionado a impulsividade é ratificado na presente pesquisa, conforme visto nas tabelas 3 e 5, além do gráfico 2, que demonstram sua correlação positiva, assim indivíduos com compulsão alimentar mais grave tem tendência a ter maior impulsividade. Kollei et al (2018) refere-se a impulsividade como responsável pelo descontrole cognitivo, que ocasiona um descontrole também na alimentação. Segundo Faber et al. (1987), a impulsividade seria uma característica dos comportamentos compulsivos, assim como a eventual negação das consequências danosas ao se perpetuarem tais atitudes e repetidos fracassos nos esforços para controlar ou modificar esses comportamentos. Essa impulsividade leva a ações não premeditadas e inconsequentes, assim como a ausência de freios da CA que só consegue ser interrompida por elementos externos ao sujeito ou pelo mal-estar físico decorrente do empanturramento (VIANA, 2018).

As funções executivas (FE) são necessárias para performance de importantes comportamentos, como estabelecimento de metas, planejamento, tomada de decisão e autorregulação em resposta externa (LEZAK et al., 2012). De acordo com Romine e Reynolds (2005) as habilidades relacionadas as FE começam a ser desenvolvidas no início da infância e continua durante anos, até o início da fase adulta. Wierenga (2014) relata que algumas hipóteses de pesquisa inferem que o déficit nas FE pode predispor o desenvolvimento ou agravar comportamentos alimentares relacionados a pensamentos e comportamentos. A compulsão alimentar, por exemplo podem indicar um déficit no controle inibitório e impulso empobrecido.

Conciliando o controle da atenção; controle cognitivo, de pensamentos estranhos ou indesejados; e a autorregulação ou autocontrole, de controlar impulsos, emoções e comportamentos (DIAMOND, 2013). É o autocontrole que permite a uma pessoa manter-se focada em uma dieta alimentar, bem como é o que nos controla de nos aborrecermos com alguém que nos irritou, sendo o aspecto final a recompensa. As pessoas com transtorno de compulsão alimentar periódica tendem a apresentar prejuízos mais significativos no funcionamento executivo comparado às pessoas que apresentam apenas sobrepeso, revelando impulsividade aumentada, sensibilidade à recompensa, comportamento espontâneo precipitado, tomada de decisão arriscada e inibição reduzida (BLUME, et. al., 2018). A impulsividade e o déficit no autocontrole também manifestaram uma correlação forte e significativa no estudo (Tabela 15).

O controle inibitório envolve a habilidade de sustentar a atenção, o comportamento e o pensamento de modo a mediar os recursos internos com as demandas ambientais e, então, escolher o comportamento mais apropriado ou eficaz. Pacientes compulsivos já apresentaram anteriormente uma maior dificuldade em flexibilizar o pensamento, deslocar a atenção (KELLY et al., 2013; WU et al., 2013) e priorizar recompensas imediatas (MANASSE et al., 2015). Concomitante a isso, na pesquisa verificou a correlação significativa entre indivíduos com compulsão alimentar e a atenção alternada. Denomina-se atenção, justamente, o processo cognitivo que nos possibilita realizar essa seleção e atender aos estímulos julgados importantes (STERNBERG, 2000). Posner (1992), indica que a atenção seria um mecanismo de controle dos sistemas de processamento que, distribuído em diferentes lugares do sistema nervoso, exerceria suas funções por meio de processos facilitadores e inibitórios atuando de acordo com os objetivos do organismo. Esse mecanismo orienta-se por meio dos sentidos, estruturas do conhecimento em memória e pelos sistemas de resposta. A atenção alternada pode ser definida como a capacidade de alternar o foco atencional entre dois estímulos. De acordo com Hawkins, Kramer e Capaldi (1992) a atenção alternada também tem sido denominada de flexibilidade mental, sendo igualmente definida como a possibilidade de atender ora um estímulo, ora outro. Entretanto, no estudo, as atenções quais correlacionaram significativamente a flexibilidade cognitiva foram a dividida e a concentrada.

Hirst (2017) afirma que estudos existentes ainda são insuficientes na área de funções executivas relacionando a disfunções de comportamentos alimentares. Em paralelo a isso, são áreas em desenvolvimento na psicologia e neuropsicologia mundial, assim como no Brasil. Portanto, mostram-se relevantes estudos na área, para fazer novas descobertas, para ratificar e retificar pesquisas já feitas, se aprofundando cada vez mais nas relações, fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores. Buscando entender melhor o transtorno da compulsão alimentar periódica, para que então seja possível intervir de maneira mais eficaz. Visto que, segundo Tchanturia (2008) técnicas de remediação cognitiva focadas em habilidades de FE têm demonstrado eficácia na melhoria em pacientes com TAs.

Contudo, por ainda não ser uma disfunção difundida, ou seja, abertamente entendida, conversada, ainda existem limitações sobretudo em estudo de campo. Limitação esta encontrada no presente estudo, que pode observar a dificuldade de captação de participantes, visto que eram encaminhados mediante ao lado psiquiátrico. Como é um segmento em

crescimento, o conhecimento ainda está em processo de expansão, assim como a procura pelo tratamento em si.

9. CONCLUSÃO

O presente estudo visou investigar a relação de aspectos atencionais e executivos com a compulsão alimentar. Em especial, verificando o controle inibitório, a atenção concentrada, alternada e difusa, a flexibilidade cognitiva e a impulsividade. Baseado na literatura já existente, procurou-se pesquisar de maneira teórica e prática sobre o tema, que embora haja referência literária, ainda necessita de mais estudos.

Foi realizado um estudo piloto, com o objetivo de analisar a necessidade de alterações e ratificações por meio da observação da parte prática da pesquisa. Ainda que fosse uma pequena amostra, se mostrou relevante, sobretudo a respeito do método e foco do trabalho. Em linhas gerais, a escolha dos instrumentos se revelou condizente com o objetivo, houve alteração na dinâmica da aplicação e percepção da relevância em se ater a aspectos quantitativos do estudo.

De acordo com a revisão de literatura, encontrou-se estudos que em sua maioria concordavam com a hipótese da impulsividade ser um fator relevante para o desenvolvimento da compulsão alimentar, ou seja, apresentando a compulsão alimentar a probabilidade de ser uma pessoa impulsiva aumentaria. Esta hipótese se verificou no estudo, tanto nas análises entre grupos quanto no delineamento intragrupos, demonstrando que o grau de impulsividade também se relaciona a gravidade desse comportamento alimentar disfuncional. Outro fator que se mostrou relevante em ambas análises foi o autocontrole, expressando uma correlação forte e positiva com o transtorno. Já a impulsividade atencional se mostrou significativa na fase entre grupos e a atenção alternada significativa na fase intra grupo. Por fim, as funções executivas como um todo também foram expressivas quando correlacionadas ao grupo heterogêneo com compulsão alimentar.

Apesar da limitação quanto ao número da amostra, foi possível averiguar os aspectos atencionais e executivos em relação a compulsão alimentar por meio de dois delineamentos. Além disso, foi demonstrado também a correlação entre as demais variáveis, revelando interação entre elas, significância e grau correlacional, podendo ser melhor aprofundado em estudos futuros. Outra maneira é identificar se há efeito de causalidade entre estas ou ver

diferenças em outros transtornos alimentares, sendo interessante fazer um comparativo da impulsividade em casos de purgação e não purgação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Cristiano Nabuco; CANGELLI FILHO, Raphael. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 177-183, 2004. DOI: 10.1590/S0101-60832004000400010.

ALEIXO, Larissa dos Santos et.al. Teste dos Cinco Dígitos e Teste de Trilhas na avaliação das funções executivas de pacientes com diagnóstico de epilepsia. In: Diamantino, Rui Maia **A psicologia com foco nas múltiplas práticas em saúde mental**. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020, 5, p. 83-91. DOI 10.22533/at.ed.8442019029.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRACTICE GUIDELINE. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. **American Journal of Psychiatry**, Washington DC, v. 157, n. 3, 2000. Disponível em: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eatingdisorders-watch.pdf.

APPOLINARIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 28-31, Dez. 2000. DOI: 10.1590/S1516-44462000000600008.

BARLOW, David; DURAND, Msrk. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. 4 ed. São Paulo: Cengage Learning. 2008.

BECK, Judith. **Pense Magro: A dieta definitiva de Beck**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BERNARDI, Fabiana; CICHELERO, Cristiane; VITOLO, Márcia Regina. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, jan./fev., 2005. DOI: 10.1590/S1415-52732005000100008.

BLUME, Marie; SCHIMIDT, Ricarda; HILBERT, Anja. Executive Functioning in Obesity, Food Addiction, and Binge-Eating Disorder. **Nutrients**, v. 11, n. 1, p. 54, 2018. <https://doi.org/10.3390/nu11010054>

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>.

BULIK, Cynthia. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, p. 305–312, 2006. DOI: 10.1001/archpsyc.63.3.305

CAMPOS, Maene Cristina et al. Confiabilidade do Teste dos Cinco Dígitos em adultos brasileiros. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online], v. 65, n. 2, p. 135-139, 2016 DOI: 10.1590/0047-20850000000114.

CAPETTI, Aline Vieira Sá; QUIROGA, Carolina Villanova. A influência da mídia nos transtornos alimentares e na autoimagem em adolescentes **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 161-177, Jul.-Dez. 2018. DOI: 10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2664.

CLAES, Laurence; NEDERKOORN, Chantal; VANDEREY-CKEN, Walter; GUERRIERI, Ramona; VERTOMMEN, Hans. Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. **Eating Behaviors**, v. 7, n. 3., p. 196-203, 2006. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2006.05.001

CLONINGER, Robert; SVRAKIC, Dragan; PRZYBECK, Thomas. A psychobiological model of temperament and character. **Archives of General Psychiatry**, v. 50, n. 12, p. 975–990, 1993. DOI:10.1001/archpsyc.1993.01820240059008

CÓRDOVA, Mariana.Ermel. **Perfil nutricional e neuropsicológico nas funções executivas no transtorno da compulsão alimentar periódica**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/285/1/%5bDISSERTA%c3%87%c3%83O%5d%20C%c3%b3rdova%2c%20Mariana%20Ermel>.

COSTA, Paul Jr; MCCRAE, Robert. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. **Psychological Assessment Resources**, Flórida, 1992.

DELUCHI, Michelle. **Viés atencional para imagens associadas a alimentos em adultos obesos com e sem transtorno da complusão alimentar periódica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, 2014. <http://hdl.handle.net/10183/222391>

DIAMOND, Adele. Executive Functions. **Annual Review of Psychology**, v. 64, p. 135–168, 2013. DOI: 10.1146/annurev-psych-113011-143750.

DOBSON, Keith; DOZOIS, David. Attentional biases in eating disorders: A metaanalytic review of Stroop performance. **Clinical Psychology Review**, v. 23, n.8, p. 10018cal , 2004. DOI: 10.1016/j.cpr.2003.09.004

DOYLE, Jacqueline; BRYANT-WAUGH, Rachel. Epidemiology. In: Lask Bryan, Bryant-Waugh Rachel, eds. **Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence**. 2 ed. East Sussex: Psychology Press. Florence, 2000, p. 41-61 DOI: 10.1590/S0101-81082007000100015.

DUCHESNE, Monica. et al. Neuropsicologia dos transtornos alimentares: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n 2, p. 107-117, 2004. DOI: 10.1590/S1516-44462004000200008.

DUCHESNE, Monica; APPOLINÁRIO, José Carlos; RANGÉ, Bernard Pimentel; FREITAS, Silvia; PAPELBAUM, Marcelo; COUTINHO, Walmir. Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 80-92, 2007.

ERTHAL, Fatima, et al. Captura da atenção por estímulos emocionais. **Paidéia**, v.14, n. 27, 35-44, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2004000100006>

ESGALHADO, Graça. O efeito Stroop: Um fenómeno raro. **Revista Psicologia e Educação**, v. 1, n. 1 e 2, p. 123-129, Dez 2002. Disponível em: http://psicologiaeducacao.ubi.pt/Ficheiros/ArquivoHistorico/VOL1/PE%20N1e2/PE%20N1e2_index_11_.pdf.

FABER, Ronald; O'GUINN, Thomas; KRYCH, Raymond. Compulsive consumption. In: Wallendorf, Melanie; Anderson, Paul. **Advances consumer research**. Utah: Association for Consumer Research, 1987, v. 14, n. 1, p. 132-135, 1987

FAIRBURN, Christopher; HARRISON, Paul. Eating disorders. **The Lancet**, Reino Unido, v. 361, p. 407–416. 2003. DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1.

FERNANDES, Ingrid da cunha costa. **O viés de atenção para comida ao longo do processo atencional em uma amostra clínica de pessoas com obesidade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

FIELD, Matt; COX, Miles. Attentional bias in addictive behaviors: A review of its development, causes, and consequences. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 97, p. 1. g and A. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2008.03.030

FIELD, Matt, et al. The role of attentional bias in obesity and addiction. **Health psychology** : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, v. 35, n.8, p. 767. 780, 2016. DOI: 10.1037/hea0000405

FREITAS, Silvia et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Brazilian Journal of Psychiatry** [online], v. 23, n. 4, p. 215-220, 2001. DOI: 10.1590/S1516-44462001000400008.

GAZZANIGA, Michael, IVRY, Richard; MANGUN, George Ronald. Executive Functions and Frontal Lobes. In: GAZZANIGA, Michael, IVRY, Richard; MANGUN, George Ronald. **Cognitive Neuroscience: The biology of mind**. New York, p. 499-536, 2002.

GODOY, Victor Polignano et al. Brazilian Portuguese transcultural adaptation of Barkley deficits in executive functioning scale (BDEFS). **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo, v. 42, p. 147-152, 2015.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang, HUNGERBÜHLER, Ines (org). **Instrumentos de avaliação em saúde mental** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GUSMÃO, Martha Hirsch. Os transtornos e as dificuldades da alimentação. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 1, p. 44-60, 2002.

HAMDAN, Amer Cavalheiro; PEREIRA, Ana Paula de Almeida. Avaliação Psicológica das Funções Executivas: Considerações Metodológicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n.3, p.386-393, 2009. DOI: 10.1590/S0102-79722009000300009

HAWKINS, Harold; KRAMER, Arthur; CAPALDI, Deborah. Aging, exercise, and attention. **Psychology and Aging**, v. 7, n.4, p. 643-653, 1992.

HISRT, Rayna., et al. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis of executive functioning. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 83, p. 678-690, December 2017 DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.08.011.

IBM SPSS Statistics (v.18 a 25)

IZQUIERDO Alyssa, et al. Implicit attitudes toward dieting and thinness distinguish fat-phobic and non-fat-phobic anorexia nervosa from avoidant/restrictive food intake disorder in adolescents. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 4, p. 419-427, 2019

JANSEN, A.; NEDERKOORN, C.; VAN BAAK, L.; KEIRSE, C.; GUERRIERI, R.; HAVERMANS, R. High restrained eaters only overeat When they are also impulsive. **Behaviour Research and Therapy**, v. 47, n. 2, p. 105-110, 2009. DOI: 10.1016/j.brat.2008.10.016.

KELLY, Nichole; BULIK, Cynthia; MAZZEO, Suzanne. Executive functioning and behavioral impulsivity of young women who binge eat. **International Journal of Eating Disorders**, v. 46, n.2, p. 127-139, 2013. DOI: 10.1002/eat.22096.

KOLLEI, Ines; RUSTEMEIER, Martina; SCHROEDER, Stefanie; JONGEN, Sebastian; HERPERTZ, Stephan; LOEBER, Sabine. Cognitive control functions in individuals with obesity with and without binge-eating disorder. **International Journal of Eating Disorders**, v.51, n. 3, p 233-240, 2018. DOI: 10.1002/eat.22824

LI, Xiaoming, et al. Reward sensitivity predicts ice cream-related attentional bias assessed by inattention blindness. **Appetite**, v. 89, p. 258–264, 2015. DOI: 10.1016/j.appet.2015.02.010

LENA, Suji; FIOCCO, Alexandra; LEYENAAR, JoAnna. The role of cognitive deficits in the development of eating disorders. **Neuropsychology Review**, v. 14, p. 99–113, 2004.

LEZAK, Muriel Deutsch; Howieson, Diane; Bigler, Erin; Tranel, Daniel. **Neuropsychological Assessment** (5 ed.). New York: Oxford University Press, 2012.

LUFT, Caroline Di Bernardi et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 41, n. 4, 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102007000400015.

MACHADO, Cristiane Evangelista et al. Compulsão Alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgias Digestivas**, v. 21, n.4, 185- 191, 2008. DOI: 10.1590/S0102-67202008000400007.

MAGALHÃES, Maria Isabel Lemos de. **A pandemia da COVID-19 e as perturbações do comportamento alimentar**: uma revisão narrativa. Tese de Licenciatura- FCNAUP Faculdade de Ciencias da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Portugal, 2021 Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/135960/2/492507.pdf>.

MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes et al. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online]. v. 59, n. 2 p. 99-105, 2010. DOI: 10.1590/S0047-20852010000200004.

MANASSE, Stephanie, et al. Do executive functioning deficits underpin binge eating disorder? A comparison of overweight women with and without binge eating pathology. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 6, p. 677-683, 2015. DOI: 10.1002/eat.22383.

MANN, Henry Berthold; WHITNEY, Donald Ransom. On a Test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. **Annals of Mathematical Statistics**, v. 18, n. 1, p. 50-60, 1947. DOI: 10.1214/aoms/1177730491

MARQUES, Sara Isabel Pires. **Perturbação de ingestão compulsiva, alimentação emocional e síndrome do comer noturno**: Um estudo comparativo entre Sujeitos com Peso Normal, Excesso de Peso e Obesidade. Dissertação- Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior Corvilhã, 2013. Disponível em: [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2594/1/Perturba%C3%A7%C3%A3o%20de%](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2594/1/Perturba%C3%A7%C3%A3o%20de%20)

20Ingest%C3%A3o%20Compulsiva%2C%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o%20Emocional%20e%20S%C3%ADndrome%20do%20Comer%20Noturno.pdf.

MERLOTTI, Eleonora, et al. Impulsiveness in Patients with Bulimia Nervosa: Electrophysiological Evidence of Reduced Inhibitory Control. **Neuropsychobiology**, v. 68, n.2, p. 116-123, 2013.

MIYAKE Akira. et al. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: a latent variable analysis. **Cognitive Psychology**, v. 41, n.1, p. 49–100, 2000. DOI:10.1006/cogp.1999.0734.

MIOTTO, Eliane.Correa. Reabilitação neuropsicológica das funções executivas. In: Abrisqueta-Gomez, Jacqueline (Ed.). **Reabilitação neuropsicológica: Abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 188-195.

MONTELEONE, Alessio.Maria, et al. The impact of COVID-19 lockdown and of the following "re-opening" period on specific and general psychopathology in people with Eating Disorders: the emergent role of internalizing symptoms. **Journal Affect Disord**, v. 285:p. 77-83, 2021. DOI: 10.1016/j.jad.2021.02.037.

MOREIRA, Rodrigo; BATISTA, Ana Patricia Carvalho. Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 1, p. 131-132, 2007. DOI: 10.1590/S0101-81082007000100021.

National Collaborating Centre for Mental Health. **National Clinical Practice Guideline**: eating disorder core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (National Institute for Clinical Excellence – NICE). Leicester (UK): Royal College of Psychiatrists; p. 260, 2004.

NOVELLE, Julia; ALVARENGA, Marle. Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online], v. 65, n. 3, 2016. DOI: /10.1590/0047-2085000000133.

PAIS RIBEIRO, José Luis. A avaliação do stresse: A propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de estresse. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n.2, p.237-248, 2009. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000200008?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000200008.

PAIVA, Gabrielle Chequer de Castro et al. Ecological validity of the five digit test and the oral trails test. **Arquivo Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 74, n. 1, p. 29-34, Jan. 2016. DOI: 10.1590/0004-282X20150184.

PALAVRAS, Marly.Amorim, et al. Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. **Brazilian Journal of Psychiatry** [online], v. 33, n.1, p. 81-94, 2011. DOI: 10.1590/S1516-44462011000500007.

PATTON, Jim; STANFORD, Matthew.; BARRATT, Ernest. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. **Journal of clinical psychology**, v. 51, n. 6, p. 768-774, 1995. DOI: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768.

PEREIRA, Cibele; CHEHTER, Ethel Zimberg. Impulsividade na obesidade: questões conceituais e metodológicas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 1, p. 42-5, 2011.

PEUKER, Ana Carolina. **Viés atencional para pistas associadas ao comportamento de fumar**. Tese (Doutorado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil, 2010

PIRES, Juliene Avila; LAPORT, Tamires Jordão. Transtornos alimentares e as contribuições da terapia cognitivo comportamental para o tratamento. **Revista Mosaico**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 10, p. 116-123, Jul./Dez 2019.

POSNER, Michael. Attention as a Cognitive and Neural System. **Current Directions in Psychological Science**, v. 1, n. 1, p. 11-14, 1992

REIS, Rodrigo Siqueira; HINO, Adriano Akira Ferreira; AÑEZ, Ciro Romélio Rodriguez. Perceived Stress Scale: Reliability and Validity. Brazil. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 1, p. 107–114, 2010. DOI: 10.1177/1359105309346343.

ROMINE, Cassandra; REYNOLDS, CECIL. A model of the development of frontal lobe functioning: Findings from a meta-analysis. **Applied Neuropsychology**, v. 12, n. 4, P. 190-201, 2005). DOI: 10.1207/s15324826an1204_2

SANTOS, Flavia Heloisa. Funções Executivas. In: Flávia Heloísa Dos Santos; Vivian Maria Andrade; Orlando Francisco Amodeo Bueno. (Org.). **Neuropsicologia Hoje**. 2ed.Porto Alegre: ARTMED, 2015, v. 1, p. 68-75.

SEDÓ, Manuel; de PAULA, Jonas Jardim; MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes. **O Teste dos Cinco Dígitos**. São Paulo: Hogrefe, 2015.

SERVA, Maurício; JAIME, Pedro Jaime. Observação participante pesquisa em administração: uma postura antropológica. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 64-79, 1995. DOI: 10.1590/S0034-75901995000300008.

SHAFRAN, Roz, et al. Effect of psychological treatment on attentional bias in eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v. 41, n.4, p. 348.4na. DOI: 10.1002/eat.20500

SHIELDS, Grant; SAZMA Matthew; YONELINAS, Andrew. The effects of acute stress on core executive functions: A meta-analysis and comparison with cortisol. **Neuroscience and**

Biobehavioral Reviews. v. 68, p.651-668, 2016. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.06.038. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27371161; PMCID: PMC5003767.

SIDOR, Aleksandra; RZYMSKI, Piotr. Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. **Nutrients**, v. 12, n. 6, p. 1657, 2020. DOI: 10.3390/nu12061657.

SILVA, Angela Cardoso Andrade Timóteo da. **Para além dos sintomas: a trilogia do desamparo no vivido de mulheres com transtornos do comportamento alimentar**. [Dissertação]- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

SILVA, Cinta Costa da; SILVA, Lais Santos; CARVALHO, Rosa Virginia Oliveira. A utilização da Griffonia Simplicifolia e Rhodiola Rosea L. em mulheres obesas com Compulsão Alimentar. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v. 12. n. 70. p. 265-274, 2018. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/691/533>.

SPEARMAN, Charles. The proof and measurement of association between two things. **The American Journal of Psychology**, v. 15, n.1, p. 72-101, 1904.

STUNKARD, Albert. Eating patterns and obesity. **Psychiatric Quarterly**, v. 33: p. 284-94, 1959. DOI: 10.1007/BF01575455.

STEIGER, Howard; LEHOUX, Pascale; GAUVIN, Lise. Impulsivity, dietary control and the urge to binge in bulimic syndromes. **International Journal of Eating Disorders**, v. 26, p. 61-74, 1999. DOI: 10.1002/(SICI)1098-108X(199911)26:3<261.

STERNBERG, Robert. **Psicologia Cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SUNDERARAMAN, Preeti; MAINDAN, Inbal; KOZLOVSKI, Tal; APA, Zoltan; MIRELLMAN, Anat., HAUSDORF, Jeffrey; STERN, Yakov. (2019). Differential

Associations Between Distinct Components of Cognitive Function and Mobility: Implications for Understanding Aging, Turning and Dual-Task Walking. **Frontiers Aging Neuroscience**, v. 11. Doi: 10.3389/fnagi.2019.00166

TAVARES, Hermano; ALARCÃO, Gustavo. (2008). Psicopatologia da impulsividade. In Abreu, Cristiano Nabuco de; Tavares, Hermano; Cordás, Táki Athanássios (Orgs.), **Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos**. Porto Alegre: Artmed, p. 13-36.

TERROSO, Lauren Bulcão.; ALMEIDA, Rosa Maria Martins . Impulsividade e controle inibitório nos transtornos alimentares: revisão sistemática. **Contextos Clínicos**, v. 9, n. 2, p. 194-201, jul\dez 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v9n2/v9n2a06.pdf>.

VAN DAMME Stefaan, et al. Keeping pain in mind: A motivational account of attention to pain. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 34, p. 204–213, 2010. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.01.005

VIANNA, Monica Vanderlei. **Compulsão alimentar & cirurgia bariátrica: aspectos da fome que o bisturi não alcança**. Tese (Doutorado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2018.

VOLCHAN, Eliane, et al. Estímulos emocionais: processamento sensorial e respostas motoras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, p. 29-32, 2003. Doi: 10.1590/S1516-44462003000600007

WIERENGA, Christina, et al. Are extremes of consumption in eating disorders related to an altered balance between reward and inhibition? **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 8, n. 410, 2014. DOI: 10.3389/fnbeh.2014.00410.

WILSON, Barbara. Reabilitação das deficiências cognitivas. In: NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo; MANSUR, Leticia. **Neuropsicologia**: das bases anatômicas à reabilitação. São Paulo, Clínica Neurológica HCFMUSP: Artesã, 1996, p. 314-343.

ZUCKERMAN, Marvin; et al. A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 65, n.4, p.757-768, 1993.

ANEXO

Escala de Impulsividade Barratt (The Barratt Impulsiveness Scale- Bis- 11, PATTON; STANFORD; BARRATT, 1995, adaptado para português por MALLOY- DINIZ; FERNANDES, et al. 2010).

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha a opção condizente com a sua resposta. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

2. Eu faço coisas sem pensar.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

3. Eu tomo decisões rapidamente.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

5. Eu não presto atenção.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

8. Eu tenho autocontrole.

- ☐ Raramente ou nunca

- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

9. Eu me concentro facilmente.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

10. Eu economizo (poupo) regularmente.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

12. Eu penso nas coisas com cuidado.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

14. Eu falo coisas sem pensar.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

16. Eu troco de emprego.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

17. Eu ajo por impulso.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

19. Eu ajo no “calor” do momento.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

20. Eu mantenho a linha de raciocínio (“não perco o fio da meada”).

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

21. Eu troco de casa (residência).

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando

- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

22. Eu compro coisas por impulso.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

24. Eu troco de interesses e passatempos (“hobby”).

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

30. Eu me preparo para o futuro.

- ☐ Raramente ou nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Com frequência
- ☐ Quase sempre/ sempre

Escala de Compulsão Alimentar (A Binge Eating Scale- BES, por GORMALLY; BLACK; DASTON; RARDIN, 1982, *adaptado para o português por FREITAS; LOPES; COUTINHO; APPOLINARIO, 2001*).

Instruções:

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

1.

- a) Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.
- b) Eu me sinto preocupado(a) sobre como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- c) Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).
- d) Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, frequentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.

2.

- a) Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.
- b) Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.
- c) Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.
- d) Eu tenho o hábito de engolir minha comida sem realmente mastigá-la. Quando isto acontece, em geral, me sinto desconfortavelmente empanturrado(a) por ter comido demais.

3.

- a) Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.
- b) Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar, mais do que a média das pessoas.
- c) Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.
- d) Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.

4.

- a) Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).
- b) Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, frequentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.

- c) Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar a minha mente da comida.
- d) Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com este hábito.

5.

- a) Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.
- b) De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.
- c) Eu tenho o hábito regular de comer alimentos, que realmente não aprecio, para satisfazer uma sensação de fome, mesmo que fisicamente eu não necessite de comida.
- d) Mesmo que não esteja fisicamente com fome, tenho uma sensação de fome em minha boca que somente parece ser satisfeita quando eu como um alimento, tipo um sanduíche, que enche a minha boca. Às vezes, quando eu como um alimento para satisfazer minha “fome na boca”, em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.

6.

- a) Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- b) De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.
- c) Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.

7.

- a) Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.
- b) Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.
- c) Frequentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): “Agora que estraguei tudo, porque não ir até o fim”. Quando isto acontece, eu como ainda mais.
- d) Eu tenho o hábito regular de começar dietas rigorosas por mim mesmo(a), mas quebro as dietas entrando numa compulsão alimentar. Minha vida parece ser “uma festa” ou “um morrer de fome”.

8.

- a) Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.
- b) Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).
- c) Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.
- d) Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).

9.

- a) Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.
- b) Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.
- c) Eu tenho o hábito regular de comer demais durante a noite. Parece que a minha rotina não é estar com fome de manhã, mas comer demais à noite.
- d) Na minha vida adulta tenho tido períodos, que duram semanas, nos quais praticamente me mato de fome. Isto se segue a períodos em que como demais. Parece que vivo “uma vida de festa” ou de “morrer de fome”.

10.

- a) Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando “já chega”.
- b) De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.
- c) Frequentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em certas ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.
- d) Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.

11.

- a) Eu não tenho problema algum para parar de comer quando me sinto cheio(a).
- b) Eu, normalmente, posso parar de comer quando me sinto cheio(a) mas, de vez em quando, comer demais me deixa desconfortavelmente empanturrado(a).
- c) Eu tenho um problema para parar de comer uma vez que eu tenha começado e, normalmente, sinto-me desconfortavelmente empanturrado(a) depois que faço uma refeição.
- d) Por eu ter o problema de não ser capaz de parar de comer quando quero, às vezes tenho que provocar o vômito, usar laxativos e/ou diuréticos para aliviar minha sensação de empanturramento.

12.

- a) Parece que eu como tanto quando estou com os outros (reuniões familiares, sociais), como quando estou sozinho(a).
- b) Às vezes, quando eu estou com outras pessoas, não como tanto quanto eu quero comer porque me sinto constrangido(a) com o meu comportamento alimentar.
- c) Frequentemente eu como só uma pequena quantidade de comida quando outros estão presentes, pois me sinto muito embaraçado(a) com o meu comportamento alimentar.
- d) Eu me sinto tão envergonhado(a) por comer demais que escolho horas para comer demais quando sei que ninguém me verá. Eu me sinto como uma pessoa que se esconde para comer.

13.

- a) Eu faço três refeições ao dia com apenas um lanche ocasional entre as refeições.
- b) Eu faço três refeições ao dia mas, normalmente, também lancho entre as refeições.

- c) Quando eu faço lanches pesados, tenho o hábito de pular as refeições regulares.
- d) Há períodos regulares em que parece que eu estou continuamente comendo, sem refeições planejadas.

14.

- a) Eu não penso muito em tentar controlar impulsos indesejáveis para comer.
- b) Pelo menos, em algum momento, sinto que meus pensamentos estão “pré-ocupados” com tentar controlar meus impulsos para comer.
- c) Frequentemente, sinto que gasto muito tempo pensando no quanto comi ou tentando não comer mais.
- d) Parece, para mim, que a maior parte das horas em que passo acordado(a) estão “pré-ocupadas” por pensamentos sobre comer ou não comer. Sinto como se eu estivesse constantemente lutando para não comer.

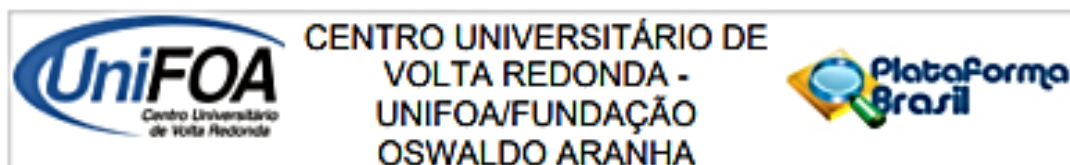
15.

- a) Eu não penso muito em comida.
- b) Eu tenho fortes desejos por comida mas eles só duram curtos períodos de tempo.
- c) Há dias em que parece que eu não posso pensar em mais nada a não ser em comida.
- d) Na maioria dos dias meus pensamentos parecem estar “pré-ocupados” com comida. Sinto como se eu vivesse para comer.

16.

- a) Eu normalmente sei se estou, ou não, fisicamente com fome. Eu como a porção certa de comida para me satisfazer.
- b) De vez em quando eu me sinto em dúvida para saber se estou, ou não, fisicamente com fome. Nestas ocasiões é difícil saber quanto eu deveria comer para me satisfazer.
- c) Mesmo que eu pudesse saber quantas calorias eu deveria ingerir, não tenho ideia alguma de qual seria a quantidade “normal” de comida para mim.

Parecer Plataforma Brasil

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO ATENCIONAL E EXECUTIVA EM INDIVÍDUOS COM COMPULSÃO ALIMENTAR

Pesquisador: Emmy Uehara Pires

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 59873522.1.0000.5237

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.820.351

Apresentação do Projeto:

O presente projeto pretende investigar a relação de aspectos atencionais e executivos com a compulsão alimentar, buscando analisar o perfil neuropsicológico destes indivíduos e verificando os níveis atencionais e executivos de pessoas diagnosticadas com a compulsão alimentar.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a relação de aspectos atencionais e executivos em indivíduos com compulsão alimentar, bem como analisar o perfil neuropsicológico de indivíduos com compulsão alimentar e verificar os níveis atencionais; e as funções executivas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisa não prevê nenhum risco aparente ao participante, nem nenhum dos procedimentos utilizados oferece risco a sua dignidade. No entanto, ao longo da aplicação dos questionários e do treinamento, este poderá se sentir um pouco desconfortável e/ou cansado. Caso isso aconteça, uma pausa será realizada ou um outro encontro será marcado.

Benefícios: ao participar da pesquisa, o participante contribuirá para o estudo a respeito do tema, obtendo uma avaliação acerca do seu funcionamento executivo, além de corroborar para aprimoramento do acompanhamento e tratamento deste participante, por meio das informações alcançadas pela pesquisa. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Endereço: Avenida Paulo Eraldo Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** cep@foa.org.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO
OSWALDO ARANHA**



Continuação do Parecer: 5.820.351

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pertinente, com todos os aspectos éticos cumpridos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos cumprem os requisitos

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1933011.pdf	20/11/2022 21:48:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa_Dissertacao_PlataformaBrasil_4versao.pdf	20/11/2022 21:48:19	RAQUEL SARTORATO MARTINS	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_ao_CEP_Raquel.pdf	19/09/2022 19:20:52	RAQUEL SARTORATO MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_consultorio_assinada.pdf	13/08/2022 19:48:19	RAQUEL SARTORATO MARTINS	Aceito
Cronograma	Cronograma_RaquelSartorato_versao3.pdf	13/08/2022 19:44:06	RAQUEL SARTORATO MARTINS	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_UFRRJ_Atual_assinado_RaquelSartorato.pdf	15/07/2022 20:48:53	RAQUEL SARTORATO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RaquelSartorato_versao2.pdf	15/07/2022 20:44:51	RAQUEL SARTORATO MARTINS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaDoPesquisador_RaquelSartorato_Assinada.pdf	22/05/2022 19:38:42	RAQUEL SARTORATO MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Raquel_Sartorato_Assinado.pdf	22/05/2022 19:34:22	RAQUEL SARTORATO MARTINS	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Eriel Alves Abrantes, nº 1325

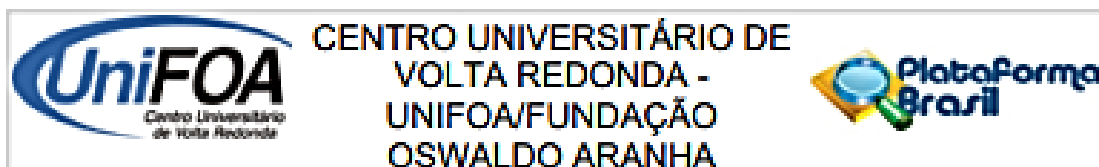
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços CEP: 27.240-560

UF: RJ Município: VOLTA REDONDA

Telefone: (24)3340-8400

Fax: (24)3340-8404

E-mail: cep@foa.org.br



Continuação do Parecer: 5.820.351

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 15 de Dezembro de 2022

Assinado por:

Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Paulo Eraldo Alves Abrantes, nº 1325

Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560

UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA

Telefone: (24)3340-8400

Fax: (24)3340-8404

E-mail: cep@foa.org.br

APENDICE

Termo de consentimento livre



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. **Título do Protocolo de Pesquisa:** Avaliação da atenção e do estresse em indivíduos condizentes ao quadro de compulsão alimentar.
2. **Pesquisadora responsável:** Dra. Emmy Uehara Pires (Professora Adjunta de Psicologia do Instituto de Educação da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro).
Pesquisador executante: Raquel Sartorato Martins (Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro).
3. **Duração da pesquisa:** A duração deste projeto é prevista para seis meses.
4. **Justificativa e objetivo:** Sabe-se que em torno de 5% da população mundial é acometida pela compulsão alimentar. Existem indícios que apontam o controle inibitório deficitário nesses casos. Assim, a presente pesquisa busca avaliar o controle inibitório e sua relação com a compulsão alimentar, podendo contribuir tanto para desencadear, manter ou ser uma característica. Trata-se do projeto de mestrado da pesquisadora Raquel Sartorato Martins vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
5. **Procedimentos:** Procedimentos: Caso concorde em participar da pesquisa, por favor, assine as cópias deste termo. O estudo possui uma etapa presencial que utilizará: Anamnese, Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (BDEFS), The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Binge Eating Scale (BES), Teste de Atenção On-line Alternada (AOL-A), Five Digital Test

(FDT). A participação consiste em responder a quatro questionários sobre perfil socioeconômico, déficits executivos, transtornos alimentares, e dois testes sobre atenção e controle inibitório e flexibilidade cognitiva. Com a duração prevista de 1 hora e 30 minutos e será aplicado individualmente no consultório particular localizado no Shopping 33 Torre I sala 715 na cidade de Volta Redonda.

- 6. Riscos e inconveniências:** Os procedimentos adotados neste estudo obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa não prevê nenhum risco aparente ao participante, nem nenhum dos procedimentos utilizados oferece risco a sua dignidade. No entanto, ao longo da aplicação dos questionários e do treinamento, você poderá se sentir um pouco desconfortável e/ou cansado. Caso isso aconteça, uma pausa será realizada ou um outro encontro será marcado.
- 7. Potenciais benefícios:** Ao participar da pesquisa, você contribuirá para o aprimoramento de técnicas de intervenção tanto do ponto de vista clínico quanto em pesquisa, obtendo uma avaliação acerca do seu funcionamento executivo. O programa interventivo oferecerá acesso a ferramentas que potencializarão o gerenciamento de tempo do(a) voluntário(a) contribuindo de maneira positiva para as atividades de vida diária do participante. A sua colaboração no presente estudo ocorrerá de forma direta. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Como participante da pesquisa, você terá ainda assegurados os seguintes direitos:

- a) **Garantia do uso dos dados coletados apenas para o objetivo deste estudo:** Os dados coletados serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa.
- b) **Sigilo e privacidade:** Os dados do(a) voluntário(a) serão identificados através de um código, não com o nome. Apenas os membros da pesquisa terão conhecimento dos dados, assegurando assim sua privacidade. Caso o material seja utilizado em publicação científica, não serão revelados nomes que possam vir a identificá-lo.
- c) **Direito a informação:** A qualquer momento, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Para isso, poderá utilizar os contatos das pesquisadoras, listados ao final deste Termo.

- d) **Despesas e compensações:** Não há despesas pessoais. Os participantes serão abordados na própria universidade, em horário previamente estabelecido. Além disso, você não será cobrado em nenhum momento pela participação. Também não há pagamento financeiro pela participação. Ficará garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.
- e) **Direito a não participar ou interromper a participação no estudo:** Você tem liberdade para recusar a participação na pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo para os envolvidos.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, abaixo assinado, aceito participar da pesquisa acima, como sujeito. Declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____, _____ de _____ de 202__

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Esse termo possui duas vias de igual teor (idênticas). Uma para posse do participante e a outra para os pesquisadores.

Se desejar receber os resultados desta pesquisa, forneça seu e-mail ou telefone abaixo:

E-mail: _____ **Telefone:** _____

Pesquisador Responsável: Emmy Uehara Pires – Professora Dra. do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Telefone de contato: (21) 2682-1841. E-mail: emmy.uehara@gmail.com.

Pesquisador executante: Raquel Sartorato Martins – Mestranda do Departamento da Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Telefone de contato: (24) 988170229. E-mail: raquelsartorato@hotmail.com.

Bateria de avaliação da Compulsão Alimentar, Funções executivas e Atenção.

1. Tendo lido os objetivos da pesquisa, você concorda voluntariamente, sem nenhum tipo de obrigação e com o direito de sigilo dos seus dados, de participar da pesquisa? .

☐ Sim

☐ Não

Anamnese

2. Nome completo

3. E-mail

4. Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

5. Idade (somente números)

6. Escolaridade

- ☐ Ensino fundamental incompleto
- ☐ Ensino fundamental completo
- ☐ Ensino médio incompleto
- ☐ Ensino médio completo
- ☐ Ensino superior incompleto
- ☐ Ensino superior completo

7. Profissão

8. Estado civil

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)/União estável/Em relacionamento
- ☐ Separado(a)/Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)

9. Peso (somente número - kg)

10. Altura

11. Cor

- ☐ Branco
- ☐ Preto
- ☐ Pardo
- ☐ Amarelo
- ☐ Indígena

12. Cidade (moradia atual)

13. Atualmente, faz uso de medicamentos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. Se sim no item anterior, quais?

15. Marque o que acontece
(*Marque todas que se aplicam*).

- ☐ Ingere em um período determinado uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período?
- ☐ Sensação de falta de controle frente aos alimentos, sente que não consegue parar de comer ou controlar a quantidade.
- ☐ Nenhuma alternativa acima

16. Marque a(s) alternativa(s) de acordo com o que acontece
(*Marque todas que se aplicam*).

- ☐ Come mais rapidamente que o normal
- ☐ Come até se sentir desconfortavelmente cheio
- ☐ Come grande quantidade de alimentos na ausência de sensação física de fome
- ☐ Sente vergonha do quanto está comendo
- ☐ Frequentemente sente culpado em seguida de se alimentar
- ☐ Nenhuma alternativa acima

17. Assinale a frequência que sente perda de controle ao comer
(Marque todas que se aplicam).

- ☐ Todos os dias
- ☐ 3 vezes na semana
- ☐ Ao menos uma vez por semana
- ☐ Uma vez ao mês
- ☐ Nunca

18. Como se sente ao se olhar no espelho
(Marque todas que se aplicam).

- ☐ Não me olho no espelho
- ☐ Evito olhar, mas quando olho sinto insatisfação
- ☐ Me olho frequentemente no espelho e sinto insatisfação
- ☐ As vezes sinto insatisfação
- ☐ Sinto satisfação ao me olhar no espelho

19. Já realizou:

(Marque todas que se aplicam).

- ☐ Dieta com acompanhamento de um profissional especializado
- ☐ Atividade física regular
- ☐ Dieta sem acompanhamento profissional especializado
- ☐ Nenhuma alternativa acima

20. Realiza atualmente:

(Marque todas que se aplicam).

- ☐ Dieta com acompanhamento de um profissional especializado
- ☐ Atividade física regular
- ☐ Dieta sem acompanhamento profissional especializado
- ☐ Nenhuma alternativa acima

Pesquisador Responsável: Emmy Uehara Pires – Professora Dra. do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Telefone de contato: (21) 2682-1841. E-mail: emmy.uehara@gmail.com.

Pesquisador executante: Raquel Sartorato Martins – Mestranda do Departamento da Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Telefone de contato: (24) 988170229. E-mail: raquelsartorato@hotmail.com.

Resultados do Estudo Piloto (apresentado na qualificação da pesquisa)

Para fins de adequação e verificação da duração dos encontros, dos instrumentos aplicados e ajustes finais, um pequeno estudo piloto foi realizado. A aplicação do estudo piloto ocorreu em ambos participantes nos dias 05 e 12 de dezembro. Nesta seção, serão discorridos os resultados dos dois participantes separadamente e seus respectivos encontros.

PARTICIPANTE 1: Sexo masculino, 38 anos de idade, possui 148 kg e 1,77 de altura e faz uso de medicamento para controle da pressão arterial, que também serve de diurético.

Encontro 1Histórico:

Na entrevista clínica de anamnese, expôs que ingere em um período determinado uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período. Além disso, relatou uma presente sensação de falta de controle frente aos alimentos, sentindo que não consegue parar de comer ou controlar a quantidade, acrescentando que ocorre principalmente com comidas salgadas. Acredita que come mais rapidamente que o normal e até se sentir desconfortavelmente cheio. Em relação este fato, observou que a perda de controle ao comer está associada ao emocional, quando está preocupado, principalmente, com as contas definindo inclusive o período mensal que ocorre com mais frequência.

Desde que saiu do seu emprego anterior esses episódios de descontrole melhoraram, visto que se sente menos estressado. Também se julgou como uma pessoa ansiosa, porém, não considera afetar os episódios. De acordo com a percepção corporal, revela que frequentemente olha no espelho e sente insatisfação, lembrando que décadas atrás era nadador profissional. Todavia, abandonou a carreira, pois começou a fumar, o que afetou o rendimento na atividade. Quando parou de fumar, seu peso aumentou 50 kg. Atualmente, não realiza dieta ou pratica atividade física. Entretanto, há 8 anos atrás, já fez acompanhamento especializado em nutrição.

Instrumentos:

Na Escala de Barkley de Déficits no Funcionamento Executivo (BDEFS), assinalou raramente 8 vezes, as vezes 7, frequentemente 4 e muito frequentemente 2. Concordando mais intensamente (muito frequentemente ou frequentemente) com afirmações relacionadas a

procrastinação, má administração do tempo, autorregulação de emoções e menos intensamente (raramente ou as vezes) quando o assunto era autocontrole e automotivação. Obteve uma pontuação de 13 pontos nas questões referentes ao gerenciamento de tempo, 6 pontos em organização, 5 pontos em autocontrole, 5 em motivação e 10 em autorregulação da emoção. Sendo a pontual total de 39 pontos consistindo no percentil 70 e acima da média, já nas contagens de sintomas FE obteve 5 pontos, com percentil 75 e também acima da média.

A respeito da compulsão alimentar avaliada na Escala de Compulsão Alimentar (BES), o participante assinalou que se sente preocupado sobre como parece para os outros, mas normalmente não se sente desapontado consigo, inclusive não sente culpa ou ódio após comer demais. Contudo, sente que tem falhado mais do que a média das pessoas em controlar o comportamento alimentar, que de vez enquanto come por impulso mesmo quando não está com fome e sente que não pode controlar a compulsão. Embora não se sinta empanturrado por comer demais, pois, dificilmente, come tanta comida a esse ponto, confessa ter problema para parar de comer uma vez que tenha começado. Sobre a rotina, relata ter o hábito de pular refeições regulares, ter fortes desejos por comida por tempo curto e não pensar muito em tentar controlar os impulsos indesejáveis para comer. Ao final, declarou não saber qual quantidade seria o “normal” de comida para si.

Na Escala de Impulsividade de Barratt, demonstrou sempre tomar decisões rapidamente, com frequência falar sem pensar, ter mais de um pensamento ao mesmo tempo e gastar mais do que ganha. No entanto, raramente, troca de emprego, de casa ou de hobbies e não agir no calor do momento, somente de vez em quando acredita agir por impulso e fazer coisas sem pensar. A maioria das afirmações nessa escala foram marcadas como “de vez em quando”, quando perguntadas concentração, atenção e preparação para o futuro.

Na Escala de Percepção de Estresse, afirma que os últimos 30 dias, assinalou “as vezes”: Se sentiu aborrecido, foi incapaz de controlar coisas importantes em sua vida, esteve nervoso ou estressado, sentiu que as coisas aconteceram da maneira esperada, achou que não iria conseguir lidar com todos os afazeres e bravo por ter coisas fora do controle. Enquanto isso, assumiu quase nunca esteve confiante lidar com seus problemas pessoais, pois “vai na sorte”, que nunca achou que todos os aspectos de sua vida estavam sob seu controle. Mas, se sentiu capaz de controlar irritações na sua vida, e que os problemas não se acumularam a ponto de sentir que não conseguiria resolver.

Encontro 2

Instrumentos:

Na avaliação da atenção por meio do teste AOL-C (Atenção concentrada), obteve uma pontuação bruta total de 50.0 ponto(s), que corresponde ao percentil 40 de acordo com a faixa etária e região. Esse resultado indica que o participante apresenta uma atenção concentrada dentro da média se comparado(a) às pessoas da amostra normativa, ou seja, consegue focar sua atenção em apenas uma fonte de informação em detrimento de outros estímulos, em um tempo predeterminado.

Quando submetido(a) ao teste AOL-A (Atenção alternada), obteve uma pontuação bruta total de 40.0 ponto(s), que corresponde ao percentil 20 com base na faixa etária e 25 quando baseado na região sudeste. Esse resultado indica que o participante apresenta uma atenção alternada um pouco abaixo da média se comparado(a) às pessoas da amostra normativa, o que indica muita dificuldade para direcionar o foco da atenção ora em um estímulo, ora em outro, em um tempo predeterminado. Já na verificação da atenção por meio do teste AOL-D (Atenção dividida), obteve uma pontuação bruta total de 37.0 ponto(s), que corresponde ao percentil 50 de acordo com a faixa etária e região. Sugerindo que, dispõe de uma atenção dividida dentro da média, se comparado(a) às pessoas da amostra normativa, sendo capaz de focalizar sua atenção em dois ou mais estímulos simultaneamente, em um tempo predeterminado.

Tabela 1 Resultados do teste AOL participante 1.

Amostra Geral	AOL-C	AOL-A	AOL-D
Pontos	50.0	40.0	37.0
Percentil	40	20	50
Classificação	Médio	Médio inferior	Médio
Acertos	50.0	45.0	43.0
Erros	0.0	0.0	1.0
Omissões	0.0	5.0	5.0
Tempo de reação (TR)	2.63	2.87	4.99
Percentil do TR	Médio	Alto	Médio
Faixa etária	AOL-C	AOL-A	AOL-D
Pontos	50.0	40.0	37.0

Percentil	40	25	50
Classificação	Médio	Médio Inferior	Médio
Acertos	50.0	45.0	43.0
Erros	0.0	0.0	1.0
Omissões	0.0	5.0	5.0
Tempo de reação (TR)	2.63	2.87	4.99
Percentil do TR	Médio	Médio	Médio
Região	AOL-C	AOL-A	AOL-D
Pontos	50.0	40.0	37.0
Percentil	40	20	50
Classificação	Médio	Médio Inferior	Médio
Acertos	50.0	45.0	43.0
Erros	0.0	0.0	1.0
Omissões	0.0	5.0	5.0
Tempo de reação (TR)	2.63	2.87	4.99
Percentil do TR	Médio	Alto	Médio

A respeito do FDTa inibição constou um resultado 13 segundos e percentil 50 e na da média; a flexibilidade em 22 segundos também condizendo a um percentil de 50 e na média.

Tabela 2 Resultados do teste FDT participante 1.

Processos automáticos				Processos controlados			
Leitura		Contagem		Escolha		Alternância	
Tempo	28	Tempo	26	Tempo	41	Tempo	50
Percentil	5	Percentil	50	Percentil	25	Percentil	25
Erros	0	Erros	0	Erros	0	Erros	0
Percentil	0	Percentil	0	Percentil	0	Percentil	0
Inibição		Flexibilidade					
Tempo	13	Tempo	22				
Percentil	50	Percentil	50				

PARTICIPANTE 2: Sexo feminino, 36 anos de idade, possui 52 kg e 1,65 de altura e faz uso de medicamento para asma e de ansiolítico para dormir.

Encontro 1

Histórico:

Segundo a entrevista clínica de anamnese, realizou cirurgia bariátrica, devido a complicações ao engravidar. Atualmente, afirma estar em processo de reeducação alimentar, assim, não ingere grande quantidade de alimento ou sente falta de controle frente aos alimentos. Não come mais rapidamente ou até se sentir desconfortavelmente cheia e hoje em dia não sente vergonha do quanto está comendo. Do mesmo modo, não apresenta comportamento compensatório, relatando, porém, um histórico bulímico na adolescência. Devido às limitações a respeito da alimentação pós cirurgia, é acompanhada por um profissional nutrólogo. No entanto, não necessita de dieta explicando que não consegue comer em grande quantidade, apesar de sentir vontade e ingerir doces todos os dias.

Instrumentos:

De acordo com a BDEFS, frequentemente procrastina tarefas até o último minuto, desperdiça e administra mal o tempo, parece que não consegue finalizar as coisas a menos que tenham um prazo final imediato, sobretudo devido ao filho pequeno, assume frequentemente ter falta de disciplina e faz comentários impulsivos. Raramente sente que palavras parecem faltar quando quer explicar alguma coisa para os outros, detalhando *“Isso hoje. Pois antes acreditava que não era merecedora... Fiz acompanhamento psicológico para entender o que sinto e falar”*, também não considera ter dificuldade em aprender atividades novas e complexas tão bem quanto os outros. Em relação aos outros, consegue concluir explicações tão rapidamente quanto, processar informações tão rápido ou precisamente. Raramente faz as coisas sem considerar as consequências, ou sem levar em consideração fatos relevantes do passado, sem ter consciências do que fala ou faz. Além de expressar conseguir regular suas emoções, agindo racionalmente ou conseguindo pensar e agir de forma positiva. A respeito da pontuação, no gerenciamento do tempo obteve 12 pontos, na organização 4 pontos, no autocontrole 6 pontos, na motivação 5 pontos, na autorregulação da emoção 4 pontos, conferindo a um total de 31 pontos com percentil de 45, estando abaixo da média e sintomas do FE 5 pontos com percentil de 75, acima da média.

Com base na BES, afirmou hoje não se sentir constrangida com o seu peso, mas que já sentiu “*parecia que estava sufocada*”. Sente-se capaz de controlar impulsos para comer, quando quer, porém de vez em quando come por impulso quando não está com fome. Por vezes, explica também que precisa comer obrigada e que não perde o controle total da alimentação quando está de dieta mesmo após comer mais, apesar de raramente comer até se sentir desconfortavelmente cheia e que normalmente é capaz de parar de comer quando quer. Relata que quando se alimenta em público pessoas costumam comentar “só vai comer isso”, por isso costuma reservar a sua parte para comer o resto depois. Entretanto, marcou que parece que, na maior parte das horas em que passa acordada, estão preocupadas por pensamentos sobre comer ou não comer. Sente como se estivesse constantemente lutando para não comer, explicando que “*a gente opera o estômago, mas o cérebro continua de gordo*”, embora em seguida afirme que não pense tanto em comida e que sabe se está ou não fisicamente com fome e come a porção certa para se satisfazer.

Sobre a impulsividade avaliada na BIS, demonstrou impulsividade em fazer e falar as coisas sem pensar. Expõe que toma decisões rapidamente, não planeja as tarefas cuidadosamente, raramente pensa em uma coisa de cada vez e de vez em quando os pensamentos se atropelam, no entanto, dependendo do conteúdo pensa com cuidado. Apesar de acreditar quase sempre ou sempre ter autocontrole, de vez em quando age por impulso/ no calor do momento. Raramente economiza, apesar hoje em dia não comprar coisas por impulso, antes tinha compulsão por sapato também. Não gosta de pensar em problemas complexos.

Em relação ao estresse investigado na EPS-10 nos últimos 30 dias, muito frequente ficou aborrecida por algo acontecido inesperadamente, se sentiu incapaz de controlar coisas importantes na sua vida, esteve nervosa/ estressada e também confiante em sua capacidade em lidar com seus problemas pessoais embora tenha achado que não conseguiria lidar com todas as afazeres. Se sentiu frequentemente brava por coisas que estiveram fora do controle e quase nunca acreditou que os aspectos de sua vida estavam sob controle. Todavia, por vezes foi capaz de controlar as irritações na sua vida.

Encontro 2

Instrumentos:

De acordo com a atenção on line concentrada verificada no teste AOL-C, obteve uma pontuação bruta total de 11.0 ponto(s), que corresponde ao percentil 1, baseada na faixa etária e região. Esse resultado indica que a participante 2 apresenta uma atenção concentrada abaixo da média, se comparado(a) às pessoas da amostra normativa, o que indica muita dificuldade para focar sua atenção em apenas uma fonte de informação em detrimento de outros estímulos, em um tempo predeterminado.

Conforme a atenção alternada ao teste AOL-A, obteve uma pontuação bruta total de 0.0 ponto(s), que corresponde ao percentil. Indica que a participante dispõe de uma atenção alternada abaixo da média, se comparado(a) às pessoas da amostra normativa etária e de região, o que indica muita dificuldade para direcionar o foco da atenção ora em um estímulo, ora em outro, em um tempo predeterminado, e diante de vários estímulos distratores.

Na atenção on line dividida avaliada no AOL-D, obteve uma pontuação bruta total de -25.0 ponto(s), que corresponde ao percentil 1. Esse resultado sugere que a participante dispõe de uma atenção dividida abaixo da média, se comparado(a) às pessoas da amostra normativa, o que indica muita dificuldade para focalizar sua atenção em dois ou mais estímulos simultaneamente, em um tempo predeterminado.

Tabela 3 Resultados do teste AOL participante 2.

Amostra Geral	AOL-C	AOL-A	AOL-D
Pontos	11.0	0.0	-25.0
Percentil	1	1	1
Classificação	Inferior	Inferior	Inferior
Acertos	38.0	32.0	22.0
Erros	0	0.0	5.0
Omissões	27.0	32.0	42.0
Tempo de reação (TR)	3.17	3.61	7.47
Percentil do TR	Alto	Alto	Muito Alto
Faixa etária	AOL-C	AOL-A	AOL-D
Pontos	11.0	0.0	-25.0
Percentil	1	1	1

Classificação	Inferior	Inferior	Inferior
Acertos	38.0	32.0	22.0
Erros	0	0.0	5.0
Omissões	27.0	32.0	42.0
Tempo de reação (TR)	3.17	3.61	7.47
Percentil do TR	Alto	Alto	Alto
Região	AOL-C	AOL-A	AOL-D
Pontos	11.0	0.0	-25.0
Percentil	1	1	1
Classificação	Inferior	Inferior	Inferior
Acertos	38.0	32.0	22.0
Erros	0.0	0	5.0
Omissões	27.0	32.0	42.0
Tempo de reação (TR)	3.17	3.61	7.57
Percentil do TR	Alto	Muito Alto	Muito Alto

No FDT a inibição, teve levou 17 segundos, conferindo a um percentil de 75 e acima da média, já na flexibilidade, realizou em 31 segundos, configurando a um percentil de 25 e abaixo da média.

Tabela 4 Resultados do teste FDT participante 2.

Processos automáticos				Processos controlados			
Leitura		Contagem		Escolha		Alternância	
Tempo	20	Tempo	27	Tempo	37	Tempo	51
Percentil	75	Percentil	25	Percentil	50	Percentil	5
Erros	0	Erros	0	Erros	0	Erros	0
Percentil	0	Percentil	0	Percentil	0	Percentil	0
Inibição		Flexibilidade					
Tempo	17	Tempo	31				
Percentil	75	Percentil	25				

Detalhamento de informações dos participantes e resultados da pesquisa

Participante 1

Sexo feminino, 45 anos, 90 kg, 1,60m de altura. Faz uso de medicamento para tratamento de Bipolaridade, pressão alta, colesterol, esclerose múltipla, tireoide. E relata que todos os dias sente perda de controle ao comer.

Tabela 5 Resultados dos instrumentos de pesquisa participante 1.

BDEFS (percentil)	Abaixo da média (35)
BIS (pontos)	83
Impulsividade motora	34
Impulsividade atencional	28
Impulsividade no planejamento	24
BES (pontos)	Grave (29)
Controle inibitório FDT (percentil)	Acima da média (75)
Flexibilidade Cognitiva FDT (percentil)	Acima da média (75)
AOL-A	Média (25)
AOL-C	Média (30)
AOL-D	Média (30)

Participante 2

Sexo feminino, 31 anos, 73kg, 1,64m de altura. Faz uso de medicamento para tratamento da depressão e distúrbio do sono. E relata que sente perda de controle ao comer pelo menos 3 vezes na semana.

Tabela 6 Resultados dos instrumentos de pesquisa participante 2.

BDEFS (percentil)	Média (60)
BIS (pontos)	(58)
Impulsividade motora	(15)
Impulsividade atencional	(18)

Impulsividade no planejamento	(25)
BES (pontos)	Moderada (21)
Controle inibitório FDT (percentil)	Proeminente (<5)
Flexibilidade Cognitiva FDT (percentil)	Proeminente (<5)
AOL-A	Média (70)
AOL-C	Média (50)
AOL-D	Média (80)

Participante 3

Sexo feminino, 53 anos, 117kg, 1,69m de altura. Faz uso de medicação para o tratamento de depressão, TDAH, pressão alta, distúrbio do sono. Relata sentir perda de controle todos os dias ao comer.

Tabela 7 Resultados dos instrumentos de pesquisa participante 3.

BDEFS (percentil)	Acima da Média (>99)
BIS (pontos)	(85)
Impulsividade motora	(23)
Impulsividade atencional	(25)
Impulsividade no planejamento	(37)
BES (pontos)	Grave (34)
Controle inibitório FDT (percentil)	Abaixo da média (5)
Flexibilidade Cognitiva FDT (percentil)	Proeminente (<5)
AOL-A	Abaixo da média (10)
AOL-C	Abaixo da média (1)
AOL-D	Abaixo da média (1)

Participante 4

Sexo feminino, 26 anos, 92kg, 1,60m de altura. Faz uso de medicação para o tratamento da depressão, epilepsia, distúrbio do sono e ansiedade. Relata a sensação de falta de controle ao comer pelo menos 1 vez na semana.

Tabela 8 Resultados dos instrumentos de pesquisa participante 4.

BDEFS (percentil)	Acima da Média (80)
Impulsividade BIS (pontos)	(65)
Impulsividade motora	(28)
Impulsividade atencional	(15)
Impulsividade no planejamento	(22)
BES (pontos)	Baixo/ sem ecap (14)
Controle inibitório FDT (percentil)	Abaixo da média (5)
Flexibilidade Cognitiva FDT (percentil)	Proeminente (<5)
AOL-A	Média (70)
AOL-C	Média (20)
AOL-D	Média (30)

Participante 5

Sexo feminino, 32 anos, 78 kg, 1,56m de altura. Faz uso de medicação para tratamento de Depressão, ansiedade, transtorno pós-traumático, TDAH. Relatou ter sensação de falta de controle todos os dias ao comer.

Tabela 9 Resultados dos instrumentos de pesquisa participante 5.

BDEFS (percentil)	Acima da Média (>99)
Impulsividade BIS (pontos)	(89)
Impulsividade motora	(24)
Impulsividade atencional	(32)
Impulsividade no planejamento	(33)
BES (pontos)	Grave (27)
Controle inibitório FDT (percentil)	Proeminente (<5)

Flexibilidade Cognitiva FDT (percentil)	Proeminente (<5)
AOL-A	Média (70)
AOL-C	Abaixo da média (10)
AOL-D	Abaixo da média (1)

Participante 6

Sexo masculino, 48 anos, 94 kg, 1,75m de altura. Faz uso de medicação para pressão alta e colesterol. Relata sentir perda de controle todos os dias ao comer.

Tabela 10 Resultados dos instrumentos de pesquisa participante 6.

BDEFS (percentil)	Abaixo da média (15)
Impulsividade BIS (pontos)	(41)
Impulsividade motora	(13)
Impulsividade atencional	(9)
Impulsividade no planejamento	(19)
BES (pontos)	Baixo/ sem ecap (12)
Controle inibitório FDT (percentil)	Acima da media(75)
Flexibilidade Cognitiva FDT (percentil)	Média (50)
AOL-A	Média (30)
AOL-C	Média (40)
AOL-D	Média (50)

Participante 7

Sexo feminino, 26 anos, 67kg, 1,51m de altura. Faz uso de medicação para tratamento de ansiedade e distúrbio do sono. Relata sentir perda de controle todos os dias ao comer.

Tabela 11 Resultados dos instrumentos de pesquisa participante 7.

BDEFS (percentil)	Acima da média (95)
Impulsividade BIS (pontos)	(79)

Impulsividade motora	(24)
Impulsividade atencional	(23)
Impulsividade no planejamento	(32)
BES (pontos)	Grave (38)
Controle inibitório FDT (percentil)	Acima da média(75)
Flexibilidade Cognitiva FDT (percentil)	Média (25)
AOL-A	Abaixo da média (10)
AOL-C	Média (30)
AOL-D	Média (40)

Participante 8

Sexo feminino, 51 anos, 90kg, 1,56m de altura. Faz uso de medicação para tratamento de ansiedade, depressão e glicose. Relata sentir perda de controle todos os dias ao comer.

Tabela 12 Resultados dos instrumentos de pesquisa participante 8.

BDEFS (percentil)	Acima da média (>99)
Impulsividade BIS (pontos)	(66)
Impulsividade motora	(27)
Impulsividade atencional	(18)
Impulsividade no planejamento	(21)
BES (pontos)	Grave (34)
Controle inibitório FDT (percentil)	Média (25)
Flexibilidade Cognitiva FDT (percentil)	Média (50)
AOL-A	Abaixo da média (10)
AOL-C	Média (40)
AOL-D	Média (80)

Participante 9

Sexo masculino, 31 anos, 80kg, 1,77m de altura. Faz uso de medicação para tratamento de hipercolesterolemia familiar. Relata sentir perda de controle ao comer pelo menos 3 vezes na semana.

Tabela 13 Resultados dos instrumentos de pesquisa participante 9.

BDEFS (percentil)	Acima da média (90)
Impulsividade BIS (pontos)	(65)
Impulsividade motora	(20)
Impulsividade atencional	(21)
Impulsividade no planejamento	(24)
BES (pontos)	Moderada (22)
Controle inibitório FDT (percentil)	Abaixo da média (5)
Flexibilidade Cognitiva FDT (percentil)	Proeminente (<5)
AOL-A	Abaixo da média (1)
AOL-C	Abaixo da média (1)
AOL-D	Média (25)

Resultados secundários: detalhamento de correlações entre as demais variáveis.

Tabela 14 Correlações significativas relacionadas ao déficit nas funções executivas.

		Déficit na organização (BDEFS)	Déficit na autorregulação emocional (BDEFS)	Impulsividade (BIS)	Flexibilidade cognitiva (FDT)
Déficit nas Funções Executivas (BDEFS)	Correlation Coefficient	,940	,866**	,711*	,681
	Sig. (2-tailed)	,000	,003	,032	,044
	N	9	9	9	9

Tabela 15 Correlações significativas relacionadas à impulsividade

		Organização (BDEFS)	Autocontrole (BDEFS)	Impulsividade Atencional (BIS)	Impulsividade em planejamento (BDEFS)
Impulsividade (BIS)	Correlation Coefficient	,648	,792*	,908	,702*
	Sig. (2-tailed)	,059	,011	,001	,035
	N	9	9	9	9

Tabela 16 Correlações significativas relacionada a Flexibilidade Cognitiva

		Impulsividade em planejamento (BIS)	Déficit na motivação (BDEFS)	Atenção Concentrada (AOL C)	Atenção Dividida (AOL D)
Flexibilidade Cognitiva (FDT)	Correlation Coefficient	,658	,803	-,689	-,723
	Sig. (2-tailed)	,054	,009	,040	,028*
	N	9	9	9	9

Tabela 17 Correlações significativas relacionadas a impulsividade atencional.

		Déficit no autocontrole (BDEFS)	Impulsividade no planejamento (BIS)
Impulsividade atencional (BIS)	Correlation Coefficient	,689	,765
	Sig. (2-tailed)	,040	,016
	N	9	9

Tabela 18 Correlações significativas relacionadas ao déficit na organização.

		Déficit na autorregulação emocional (BDEFS)
Déficit na organização (BDEFS)	Correlation Coefficient	,953
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	9