

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP**

Vivian de Freitas Bandeira

O trauma na infância em mulheres com compulsão alimentar

Mestrado em Psicologia Clínica

**São Paulo - SP
2020**

Vivian de Freitas Bandeira

O trauma na infância em mulheres com compulsão alimentar

Mestrado em Psicologia Clínica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia clínica, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Denise Gimenez Ramos.

São Paulo - SP
2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Denise Gimenez Ramos – PUC-SP

Prof^ª Dr^ª Liliana Liviano Wahba – PUC-SP

Prof^ª Dr^ª Christina Marcondes Morgan – UNIFESP

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPq) – Código de Financiamento n° 134278/2017-8.

This study was funded in part by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brazil (CNPq) – Funding Code 134278/2017-8.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Rose, por todo o cuidado e carinho dedicado a mim. Seu amor e companheirismo são excepcionais;

Ao meu pai, Antônio, que desde pequenina me inspirava com suas leituras;

À minha irmã, Luana, que sempre foi referência de organização, dedicação e persistência nos estudos;

Ao meu namorado e companheiro intelectual, Victor, por todas as trocas acadêmicas e apoio emocional;

À Prof^ª. Dr^ª. Denise Gimenez Ramos, que com seu brilhantismo orientou minuciosamente essa pesquisa e, por quem, tenho enorme carinho e gratidão. Tenho o privilégio de tê-la conhecido e realizado minha dissertação de mestrado e iniciação científica sob sua orientação;

Às professoras da banca examinadora, Prof^ª. Dr^ª. Liliana Liviano Wahba e Prof^ª. Dr^ª. Christina Marcondes Morgan, por terem aceitado o convite e pelas valiosas contribuições;

Aos professores da graduação de psicologia e do programa de pós-graduação em psicologia clínica da PUC-SP, em especial à Prof^ª. Dr^ª. Ivelise Fortim, à Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cassia Ferrer da Rosa, à Prof^ª. Dr^ª. Felícia Rodrigues Rebelo da Silva Araújo e ao Prof. Dr. Roberto Garcia, que tão amorosamente compartilharam seus conhecimentos comigo. Também ao Dr. Victor Palomo, por tão generosamente partilhar seu olhar poético do mundo;

Aos meus colegas do mestrado: Camila Galliez, Alice Figueira, Rubem Pugliesi, Giancarlo Dedona, Bianca Gresele, Jefferson Pereira, Marisa Catta-Preta e Victor Lippelt, que tornaram esta experiência mais leve e divertida com nossos cafezinhos. Agradeço em especial a Cris Lembo pela amizade, a Rebeca Simão, pela revisão ortográfica e a Jefferson Pereira, pelos cuidados estatísticos com o trabalho;

À minha prima-irmã Lara Delatore e minhas queridas amigas Carol Mihailovici e Iza Nishioka por entenderem meus momentos de ausência para escrever o mestrado;

À minha amiga, Lara Herrera, um encontro inesperado que o PROATA e o estudo dos Transtornos Alimentares felizmente me trouxeram;

À PUC-SP, que transformou minha vida desde a graduação e ao CNPq pela concessão da bolsa de mestrado e pelo incentivo à pesquisa;

Às participantes que voluntariamente responderam minha pesquisa e tornaram possível este estudo. Para mim, foi um privilégio ter acesso as suas histórias. Agradeço imensamente e espero que este estudo possa retribuí-las de alguma forma;

*Quando nossa alma está agitada, tudo dentro de nós fala,
menos nossos lábios. As realidades da alma, por não serem
visíveis e palpáveis, não deixam de ser realidades.*

Victor Hugo (2012)

RESUMO

BANDEIRA, V. F. **O trauma na infância em mulheres com compulsão alimentar.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

A pesquisa objetivou investigar as associações entre compulsão alimentar e trauma na infância em mulheres com compulsão alimentar, compreendendo seus aspectos psicossociais. As participantes foram mulheres com compulsão alimentar maiores de 18 anos, que participavam de grupos voltados ao tema da compulsão alimentar do *Facebook* brasileiro. Para tanto, foram disponibilizados nestes grupos um *link* da plataforma *SurveyMonkey* com os seguintes questionários: Ficha Qualitativa Anônima, Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) e Questionário sobre traumas na infância (QUESI). Das 1.574 participantes que responderam aos questionários, 604 preencheram todos os questionários e critérios de inclusão. Os resultados revelaram que 77% da amostra apresentou compulsão alimentar grave e que há uma correlação positiva entre o nível de compulsão alimentar e o índice de trauma na infância global, abuso emocional e negligência emocional, respectivamente. O IMC também apresentou uma correlação significativa e positiva com compulsão alimentar e trauma na infância global, sendo este último um preditor maior para um maior nível de compulsão alimentar. O comer foi associado a múltiplos fatores emocionais, parecendo funcionar como uma estratégia que visa a apaziguar estados afetivos insuportáveis, assim como uma estratégia de enfrentamento desadaptada em situações de conflito. Após um episódio de compulsão as participantes relataram calma, relaxamento e diminuição do nervosismo e inquietude, embora estados afetivos negativos, especialmente nojo, vergonha e culpa, tenham aumentado. A interferência negativa da compulsão alimentar na vida e nas relações sociais foi a correlação mais significativa estatisticamente desse estudo, indicando os severos prejuízos que a compulsão alimentar acarreta nas interações sociais. Por fim, o sistema de autorregulação e autocontrole ficam prejudicados quando há um trauma na infância, por conta disso o indivíduo apresentaria dificuldade em controlar sua ingestão alimentar, podendo gerar um episódio de compulsão alimentar. Este compensaria o sistema de autorregulação que fora danificado, sendo uma forma de compensar a privação afetiva e de defender o indivíduo das vivências de abuso e de negligência emocional. Tais dados indicam que o comer estaria mais associado a um mecanismo de autoproteção, à defesa, à compensação e à autorregulação que à fome em si.

Palavras-chave: Compulsão alimentar. Trauma infantil. Psicologia analítica.

ABSTRACT

BANDEIRA, V. F. **Childhood trauma in women with binge eating disorder.** Dissertation (Master in Clinical Psychology). Pontifical Catholic University of São Paulo, São Paulo, 2020.

The research aimed to investigate the associations between binge eating disorder and childhood trauma in women with binge eating, understanding their psychosocial aspects. The participants were 18-year-old women with binge eating disorder, who participated in groups focused on the theme of binge eating on Brazilian Facebook. In order to do it, a link from the SurveyMonkey platform with the following questionnaires were made available in these groups: Qualitative Anonymous Form, Binge Eating Scale (ECAP) and Questionnaire on Childhood Traumas (QUESI). 604 participants completed all questionnaires and inclusion criteria out of the 1,574 women who were questioned. The results revealed that 77% of the sample had severe binge eating and that there is a positive correlation between the level of binge eating and the rate of global childhood trauma, emotional abuse and emotional neglect, respectively. BMI also showed a significant and positive correlation with binge eating and trauma in global childhood, the latter being a greater predictor for a higher level of binge eating. Eating has been associated with multiple emotional factors, seeming to work as a strategy that aims to appease unbearable affective states, as well as a maladaptive coping strategy in conflict scenarios. After a binge eating episode, the participants reported calmness, relaxation and decreased nervousness and anxiety, although negative affective states, especially disgust, shame and guilt, have increased. The negative interference of binge eating in life and social relationships was the most statistically significant correlation in this study, indicating the severe damage that binge eating causes in social interactions. Finally, the system of self-regulation and self-control gets impaired when there is a trauma in childhood and because of this, the individual would have difficulty controlling his food intake, which could lead to an episode of binge eating. This would make up for the self-regulation system that had been damaged, being a way to compensate for affective deprivation and to defend the individual from the experiences of abuse and emotional neglect. Such data indicate that eating would be more associated with a mechanism of self-protection, defense, compensation and self-regulation than with hunger itself.

Keywords: Binge eating. Childhood trauma. Analytical psychology

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das idades e do nível de instrução das pessoas que utilizaram a <i>internet</i> em 2017	66
Figura 2 - Fluxograma de seleção dos participantes do estudo	71
Figura 3 - Interpretação do coeficiente de correlação	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Pontuação subtipos QUESI.....	63
Quadro 2 – Autorrelato de diagnóstico psiquiátrico ou psicológico das participantes em qualquer fase da vida	78
Quadro 3 - Uso de medicamento ou cirurgia para redução de peso em algum momento da vida.....	80
Quadro 4 - Correlações significativas entre compulsão alimentar (ECAP) e trauma na infância (QUESI)	84
Quadro 5 - Correlações estatisticamente significativas entre IMC, ECAP e QUESI	86
Quadro 6 – Correlações estatisticamente significativas entre abuso emocional (QUESI) e autorrelato de transtornos de depressão (variável categórica)	88
Quadro 7 - Motivos de comer sem fome	94
Quadro 8 - Formas de lidar com situações de frustração e conflito	97
Quadro 9 - Impactos da compulsão alimentar na vida do indivíduo.....	99
Quadro 10 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua) e papel central da comida na vida do indivíduo (variável categórica).....	101
Quadro 11 - Centralidade da comida na vida do indivíduo	102
Quadro 12 - Modo como a insatisfação corporal afeta os episódios de compulsão	105
Quadro 13 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua), trauma na infância global (QUESI – variável contínua) e abuso emocional (QUESI – variável contínua) com formas de se machucar fisicamente (variável categórica)	107
Quadro 14 - Formas de se machucar fisicamente	107
Quadro 15 - Correlações estatisticamente significativas entre trauma na infância global (QUESI – variável contínua), abuso emocional (QUESI – variável contínua) com pensamento/tentativa de suicídio (variável categórica)	109
Quadro 16 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua) e compulsão alimentar atrapalha a vida sexual da participante (variável categórica)	110
Quadro 17 - Forma como a compulsão alimentar atrapalha a vida sexual	110

Quadro 18 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua) e compulsão alimentar atrapalha a vida e interações sociais das participantes (variável categórica).....	112
Quadro 19 - Modo como a compulsão alimentar atrapalha a vida social.....	113
Quadro 20 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua) e vergonha (variável categórica)	115
Quadro 21 - Afetos positivos antes e depois de um episódio de compulsão alimentar	116
Quadro 22 - Variação dos afetos positivos após o episódio de compulsão alimentar estatisticamente significativa.....	117
Quadro 23 - Afetos negativos antes e depois do episódio de compulsão alimentar	118
Quadro 24 - Variação dos afetos negativos após o episódio de compulsão alimentar estatisticamente significativa.....	119
Quadro 25 - Afirmações sobre autoestima.....	120
Quadro 26 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP – variável contínua) e trauma infantil (QUESI – variável contínua) com autoestima (variável categórica)	121

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da idade das participantes	71
Tabela 2 - Distribuição do IMC das participantes	73
Tabela 3 - Média do IMC das participantes	73
Tabela 4 - Nível de instrução das participantes	74
Tabela 5 – Região de habitação das participantes	75
Tabela 6 - Renda familiar das participantes	75
Tabela 7 - Estado civil das participantes	76
Tabela 8 - Tratamentos realizados pelas participantes	77
Tabela 9 - Classificação da compulsão alimentar (ECAP) das participantes....	81
Tabela 10 - Média da compulsão alimentar (ECAP) das participantes	82
Tabela 11 - Classificação do trauma na infância (QUESI) nas participantes	82
Tabela 12 - Minimização/negação do trauma na infância (QUESI)	83
Tabela 13 - Média do trauma na infância (QUESI) das participantes	83
Tabela 14 - Resumo do modelo de análise de regressão múltipla entre a variável dependente compulsão alimentar (ECAP) – e as variáveis explicativas – IMC e trauma na infância (QUESI)	86
Tabela 15 - Análise de regressão múltipla entre a variável dependente compulsão alimentar (ECAP) – e as variáveis explicativas – IMC e trauma na infância (QUESI)	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN = Anorexia Nervosa

BED = *Binge Eating Disorder*

BN = Bulimia Nervosa

CCI = Comportamento Compensatório Inapropriado

ECA = Episódio de Compulsão Alimentar

TA = Transtorno Alimentar

TCAP = Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica

TCA = Transtorno de Compulsão Alimentar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR	19
2.1 Uma breve perspectiva histórica dos transtornos alimentares	19
2.2 Os Transtornos Alimentares – diagnóstico e classificação.....	21
2.3 Dados epidemiológicos	24
2.3.1 Incidência.....	24
2.3.2 Prevalência	25
2.4 Fatores associados ao Transtorno de Compulsão Alimentar	25
2.4.1 Características psicológicas	26
2.4.2 Histórico ou presença de outros transtornos psiquiátricos.....	26
2.4.3 Dinâmica familiar	27
2.4.4 Aspecto sociocultural.....	28
2.4.5 Dieta	28
2.4.6 Obesidade	29
2.4.7 Presença de evento traumático na infância	29
3 TRAUMA NA INFÂNCIA.....	31
4 O FENÔMENO DA COMPULSÃO ALIMENTAR SOB O ENFOQUE DA PSICOLOGIA ANALÍTICA	36
4.1 A psicologia analítica e suas possíveis aproximações com a compulsão alimentar	36
4.1.1 Senhorita C.....	36
4.1.2 Caso do paciente com dores gástricas semelhantes à fome.....	37
4.2 Complexo materno negativo.....	41
4.3 Trauma, dissociação e compulsão alimentar	46
5 LEVANTAMENTO DE PESQUISA SOBRE COMPULSÃO ALIMENTAR E TRAUMA NA INFÂNCIA.....	53
5.1 Critério de busca e seleção dos trabalhos de pesquisa	53
5.2 Pesquisas sobre compulsão alimentar e trauma na infância.....	53
6 MÉTODO.....	60
6.1 Objetivo	60

6.1.1	Objetivo geral.....	60
6.1.2	Objetivos específicos.....	60
6.2	Caracterização do estudo	60
6.3	Participantes	60
6.3.1	Procedimento para seleção da amostra.....	60
6.4	Instrumentos	61
6.4.1	Ficha qualitativa anônima – Apêndice I.....	61
6.4.2	Escala de compulsão alimentar periódica (ECAP) – Anexo I.....	62
6.4.3	Questionário sobre traumas na infância (QUESI) – Anexo II.....	62
6.5	Procedimento de coleta de dados.....	64
6.6	Local de coleta de dados	65
6.6.1	Características da população brasileira que possui acesso à <i>internet</i>	65
6.6.2	Aspectos positivos e limitações do uso da <i>internet</i> como método de coleta de dados.....	66
6.7	Procedimento de análise de dados quantitativos.....	67
6.8	Procedimento de análise de dados qualitativos	68
6.9	Cuidados éticos	69
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
7.1	Descrição da amostra.....	70
7.1.1	Cálculo amostral	70
7.1.2	Seleção dos participantes da amostra	70
7.1.3	Idade.....	71
7.1.4	Gênero.....	72
7.1.5	IMC.....	73
7.1.6	Nível de instrução.....	74
7.1.7	Região de habitação	75
7.1.8	Renda familiar	75
7.1.9	Estado civil	76
7.1.10	Tratamentos realizados	77
7.1.11	Presença de diagnóstico psiquiátrico ou psicológico em qualquer fase da vida segundo as participantes	77
7.1.12	Uso de medicamentos psiquiátricos	79
7.1.13	Uso de cirurgia ou medicamento para redução de peso em algum momento da vida.....	79
7.2	Análise estatística dos questionários ECAP e QUESI	81
7.2.1	Compulsão Alimentar	81

7.2.2 Trauma na infância (QUESI).....	82
7.2.3 Correlação entre compulsão alimentar (ECAP) e trauma na infância (QUESI).....	84
7.2.4 Correlação entre trauma na infância (QUESI) e compulsão alimentar (ECAP) com IMC.....	86
7.2.5 Análise de regressão múltipla entre compulsão alimentar (ECAP) com trauma na infância global (QUESI) e IMC.....	86
7.2.6 Abuso emocional e transtornos de depressão.....	87
7.3 Análise das perguntas qualitativas.....	89
7.3.1 Vivência ou experiência marcante que relaciona com compulsão alimentar.....	89
7.3.2 Situações/emoções/pensamentos que motivam o comer.....	94
7.3.3 Estratégias de enfrentamento usadas em situações de conflito e frustração.....	96
7.3.4 Impactos da compulsão alimentar na vida do indivíduo.....	98
7.3.5 Centralidade da comida na vida do indivíduo.....	101
7.3.6 Insatisfação corporal e compulsão alimentar.....	104
7.3.7 Formas de se machucar fisicamente.....	106
7.3.8 Efeitos da compulsão alimentar na vida sexual.....	109
7.3.9 Efeito da compulsão alimentar na vida e nas relações sociais.....	112
7.3.10 Afetos positivos e negativos antes e depois da compulsão alimentar ...	115
7.3.10.1 Afetos positivos antes e depois da compulsão alimentar.....	116
7.3.10.2 Afetos negativos antes e depois da compulsão alimentar.....	117
7.3.11 Autoestima.....	119
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICE.....	140
Apêndice I – Ficha qualitativa anônima.....	140
Apêndice II – Postagem <i>Facebook</i>.....	146
Apêndice III – TCLE.....	147
ANEXOS.....	148
ANEXO I – Escala de compulsão alimentar periódica.....	148
ANEXO II – Questionários sobre traumas infância (QUESI).....	150
ANEXO III – Parecer consubstanciado do CEP.....	151

1 INTRODUÇÃO

O interesse da pesquisadora pelos Transtornos Alimentares (TA) surgiu a partir do seu primeiro estágio na graduação de psicologia em 2015. Neste estágio observacional foram desenvolvidas diversas atividades no Núcleo de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP). Tal estágio assim como a capacitação em TA realizada em 2018 nesta instituição possibilitaram, para além das supervisões e discussões de casos na equipe de psicologia e equipe interdisciplinar, a participação em aulas sobre temas variados que estavam relacionados aos TA.

Os TA são entendidos como perturbações persistentes no comportamento alimentar. Dentre os seis TA classificados pelo DSM-5, consideramos de maneira mais extensa o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), objeto de estudo dessa pesquisa. Entende-se por TCA episódios de compulsão alimentar recorrentes e incontroláveis sem que haja comportamento subsequente que tenta compensar a ingestão alimentar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O TCA foi incorporado na classificação do DSM-5 como um TA em 2014, compondo desde 2002 o apêndice do DSM-IV como indicação para futuras pesquisas. Em um breve levantamento de artigos no *Pubmed* dos últimos dez anos realizado pela pesquisadora em dezembro de 2018, ao digitar a palavra *Binge Eating Disorder* (TCA), obteve-se 2.523 resultados, enquanto ao buscar Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) obteve-se 11.402 e 3.649 resultados, respectivamente.

Observa-se, porém, um número inferior de pesquisas sobre o TCA em relação aos outros TA, o primeiro é considerado pela *American Psychiatric Association* (2014) e pelos pesquisadores Sadock, Sadock e Ruiz (2017) o TA mais comum em ambos os sexos e, em especial, na população obesa. Por meio de um estudo populacional com 11.588 participantes na Suécia, Ulfvebrand et al. (2015) observaram que as mulheres com TCA apresentaram as maiores taxas de comorbidades psiquiátricas dentre todos os TA, sendo as mais comuns os transtornos depressivos e ansiosos.

Apesar das taxas indicarem que o TCA é o TA mais comum e com maiores índices de comorbidades, no estudo de Suokas et al. (2013) as taxas de mortalidade do TCA são inferiores as de BN e as de AN. Devido ao fato da mortalidade ser menor no TCA, a pesquisadora observou no PROATA (UNIFESP), durante sua capacitação

em 2018, que o atendimento para TCA é postergado priorizando-se o atendimento de urgência para pessoas com AN e BN.

Considerando que o TCA é o TA mais comum e com maior índice de comorbidades psiquiátricas; que sua classificação como entidade diagnóstica é recente e que o atendimento desta população em serviços especializados não é priorizado em razão do baixo risco de mortalidade a curto prazo, se faz indispensável aumentar o número de estudos sobre esse transtorno e compreender os fatores de risco ligados a ele (PASSOS; STEFANO; BORGES, 2005; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; ULFVEBRAND et al., 2015).

Molendijk et al. (2017), em uma revisão de pesquisa, observaram que o trauma infantil foi considerado um fator de risco para o desenvolvimento dos TA em diversos estudos, em uma estimativa de 17% a 46%. No que se refere à compulsão alimentar e ao trauma infantil, embora em menor escala quando comparado com os outros TA, diversos estudos observaram esta associação (AFIFI et al., 2017; BAEK et al., 2018; BECKER; GRILO, 2011; BRAUN et al., 2019; CASLINI et al., 2016; IMPERATORI et al., 2016; MOLENDIJK et al., 2017; PALMISANO et al., 2018; PALMISANO; INNAMORATI; VANDERLINDEN, 2016; QUILLIOT et al., 2019).

O trauma na infância é definido por Van der Kolk (2005) como a vivência múltipla, crônica e prolongada de eventos traumáticos que interferem no desenvolvimento saudável da criança, tais como, os descritos por Cook et al. (2005): maus-tratos infantis; abuso emocional, sexual e físico; negligência emocional e física; testemunhar violência doméstica e perda dos cuidadores.

O trauma na infância em mulheres com compulsão alimentar foi objeto desse estudo em decorrência dos diversos prejuízos a longo prazo que pode causar. Como apontam Cook et al. (2005), os efeitos danosos do trauma infantil podem abarcar diversos domínios: prejuízo na regulação afetiva e comportamental; dificuldade no âmbito relacional; baixa autoaceitação; alto nível de dissociação e danos nas estruturas fisiológicas e cognitivas.

Em função desses achados, a presente pesquisa objetiva estudar: 1) a associação entre trauma na infância e compulsão alimentar em mulheres adultas; 2) compreender os aspectos psicossociais destas duas variáveis sobre o enfoque da psicologia analítica. A fim de possibilitar uma compreensão mais ampla sobre o TCA, o próximo capítulo abordou uma breve perspectiva histórica dos TA, a classificação diagnóstica do TCA, dados epidemiológicos e fatores associados a esse transtorno.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR

2.1 Uma breve perspectiva histórica dos transtornos alimentares

Em uma perspectiva histórica, a partir da metade do século XX, como apontam Claudiano e Zanella (2005), houve um crescente aumento do interesse nos TA, o qual pode ser justificado pelo aumento de ocorrências de novos casos do transtorno, em especial em mulheres jovens. Entretanto, embora seja considerado um transtorno moderno, suas raízes remontam aos tempos antigos.

A AN foi o primeiro TA referido na literatura, sendo mencionado em 106-43 A.C. O termo Anorexia, do grego *an* ausência e *orexis* apetite, e Nervosa, para caracterizar que se trata de uma “doença dos nervos”, visto que não existe uma perda de apetite objetiva em decorrência de qualquer disfunção gástrica, e sim, uma recusa em se alimentar por medo de engordar, só foi cunhado em 1873 por William Gull e Charles Lasegue, passando a ter critérios mais claros de classificação em 1970 (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Até a década de setenta, segundo Claudiano e Zanella (2005), a AN era o único TA conhecido, quando Gerald Russell (1979) inaugurou os primeiros estudos sobre Bulimia, com o célebre artigo *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. A partir da observação de trinta pacientes que relataram intenso medo de engordar, episódios em que comiam vorazmente e comportamentos compensatórios como, por exemplo, vômitos autoinduzidos para controlar o ganho de peso. Bonini et al. (2018) relata que Russell (1979) distinguiu este grupo de pacientes daquelas com AN, já que tinham peso normal, comportamentos impulsivos, entre outras características.

O termo Bulimia deriva do grego *bous* que significa boi ou grande quantidade e *limos* fome, ou seja, o indivíduo estaria com tanta fome que seria capaz de devorar um boi (CLAUDIANO; ZANELLA, 2005; CORDÁS; CLAUDINO, 2002). Segundo Cordás (2004), o termo *boulimos* já era utilizado por Hipócrates a fim de indicar uma fome voraz, distinta da fome fisiológica.

A *American Psychiatric Association* (1980) incluiu em 1980 a Bulimia no DSM-III como TA, mas ainda não era obrigatório, como é no diagnóstico atual, a presença do comportamento compensatório após o episódio de compulsão alimentar. Em 1987

no DSM-III-R, a Bulimia passa a ser denominada Bulimia Nervosa (BN) e o método compensatório inapropriado de controle de peso passa a ser elemento crucial na definição do diagnóstico (PALAVRAS et al., 2011).

A partir desse momento, pode-se observar que a AN e BN foram consideradas entidades diagnósticas distintas e reconhecidas. Aqueles indivíduos, que não se ajustavam a nenhum desses diagnósticos, foram classificados como Transtornos Alimentares Atípicos (CORDÁS, 2004; BONINI et al., 2018).

No DSM-III (1980) havia uma sobreposição do que hoje é chamado de TCA com a BN, isto porque atualmente a Bulimia incluiria ambos os diagnósticos na forma como são entendidos no DSM-5. Em 1987 no DSM-III-R, os critérios diagnósticos foram revisitados e discriminados, sendo necessário a presença de um comportamento compensatório para o diagnóstico de BN, o que excluiria o que hoje chamamos TCA, em que há apenas a presença do episódio de compulsão alimentar.

Embora o TCA tenha sido incluído só no DSM-IV (1994) como apêndice B dos Transtornos Alimentares Não Especificados, Stunkard (1959) já tinha observado o TCA enquanto uma condição clínica na década de cinquenta. Stunkard (1959) ao estudar um grupo de obesos percebeu que existiam diferentes tipos de obesidade, as quais foram classificadas em três padrões de alimentação distintos, entre eles estava o atual *Binge Eating Disorder* (BED), em português, Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA).

Este subgrupo, semelhante ao atual TCA, apresentava sintomas nessa sequência: estresse antes; dissociação durante; e autorreprovação após um episódio de compulsão alimentar. Ademais, a relação entre episódio de compulsão alimentar e o evento antecedente precipitante não era clara para indivíduo e frequentemente a compulsão alimentar parecia ter significados simbólicos altamente personalizados (STUNKARD, 1959).

O TCA foi identificado nos estudos de Stunkard (1959), mas somente na década de noventa o interesse por este subgrupo, distinto dos obesos e da BN, cresceu (CLAUDIANO; ZANELLA, 2005). Tendo em vista a impossibilidade de diagnosticarem estes indivíduos baseados no DSM-III-R (1987), Spitzer et al. (1992, 1993) propõem uma nova categoria de Transtorno Alimentar para o DSM-IV, o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódico (TCAP), além de encorajar novos estudos na área, visando a promoção de um tratamento mais eficiente para esta população. No DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2002), o TCAP é listado como um

Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE) e incluso no Apêndice B, com sugestão de futuras pesquisas para critérios diagnósticos.

Em 2014, com a publicação do DSM-5, o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) passa a se chamar Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), sendo integrado na categoria diagnóstica dos TA. Em relação às diferenças nos critérios diagnósticos do DSM-IV-RT para o DSM-5, observa-se que a frequência e a duração dos episódios por semana foram modificadas e houve a adição de uma classificação de severidade para o transtorno, baseada no número de episódios de compulsão alimentar por semana. Estes aspectos serão descritos no subcapítulo seguinte.

2.2 Os Transtornos Alimentares – diagnóstico e classificação

A fim de compreender e definir os Transtornos Alimentares (TA), foi utilizado como referência o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) desenvolvido pela *American Psychiatric Association* (2014). Entretanto, é importante destacar que não se pretende usar este material como única visão possível, nem reduzir a realidade complexa de um indivíduo à determinada psicopatologia, mas sim utilizar uma entidade diagnóstica definida e clara, visando ao melhor desenvolvimento da pesquisa.

Os TA são descritos como alterações recorrentes do comportamento alimentar, com conseqüente perturbação na alimentação e prejuízo na saúde física ou funcionamento psicossocial (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

São classificados pela *American Psychiatric Association* (2014), no DSM-5, seis diagnósticos de TA: 1) Pica; 2) Transtorno de Ruminação; 3) Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo; 4) Anorexia Nervosa (AN); 5) Bulimia Nervosa (BN) e 6) Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA). Além destas, existem outras duas categorias para sintomas e sinais de TA, as quais não atendem aos critérios diagnósticos listados acima, mas causam algum sofrimento ao indivíduo, são elas: Outro Transtorno Alimentar Especificado e Transtorno Alimentar Não Especificado.

O TCA é caracterizado por recorrentes episódios de compulsão alimentar (ECA), os quais provocam sofrimento significativo no indivíduo. Estes episódios são constituídos por dois aspectos: sensação de falta de controle e “ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a

maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 350).

Os episódios de compulsão devem estar relacionados a pelo menos três dos seguintes aspectos:

1. comer mais rapidamente que o normal;
2. comer até se sentir desconfortavelmente cheio;
3. comer grandes quantidade de alimento na ausência da sensação de fome física;
4. comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo e
5. sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p 350).

É importante destacar que os ECA não devem estar sistematicamente associados a um comportamento compensatório inapropriado (CCI) como, por exemplo, o uso do vômito autoinduzido subsequente ao consumo alimentar. Segundo o *American Psychiatric Association* (2014), os ECA funcionariam como estratégias de enfrentamento a curto prazo para lidar com afetos negativos, peso e forma corporal, estresse interpessoal, restrições dietéticas e tédio. Entretanto, estes acabam por se tornar fatores desencadeantes e, a longo prazo, o indivíduo apresenta uma autoavaliação negativa.

A fim de caracterizar o TCA, os episódios de compulsão alimentar devem ocorrer, em média, ao menos uma vez por semana no período três meses e podem adquirir uma qualidade dissociativa durante ou após sua ocorrência. A gravidade do quadro de TCA baseia-se na frequência do ECA, sendo considerado: 1) Leve: 1 a 3 episódios por semana; 2) Moderado: 4 a 7 episódios; 3) Grave: 8 a 13 episódios; 4) Extrema: 14 episódios ou mais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em relação às comorbidades médicas, indivíduos com TCA – independente do IMC – comparados com a população geral em uma amostra nos EUA, apresentam condições físicas crônicas, tais como: dor nas costas, pescoço e cabeça; diabetes e hipertensão. Obesos com TCA, em comparação com obesos sem TCA, apresentam maior nível de corticoide, hormônio do estresse e controle cardíaco parassimpático reduzido em resposta ao estresse (MONTANO; RASGON; HERMAN, 2016).

Embora o transtorno seja sistematicamente relacionado ao sobrepeso e à obesidade, o TCA e a obesidade são entidades distintas. A obesidade, assim como distúrbios do sono, diabetes, síndromes metabólicas e doenças gastrointestinais são outras comorbidades não psiquiátricas que ocorrem com frequência em pacientes com TCA, como apontam Wilfley, Citrome e Herman (2016) e Udo e Grilo (2019).

A obesidade, caracterizada, segundo Sadock, Sadock e Ruiz (2017), pelo excesso de gordura corporal resultante da maior ingestão de calorias em relação a sua queima, não é entendida como um TA, por não se tratar de um transtorno mental. Para a *American Psychiatric Association* (2014), a obesidade decorre de condições genéticas; fisiológicas; comportamentais e ambientais.

Embora o IMC, segundo a *American Psychiatric Association* (2014), não seja um critério diagnóstico para o TCA, foi observado no estudo de Palmisano et al. (2018) uma associação positiva entre IMC e severidade da compulsão alimentar.

Sadock, Sadock e Ruiz (2017) observaram uma prevalência de 40% a 60% de transtornos mentais em obesos que buscam tratamento para perda de peso. Em um estudo, realizado com a população americana por Montano, Rasgon e Herman (2016), 13% a 27% dos indivíduos obesos que buscaram tratamento para perda de peso possuíam TCA. Observou-se que o TCA, segundo a *American Psychiatric Association* (2014), é mais prevalente entre indivíduos que procuram tratamento para emagrecer ou que são obesos, quando comparados com a população geral.

Forteza e Miguel (2014) indicaram que as taxas de prevalência do TCA na população brasileira geral variam de 0,7% até 4%. Entretanto, quando se trata da população obesa, a prevalência atinge 8%, chegando a 25% em obesos grau II e 50% em obesos grau III. Estes dados estão de acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017), que indicam que 25% dos obesos e 50% a 70% dos obesos graves possuem TCA, demonstrando que existe uma associação entre obesidade e TCA. Em estudo na população americana, realizado por Montano, Rasgon e Herman (2016), 36% a 42% dos indivíduos com diagnóstico ao longo da vida de TCA eram obesos.

Desse modo, o TCA pode estar associado a um maior risco de aumento de peso e desenvolvimento de obesidade, embora também possam ocorrer em indivíduos com peso normal. Em uma grande estudo epidemiológico realizado por Hudson et al. (2007), 19% da amostra possuía peso normal; 35,7% sobrepeso; 29,20% obesidade grau I e II, e 16,20% obesidade grau III, indicando que 81% da amostra estava com sobrepeso ou obesidade em algum grau.

Além disso, Montano, Rasgon e Herman (2016) destacam que obesos com TCA e obesos sem TCA diferem em diversos fatores. A *American Psychiatric Association* (2014) e Montano, Rasgon e Herman (2016), tendo como referencial a população norte americana, observaram que obesos com TCA apresentaram: a) maior consumo de calorias durante um ECA e durante uma refeição regular; b) maior

presença de afetos negativos, tais como, culpa e vergonha, após uma refeição; c) maior consumo de gordura, maior número de refeições no período noturno e maior ingestão de calorias em situações de estresse; d) maior dificuldade em se lembrar do que comeram nas últimas 24 horas; e) consumo alimentar mais emocional e baseado em sinais externos como, por exemplo, visão ou odor de um alimento, que em sinais internos de saciedade; f) maior propensão a comorbidades psiquiátricas, especialmente depressão e ansiedade, assim como sintomas mais severos; g) maior nível de baixa autoestima; h) maior sofrimento subjetivo como, por exemplo, culpa, raiva e vergonha em relação ao controle da comida; i) maior nível de prejuízos funcionais e qualidade de vida inferior; j) histórico precoce de obesidade; k) maior preocupação com o peso e corpo; l) maior engajamento em dietas, assim como maior dificuldade para emagrecer; por fim, m) frequente flutuação de peso.

No que se refere à população com TCA sem obesidade, isto é, com peso normal, o estudo de Montano, Rasgon e Herman (2016) comparou indivíduo com TCA obesos e com peso normal. Os pesquisadores observaram que obesos com TCA, quando comparados com indivíduos com TCA de peso normal: a) exibem episódios de compulsão mais longos; b) consomem mais refeições e petiscos ao longo do dia; c) se exercitam menos; d) pulam menos refeições; e) evitam poucos tipos de alimentos; f) possuem menos restrições dietéticas; g) apresentam menos preocupações com o peso.

2.3 Dados epidemiológicos

Abaixo foram descritos dados epidemiológicos, tais como taxa de incidência e prevalência, a fim de indicar a frequência e distribuição do Transtorno de Compulsão Alimentar.

2.3.1 Incidência

Embora se perceba em núcleos especializados de atendimento à população com TA um crescente número de pessoas em busca de tratamento para TCA, não foram encontrados estudos indicando a taxa de incidência do TCA no Brasil, em decorrência disso foram selecionados dois estudos internacionais sobre o tema.

Stice, Marti e Rohde (2013), por meio de uma amostra de 496 adolescentes mulheres dos EUA em um período de oito anos, encontraram uma incidência de 343 pessoas com TCA em cada 100.000 pessoas por ano. Em um estudo longitudinal finlandês com 2.825 participantes mulheres, Mustelin et al. (2015) observaram no período de quinze anos uma taxa de incidência de 35 pessoas com TCA em cada 100.000 pessoas ao ano.

2.3.2 Prevalência

Um estudo, coordenado por Kessler et al. (2013), baseou-se em entrevistas de 24.124 pessoas em catorze países (Colômbia, Brasil, México, Romênia, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Irlanda do Norte, Portugal, Espanha e Estados Unidos da América). Os pesquisadores avaliaram a prevalência ao longo da vida e em ao longo de doze meses para TCA, utilizando o instrumento *The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. A média do índice de prevalência para a população total avaliada foi, respectivamente, 1,9% e 0,8%. Em São Paulo-SP (Brasil), observou-se que o índice de prevalência ao longo da vida foi de 4,7% e em 12 meses foi de 1,8%. A partir destes dados, observa-se que a prevalência do TCA na população da cidade de São Paulo-SP (Brasil) está acima da média do índice de prevalência da população total do estudo. Ademais, a idade média de início do TCA de toda população que participou deste estudo é 23,3 anos, sendo considerado um início tardio quando comparado com outros TA (KESSLER et al., 2013).

Segundo a *American Psychiatric Association* (2014), o TCA é mais prevalente entre mulheres que homens, sendo considerado o TCA com maior prevalência, seguido por BN e AN, respectivamente. Entre os homens com TA, Smink, Van Hoeken e Hoek (2012) apontam que o TCA também é mais comum que a AN, BN e outros TA. Por fim, a *American Psychiatric Association* (2014) aponta que as taxas de prevalência entre mulheres de minorias raciais, étnicas e brancas são semelhantes.

2.4 Fatores associados ao Transtorno de Compulsão Alimentar

A ocorrência do TCA, segundo Morgan e Claudiano (2005) e Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002), é relacionada a interação e associação de diversos fatores, os quais

integram uma rede complexa e multifatorial. Abaixo será descrito algumas destas associações, sem estabelecer uma relação de causa e efeito, mas sim, exemplificando a coocorrência do TCA com algumas variáveis.

2.4.1 Características psicológicas

Dunkley e Grilo (2007) observaram que pacientes com TCA apresentam alto nível de autocrítica, supervalorização da forma corporal/peso e baixa autoestima. O conceito de autocrítica negativa refere-se ao constante engajamento em autoavaliações ou autojulgamentos negativos, em concordância com este aspecto, Fairburn et al. (1998) observaram que essas pacientes possuem alto nível de autoavaliação negativa. Ademais, Dunkley e Grilo (2007) apontam que frequentemente a autoavaliação e o autovalor desses indivíduos são baseados na forma corporal e peso.

Já a baixa autoestima, para Dunkley e Grilo (2007), indicaria uma visão negativa mais global de si mesmo, que incluiria o corpo, mas não se restringiria a este. Striegel-Moore et al. (2005) e Hilbert et al. (2014) também observaram que indivíduos com TCA apresentam uma autoestima negativa, assim como maior propensão a experimentar emoções negativas, tais como, medo, preocupação, tensão, ansiedade e depressão.

2.4.2 Histórico ou presença de outros transtornos psiquiátricos

Indivíduos com TCA, segundo Ulfvebrand et al. (2015) e Passos, Stefano e Borges (2005), apresentaram uma associação significativamente alta e positiva com outras comorbidades psiquiátricas, maior que em outros TA. O estudo epidemiológico de Hudson et al. (2007), realizado nos EUA com 9.282 participantes, observou que 78,9% dos participantes com TCA preencheram critérios para pelo menos um diagnóstico psiquiátrico. Guerdjikova et al. (2017), ao realizarem uma leitura dos dados de Hudson et al. (2007), observaram que quatro, em cada cinco adultos que já tiveram TCA em algum momento na vida, apresentaram pelo menos uma comorbidade psiquiátrica. Sendo que as principais comorbidades psiquiátricas apresentadas foram os transtornos de ansiedade e os transtornos de humor, em especial os depressivos.

Suokas et al. (2013), em um estudo realizado com 2.450 participantes na Finlândia, e Udo, Bitley e Grilo (2019), em uma pesquisa realizada nos EUA com uma população de 36.171 participantes, observaram taxas de mortalidade em geral, de tentativas de suicídio e de mortalidade por suicídio, quando comparados com a população geral, elevadas em todos os tipos de TA. Estas taxas são especialmente elevadas na AN e BN e inferiores, quando comparadas a estes dois transtornos, para o TCA. Segundo os autores, a AN apresenta a maior taxa de mortalidade dentre todos os TA e transtornos psiquiátricos.

Embora as taxas de mortalidade – geral e por suicídio – e ideação/tentativa de suicídio sejam inferiores na população com TCA quando comparado aos outros TA, Brown, Larose e Mezuk (2018), em um estudo epidemiológico nos EUA com 14.497 participantes, observaram que $\frac{1}{3}$ dos adultos com TCA pensam em cometer suicídio e quase $\frac{1}{5}$ tentou suicídio. Neste estudo, tanto indivíduos com TCA quanto os que apresentaram ECA, mas que não preenchem critérios diagnósticos suficientes para terem o TCA, foram associados com comportamentos suicidas. Estes resultados estão em concordância com Conti et al. (2017), que em um levantamento de pesquisas, observaram uma associação entre TCA e ideação/tentativa de suicídio.

Além dos altos níveis de ideação/tentativa de suicídio na população com TA, os comportamentos de autolesão também são frequentes e são definidos por Kostro, Lerman e Attia (2014) como os comportamentos de: puxar cabelo ou pele; morder unha até sangrar; morder a si próprio; se cortar, queimar, bater e arranhar. Fairburn et al. (1998) observaram uma correlação positiva entre TCA e comportamentos de autolesão, também Dohm et al. (2002) constataram que indivíduos com TCA que tiveram um histórico de abuso sexual ou físico eram mais propensos a engajar-se em comportamentos de autolesão e uso abusivo de drogas que aquelas com TCA que não tinham tal histórico. Kostro, Lerman e Attia (2014) também observaram, em uma revisão narrativa, uma relação entre histórico de compulsão alimentar e alta prevalência de autolesão.

2.4.3 Dinâmica familiar

No que se refere à dinâmica familiar, Fairburn et al. (1998) e Striegel-Moore et al. (2005) observaram que os seguintes aspectos foram associados ao TCA: altas expectativas/demandas parentais; afeto parental mínimo; baixo envolvimento parental

ou superproteção; discórdias familiares; pais com transtornos de humor, em especial depressão, e que abusam de substâncias; por fim, criticismo parental, com destaque para comentários críticos da família sobre corpo, peso e comer.

2.4.4 Aspecto sociocultural

Ata, Schaefer e Thompson (2015) descrevem que diversos estudos observaram a influência de fatores socioculturais no TCA. Alguns modelos sugerem que os ideais de magreza e beleza expostos nas mídias, assim como pressão para ser magra, avaliação social negativa por parte dos pais e pares sobre a aparência física ou peso como, por exemplo, a mãe que reclama do seu próprio corpo ou a amiga que sugere dieta, podem estar associados a um maior nível de insatisfação corporal, comparações, internalização do ideal social de beleza e TCA (ATA; SCHAEFER; THOMPSON, 2015).

2.4.5 Dieta

Inúmeros estudos apontam uma associação entre TCA e mulheres que se engajam frequentemente em dietas a fim de perder peso e de adaptar o corpo a um modelo socialmente aceito (ATA; SCHAEFER; THOMPSON, 2015; MORGAN; CLAUDIANO, 2005; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Ademais, o engajamento em dietas pode desencadear um ciclo de restrição e compulsão alimentar que ocasionam pensamentos obsessivos e recorrentes sobre o comer e emagrecer: 1) O indivíduo, influenciado pelos aspectos socioculturais já descritos, acredita que se sentiria melhor se fosse mais magro; 2) decide fazer uma dieta; 3) perde peso e, a princípio, se sente bem; 4) vê ou sente vontade de comer algo fora da dieta como, por exemplo, uma barra de chocolate, e decide comê-la; 5) sente que estragou a dieta e fica decepcionado consigo mesmo; 6) come compulsivamente, já que não consegue se controlar e saiu da dieta; 7) sente-se mal consigo mesmo e acredita que irá se sentir melhor se emagrecer, fazendo que o ciclo se repita (THE NATIONAL ASSOCIATION OF ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS, [s.d.]).

2.4.6 Obesidade

Há uma correlação significativa entre obesidade e TCA, indicando que frequentemente ambas andam juntas e influenciam-se mutuamente. Isto porque não só a obesidade é considerada fator de risco para o TCA, como apontam Morgan e Claudiano (2005) e Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002), mas o TCA também pode ser um fator potencial para o desenvolvimento de obesidade, segundo Guerdjikova et al. (2017).

2.4.7 Presença de evento traumático na infância

O trauma infantil foi associado, por Morgan e Claudiano (2005), a uma possível precipitação do TCA. O trauma na infância é definido como um evento ameaçador para a integridade do indivíduo, o qual desencadearia uma resposta emocional de medo, desesperança e horror. O indivíduo na tentativa de gerenciar tais afetos se engajaria no comportamento alimentar compulsivo (MARRAS; VELOSO, 2012; SCHUPP, 2004).

Em síntese, observa-se que a compulsão alimentar possui uma coocorrência com diversos fatores. Nos aspectos psicológicos, nota-se baixa autoestima, autoavaliação negativa, supervalorização do corpo e propensão a experimentar emoções negativas. No tocante à família, o criticismo, em especial em relação ao corpo e o pouco afeto/cuidado parental também pareceram estar presentes. No âmbito do coletivo se discute a influência das mídias e padrão social de beleza na compulsão alimentar, assim como no engajamento de dietas rígidas que acabam sendo mais prejudiciais para o transtorno.

Observou-se um alto nível de comorbidades psiquiátricas, em especial depressão e ansiedade, além de não psiquiátricas como, por exemplo, obesidade. A taxa de mortalidade e tentativa/ideação suicida foram altas em indivíduos com TCA, quando comparado à população geral, mas não em relação a outros TA. Também foi observado uma correlação positiva entre TCA e autolesão e, por fim, TCA e trauma na infância.

Tendo em vista que o trauma na infância seria um fator de risco para o desenvolvimento da compulsão alimentar e um elemento que agrava o quadro

alimentar, foi descrito no capítulo seguinte a definição de trauma infantil e seus efeitos danosos – no âmbito psicológico e fisiológico – na vida de um indivíduo.

3 TRAUMA NA INFÂNCIA

O trauma é definido por Harris (2009) como um evento avassalador que ameaça a identidade do eu, sendo ainda mais devastador na infância, quando o complexo do ego está em fase de estruturação. O trauma na infância, que ocorre durante o desenvolvimento físico e psíquico da criança, foi chamado por Van der Kolk (2005) de “trauma complexo”. Este descreve a exposição sucessiva da criança a eventos traumáticos múltiplos, crônicos e prolongados, usualmente tais eventos são de natureza interpessoal e acabam causando alterações no desenvolvimento neurobiológico, nas capacidades sensoriais, afetivas e cognitivas da criança (RAMOS; MATTA, 2018; VAN DER KOLK, 2005). Além da esfera emocional e intelectual, o trauma infantil pode ter importantes efeitos, segundo Wilkinson (2003), sobre as capacidades imaginativas do indivíduo e a forma como este compreende o mundo.

O trauma infantil ocorre, segundo Van der Kolk (2015), quando uma pessoa é sobrecarregada por uma situação além do seu controle, sendo os seus recursos e sistema de controle, cuidado e significado insuficientes.

O sistema de controle é responsável pelo autocontrole e autorregulação, os quais ficam prejudicados em decorrência da experiência traumática, ocasionando rompantes de agressividade e reações irracionais e incontroláveis. Já o sistema de cuidado é responsável pela capacidade do indivíduo em engajar-se e conectar-se com o ambiente e com as pessoas à sua volta de maneira ativa. Quando este fica danificado, o indivíduo pode ora desesperadamente desejar e pedir afeto, ora apavora-se com a possibilidade da presença de afeto. Por fim, o sistema que apresenta um significado e sentido para a vida do indivíduo é lesado, levando a uma perda de sentido no viver (HERMAN, 2015).

A experiência do trauma na infância é tão adversa, que há um congelamento dos afetos e subsequente perda na capacidade de modulá-los (SHALEV, 1996), por isso, o trauma na infância pode ser considerado “uma ferida na capacidade de sentir” (RUSSELL, 1998, p. 24 apud KALSCHED, 2019, p. 2).

Tal experiência esmagadora e insuportável interrompe a narrativa da vida e fica registrada em forma de: emoções, sons, imagens, pensamentos e sensações físicas. Estes elementos não se apresentam de maneira coesa, mas sim de forma desintegrada e desconecta, podendo invadir o indivíduo traumatizado a qualquer

momento (*flashbacks*), fazendo que a experiência traumática seja revivida (VAN DER KOLK, 2015).

Como resultado disso, o indivíduo traumatizado pode apresentar um discurso fragmentado; aparentar estar distraído, distante ou desconectado; permanecer em permanente impressão de perigo; apresentar-se hipervigilante, isto é, preparado para ser agredido e violado a qualquer momento, por fim, assusta-se facilmente com acontecimentos corriqueiros (VAN DER KOLK, 2015).

Assim, a experiência do presente fica nebulosa e embotada, enquanto alguns elementos das memórias fragmentadas e intrusivas do passado traumático são intensos e vívidos. A pessoa sente-se presa e congelada em um lugar que deseja desesperadamente sair, a vivência traumática. Entretanto, é importante destacar que muitos indivíduos traumatizados, devido ao descolamento do afeto e imagem traumática, não fazem relação entre o elemento intrusivo e o evento traumático (VAN DER KOLK, 2015).

Quando o indivíduo vivencia um trauma na infância, segundo Bromberg (2001), a estrutura dissociativa é ativada. A dissociação é definida pela *American Psychiatric Association* (2014) como uma cisão ou separação de componentes intrapsíquicos ou uma desconexão entre uma ideia e uma emoção e, usualmente, se apresenta em indivíduos que possuem um trauma psíquico. Partes da personalidade do indivíduo traumatizada ficam dissociadas a fim de restringir e de suprimir determinados pensamentos insuportáveis. A dissociação causa danos severos na função integrativa do indivíduo, isto porque ele pode apresentar declínio das funções pessoais e profissionais, além de consequente atrofia nas capacidades psicológicas que foram suprimidas. Entretanto, a dissociação protege o traumatizado contra a completa fragmentação da personalidade e evita o contato com a memória traumática (HARRIS, 2009; VAN DER KOLK, 2015).

Além da dissociação, pode ocorrer a supressão de pensamentos; minimização, negação; e alteração da percepção e senso de realidade, em que o indivíduo refugia-se na fantasia, evitando defensivamente o contato com o mundo real. Um exemplo disso seria a sensação de que o evento traumático não está acontecendo com a própria pessoa, que observa de fora seu corpo toda a situação ou que tudo não passa de um sonho (HERMAN, 2015; KALSCHED, 2013a; VAN DER KOLK, 2015). É comum, segundo Ramos e Matta (2018), o uso de fantasia de onipotência como proteção para a vivência de rejeição ou humilhação, seja esta real ou temida.

Manter estas memórias traumáticas à margem exigem um autocusto, isto porque o indivíduo organiza sua vida a fim de se proteger de tais invasões. Trata-se de uma luta cansativa e constante com a finalidade de evitar inconscientemente algum estímulo que irá desencadear a memória traumática (VAN DER KOLK, 2015).

Tal autor (2005) ressalta que o abuso ou a negligência emocional podem ser tão devastadoras quanto o abuso físico e sexual. Isto porque usualmente ocorrem de maneira sistemática por parte dos cuidadores principais das crianças, sendo estes cuidadores e estas relações primárias que servirão de modelo para a internalização de características afetivas e cognitivas.

Peres (2009) aponta para que uma situação seja vivenciada como traumática, devem ser considerados: grau de exposição e intensidade do evento; fatores socioculturais; características psicológicas; qualidade do apoio social; fatores biológicos e percepção do indivíduo perante o evento.

O trauma infantil desencadeia efeitos de ordem cognitiva, emocional, física e interpessoal no indivíduo adulto. No que se refere aos efeitos cognitivos e emocionais, o indivíduo pode apresentar: pensamentos intrusivos; apatia; irritabilidade; estreitamento perceptual; ansiedade; alerta permanente; perturbação da memória; tristeza; culpa e vergonha. Em relação aos efeitos físicos e interpessoais, observa-se os seguintes: arrepio; fadiga; tontura; transpiração, aumento ou diminuição da frequência cardíaca; dificuldades sexuais; conflitos em relacionamentos sociais e isolamento (HERMAN, 2015; PERES, 2009; VAN DER KOLK, 2015).

O trauma, de qualquer ordem, ativa uma série de estruturas fisiológicas no cérebro: amígdala; hipocampo; córtex pré-frontal e hipotálamo. A amígdala é uma estrutura ativada em situações de perigo/medo, por meio da resposta de luta, fuga ou congelamento. Em pessoas traumatizadas esta estrutura está constantemente ativa, fazendo que o indivíduo permaneça constantemente em um modo de sobrevivência. O hipocampo é responsável pelo armazenamento e transformação de informação em memória, por conta disso a vivência traumática dificulta o processo de aprendizagem e a organização das memórias. O estudo de Bremner (2007) observou que o volume hipocampal de participantes traumatizados teve uma redução significativa, quando comparada com o volume hipocampal dos participantes não traumatizados.

O córtex pré-frontal é responsável pelo pensamento complexo, tomada de decisão e comportamento apropriado. Já o hipotálamo participa do eixo HPA (hipotálamo-pituitária/hipófise-adrenal), sendo responsável pela liberação de

hormônios como o cortisol, hormônio do estresse (VAN DER KOLK, 2015). O estudo de Rabin (2007) observou que o cortisol pode contribuir para o desenvolvimento de obesidade.

Além destas quatro estruturas, Van der Kolk (2015) observou uma desativação da área de Broca, região responsável pela expressão da linguagem. Pode-se considerar que trauma fica registrado em estruturas pré-verbais, por conta disso é difícil organizar a experiência traumática em uma história coesa e coerente com começo, meio e fim. Embora nomear, sentir e identificar as emoções possam ajudar o indivíduo a voltar a criar uma narrativa para sua vida, isso não é suficiente. O autor aponta que o indivíduo precisa aprender a tolerar as emoções, sensações e percepções, sem ser sequestrado por estas.

Como observou-se, o trauma na infância influencia de maneira direta os estados corporais e, por isso, a autorregulação e reconhecimento desses estados ficam prejudicadas, pois dependem de uma relação harmoniosa do indivíduo com seu corpo. Indivíduos traumatizados sentem-se inseguros, desconfortáveis e estranhos dentro do próprio corpo (VAN DER KOLK, 2015).

O corpo constantemente tem seus sinais de alerta viscerais acionados por qualquer estímulo, por conta disso o indivíduo não consegue discriminar o que é seguro, daquilo que é perigoso e prejudicial. A fim de controlar estes processos, ocorre uma desconexão entre emoções e estados corporais e, conseqüentemente, uma cisão com suas necessidades fisiológicas. A própria tentativa de resolução dos sinais de alerta do corpo, isto é, a desconexão, paradoxalmente acaba por prejudicar ainda mais o discernimento sobre o que está acontecendo dentro do próprio corpo (VAN DER KOLK, 2015).

Além do indivíduo traumatizado apresentar dificuldades em discriminar e em descrever reações fisiológicas, isso também ocorre no âmbito das reações emocionais. Por conta disso, o indivíduo traumatizado registra as reações emocionais como físicas, isto é, sentem fome, dor nos músculos, enxaqueca, ataque de asma, irregularidades no intestino e entre outros sintomas somáticos em vez de sentir-se triste ou com raiva. O que faz que apresente dificuldade em cuidar de si mesmo e decidir o que é melhor para si, podendo acarretar diversos tipos de transtornos, sendo um deles o TCA (VAN DER KOLK, 2015).

Comer de maneira compulsiva, assim como abuso de substâncias, automutilação, dissociação e engajamento em comportamentos de risco seriam

estratégias de enfrentamentos disfuncionais que, segundo Van der Kolk (2015), são adotadas frequentemente por estes indivíduos para tentar regular esses afetos esmagadores.

A partir das observações realizadas nesse capítulo acerca do trauma na infância e suas múltiplas consequências, propõe-se estudar os mecanismos subjacentes ao funcionamento da compulsão alimentar e suas possíveis relações com o trauma na infância, a partir do enfoque da psicologia analítica, que será tema do próximo capítulo.

4 O FENÔMENO DA COMPULSÃO ALIMENTAR SOB O ENFOQUE DA PSICOLOGIA ANALÍTICA

Foi realizado, por meio de uma revisão narrativa, um mapeamento das produções bibliográficas sobre o fenômeno da compulsão alimentar na perspectiva da psicologia analítica. A revisão narrativa, como descrita por Rother (2007), tem por objetivo descrever um tema, sob um determinado enfoque teórico, de maneira ampla. Na primeira parte deste capítulo foram apresentados dois casos clínicos descritos por C. G. Jung e possíveis aproximações de tais casos com a compulsão alimentar. Posteriormente, abordou-se a relação e a implicação do complexo materno deflagrador de impulsos destrutivos e de afetos negativos no desenvolvimento da compulsão alimentar. A relação entre o trauma infantil, desregulação afetiva e fisiológica, dissociação e compulsão alimentar foi discutida, além da função protetora e defensiva destes dois últimos. Por fim, refletiu-se o sintoma da compulsão alimentar não só no seu sentido defensivo, mas também no seu aspecto prospectivo, a partir da compreensão do significado simbólico da doença.

4.1 A psicologia analítica e suas possíveis aproximações com a compulsão alimentar

Os Transtornos Alimentares (TA), em especial a compulsão alimentar, foram abordados poucas vezes na obra de C. G. Jung de maneira direta. Em suas produções, foram encontrados dois casos clínicos em que foi possível traçar aproximações com um potencial quadro de compulsão alimentar: o caso da Senhorita C. e o caso do paciente que apresentava dores gástricas nervosas semelhantes à sensação de fome.

4.1.1 Senhorita C.

A Senhorita C. foi o primeiro caso descrito por Jung (1902/2011) em que se pode caracterizar uma provável compulsão alimentar. Ela faz parte de uma série de quatro casos clínicos que Jung (1902/2011) utilizou para exemplificar a presença de uma hipomania crônica, cujos sintomas seriam: excitabilidade e labilidade emocional, humor irritado, leve fuga da realidade, distração, euforia e verborragia.

A paciente descrita por Jung (1902/2011) relatava um uso abusivo de doces, tendo a possível compulsão alimentar cessado, se sentia impelida a comprar chocolate toda vez que passava por uma confeitaria, mesmo que não os comesse. A senhorita C. frequentemente pegava emprestado dinheiro de familiares e se endividava e, além disso, mudava constantemente de emprego, sendo admitida ao longo de onze anos em trinta e dois empregos diferentes. Ainda que Jung (1902/2011) tenha explorado o caso da Senhorita C. a partir de uma perspectiva da hipomania e não a partir do seu distúrbio alimentar, é possível que o uso abusivo de doces descrito por Jung (1902/2011) pudesse se tratar de uma compulsão alimentar. Pode-se pensar que a condição maníaca, característica da Senhorita C., proporcionaria uma disposição eufórica ao indivíduo que compensaria os estados melancólicos e depressivos (FREUD, 1915/2010).

É interessante notar que a descrição desse primeiro caso é pouco psicodinâmica e segue uma linha mais descritiva, objetiva e médica. Pode-se pensar que isto se deve ao fato do caso ter sido descrito no livro Estudos Psiquiátricos (1902/2011), isto é, no início da carreira de Jung. Esta primeira análise contrasta com o segundo caso abordado a seguir, o qual foi descrito no livro A Natureza da Psique (1927/2013a), momento em que Jung já havia desenvolvido mais extensamente sua teoria.

4.1.2 Caso do paciente com dores gástricas semelhantes à fome

No segundo caso, Jung (1927/2013a) compreendeu os sintomas das dores gástricas e da fome como uma ânsia infantil pela mãe. Em um quadro patológico como este, Jung (1912/2013b) observou que a alimentação, fome e nutrição – associados ao complexo materno – poderiam ter uma qualidade regressiva ao estado paradisíaco infantil, assim como o incesto (fixação).

O paraíso pode ser compreendido como a imagem de uma existência harmoniosa e livre de conflitos, onde há satisfação de todas as necessidades e preenchimento de todos os desejos de forma harmoniosa. No estado paradisíaco não há um descompasso entre o mundo externo e interno, este também expressaria a condição humana primária da experiência unitária, que é a infância (JACOBY, 2006).

Quando o paciente de Jung (1927/2013a) percebeu sua fome e sofrimento físico como tendo uma raiz psíquica – possível manifestação de um complexo materno

– surgiu um sentimento e sensação de anseio por algo desconhecido, que se impôs de maneira persistente e inexorável. A definição de Jung (1927/2013a, §711) para anseio – “uma exigência constante, como um vazio interior cruciante, que só pode ser esquecida uma vez ou outra, mas nunca ser vencida pela força de vontade” – é muito próxima da vivência relatada por várias pacientes que são acometidas pelo Transtorno de Compulsão Alimentar. Ressalta-se que uma das pacientes da pesquisadora descreveu esta vivência como “fome do coração”; já Liberman (1994, p.36) exemplificou como se fosse um “desejo insaciável por um amor inatingível” e Woodman (1995) como necessidade de amor.

Ainda sobre o segundo caso clínico e a relação fome, anseio e vazio psíquico, Wahba (2017) descreveu que na compulsão alimentar, a sensação de vazio existencial pode ser sanada, apenas temporariamente, pela ingestão excessiva de alimentos. Entretanto, esta fome, anseio e vazio psíquico permanecem após a ingestão do alimento, pois como Jung (1927/2013a) observou, estes não poderiam ser saciados ou preenchidos com alimento, bebida ou regressando ao seio materno, apenas o alimento espiritual poderia apaziguar a sede e fome da alma. Nesta mesma perspectiva, Woodman (2002, p. 156) assinalou a necessidade de “reconhecer a diferença entre a fome de verdade e um vazio agudo” e assim “encontrar alimento espiritual para uma fome espiritual”.

Jung (1955/2018a, 1961/2018b) ao falar sobre alcoolismo compreende por espiritua a experiência espiritual ou religiosa mais elevada e propõe a formulação *Spiritum* contra *Spiritus*, indicando que apenas o *Spiritum* – experiência espiritual elevada – poderia combater o *Spiritus*, que em latim significa álcool. Pode-se refletir se esta formulação sobre dependência pelo álcool também poderia ser aplicada à compulsão alimentar, indicando que o alimento concreto não poderia apaziguar um sofrimento de ordem emocional.

A posição regressiva, frente à situação de conflito descrita por Jung (1927/2013a) como regressão ao seio materno, na perspectiva de Arroyane (1986), Ribeiro e Palomo (2012) e Silveira-filho (1995), é característica dos comportamentos de dependência. Para os autores a carência, falta de maturidade e falha no crescimento e desenvolvimento se encontram no núcleo da problemática do comportamento dependente. Em decorrência desta estrutura, o indivíduo recua frente à realidade conflituosa para um estágio paradisíaco infantil.

No entanto, no indivíduo com compulsão alimentar a trajetória heroica do crescimento é retardada ou não ocorre e a pessoa não consegue frear as tendências regressivas e dependentes do mundo familiar, acabando por ficar fixada no papel de filha, impossibilitada de crescer e cuidar de si mesma (GALIÁS, 2000; GALIÁS; SAMPAIO, 2006; MORGAN; MOREIRA; OLIVEIRA, 2013; RAMALHO et al., 2007).

Em concordância com estes autores, Whitmont (2010) aponta que oralidade – sugar, beber, beijar e comer – aspecto central na compulsão alimentar, representaria um estágio de dependência, receptividade e necessidade de ser cuidado, comportamento característico da fase infantil.

É necessário destacar que embora as diferentes compulsões e dependências apresentem funcionamentos similares, a comida assim como o corpo são os principais aspectos relacionados à compulsão alimentar. Ambos integram simbolicamente o mundo relacional do indivíduo – são uma das primeiras formas do indivíduo interagir com o outro e com o mundo – e são suportes de projeções tanto no pessoal quanto no coletivo. Esta especificidade faz que a compulsão alimentar seja distinta das outras compulsões e dependências (PETRUCCELLI, 2016).

Sobre os comportamentos de dependência e de compulsão, Jung (1921/2013c) os associou ao que é arcaico, primitivo, instintivo e aderido ao inconsciente. Outros fatores também podem ser atribuídos à compulsão como incapacidade de autodominar-se, indiferenciação, fusão e relação de identidade com o objeto. Como observado por Jung (1921/2013c, 1946/2013d, 1959/2013e), nesses comportamentos o objeto da dependência – comida – pode exercer uma influência magnética para além do domínio consciente da vontade.

Tal influência, em pessoas com compulsão alimentar, apresenta-se em forma de pensamentos obsessivos sobre comida e comer. As obsessões são definidas por Hollis (1998) como ideias fixas recorrentes que apoderam-se da consciência de modo a causar um desequilíbrio na homeostase da psique. Estas ideias causam significativa carga emocional, gerando grande ansiedade no indivíduo, o qual precisa urgentemente aliviar a ideia espontânea e tirânica com um comportamento compulsivo irracional e destrutivo. Este aspecto compulsivo, definido como a sensação de falta de controle, foi compreendido como um fator central no diagnóstico de um Transtorno de Compulsão Alimentar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Com o aumento dos níveis de angústia, como indica Hollis (1998), o indivíduo vai em busca de uma “conexão”, que momentaneamente sana a dor da ferida

primordial, mas perpetua o comportamento compulsivo. Isto porque quando o conteúdo aflitivo for ativado novamente o indivíduo irá recorrer a este comportamento. É como se os sentimentos de solidão e de vazio fossem brevemente substituídos pelo estado paradisíaco de fusão com um Outro, entretanto, em pouco tempo, a solidão retorna e o sentimento de vazio se tornam mais excruciantes que antes. Isto porque, como aponta Jacoby (2006), a busca pelo preenchimento proporcionado pelo estado paradisíaco e a unidade total geralmente acaba em desapontamento, pois não é possível viver em harmonia total visto que um certo nível de conflito e frustração é necessário e inevitável.

Para Silveira-filho (1995) frente a uma situação conflituosa e a impossibilidade de lidar com tal conflito, há um deslocamento do objeto da dependência – comida – para o primeiro plano da vida do indivíduo. Progressivamente a comida passa cada vez mais a ocupar lugares de sua existência, a qual é esvaziada de outros conteúdos. A comida adquire uma centralidade na organização da vida do indivíduo, o que, por sua vez, faz que o objeto da dependência passe a ser indispensável para seu funcionamento. Por mais torturante que possa ser, a obsessão pela comida, o descontrole alimentar recorrente e a tentativa de autocontrole fornecem uma razão e sentido na vida da pessoa com compulsão alimentar.

Por conta disso, a compulsão alimentar gera um estreitamento na vida do indivíduo, o qual passa a existir apenas em função da comida. Nas palavras de Woodman (2002, p. 17) “as compulsões estreitam a vida até não restar mais o que viver”, somente existir. Segundo Bromberg (2001), existiria uma guerra interna entre o desejo pela comida e a necessidade de autocontrole, não só em relação a comida, mas como uma tentativa de controlar a própria vida. Este conflito passa a consumir o seu portador de determinada forma que “não há espaço para pensar, explorar e imaginar [...] que são os sintomas da guerra interna que está acontecendo” (AUSTIN, 2005, p 178).

O estreitamento da vida, decorrente do comportamento compulsivo e da obsessão pela comida seriam uma estratégia defensiva, que protegeria o indivíduo das angústias e ansiedades, necessárias ao crescimento (HOLLIS, 1998), e “do seu confronto consciente com os opostos – confronto que é o único caminho para a totalidade pela qual ela anseia” (WOODMAN, 1995, p. 110). É preciso, segundo Hollis (1998), retomar o questionamento *Que tarefa o indivíduo está evitando com sua neurose ? e, ainda, De quais afetos ele está se defendendo ?*.

Na tentativa de obter controle, diversas pacientes engajam-se nas mais diversas dietas, que para elas quando mais rígidas, restritivas e de resultados mais imediatos, melhor. Entretanto, em poucos dias, em geral, as dietas falham e a atitude consciente rígida de controle – dieta restritiva – é compensada pelo comportamento compulsivo, em um processo de enantiodromia definido por Jung (1921/2013c) como a conversão para o oposto inconsciente. Em uma estratégia defensiva de controle, esses indivíduos acreditam que o emagrecimento ou controle rígido da ingestão do alimento é a única saída possível, o que acaba por acentuar ainda mais a obsessividade pela comida (LIBERMAN, 1994; HOLLIS, 1998).

Entretanto, Dan (1991), a partir de uma análise do programa de Alcoólicos Anônimos, aponta que a saída para compulsão ou dependência não está no investimento de mais energia na obtenção de poder e controle, isto é, na busca por mais um tipo de dieta milagrosa, mas sim no reconhecimento da impotência perante álcool/comida, que paradoxalmente pode libertar o indivíduo do *circulatio* compulsivo e aprisionador da dependência.

Por fim, como observou-se, o primeiro caso descrito acima – Senhorita C. – foi associado com uma hipomania crônica e, o segundo caso, paciente com dores gástricas nervosas, a um complexo materno desencadeador de afetos e impulsos negativos em relação a si mesmo. Ainda que C. G. Jung não tenha se dedicado ao tema dos TA e da compulsão alimentar, houve alguns pós-junguianos que se debruçaram com maior profundidade sobre o tema e que serão abordados de maneira mais extensa ao longo desse capítulo.

4.2 Complexo materno negativo

Marion Woodman (1995; 2002) compreendeu que os TA e a obesidade acontecem nas mulheres em decorrência principalmente de três aspectos: 1) desconexão da mulher com o próprio corpo, o qual é considerado supostamente fracassado, um inimigo vingativo e um obstáculo a ser vencido; 2) predominância da cultura patriarcal ocidental, isto é, foco na demanda de perfeição, de execução de metas; de disciplina; de eficiência; de controle e racionalidade e 3) complexo materno excessivamente julgador ou protetor, que é constelado no episódio de compulsão alimentar.

Do ponto de vista simbólico-arquetípico junguiano, as autoras Galiás e Sampaio (2006), ao realizarem uma leitura dos TA, também compreendem o complexo materno, cujas características definem como nutrição, fertilidade e sexualidade, como um aspecto central neste transtorno. Para as autoras, um comprometimento na estruturação do complexo materno acarretaria dificuldades no pedir/receber/aceitar cuidado, carinho, proteção e amparo, tanto do outro, quanto em relação a si mesma.

Nos TA, para Galiás e Sampaio (2006), tais complexos estariam estruturados na consciência de maneira hipotrófica ou hipertrófica, pouco ou exageradamente ativos, respectivamente. Isto significaria que houve uma fixação em um dos polos do complexo, o que desencadearia um impasse no desenvolvimento desses indivíduos.

Na estruturação do complexo materno na consciência, as autoras observam dois papéis: Fm – papel de filho/a, polo passivo – e M – papel da Mãe, polo ativo. O papel de Fm vai sendo estruturado na consciência a partir da experiência com um Outro que desempenha as funções maternas, papel de M. (GALIÁS; SAMPAIO, 2006). É importante pontuar, como destacado por Morgan, Moreira e Oliveira (2013), que as funções materna e paterna podem ser desempenhadas não só pela mãe ou pai pessoal, mas também por algum representante desta figura.

No caso da compulsão alimentar, seguindo o modelo de Galiás (2000), o complexo materno teria uma estruturação hipertrófica. Isto significaria que a função de nutrir, associada ao complexo materno, estaria extremamente atuante e, por isso, o indivíduo se alimentaria de maneira excessiva e compulsiva. Pode-se refletir se esta busca desesperada pelo alimento nutridor seria uma tentativa de compensar a mãe, real ou imaginária, que não nutre. Sendo assim, a hipertrofia do alimento na vida desse indivíduo seria uma forma de satisfazer, segundo Seligman (1989), a privação de afeto, carinho e amor e camuflar seus conflitos emocionais e interpessoais.

Galiás (2000) aponta que indivíduos com estruturação hipertrófica do complexo materno apresentam medo da rejeição, necessidade de atender as expectativas alheias, carência e dependência, assim como, hipersensibilidade, insatisfação, voracidade e sentimentos de que a vida e o mundo lhe devem algo.

A estruturação hipertrófica do complexo materno, descrita por Galiás e Sampaio (2006), assim como a constelação do complexo materno negativo, observada por Woodman (2002), poderiam ser oriundas de vivências traumáticas ou dolorosas com as figuras parentais. Estas experiências poderiam desencadear,

segundo Wahba (2017), sentimentos de insegurança, desamparo e fome e, na tentativa de gerenciar tais sentimentos de abandono, rejeição, ansiedade, medo e solidão, característicos da presença da imagem da mãe terrível devoradora ou rejeitadora, o indivíduo pode ir em busca do alimento, o qual representaria a figura da mãe nutridora.

Assim, a comida para o grupo de indivíduos com compulsão alimentar teria um efeito ambivalente, pois ao mesmo tempo em que poderia prover o acolhimento da figura materna nutridora e ajudar a apaziguar sentimentos desconfortáveis, também constelaria um complexo materno terrível devorador/rejeitador, que desencadearia sentimentos negativos como, por exemplo, culpa, auto-ódio, nojo e vergonha (WAHBA, 2002).

A busca por comida é sempre a busca pela mãe positiva, que acaba por se transformar em mãe negativa, quando a segurança, proteção e amor que a comida deveria proporcionar se transforma em culpa, ódio e vergonha (WOODMAN, 2002, p. 49).

Hollis (1998) associou o sentimento de culpa, que pode ser observado no trecho acima e que é frequentemente sentido após um episódio de compulsão alimentar, a uma defesa contra uma angústia maior e a experiência de ansiedade. Wahba (2017) relacionou o sentimento de culpa desses indivíduos à culpa primordial caracterizada por Neumann (1995). Tal culpa, em indivíduos com TA, conforme descrito pela autora (2017), pode ser acionada em decorrência do complexo materno devorador/rejeitador e da autocrítica excessiva.

O sentimento primário de culpa foi vinculado por Neumann (1995) a uma relação primal mãe-bebê perturbada, a qual ocorre em uma fase precoce, pré-egoíca. Em função disso, tudo que ocorre com este indivíduo é vivenciado como culpa e, nesta lógica, se o indivíduo não é amado, é por culpa dele. A vivência desta relação primal perturbada resulta em: afetividade aumentada; agressividade intensa e não integrada; atitudes egocêntricas, narcisistas, antissociais e um ego desadaptado e ansioso.

Wahba (2017) ao relacionar a compulsão alimentar, assim como outros TA, à ferida narcísica descrita por Neumann (1995), aponta características semelhantes entre as patologias. A ferida estrutural, narcísica ou matriarcal, decorrente da relação primal perturbada descrita por Neumann (1995), pode influenciar negativamente a formação da autoestima e motivar sentimentos ambivalentes em relação ao outro: ora

isolamento, como estratégia defensiva para lidar com os sentimentos de rejeição, ora demanda extrema de atenção, que visaria suprimir estes sentimentos. Wahba (2017) também se refere a algumas estratégias defensivas, descritas por Schmitt (2006), como forma de lidar com a rejeição e a vergonha: retirada, evitação, ataque a si próprio e ao outro.

A retirada e a evitação fazem que o indivíduo com compulsão alimentar se isole do convívio social. A fim de compensar a sensação de privação afetiva, abandono e rejeição, a comida – “companheira fiel e leal” (informação verbal)¹– representaria um recurso familiar, que não irá abandoná-lo ou rejeitá-lo. Por se tratar de algo controlável e palpável, não há surpresa nem frustração. Sendo assim, o relacionamento passa a ocorrer primordialmente com a comida, com pouco espaço para o contato com o outro (GADOTTI; BORGES; SAMPAIO, 2017; WAHBA, 2002, 2017).

Os dois mecanismos defensivos supracitados, associados à culpa e à vergonha, podem fazer que o episódio compulsivo ocorra de maneira ilícita e privada. Para Borges (2011) se, de um lado, o alimento é legal, lícito, de outro, o modo e/ou a quantidade de alimento ingerido o torna ilícito, justificando o ato de comer em segredo. Segundo Gadotti, Borges e Sampaio (2017), o ato de comer, em geral, é entendido como pecaminoso, transgressor e sombrio e, por isso, deve ser realizado de maneira clandestina.

Essa ânsia de fazer o que é proibido em geral vem de um relacionamento praticamente vitalício com a mãe negativa que está constantemente julgando. Assim, se “eu” estou fazendo o que quero, é errado e, portanto, devo fazê-lo rápido e sorrateiramente para ser possível desfrutar sem condenações esse prazer (WOODMAN, 2002, p. 42).

Wahba (2017) descreveu que além da culpa e da vergonha, que podem ser associadas a um baixo senso de autoestima, há presença de insegurança e de depressão. Na depressão, Liberman (1994) e Austin (2005) descrevem que a comida desempenharia a função de equilibrar o organismo deprimido, pois proporciona uma dose de prazer imediato que preenche o tédio e injeta ânimo.

Sendo assim, o comer seria uma forma de autogratificação, prazer, conforto, excitabilidade imediata e alívio para um sofrimento interior, supostamente compensando a estrutura egóica desadaptada. Entretanto, foi observado por

¹ Expressão utilizada popularmente

Woodman (1995) que o comer também poderia ser uma forma de punir o corpo e a si mesmo. É neste ponto que se observa o aspecto paradoxal sagrado-profano da comida/comer, pois ao mesmo tempo que protege, também pune.

Como observado por Woodman (2002), os indivíduos com compulsão alimentar não possuem um ego adaptado, estruturado e discriminado o suficiente para controlar e refrear o comer compulsivo. Além disso, Liberman (1994) pontua que o indivíduo com compulsão alimentar não consegue confrontar seus afetos negativos como ódio e raiva, seja por não ter aprendido a expressá-los, seja porque a expressão destas emoções geraria sentimentos de culpa.

Assim como a raiva e o ódio, também são reprimidos ou comprometidos a inveja, o desejo, o prazer e a sexualidade (WOODMAN, 1995; GRYNICK, 2016). Como aponta Hollis (1998), aquilo que o indivíduo não consegue tolerar de maneira consciente será projetado em uma pessoa, uma substância ou um comportamento. Por conta disso, essas emoções inconscientes e energias agressivas e violentas reprimidas se orientam para o indivíduo em forma de auto-ódio, comportamento autodestrutivo, autopunição e não enfrentamento heroico do mundo adulto, o que poderia culminar em um episódio de compulsão alimentar (AUSTIN, 2005; WAHBA, 2002).

Situações de frustração, estresse, cansaço, irritação e sono também são, segundo Liberman (1994), potenciais desencadeadores de um episódio de compulsão alimentar, isto porque são confundidas com vontade de comer ou fome fisiológica. A desconexão com o próprio corpo faz que o indivíduo tenha dificuldade em compreender suas próprias necessidades fisiológicas como, por exemplo, a saciedade.

A sigla FISC (Fome, Irritação, Sono e Cansaço) do grupo de Comedores Compulsivos Anônimos (CCA) é utilizada para alertá-los dos gatilhos desencadeadores da compulsão alimentar e está em concordância com o descrito por Liberman (1994). Por fim, como aponta Woodman (1995), a comida para estes indivíduos parece ter se tornando um modo de canalizar todo e qualquer tipo de emoção ou sensação.

4.3 Trauma, dissociação e compulsão alimentar

O trauma na infância trata-se de uma experiência que exige uma maior disponibilidade de recursos do que o ego possui naquele momento, em especial na infância, em que a psique e/ou cérebro não estão suficientemente equipados com os recursos necessários para metabolizar, entender e pensar sobre o choque e o estilhaçar que a experiência traumática pode causar na unidade psique-corpo. Isto faz que o processo normal de desenvolvimento da criança assim como o relacionamento entre mundo interno e externo; afeto e pensamento/imagem; mente e corpo e presente e passado sejam interrompidos ou comprometidos (KALSCHED, 2013b).

A fim de evitar a completa fragmentação ou aniquilação da personalidade, Kalsched (2013a) relata que a psique recorre à dissociação, que compartimentalizada a experiência traumática em diferentes partes da psique-soma para que o indivíduo não precise vivenciar o evento aterrorizante como um todo significativo. As experiências fragmentadas do trauma infantil – sensações, estados emocionais, imagens e pensamentos – são registrados no corpo ou em memórias implícitas, definidas por Knox (2001) como padrões inconscientes de atitudes, comportamentos e expectativas.

Bromberg (2001) e Feldman (2004) estabelecem alguns paralelos entre o momento do episódio de compulsão alimentar com o fenômeno da dissociação, isto porque a compulsão alimentar ocorre geralmente em um estado alterado de consciência, em que há um controle mínimo do ego, isto é, um episódio dissociativo.

Em um episódio de compulsão alimentar o indivíduo entra em um modo dissociativo de não-eu, experimentando um tipo de estado de transe e um estreitamento temporário da consciência que evita parcialmente o contato com os afetos negativos. Os centros de não-eu, seriam alteridades interiores ou conglomerados de impressões egodistônicas, que são sentidos como estranhos ao ego, mas sendo, ao mesmo tempo, pertencentes à psique (AUSTIN, 2009, 2013; BROMBERG, 2001).

A dissociação traumática divide o mundo interior, segundo Kalsched (2013a), em objeto interno regredido – representado usualmente por uma criança – e progredido – simbolizado por uma figura sádica que ataca e persegue a criança ou um anjo divino que a protege. A figura do anjo forneceria uma segurança a parte vulnerável da personalidade – representada pela criança – que um Outro externo não

lhe proporcionou, enquanto a figura sádica – identificada como o agressor – ataca e mina a esperança dessa parte vulnerável. Estas figuras internas compõem o que o autor (2013a) chamou de sistema de autocuidado.

Em concordância com tal sistema, Feldman (2004) utiliza o conceito de pele psíquica, definida como aquela que fornece contenção e contorno as experiências internas e externas de um indivíduo, além de possibilitar que estas sejam integradas de forma coesa na psique-soma. A função da pele psíquica primária – desenvolvida na infância e a partir das interações entre criança e cuidadores primários – seria conter os estados afetivos internos e delimitar um espaço interno seguro e protegido, sem que este bloqueie a comunicação entre mundo interno e externo.

Quando esta função não é desenvolvida adequadamente, em decorrência da experiência de abuso e negligência infantil, o indivíduo precisaria desenvolver uma segunda pele que funcionaria como uma defesa ou barreira protetora contra certos afetos emocionais e experiências de insegurança, fragilidade e dificuldade (FELDMAN 2004). Nesta perspectiva, como aponta Silveira-filho (1995, p. 7), a dependência – compulsão alimentar – seria “uma questão de sobrevivência”, pois é o único recurso que o indivíduo dispõe naquele momento para propiciar um certo grau de conforto em meio ao desconforto advindo do trauma infantil.

Para Feldman (2004), a compulsão alimentar seria esta segunda pele que, ao mesmo tempo que protege, também enclausura a personalidade na fantasia, a qual isola o indivíduo do mundo exterior. Por conta deste mecanismo de defesa, o indivíduo fica impedido de se desenvolver psicologicamente e integrar determinadas partes da personalidade que foram apartadas da consciência. Logo, como apontou Bromberg (2001), o comer estaria mais associado a um dispendioso sistema de autoproteção que a fome em si. Assim,

comer é ao mesmo tempo conforto e autodestruição. Às vezes a comida me faz sentir que a vida não é terrível. Outras vezes, como demais somente para levantar uma parede de carne entre mim e os outros seres. Não quero ser um ente sexual, corporal. Quero ser um zero, uma bolha, e esquecer o mundo [...] é estar numa condição de doce letargia (WOODMAN, 1995, p. 89).

A partir da metáfora do conto de fadas João e Maria, foram realizados alguns paralelos entre trauma precoce, complexo materno desencadeador de emoções negativas sobre si mesmo e compulsão alimentar. Wieland-Burston (1996), ao realizar uma análise do conto, relata a vivência de negligência, abandono e solidão sofrida

pelos irmãos João e Maria. O ambiente familiar, que supostamente deveria prover segurança e conforto, é instável e os coloca em situação de risco: fome e ameaça oriunda da floresta. A experiência de serem rejeitados pela mãe, negligenciados pelo pai e de se perceberem perdidos no bosque é traumática. O mundo real torna-se hostil, instável e amedrontador, por não saberem como lidar com esse mundo são atraídos pelo que falta – mundo doce das fantasias – simbolizado pela casa da bruxa. Esta promete cuidado ao oferecer comida, quando seu objetivo principal era engordá-los para devorá-los.

O complexo materno negativo foi representado, na análise de Wieland-Burston (1996) do conto supracitado, pela figura da mãe rejeitadora de João e Maria, a qual propõe ao pai que os abandone na floresta, figura paterna omissa e pela figura da bruxa devoradora, que os engordava para poder comê-los, ou seja, o complexo materno e o arquétipo da bruxa estariam alinhados na polaridade negativa. A falta de um complexo materno positivo nesse conto, o qual possa desempenhar um papel mediador, faz que os personagens fiquem à deriva de seus próprios estados fisiológicos e afetivos. Bromberg (2001) propõe que a compulsão alimentar é uma tentativa prolongada de controle da desregulação afetiva oriunda do trauma infantil.

A emergência do complexo materno negativo é representada na possibilidade de João e Maria serem comidos e destruídos pela figura da bruxa. Entretanto, Maria elabora um plano de ação para enganar a bruxa devoradora, o qual possibilitou que a matassem e escapassem da situação de aprisionamento. Assim, despotencializando, segundo Wieland-Burston (1996), o complexo materno negativo.

Dan (1991) discorre sobre o aspecto dúbio do ingerir ou não os doces contidos na casa da bruxa. Não comer os doces representaria morrer de fome e comê-los significaria o aprisionamento e, subsequente, possível aniquilamento. Ainda sobre este aspecto dual, pode-se pensar que a compulsão alimentar e a comida possuem um aspecto destrutivo e protetor, por um lado, ameaça aniquilar o indivíduo, por outro, protege o indivíduo de afetos, pensamentos e sensações inconscientes insuportáveis. Rejeitar o afeto/alimento da figura materna, ainda que este afeto seja negativo, significaria a morte; aceitar a mãe protetora/devoradora significaria o aprisionamento (GRYNICK, 2016; KALSCHED, 2013a).

Além do conto de João e Maria, também pode-se utilizar como exemplo o caso clínico descrito por Austin (2013). Durante o processo de análise de Jenny, a autora (2013) tentou compreender: o que Jenny estava expressando por meio da sua

compulsão alimentar que precisava ser integrado à sua consciência. A partir da técnica junguiana de personificação de elementos interiores, Jenny personificou elementos e dinâmicas agressivas internas na fantasia de um duende maléfico, o qual poderia simbolizar um aspecto seu autodestrutivo e de auto-ódio ou um objeto internalizado que a atacava e a odiava.

A emergência dessas energias agressivas – ataque do duende maléfico – e sua relação com uma situação desencadeadora externa nem sempre é clara, entretanto, a autora relata um episódio em que o chefe de Jenny não lhe pagou corretamente e ela, em vez de confrontá-lo, reprimiu sua raiva, já que este afeto era completamente incompatível com a imagem de boa menina que queria manter (AUSTIN, 2013).

A partir de então, o duende maléfico começava a atacá-la e Jenny passava a se responsabilizar e culpar-se pelo comportamento do chefe, o que culminava em um episódio de compulsão alimentar. A compulsão parecia ser um espaço em que a expressão destas energias brutas e agressivas, incompatíveis com a consciência, era possível (AUSTIN, 2013).

Para Kalsched (2013a), a raiva em indivíduos que foram sistematicamente traumatizados não poderia ser expressa contra os abusadores e, por isso, voltavam-se para si mesmo em direção à parte vulnerável da personalidade, que nesse caso é a figura da boa menina que Jenny tentava manter. A partir do modelo de Kalsched (2013a), pode-se observar o funcionamento do sistema de autocuidado: a parte progredida persecutória da psique – simbolizada no duende maléfico – atacava a parte regredida e vulnerável – representada pela necessidade de se manter uma boa menina.

Jenny, ao personificar suas energias agressivas e figura interna sádica em um duende maléfico, abriu espaço para entrar em contato com sua agressividade, a qual anteriormente só podia ser expressa por meio da compulsão alimentar. Gradualmente Jenny passou a se aproximar de partes de sua personalidade que precisavam ser exploradas e integradas à consciência, isto é, a expressão adequada da agressividade se tornou tolerável (AUSTIN, 2013).

Isto possibilitaria a ampliação da consciência e o desenvolvimento de uma personalidade mais coesa. Sendo assim, apesar da figura da fantasia de Jenny possuir um aspecto destrutivo, tal figura também poderia conter o germen para um potencial crescimento psicológico (AUSTIN, 2013).

A partir da perspectiva da psicologia analítica, os sintomas – compulsão alimentar – são manifestações simbólicas que apontam para o conteúdo inconsciente que precisa ser compreendido e integrado à consciência, para que assim haja uma melhora da doença (RAMOS, 2005, 2014).

O indivíduo simbolizaria inconscientemente no corpo o conflito psicológico, em especial, como aponta Harris (2009), quando se trata de uma experiência traumática. Pelo fato do evento traumático ativar conflitos inconscientes e estruturas pré-verbais, tal evento seria registrado no corpo e nas memórias implícitas (RAMOS, 2014).

Sendo assim, o sintoma poderia ser um símbolo não-verbal e deveria ter seu significado e finalidade simbólicos transduzidos para o plano verbal e abstrato para a melhora da doença. A transdução, conceito amplamente desenvolvido por Ramos (2005, 2014), significa a conversão ou tradução de uma informação de um sistema para a outro sistema informativo.

Para Ramos (2005), quando o indivíduo não consegue transduzir um conflito em uma representação simbólica abstrata – fantasias, imaginação, sonhos, fala – a simbolização ocorreria de maneira mais regressiva e primitiva – polaridade somática. Como aponta Wahba (2017), a regressão e/ou fixação a um estágio anterior – fase oral – pode ser um possível indicador de TA, neste caso, a compulsão alimentar.

O potencial construtivo da doença, a compreensão do seu sentido e a melhora do quadro alimentar poderá ocorrer quando houver a transdução da polaridade somática do sintoma, para a polaridade psíquica e verbal, consciente (RAMOS, 2005, 2014). Se o sentido simbólico da doença/sintoma não for integrado pela consciência de maneira criativa, seu aspecto destrutivo poderá ser constelado, como ocorre ao final de um episódio de compulsão alimentar em que o indivíduo sente muita vergonha, tristeza e culpa. Uma paciente de Feldman (2004, p. 301, tradução nossa) descreve como se sente nesses momentos e como foi vencida pela atuação do complexo: "Eu escapei do sentimento de dureza com a compulsão alimentar, e depois de uma compulsão alimentar me sinto morta e esgotada".

Um modo de aproximação é ouvir o que a doença está comunicando enquanto, ao mesmo tempo, se recusa a fazer uma aliança como a crença da analisando que sua doença é a única resposta possível para seus sentimentos desesperados, e o único meio possível para comunicar este desespero (AUSTIN, 2005, p.178, tradução nossa).

Em síntese, as considerações teóricas dos autores junguianos realizadas sobre os TA e compulsão alimentar convergem ao apontarem: o complexo materno rejeitador ou excessivamente protetor/devorador que deflagra afetos negativos no indivíduo e precipita ou sucede um episódio de compulsão alimentar; a estruturação hipertrófica do complexo materno na consciência que exacerba a polaridade da nutrição, fazendo que o indivíduo coma compulsivamente a fim de suprir o vazio e a falta de afeto e, por fim, a ferida narcísica ou matriarcal decorrente de uma perturbação na relação primal ou falha no desenvolvimento.

Pode-se observar também que a literatura aborda com maior ênfase a figura materna e sua influência na compulsão alimentar, quando comparado com a figura paterna. Sugere-se um maior número de estudos com consistência teórica sobre a função e a figura paterna sobre este transtorno.

Ademais, a compulsão alimentar se distingue dos outros tipos de compulsões e comportamentos dependentes à medida que o corpo e comida – aspectos fundamentais neste transtorno – indicariam uma questão referente ao mundo das relações afetivas infantis, já que ambos representam os primeiros tipos de trocas realizadas entre criança, cuidador primal e mundo externo.

Segundo a literatura, pessoas com compulsão alimentar apresentariam emoções predominantemente negativas: insegurança, ansiedade, desamparo, medo, solidão, abandono, ansiedade, sentimento de rejeição, carência afetiva, baixa autoestima, culpa, vergonha, raiva, depressão, dificuldade na sociabilidade e sexualidade.

O gerencialmente e apaziguamento desses afetos se apresentam, em sua maioria, no consumo compulsivo por alimento ou na aplicação de estratégias defensivas, tais como: dissociação, regressão psíquica, predileção à fantasia, estreitamento da vida e centralidade da comida. A utilização destas estratégias ocorre devido ao fato da maioria desses indivíduos apresentarem uma estrutura egóica desadaptada.

Alguns autores destacam a associação entre trauma infantil, dissociação, desregulação fisiológica e emocional com a compulsão alimentar. A dissociação e a compulsão alimentar funcionariam como uma proteção para o indivíduo, uma segunda pele, contra pensamentos e afetos intrusivos e dolorosos.

Entretanto, tais mecanismos defensivos integrariam um sistema de cuidado pouco eficaz, pois após um episódio de compulsão alimentar, energias agressivas

voltam-se para o indivíduo em forma de desprezo, nojo, ataque a si mesmo e auto-ódio, o que acaba por acentuar ainda mais as emoções negativas precedentes ao episódio.

Por fim, pode-se refletir o sintoma da compulsão alimentar não só em seu sentido defensivo, mas também em seu sentido prospectivo. O excesso alimentar apresentaria uma solução temporária para os conflitos internos como, por exemplo, saciando o sentimento de ausência e de carência na polaridade concreta. A ausência da vivência do complexo materno positivo na polaridade psíquica e amorosa exacerba a polaridade concreta desse complexo. O bem-estar psique-soma do bebê é dado pelo alimento leite/amor, na falta do segundo, fixa-se no primeiro.

Dessa forma, enquanto o dinamismo da compulsão alimentar não for integrado à consciência, esta seria a melhor estratégia possível encontrada pela psique naquele momento, a qual visaria ao gerenciamento e à manutenção parcial do controle de determinados afetos intoleráveis, devastadores, vorazes e insuportáveis que perturbam a integridade do indivíduo.

Nesse capítulo, a autora buscou compreender as possíveis relações existentes entre compulsão alimentar e trauma na infância a partir do enfoque da psicologia analítica. No capítulo seguinte, por meio de uma revisão de pesquisas sobre o tema, foram abordadas as correlações estatísticas existentes entre estas duas variáveis.

5 LEVANTAMENTO DE PESQUISA SOBRE COMPULSÃO ALIMENTAR E TRAUMA NA INFÂNCIA

5.1 Critério de busca e seleção dos trabalhos de pesquisa

A presente pesquisa selecionou os seguintes *sites* de busca: BVS, *PubMed*; Scielo; CAPES/MEC; Bireme; *Medline*; Indexpsi, *Lilacs* e *Cochrane Library*, utilizando de palavras-chave que se relacionaram com o tema: Transtorno de Compulsão Alimentar ou compulsão alimentar e trauma infantil. Foram verificados termos correlatos e sinônimos ligados às palavras-chave no idioma português e inglês. Os artigos que se distanciaram da temática, a partir da leitura dos resumos, foram excluídos.

Foram priorizados estudos feitos a partir de 2011 e em revistas com *qualis* igual ou acima de B2. Foram encontradas poucas pesquisas em revistas nacionais de boa qualidade e empíricas que relacionassem o tema TCA ou compulsão alimentar e trauma na infância. Sendo assim, as pesquisas foram majoritariamente de fontes internacionais.

5.2 Pesquisas sobre compulsão alimentar e trauma na infância

A pesquisa de Becker e Grilo (2011) examinou a existência da relação entre trauma infantil e TCA em um grupo de mulheres americanas obesas com TCA. O trauma infantil foi definido pela escala *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ): abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e física. O tipo de trauma infantil mais frequente nesta amostra foi negligência emocional (66%), seguido por abuso emocional (52%), negligência física (48%), abuso sexual (31%) e abuso físico (28%). As participantes apresentaram taxas de trauma infantil de duas a três vezes mais altas que a população geral. Além disso, observou-se uma correlação positiva entre (1) abuso físico infantil, transtorno depressivo e transtorno por uso de substância; (2) abuso emocional infantil e distímia e, por fim, (3) abuso sexual, negligência física e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

A pesquisa de Paraventi et al. (2011) foi realizada no Brasil e investigou os antecedentes de abuso sexual infantil em mulheres e suas associações com AN, BN

e TCA na vida adulta. Para tanto, os pesquisadores compararam este grupo com pacientes de um ambulatório oftalmológico. Observou-se uma correlação significativa positiva entre abuso sexual infantil e AN, sendo o risco deste TA cinco, oito vezes maior em indivíduos com histórico de abuso sexual infantil. A prevalência de abuso sexual infantil em mulheres com TCA foi alta, porém não se constatou uma diferença estatística. A prevalência de abuso sexual infantil foi alta tanto na população psiquiátrica, como no grupo controle oftalmológico, população não psiquiátrica.

Burns et al. (2012) observaram uma associação positiva entre a frequência dos episódios de compulsão alimentar, os escores da escala de dificuldades na regulação emocional e o abuso emocional infantil em mulheres americanas. O abuso físico e sexual não foram estatisticamente significativos para os episódios de compulsão alimentar. Além disso, o abuso emocional e a dificuldade na regulação emocional foram associados significativamente e positivamente entre si. Para os autores, estes dados confirmam a hipótese de que o episódio de compulsão alimentar é um modo desadaptado de lidar com estados emocionais negativos, indicando uma habilidade precária de regulação emocional. A curto prazo, o episódio de compulsão refrearia afetos negativos e proporcionaria alívio e calma.

O estudo de Imperatori et al. (2016), realizado na Itália com mulheres com sobrepeso e obesas, observou que o TCA foi associado com o trauma infantil em todas as suas dimensões, incluindo o abuso sexual, embora esta tenha sido a associação mais fraca. O abuso emocional foi seguido em frequência pelo trauma global, negligência física, negligência emocional e abuso físico. A ansiedade e a depressão também apresentaram uma correlação positiva com TCA, enquanto o IMC apresentou uma correlação positiva com depressão, negligência física e trauma global, respectivamente. Os autores sugerem que a compulsão alimentar previne ou alivia estados emocionais negativos advindos de experiências traumáticas na infância. O uso da comida seria uma estratégia de enfrentamento desadaptada para autorregulação emocional e gerenciamento de estados emocionais desagradáveis.

Caslini et al. (2016) observaram, por meio de uma revisão sistemática e meta-análise, que o abuso emocional infantil, seguido pelo físico e sexual infantil apresentam uma correlação positiva com TCA. Segundo os pesquisadores, estes achados fornecem maior evidência para o entendimento da compulsão alimentar como modo de manejar situações adversas resultantes do trauma na infância e uma reação a estes abusos sofridos.

Feinson e Hornik-Lurie (2016a), em uma clínica de saúde básica em Jerusalém, observaram que dentre aqueles com compulsão alimentar: 53% relataram abuso emocional na infância, 29% físico e 6,5% sexual. Entretanto, apenas o abuso emocional foi considerado estatisticamente significativo para compulsão alimentar, que também apresentou uma correlação positiva com autocriticismo, depressão e ansiedade, respectivamente. Estes três fatores são considerados possíveis mediadores da relação abuso emocional-compulsão alimentar. Cabe ressaltar, no entanto, que o autocriticismo foi a variável que mais contribuiu para explicar a severidade da compulsão alimentar em indivíduos com histórico de abuso emocional na infância, tanto na mediação quanto na manutenção da patologia.

Feinson e Hornik-Lurie (2016b) também investigaram o papel mediacional da raiva na relação abuso emocional na infância/compulsão alimentar em mulheres israelenses, tendo em vista que o abuso emocional foi considerado um fator de risco para o desenvolvimento da compulsão alimentar na vida adulta. Os autores observaram uma correlação positiva entre raiva e compulsão alimentar e que este fator, em conjunto com o autocriticismo, medeia a relação abuso emocional-compulsão alimentar. Além disso, mulheres com compulsão alimentar mais graves relataram abuso emocional na infância, enquanto mulheres com compulsão alimentar que não sofreram abuso emocional na infância apresentaram níveis mais leves ou moderados de compulsão alimentar.

Palmisano, Innamorati e Vanderlinden (2016), em uma revisão de pesquisas sobre a associação entre TCA e experiências adversas na vida, observaram que o trauma infantil pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento do TCA na vida adulta. Além disso, os autores listaram alguns fatores mediadores entre estas duas variáveis, sendo eles: obesidade, fatores neurobiológicos, dissociação, depressão, raiva, estresse, autocriticismo, insatisfação corporal e fatores interpessoais específicos como, por exemplo, um estilo de apego negligente em relação à alimentação dos filhos, ansioso ou inseguro.

A meta-análise realizada por Molendijk et al. (2017) apresentou uma alta prevalência de trauma na infância – abuso e negligência emocional (59%), abuso sexual (24%) e físico (23%) – em pacientes com TCA. Os pesquisadores observaram uma associação forte entre trauma infantil, em especial abuso e negligência emocional, com início mais cedo do transtorno, sintomatologia mais severa da

compulsão alimentar, maior sintomas de depressão e ansiedade, presença de comorbidades psiquiátricas e presença de comportamentos suicidas e de autolesão.

O estudo de Afifi et al. (2017) demonstrou, em uma amostra epidemiológica representativa nacional dos EUA, que todas as formas de trauma infantil – abuso emocional (OR:3,67); abuso sexual (OR:3,05); trauma global (OR:2,98); negligência física (OR:2,92); exposição à violência por parceiro íntimo (OR:2,84); abuso físico (OR:2,83); punição física severa (OR:2,52) e negligência emocional (OR:1,99) – tiveram uma correlação positiva com TCA em adultos no Canadá. A exposição à violência por parceiro íntimo é definida como uma violência que ocorre entre adultos/cuidadores membros da família, sendo presenciada pela criança. O TCA apresentou uma correlação positiva com todas as dimensões do trauma infantil, sendo o abuso emocional, abuso sexual e o trauma global, respectivamente, os tipos de traumas infantis mais significativos para o TCA. Por fim, a presença de qualquer transtorno mental e histórico familiar de disfunção também foram correlacionadas positivamente com o TCA. O trauma infantil em todas as suas dimensões, exceto negligência emocional, a presença de transtorno mental e histórico de disfunção familiar foram mais prevalentes no TCA que no grupo controle e no grupo com outros distúrbios alimentares.

Hymowitz, Salwen e Salis (2017) observaram, em um estudo com estudantes universitários americanos, que quanto maior a severidade do abuso emocional na escala CTQ, maior o risco de TCA. Além disso, o estudo indicou que a autopercepção negativa tem um papel mediacional entre abuso emocional na infância, TCA, obesidade e aumento do IMC.

Amianto et al. (2018), por meio da escala CTQ, avaliaram experiências traumáticas na infância em adultos obesos na Itália, com e sem TCA. Os pesquisadores observaram que pacientes com TCA apresentaram maiores níveis de negligência e abuso emocional, quando comparados com o grupo controle e grupo de obesos sem TCA. No que se refere ao abuso sexual, o grupo de obesos com TCA apresentaram níveis significativamente maiores que o grupo controle saudável.

Palmisano et al. (2018) buscaram compreender a relação entre experiências traumáticas na infância, dissociação e TCA, em pacientes, homens e mulheres, na Itália. Por meio do CTQ, os autores observaram que indivíduos com TCA apresentam maiores níveis de negligência emocional, abuso emocional e sexual, respectivamente, que o grupo controle. Além disso, o grupo com TCA apresentou maiores níveis de

dissociação que o grupo controle saudável. Os autores observaram que quanto maior o nível de dissociação, de trauma infantil e do IMC, maior a severidade dos episódios de compulsão alimentar.

O estudo de Baek et al. (2018) objetivou determinar os efeitos dos sintomas de compulsão alimentar na tentativa de suicídio e no transtorno depressivo maior (TDM) em uma população coreana. Foram selecionados participantes com TDM e compulsão alimentar e participantes com TDM e sem compulsão alimentar. Cabe ressaltar que o primeiro grupo era mais jovem que o segundo, sendo que o grupo dos mais jovens apresentou um número maior de comorbidades psiquiátricas, tais como: transtorno por uso de substância, transtorno de ansiedade, TEPT e histórico de tentativa de suicídio. Além disso, o grupo com compulsão alimentar apresentou maior nível de presença de qualquer tipo de trauma; trauma precoce; trauma na vida adulta e trauma sexual, isto é, estupro ou agressão sexual que o grupo sem compulsão alimentar. Observou-se uma correlação positiva entre tentativa de suicídio com compulsão alimentar e trauma sexual. O trauma sexual aumenta a compulsão alimentar, juntamente com o uso de substância, ansiedade e tentativa de suicídio. Além disso, a compulsão alimentar e a ansiedade mostraram uma associação bidirecional, isto é, se afetam mutuamente. Os autores inferiram que a compulsão alimentar pode ser usada para acalmar ou entorpecer a si mesmo após uma experiência traumática.

Belli et al. (2019) avaliaram os níveis de dissociação e trauma infantil, por meio do CTQ, em obesos graves com e sem TCA na Turquia. Os pesquisadores observaram que os pacientes com TCA apresentaram maiores pontuações para dissociação que os obesos graves sem TCA. Além disso, os pacientes obesos com TCA pontuaram de maneira significativamente mais alta nas subescalas de negligência e abuso emocional na infância, quando comparado ao grupo de obesos sem TCA.

Quilliot et al. (2019) avaliaram, em um grupo de pacientes franceses obesos com cirurgia bariátrica marcada, a associação entre eventos psicológicos adversos na infância e TCA na vida adulta. A prevalência de TCA nesta população foi de 34,9%. O trauma psicológico na infância estava significativamente correlacionado com pacientes com TCA. A negligência emocional foi o trauma infantil mais predominantemente associado com o TCA, tanto para homens quanto para mulheres. Nos homens também foi observado uma correlação entre trauma infantil global e TCA,

enquanto nas mulheres, uma correlação entre abuso físico, abuso sexual, trauma global e presenciar violência doméstica com TCA.

Braun et al. (2019), por meio da análise de um estudo epidemiológico nacional realizado nos EUA, observaram que mulheres que sofreram trauma na infância apresentavam um número alto de sintomas de compulsão alimentar.

Em síntese, a partir da análise das pesquisas que relacionaram trauma infantil e TCA/compulsão alimentar, pode-se realizar algumas observações quanto ao impacto que o trauma infantil tem no desenvolvimento e agravamento deste quadro alimentar. Em diversos estudos foram observados uma correlação positiva entre trauma infantil e TCA/compulsão alimentar (AFIFI et al., 2017; BAEK et al., 2018; BECKER; GRILO, 2011; BRAUN et al., 2019; CASLINI et al., 2016; IMPERATORI et al., 2016; MOLENDIJK et al., 2017; PALMISANO et al., 2018; PALMISANO; INNAMORATI; VANDERLINDEN, 2016; QUILLIOT et al., 2019), indicando que o trauma infantil pode ser um fator de risco desencadeador do TCA e que a presença do trauma infantil agrava a severidade dos episódios de compulsão alimentar.

Alguns estudos sugeriram a relação entre um tipo de trauma infantil específico e o TCA. O abuso emocional foi o tipo de trauma infantil que mais se destacou no que se refere à associação significativa e positiva com o TCA e a episódios de compulsão alimentar (AFIFI et al., 2017; BURNS et al., 2012; CASLINI et al., 2016; FEINSON; HORNIK-LURIE, 2016a, 2016b; HYMOWITZ; SALWEN; SALIS, 2017; IMPERATORI et al., 2016). Em outros estudos, observou-se que a negligência e abuso emocional foram os tipos de trauma infantis mais determinantes para o TCA e episódios de compulsão alimentar (AMIANTO et al., 2018; BECKER; GRILO, 2011; BELLI et al., 2019; MOLENDIJK et al., 2017; PALMISANO et al., 2018). Apenas um estudo indicou que exclusivamente a negligência emocional possuía uma correlação significativa e mais frequente com o TCA (QUILLIOT et al., 2019).

No que se refere ao abuso sexual na infância, os estudos apresentaram resultados mais dispersos. Em algumas pesquisas não foram observados uma correlação positiva entre TCA e abuso sexual (BURNS et al., 2012; PARAVENTI et al., 2011), enquanto que em outros esta correlação era existente, embora não fosse a mais frequente e significativa (AFIFI et al., 2017; AMIANTO et al., 2018; BECKER; GRILO, 2011; CASLINI et al., 2016; IMPERATORI et al., 2016; PALMISANO et al., 2018). Apenas em um estudo, o trauma sexual, não necessariamente na infância, foi a associação mais significativa e frequente. Neste estudo o trauma sexual foi

associado à tentativa de suicídio, transtornos por uso de substância, transtornos de ansiedade e compulsão alimentar (BAEK et al., 2018).

O TCA foi associado em diversas pesquisas a um maior número de transtornos psiquiátricos (AFIFI et al., 2017), em especial, à depressão e à ansiedade (FEINSON; HORNIK-LURIE, 2016a; IMPERATORI et al., 2016; PALMISANO; INNAMORATI; VANDERLINDEN, 2016). O trauma infantil também foi associado à presença de um maior número de comorbidades psiquiátricas, tais como, depressão (BECKER; GRILO, 2011; IMPERATORI et al., 2016; MOLENDIJK et al., 2017), ansiedade (MOLENDIJK et al., 2017), transtorno por uso de substância e TEPT (BECKER; GRILO, 2011) e comportamentos suicidas e de autolesão (MOLENDIJK et al., 2017).

Os seguintes elementos foram associados ao TCA e ao trauma infantil: alto nível de autocrítica e raiva (FEINSON; HORNIK-LURIE, 2016a, 2016b; PALMISANO; INNAMORATI; VANDERLINDEN, 2016); dissociação (BELLI et al., 2019; PALMISANO et al., 2018; PALMISANO; INNAMORATI; VANDERLINDEN, 2016), IMC alto (PALMISANO et al., 2018); disfunção familiar (AFIFI et al., 2017); autopercepção negativa (HYMOWITZ; SALWEN; SALIS, 2017); baixo nível de regulação emocional (BURNS et al., 2012); obesidade, fatores neurobiológicos, estresse, insatisfação corporal e apego inseguro (PALMISANO; INNAMORATI; VANDERLINDEN, 2016).

Por fim, pode-se dizer que a compulsão alimentar foi entendida como um mecanismo de gerenciamento e enfrentamento de afetos negativos oriundos das vivências traumáticas infantis (BAEK et al., 2018; BURNS et al., 2012; CASLINI et al., 2016; IMPERATORI et al., 2016).

Em função das observações de como o trauma infantil foi correlacionado positivamente com a compulsão alimentar e de como a psicologia analítica desenvolve esse tema, propõe-se a investigação das associações do trauma na infância em mulheres com compulsão alimentar e uma reflexão junguiana de como esses processos se desenvolvem a partir dos dados qualitativos. Embora a literatura tenha associado significativamente o trauma infantil com a compulsão alimentar, o estudo destas variáveis em uma população brasileira é escasso, haja vista que se utilizou em sua maioria pesquisas internacionais. Ademais, o aprofundamento dos aspectos psicossociais por meio das perguntas qualitativas, pouco realizado na literatura, poderá contribuir para uma compreensão mais ampla desse fenômeno.

6 MÉTODO

6.1 Objetivo

6.1.1 Objetivo geral

Investigar as associações entre compulsão alimentar e trauma na infância em mulheres com compulsão alimentar e compreender seus aspectos psicossociais.

6.1.2 Objetivos específicos

1. Investigar correlações existentes entre os tipos de trauma na infância e a gravidade da compulsão alimentar;
2. Compreender mecanismos psicossociais associados à compulsão alimentar e ao trauma infantil sobre o enfoque da Psicologia Analítica.

6.2 Caracterização do estudo

Essa pesquisa é quali-quantitativa: quantitativa, com análise estatística dos questionários ECAP e QUESI; e qualitativa, na leitura dos aspectos psicossociais da compulsão alimentar e trauma na infância pelo enfoque da psicologia analítica a partir dos questionários de perguntas abertas.

6.3 Participantes

Mulheres com compulsão alimentar, maiores de 18 anos que participavam de grupos de *Facebook* brasileiros voltados ao tema da compulsão alimentar. Os critérios de inclusão foram: ter compulsão alimentar, segundo a escala BES, e participar dos grupos de *Facebook* selecionados. Os critérios de exclusão foram: negar assinar o termo de consentimento e ter idade menor que 18 anos.

6.3.1 Procedimento para seleção da amostra

Os grupos de *Facebook* que abordaram o tema da compulsão alimentar foram

selecionadas da seguinte forma. A pesquisadora: 1) acessou o *site Facebook*; 2) digitou no campo “pesquisar grupos” as palavras “compulsão alimentar”. Após os grupos sobre compulsão alimentar aparecerem, a pesquisadora 3) solicitou a sua participação nos grupos que tratassem do tema compulsão alimentar. Após sua participação ter sido aprovada no grupo, a pesquisadora 4) enviou uma mensagem para os administradores, explicando sobre sua pesquisa e pedindo autorização para realizar um *post* em que disponibilizaria um *link* da plataforma *SurveyMonkey* que continha os questionários, os quais serão descritos no subcapítulo instrumentos.

De cinquenta e três (53) grupos de *Facebook* cuja temática central era a compulsão alimentar, treze (13) grupos aprovaram a participação e solicitação para realizar o *post* com o *link* dos questionários. Os grupos de *Facebook* em que a pesquisadora disponibilizou os questionários foram: I) Compulsão alimentar, vamos nos ajudar ?; II) Transtorno de Compulsão Alimentar; III) Pare com a compulsão alimentar, siga revigorando a saúde; IV) Compulsão alimentar; V) Compulsão alimentar – psicologia; VI) Diário de uma compulsão alimentar; VII) Compulsão alimentar noturna; VIII) Compulsão alimentar [Cura Paleo/Geração Melhor]; IX) Reeducação alimentar para compulsivos.; X) Compulsão alimentar (cura energética); XI) Programa adeus compulsão alimentar; XII) Compulsão alimentar – Veg(etari)anas e simpatizantes e XIII) ”– Compulsão + Resultado”.

6.4 Instrumentos

6.4.1 Ficha qualitativa anônima – Apêndice I

A Ficha qualitativa anônima (APÊNDICE I) possui, em sua primeira parte, perguntas que visam a caracterização dos participantes dessa amostra. Na segunda parte da Ficha qualitativa anônima, foram realizadas perguntas referentes aos aspectos psicológicos e sociais relacionados à compulsão alimentar.

A pesquisadora utilizou a literatura disponível sobre o tema, sua experiência clínica no atendimento a pessoas com TA no ambulatório do PROATA-UNIFESP assim como sua experiência de um semestre – 1ª Semestre de 2019 – frequentando as reuniões de dois grupos da Irmandade de Comedores Compulsivos Anônimos na cidade de São Paulo, com consentimento dos membros, para a construção das perguntas contidas nesse questionário.

6.4.2 Escala de compulsão alimentar periódica (ECAP) – Anexo I

A Escala de Compulsão Alimentar Periódica cujo nome original é *Binge-Eating Scale* (BES), desenvolvida por Armour et al., (2016), foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Freitas et al. (2001).

Trata-se de um questionário autoaplicável e retrospectivo com dezesseis (16) itens e sessenta e duas (62) afirmativas. O indivíduo deve assinalar dentro de cada item uma das três ou quatro afirmativas que mais o representa. Cada afirmativa corresponde a uma pontuação estabelecida pela grade de correção da escala, a qual varia de 0 a 3 pontos. Nesta escala *Likert*, 0 indicaria a ausência daquele comportamento, sentimento ou cognição e 3 apontaria a presença em uma gravidade máxima (FREITAS et al., 2001).

Para obter o resultado, como indica Freitas et al. (2001), soma-se os pontos de cada item. Participantes que pontuarem um número igual ou menor que dezessete (17) pontos não possuem compulsão alimentar periódica (CAP); aqueles que pontuaram de dezoito (18) a vinte e seis (26) pontos possuem CAP moderada e aqueles cuja pontuação é maior ou igual a vinte e sete (27) pontos apresentam CAP grave.

6.4.3 Questionário sobre traumas na infância (QUESI) – Anexo II

O instrumento *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), traduzido para o português Questionário sobre traumas na infância (QUESI), foi desenvolvido por Bernstein et al. em 1994, continha, inicialmente, setenta (70) questões. Posteriormente Bernstein et al. (2003) desenvolveram e validaram o atual QUESI, que seria uma versão breve, com vinte e oito (28) questões e com a mesma validade que o instrumento anterior.

Segundo Macdonald et al. (2016), o QUESI é umas das escalas mais usadas e mais bem avaliadas para investigar e quantificar as experiências de trauma, tendo mais de mil (1000) citações em plataformas de busca de artigos.

O QUESI foi traduzido e validado para a população brasileira por Grassi-Oliveira et al. (2014) e Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006). Trata-se de um questionário autoaplicável e retrospectivo de vinte e oito (28) questões, que utiliza uma escala *Likert* de cinco pontos: nunca (1); poucas vezes (2); às vezes (3); muitas

vezes (4); e sempre (5). O instrumento é utilizado em adolescentes e em adultos, investigando cinco dimensões do trauma na infância: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física. No quadro 1 estão descritas o corte de pontuação para cada subtipo de trauma infantil e abaixo as definições de cada subescala e questões referentes a elas.

Quadro 1 - Pontuação subtipos QUESI

Subtipos	<i>Range</i>	Inexistente à mínimo	Leve à moderado	Moderado à severo	Severo à extremo
Abuso emocional	5-25	≤ 8	9-12	13-15	≥16
Abuso físico	5-25	≤ 7	8-9	10-12	≥13
Abuso sexual	5-25	5	6-7	8-12	≥13
Negligência emocional	5-25	≤ 9	10-14	15-17	≥18
Negligência física	5-25	≤ 7	8-9	10-12	≥13
Negação	0-3	–	–	–	–
Pontuação total	25-125	≤ 36	37-51	52-68	≥69

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

O abuso emocional (questões 3, 8, 14, 18 e 25) é caracterizado por Bernstein et al. (2003, p. 175, tradução nossa) como “agressão verbal ao senso de valor ou bem-estar de uma criança ou qualquer comportamento humilhante ou degradante dirigido a uma criança por um adulto ou pessoa mais velha”.

O abuso físico (questões 9, 11, 12, 15 e 17) é definido por Bernstein et al. (2003, p. 175, tradução nossa) como “agressões corporais a uma criança por um adulto ou uma pessoa mais velha que representasse um risco ou resultasse em ferimento”.

O abuso sexual (questões 20, 21, 23, 24 e 27) é descrito por Bernstein et al. (2003, p. 175, tradução nossa) como “contato ou conduta sexual entre uma criança com menos de dezoito (18) anos de idade e um adulto ou pessoa mais velha”.

A negligência emocional (questões 5, 7, 13, 19 e 28) refere-se, segundo Bernstein et al. (2003, p. 175, tradução nossa), ao “fracasso dos cuidadores em atender às necessidades emocionais e psicológicas básicas das crianças, incluindo amor, pertencimento, nutrição e apoio”.

A negligência física (questões 1, 2, 4, 6 e 26) trata, conforme Bernstein et al. (2003, p. 175, tradução nossa), da “falha dos cuidados em prover as necessidades físicas básicas de uma criança, incluindo comida, abrigo, roupas, segurança e cuidados de saúde”.

Os itens de minimização/negação (questões 10, 16 e 22) são para indivíduos que sub-relataram o abuso ou negligência. Os participantes que pontuaram na escala *Likert* de 1 a 4 receberam a pontuação 0, enquanto aqueles que pontuaram na escala *Likert* 5 receberam a pontuação 1. A pontuação total do item de minimização/negação é de 0 a 3 pontos, quando a pontuação for > 0 , isto é, de 1 a 3 pontos significa que o indivíduo pode estar minimizando/negando o abuso e negligência (MACDONALD et al., 2016).

A escala de trauma infantil varia de 5 a 125 pontos e favorece a leitura dos aspectos quantitativos acerca da gravidade do trauma infantil. Macdonald et al. (2016) descrevem que quando o participante pontuar no total de *score* da escala QUESI ≤ 36 , o trauma é inexistente para mínimo; QUESI > 36 e ≤ 51 , o trauma é baixo para moderado; QUESI > 51 e ≤ 68 , moderada para severo; e QUESI ≥ 69 , severo para extremo. Por fim, é importante destacar que as questões 2, 5, 7, 13, 19, 26 e 28 são reversas.

6.5 Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação do *post* por parte dos administradores dos grupos, descrita na seleção da amostra, foi realizado uma postagem disponibilizando um *link* da plataforma *SurveyMonkey*. Na postagem, juntamente com o endereço eletrônico da pesquisa, a pesquisadora disponibilizava informações e instruções sobre a pesquisa, a fim de motivar a participação dos membros dos grupos (APÊNDICE II).

O *link* da plataforma *SurveyMonkey* continha o termo de consentimento assim como a ficha qualitativa anônima e as duas escalas, ECAP e QUESI, nesta sequência. O termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE – (APÊNDICE III) foi transformado em um documento *on-line*. Após a leitura do termo de consentimento, o participante foi questionado se concordava em participar da pesquisa, podendo clicar no botão *sim* ou no botão *não* para responder esta questão. Se o participante optou pelo botão *sim*, em que concordava com o termo, foi dado prosseguimento a pesquisa,

sendo liberado o acesso aos questionários; caso o participante optasse pelo botão *não*, não era dado prosseguimento a pesquisa e o participante era direcionado para uma página que não dava acesso aos questionários e finalizava a pesquisa. Aqueles participantes que concordaram com o termo de consentimento tiveram acesso a ficha qualitativa anônima. A pesquisa foi elaborada de tal forma que os participantes só poderiam ter acesso ao próximo questionário quando completassem a ficha qualitativa anônima. Após completarem a ficha qualitativa anônima, os participantes tinham acesso ao ECAP e, apenas após responderem todas as perguntas do ECAP, tinham acesso ao QUESI, não havendo possibilidade de pular uma pergunta ou um questionário.

O endereço eletrônico – *link* – para que os participantes respondessem os questionários eletrônicos *on-line* ficaram disponíveis nos grupos de *Facebook* durante o período de três meses (09 de setembro 2019 a 09 de dezembro de 2019). Durante este período, a pesquisadora repostava semanalmente o *link* de sua pesquisa. Após tal período a coleta de dados na *internet* foi encerrada. Após a finalização da coleta de dados a pesquisadora, juntamente com um estatístico, avaliaram a pontuação do ECAP e excluíram aqueles participantes que não pontuaram para compulsão alimentar no ECAP.

6.6 Local de coleta de dados

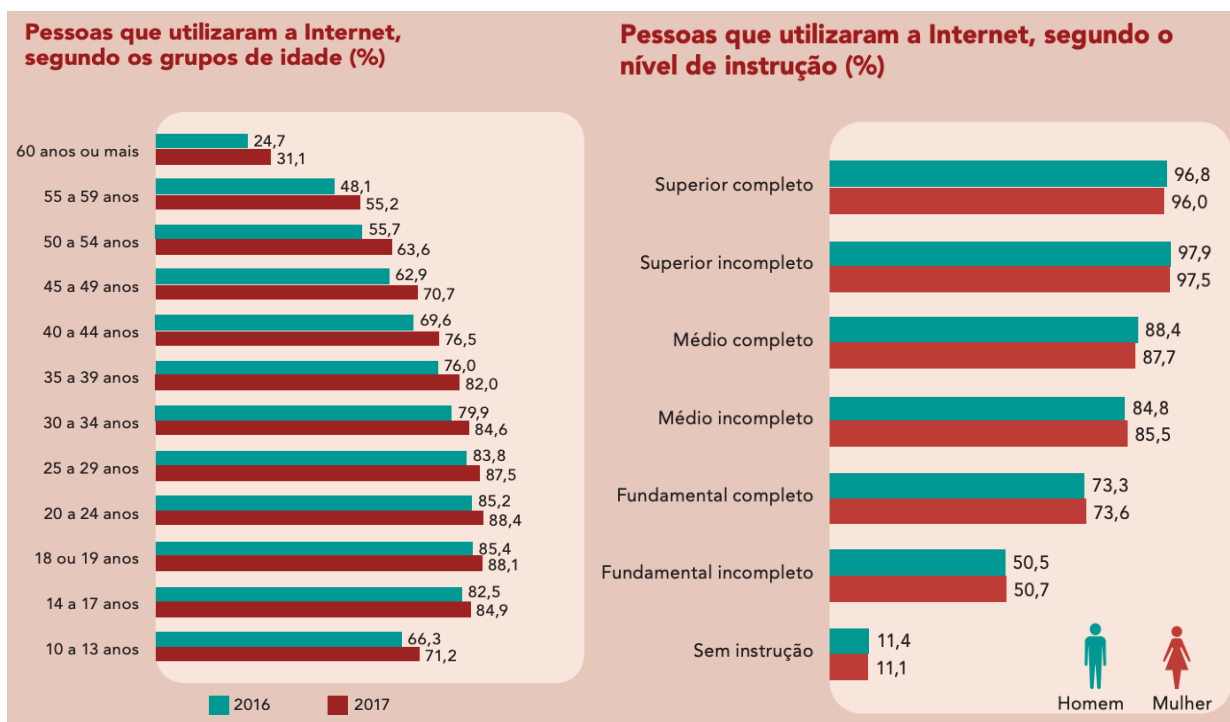
6.6.1 Características da população brasileira que possui acesso à *internet*

A breve caracterização da população brasileira que possuía acesso à *internet* se faz relevante à medida que pode limitar o acesso aos questionários *on-line* disponibilizados em grupos de *Facebook*.

Segundo o Comitê gestor da *internet* no Brasil (2019), em 2019 70% da população brasileira possui acesso à *internet*, sendo que 126,9 milhões de pessoas acessou a *internet* nos últimos três meses. Em relação a esse acesso por classe social, observa-se os seguintes dados: 92% classe social A; 91% classe social B; 76% classe social C e 48% da classe social D e E. Além disso, a população urbana possui mais acesso à *internet* (74%) que a população rural (49%). No que se refere às pessoas que utilizaram a *internet* por região do Brasil, o IBGE (2017) divulgou os seguintes dados: 73,2% são da região sul; 76,5% são da região sudeste; 76,6% são da região

centro-oeste; 58,4% da região nordeste e 60,1% da região norte. A distribuição das idades e do nível de instrução das pessoas que utilizaram a *internet* em 2017, segundo o IBGE (2017), consta na figura abaixo:

Figura 1 - Distribuição das idades e do nível de instrução das pessoas que utilizaram a *internet* em 2017



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017.

6.6.2 Aspectos positivos e limitações do uso da *internet* como método de coleta de dados

Segundo Buchanan, Smith (1999a) e A Weigold, I. K. Weigold e Russell (2013), houve um aumento do número de pesquisas realizado por meio da *internet*, em decorrência das inúmeras vantagens que este método de coleta de dados proporciona: acesso a um vasto número de potenciais participantes de pesquisa; acesso a participantes de regiões remotas ou longe do pesquisador; localização e contato fácil com grupos de participantes com características específicas; economia de papel e outros materiais; baixo custo e processamentos automático das respostas enviadas para o pesquisador. Por fim, a pesquisa realizada por meio do questionário *on-line*, especialmente quando de forma anônima, também possibilitaria um menor

risco do participante relatar um determinado tipo de resposta a fim de agradar o pesquisador ou corresponder, ao que acredita ser, a expectativa dele (nível de agradabilidade), além disso, proporciona maior conforto quando o questionário aborda temas íntimos como, por exemplo, trauma infantil, abuso sexual e sexualidade, que é o caso do presente estudo (BUCHANAN; SMITH, 1999a, 1999b; PUJOLS; MESTON; SEAL, 2010).

A equivalência da versão *on-line* ao método convencional – papel e lápis – de coleta de dados é um dos grandes questionamentos em relação a validade do uso da *internet* e questionários *on-line* como método de coleta de pesquisa. Embora, este possa ser um receio de diversos pesquisadores, estudos indicaram a equivalência e validade psicométrica da versão *on-line* quando comparado ao método convencional – papel e lápis – de coleta de dados (BUCHANAN; SMITH, 1999a; HOWELL et al., 2010; WEIGOLD, A.; WEIGOLD, I. K.; RUSSELL, 2013).

Por fim, deve-se levar em consideração algumas desvantagens da coleta de dados via *internet*: 1) erro de cobertura, isto é, o número de indivíduos da população brasileira que possuem acesso à *internet*, as regiões que habitam, idade, nível de instrução e nível socioeconômico podem influenciar fatores da amostra; 2) baixo índice de retorno de respostas; 3) heterogeneidade de dispositivos, i. e., computador/celular, recursos, tais como, velocidade da *internet*, que podem afetar a experiência do participante; e, por fim, 4) não haver uma lista completa de usuários da *internet*, impossibilitando uma seleção randômica e probabilística da amostra (CALLIYERIS; LAS CASAS, 2012).

6.7 Procedimento de análise de dados quantitativos

No processo de análise quantitativa de dados, utilizou-se o programa SPSS versão 25. Inicialmente, foi realizado um cálculo amostral com o objetivo de estabelecer a amostra mínima necessária e um estudo descritivo da amostra a fim de caracterizar essa população quanto aos dados sociodemográficos, os níveis de compulsão alimentar (ECAP), trauma na infância (QUESI) e das variáveis categóricas, decorrentes das perguntas qualitativas. Foram analisadas frequência e porcentagem das variáveis categóricas bem como a média, desvio padrão e intervalo de confiança de 95% das variáveis contínuas.

Em seguida foi realizada a estatística inferencial em que foram verificadas as correlações e associações estatisticamente significativas entre as variáveis. Foram analisadas todas as variáveis possíveis entre variáveis contínuas (IMC, ECAP e QUESI) e categóricas (perguntas qualitativas). Optou-se por considerar apenas as correlações $\geq 0,200$ e $\geq -0,200$, por se tratar da média do coeficiente de correlação considerado fraco, a fim de privilegiar correlações mais significativas do ponto de vista estatístico. No caso das variáveis contínuas (IMC, ECAP e QUESI), o teste de Shapiro-Wilk verificou o tipo de distribuição dos dados com o objetivo de selecionar o método estatístico mais apropriado: testes paramétricos, para distribuição normal ou testes não paramétricos, para distribuição não normal. Como houve correlação estatisticamente significativa entre as três variáveis contínuas, foi realizada a análise de regressão linear múltipla com o ECAP como variável de interesse e o IMC e QUESI como variáveis preditivas. O nível de significância estatística adotado nesse estudo foi de 0,05.

6.8 Procedimento de análise de dados qualitativos

A pesquisadora utilizou para a análise dos dados qualitativos a Análise temática de Ezzy (2002). Esta é dividida pelo autor em três etapas: *Open Coding*; *Axial Coding* e *Selective Coding* ou *Theoretical Coding*. O *Open Coding* é um momento inicial e exploratório de identificação de temas, conceitos ou tópicos que aparecem de maneira recorrente nos dados. O pesquisador deverá olhar os dados a fim de identificar as unidades de análise. Este primeiro momento é de experimentação, possibilitando a emergência de uma ampla gama de subcategorias, até que se encontre categorias norteadoras que englobem e aglutinem as outras. O processo do *Open Coding* requer que o pesquisador faça constantes comparações no processo de identificação dos códigos, isto porque quando se encontra determinado dado é importante compará-lo em busca de similaridades ou diferenças, possibilitando que este seja diferenciado ou agrupado a alguma categoria existente. Além disso, explorar as diferentes dimensões e propriedades de um mesmo código é fundamental, para saber se este deve ser dividido em dois códigos ou agrupado a um outro código mais amplo.

Se na primeira etapa a pesquisadora explorou os dados brutos em busca de códigos, no *Axial Coding* é o momento de explorar e revistar os códigos estabelecidos; especificar as propriedades e condições associadas aos códigos e examinar as

relações e conexões entre os códigos existentes a fim de criar categorias mais amplas ou centrais. O *Selective Coding* ou *Theoretical Coding* visa a identificar o conceito central daquela categoria ou a história que a circunda e compará-los com teorias já existentes. A codificação termina quando o pesquisador identifica que os códigos estão saturados e são suficientes para embasar a teoria emergente (EZZY, 2002).

Após a realização da análise temática, a pesquisadora contratou uma assistente de pesquisa com graduação em psicologia pela PUC-SP para revisar as categorias estabelecidas pela pesquisadora. Nas categorias em que houve divergências entre a pesquisadora e a assistente de pesquisa foram discutidas em conjunto até que se chegasse a uma percepção convergente.

6.9 Cuidados éticos

O projeto dessa pesquisa foi submetido na Plataforma Brasil e ao comitê de Ética em Pesquisa Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Os procedimentos aqui realizados obedeceram aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humano, conforme a Resolução nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O parecer consubstanciado do CEP favorável. O número do CAAE é: 13828819.6.0000.5482 (ANEXO III).

Antes do início da aplicação de cada questionário, o participante foi devidamente informado sobre os cuidados éticos tomados, descritos no TCLE (APÊNDICE III).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Descrição da amostra

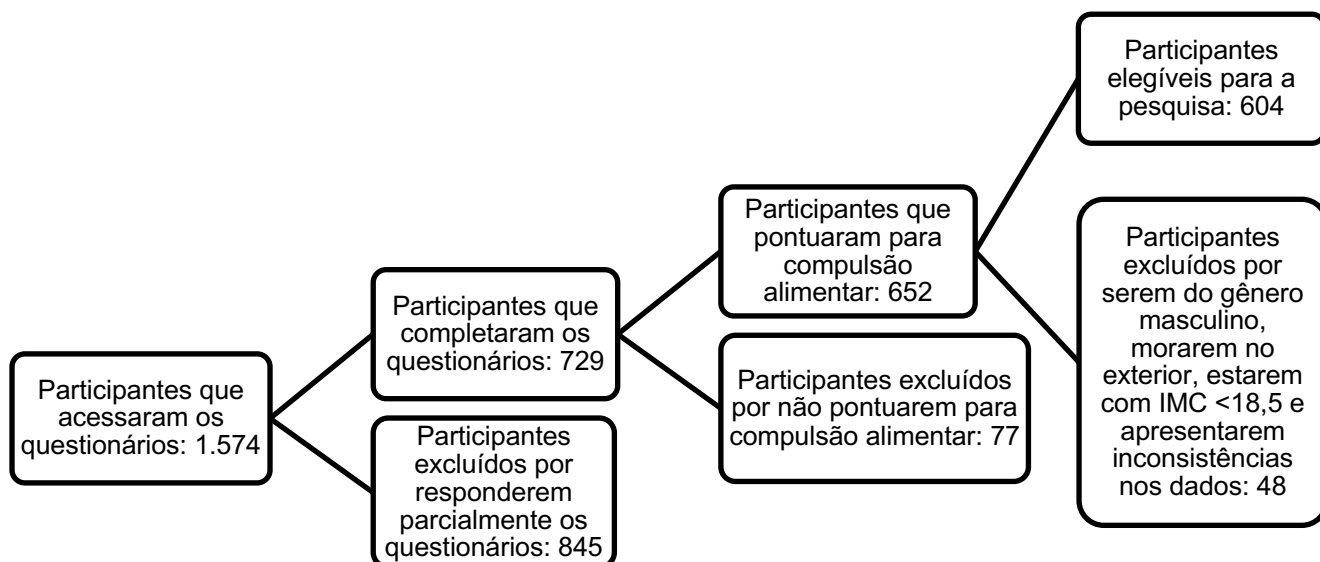
7.1.1 Cálculo amostral

O cálculo amostral foi realizado por meio do programa *GPower* versão 3.1.9.4. No cálculo foi considerado que esse estudo contemplasse uma análise de regressão múltipla. As seguintes premissas foram consideradas: tamanho do efeito (f^2) esperado de 0,1; erro do tipo I (α) de 5%; poder do teste ($1-\beta$) de 99%; duas variáveis de predição; e hipótese bilateral. Com isso foi obtida uma amostra de 186 participantes. Considerando o descarte de 10% da amostra por possíveis erros no preenchimento do questionário, a amostra mínima foi de 207 participantes.

7.1.2 Seleção dos participantes da amostra

Foi registrado, como pode ser observado na figura 2, 1.574 acessos ao *link* dos questionários disponibilizados nos grupos de *Facebook*. Destes, 729 foram preenchidos completamente e 845 foram preenchidos parcialmente. Aqueles participantes que não preencheram todos os questionários disponibilizados foram excluídos pela pesquisadora no momento da avaliação dos dados.

Por meio da ECAP foi possível observar a pontuação de cada participante no que se refere à compulsão alimentar. Dos 729 participantes que preencheram os questionários completamente, 77 não pontuaram para compulsão alimentar e, por ser tratar de um critério de exclusão estabelecido pela pesquisadora, foram excluídos do estudo. Sendo assim, 652 participantes pontuaram para compulsão alimentar e permaneceram elegíveis para pesquisa. Destes 652, com o objetivo de manter a homogeneidade do estudo, foram excluídos: 11 participantes do gênero masculino; 23 participantes que moravam no exterior; 08 participantes que apresentaram Índice de massa corpórea (IMC) < 18,5, considerado abaixo do peso pela Organização Mundial de Saúde e 06 participantes que apresentaram inconsistências nos dados por meio da análise estatística *outlier*. Por fim, 604 participantes foram considerados elegíveis para participar do estudo.

Figura 2 - Fluxograma de seleção dos participantes do estudo

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

7.1.3 Idade

Tabela 1 - Distribuição da idade das participantes

Faixa etária	Frequência	Porcentagem
18-24	258	42,7%
25-32	174	28,8%
33-40	106	17,5%
41-48	49	8,1%
49-50	3	0,5%
51-58	9	1,5%
59-66	4	0,7%
>66	1	0,2%
Total	604	100,0%

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

A tabela 1 mostra que 71,5% da amostra é composta por jovens de 18 a 32 anos de idades. Estes dados são compatíveis com o estudo de Kessler et al. (2013), em que o maior risco para o desenvolvimento do TCA é entre 18-29 anos de idade.

Kessler et al. (2013) observaram que o início do TCA ocorre entre os 15.5 anos de idade e os 27.2 anos, estes dados se aproximam dos achados por Hudson et al. (2007), que notaram o início do TCA entre 17 e 32 anos de idade. A presença deste transtorno em uma população jovem está de acordo com o observado pela pesquisadora nessa amostra.

Há de se considerar que, segundo os dados do IBGE (2017), a população entre 18 e 29 anos de idade possui maior acesso à *internet*, como pode ser observado na figura 1 descrita no subcapítulo local de coleta de dados.

7.1.4 Gênero

Ressalta-se que onze (11) participantes do gênero masculino completaram o questionário e pontuaram no ECAP para compulsão alimentar, entretanto, eles foram excluídos por representarem uma parcela reduzida da amostra. A fim de manter a homogeneidade da pesquisa, a amostra foi composta exclusivamente por participantes do gênero feminino. O número reduzido de participantes do gênero masculino poderia ser, como apontam Hudson et al. (2007), Kessler et al. (2013) e a *American Psychiatric Association* (2014) em decorrência de uma maior prevalência deste transtorno em mulheres, embora, segundo Smink, Van Hoeken e Hoek (2012), o TCA seja o TA mais comum em homens.

Outra hipótese seria que as práticas de autocuidado não são consideradas socialmente como parte do repertório masculino. No estudo de Gomes, Nascimento e Araújo (2007), o autocuidado para um grupo de homens colocaria em questão sua masculinidade e indicaria fraqueza, medo, insegurança e aproximação do universo feminino.

7.1.5 IMC

Tabela 2 - Distribuição do IMC das participantes

Categoria	IMC	Frequência	Porcentagem (%)
Abaixo do peso	< 18,5	0	0,0%
Peso adequado	18,5 - 24,9	123	20,4%
Sobrepeso	25,0 – 29,9	183	30,3%
Obesidade grau I	30,0 – 34,9	153	25,3%
Obesidade grau II	35,0 – 39,9	53	8,8%
Obesidade grau III	≥ 40	92	15,2%
Total		604	100,0%

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

O IMC da amostra foi calculado a partir dos dados de altura e peso fornecidos pelos participantes. O cálculo e os parâmetros utilizados tiveram como base as diretrizes fornecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, [s.d.]). Os oito (08) participantes que apresentaram IMC < 18,5, considerado abaixo do peso pela OMS, foram excluídos da amostra.

Pode-se observar na tabela 2 que apenas 20,4% da amostra está dentro dos parâmetros adequados de peso, enquanto 79,6% apresenta sobrepeso ou obesidade grau I, II e III. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Hudson et al. (2007), em que 19% da amostra possuía peso normal; 35,7% sobrepeso; 45,4% obesidade grau I, II e III; e com o estudo de Kessler et al. (2013), em que 1,3% apresentou baixo peso; 31,7% peso normal; 30,7% sobrepeso e 36,2% obesidade grau I, II e III.

Nota-se também a alta prevalência de obesidade (48,9%) em pessoas com TCA em concordância com os estudos de Forteza e Miguel (2014); Montano, Rasgon e Herman (2016) e Sadock, Sadock e Ruiz (2017).

Tabela 3 - Média do IMC das participantes

Média IMC das participantes (n=604)	
M (DP)	30,8 (6,70)
IC 95%	30,2 -31,3

M (DP): média e desvio-padrão.

IC 95%: Intervalo de confiança a 95%.

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

A média do IMC da população estudada, descrita na tabela 3, foi 30,8 e demonstra que a média do IMC das participantes do presente estudo estaria alocada na categoria da obesidade grau I, segundo a OMS ([s.d.]).

7.1.6 Nível de instrução

Tabela 4 - Nível de instrução das participantes

Nível de instrução	Frequência	Porcentagem (%)
Não frequentou escola	1	0,2%
Ensino fundamental incompleto	3	0,5%
Ensino fundamental completo	13	2,2%
Ensino médio incompleto	25	4,1%
Ensino médio completo	129	21,4%
Ensino superior incompleto	201	33,3%
Ensino superior completo	131	21,6%
Pós-graduação	101	16,7%
Total	604	100,0%

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

A distribuição do nível de instrução dos participantes, representada na tabela 4, demonstra que 71,6% dos participantes desse estudo teve acesso ao ensino superior, indicando um alto nível de instrução. Estes resultados estão em concordância com os estudos de Borges et al. (2002), Fontenelle et al. (2003) e Reagan e Hersch (2005), que indicaram a presença de um alto nível de instrução na população com compulsão alimentar. Kessler et al. (2013) apontaram que estudantes têm elevados riscos de desenvolver TA de maneira geral.

Além disso, segundo IBGE (2017), pessoas com maior nível de instrução possuem maior acesso à *internet*. Este dado poderia indicar que apenas pessoas com maior nível de instrução tiveram acesso ao questionário, justificando os resultados descritos na tabela 4.

7.1.7 Região de habitação

Tabela 5 – Região de habitação das participantes

Região de origem	Frequência	Porcentagem (%)
Centro-oeste	24	4,0%
Nordeste	28	4,6%
Norte	8	1,3%
Sudeste	441	73,0%
Sul	103	17,1%
Total	604	100,0%

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

Na tabela 5, observa-se que 90,1% da amostra é composta por participantes da região Sul e Sudeste, sendo assim, a amostra é constituída majoritariamente por participantes destas regiões. Segundo o IBGE (2017), a região Sul e Sudeste são as regiões que possuem maior acesso à *internet*. Apenas 9,9% da amostra é de outras regiões brasileiras. Em dois estudos epidemiológicos realizados em cidades brasileiras, São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ), os pesquisadores observaram uma prevalência do TCA de 4,7% e 11,5%, respectivamente (FREITAS et al., 2008; KESSLER et al., 2013). Indicando uma alta prevalência do transtorno na região sudeste. Entretanto, não há estudos sobre a prevalência deste transtorno nas outras regiões brasileiras.

7.1.8 Renda familiar

Tabela 6 - Renda familiar das participantes

Renda familiar	Frequência	Porcentagem (%)
Inferior ou igual a 1 SM	63	10,4%
de 2 a 5 SM	294	48,7%
de 6 a 10 SM	137	22,7%
Maior que 10 SM	110	18,2%
Total	604	100,0%

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

A renda familiar mais representativa é a de dois (02) a cinco (05) SM (48,7%). A tabela 6 demonstra que 59,1% da amostra possui uma renda familiar igual ou menor

a cinco (05) SM, enquanto 40,9% da amostra possui renda familiar maior ou igual a seis (06) SM. Embora a maior parte dos participantes tenha um alto nível de instrução, os participantes apresentam uma renda familiar igual ou inferior a cinco (05) SM. Um estudo australiano, realizado por Mulders-jones et al. (2017), e outro brasileiro, desenvolvido por Freitas et al. (2008), indicaram que a renda não foi uma fator estatisticamente significativo para o TCA.

7.1.9 Estado civil

Tabela 7 - Estado civil das participantes

Estado civil	Frequência	Porcentagem (n=604)
Solteira(o)	281	46,5%
Em um relacionamento	126	20,9%
Casada(o)	172	28,5%
Divorciada(o)	22	3,6%
Viúva(o)	3	0,5%
Total	604	100,0%

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

A porcentagem de participantes que não possuem um parceiro(a) amoroso – solteira(o), divorciada(o) e viúva(o) – é de 50,6 % e a porcentagem de participantes que estão em um relacionamento amoroso – em um relacionamento amoroso e casada(o) – é de 49,4%. Estes dados demonstram que a amostra possui uma distribuição equilibrada quanto ao fato de possuir ou não um parceiro amoroso ou conjugal. Kessler et al. (2013) indicaram que não se encontrou relação entre estado civil e TA, em geral.

7.1.10 Tratamentos realizados

Tabela 8 - Tratamentos realizados pelas participantes

Tratamentos realizados	n	Nutricionista (n=604)	n	Endocrinologista (n=604)	n	Psicólogo (n=604)	n	Psiquiatra (n=604)
Não	151	25,0%	219	36,2%	150	24,8%	281	46,6%
Atualmente	82	13,6%	88	14,6%	165	27,3%	149	24,7%
No passado	357	59,1%	285	47,2%	276	45,7%	163	27,0%
No passado e atualmente	14	2,3%	12	2,0%	13	2,2%	10	1,7%

n: Frequência de participantes

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

Conforme a tabela 8, um número significativo de participantes já realizou no passado acompanhamento nutricional (59,1%), endocrinológico (47,2%) e psicológico (45,7%). O número de participantes que buscou tratamento nutricional e endocrinológico, respectivamente, é ligeiramente maior que o relacionado ao acompanhamento psicológico e se reduz significativamente no que se refere ao acompanhamento psiquiátrico.

Atualmente um número reduzido de pacientes faz acompanhamento com todos os profissionais, entretanto, o acompanhamento com psicólogo e psiquiatra é maior que o acompanhamento com nutricionista e endocrinologista, diferindo dos dados sobre tratamento no passado. Ainda menos expressivo são aqueles participantes que fazem um acompanhamento contínuo – no passado e atualmente – com nutricionista (2,3%), endocrinologista (2,0%), psicólogo (2,3%) e psiquiatra (1,7%). Por fim, quase metade da amostra (46,6%) nunca realizou um acompanhamento com psiquiatra.

7.1.11 Presença de diagnóstico psiquiátrico ou psicológico em qualquer fase da vida segundo as participantes

Sobre a pergunta “Há presença de algum diagnóstico psiquiátrico ou psicológico em qualquer fase da vida?”, 57% (n=344) da amostra relatou algum diagnóstico psiquiátrico em algum momento da vida, enquanto 43% (n= 260) informou não ter diagnóstico. A alta associação entre compulsão alimentar e comorbidades psiquiátricas também foi observada nos estudos de Guerdjikova et al. (2017) e Udo e

Grilo (2019), sendo considerado por, segundo Ulfvebrand et al. (2015) e Passos, Stefano e Borges (2005) o TA com maior nível de comorbidades psiquiátricas.

É interessante notar que embora a porcentagem de indivíduos que relataram algum diagnóstico psiquiátrico ou psicológico em algum momento da vida tenha sido elevada (57%, n=344), um número reduzido de participantes indicaram, vide tabela 8, nunca terem feito acompanhamento psiquiátrico (46,6%) e psicológico (24,8%). Este dado pode levantar dúvidas quanto ao fato deste diagnóstico ter sido fornecido por um profissional da área da saúde mental, especialmente por se tratar de um autorrelato do diagnóstico psiquiátrico/psicológico. Sendo assim, não é possível afirmar que estes indivíduos tenham sido diagnosticados em algum momento da vida com estas patologias.

Quadro 2 – Autorrelato de diagnóstico psiquiátrico ou psicológico das participantes em qualquer fase da vida

Diagnóstico	Frequência	Porcentagem - apenas pessoas com diagnóstico psiquiátrico/psicológico (n=344)
Transtornos de ansiedade	193	56,1%
Transtornos de depressão	192	55,8%
TA	94	27,3%
Transtorno bipolar	30	8,7%
TDHA	12	3,5%
TOC	10	2,9%
Transtorno de personalidade <i>borderline</i>	9	2,6%
Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores	7	2,0%
Transtorno dismórfico corporal	5	1,5%
Transtornos psicóticos	2	0,6%
Síndrome de <i>burnout</i>	1	0,3%
Terror noturno	1	0,3%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

O quadro 2 revela que os participantes que indicaram possuir um diagnóstico psiquiátrico ou psicológico em algum momento da vida, 56,1% (n=193); já os participantes apresentaram autorrelatos de transtornos depressivos e 55,8% (n=192) de transtornos ansiosos. Pode-se observar que os valores de ambos os transtornos são bastante similares e também se mostraram os mais frequentes em pessoas com

compulsão alimentar nos estudos de Fairburn et al. (1998), Becker e Grilo (2011), Feinson e Hornik-Lurie (2016a) e Baek et al. (2018).

7.1.12 Uso de medicamentos psiquiátricos

Observou-se que 51,8% (n=313) dos participantes relataram fazer uso de algum tipo de medicamento psiquiátrico em qualquer fase vida. Estes dados estão em concordância com a porcentagem de indivíduos que disseram ter algum diagnóstico psiquiátrico ou psicológico em algum momento da vida (57%, n=344), mas novamente incongruente com o número de indivíduos que relatou nunca ter feito fazer acompanhamento com psiquiatra (46,6%, n=281). Este dado pode indicar uma subnotificação do acompanhamento com psiquiatra, o uso de automedicação de remédios controlados ou um acompanhamento médico realizado com profissional não especializado em saúde mental.

Vale destacar que 15% (n=47) dos que relataram fazer uso de medicação não assinalaram a presença de algum diagnóstico psiquiátrico/psicológico em qualquer fase da vida. Este dado pode indicar uma subnotificação de diagnósticos psiquiátricos/psicológico.

7.1.13 Uso de cirurgia ou medicamento para redução de peso em algum momento da vida

Os dados mostram que 57,5% (n=347) já realizaram em algum momento da vida cirurgia ou medicamento a fim de reduzir peso, enquanto 42,5% (n=257) não. Estes dados podem sugerir uma preocupação com o peso significativa, tendo em vista que os participantes buscaram métodos para reduzir peso. Segundo Wildes e Marcus (2010), a prevalência de indivíduos com TCA em pacientes que buscam cirurgia bariátrica ou alguma outra intervenção para perda de peso é de 30%, indicando que os indivíduos da amostra da presente pesquisa apresentaram um alto nível (57,5%) de engajamento em métodos para redução de peso.

Quadro 3 - Uso de medicamento ou cirurgia para redução de peso em algum momento da vida

Medicamento ou cirurgia	Frequência	Porcentagem - apenas pessoas que afirmaram ter se submetido à cirurgia ou ao uso de medicamento (n=347)
Medicamento	280	80,7%
Cirurgia bariátrica / balão intragástrico	35	10,1%
Laxante	24	6,9%
Cirurgia plástica	19	5,5%
Outros	7	2,0%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Quanto ao uso de medicamento ou cirurgia para reduzir peso, pode-se observar no quadro 3 que mais da metade da amostra respondeu sim para ter se submetido à cirurgia ou ao uso de medicamento para a redução de peso em algum momento da vida: 80,7% dos participantes afirmaram já ter utilizado medicamento para emagrecer e 10,1% já submeteu-se à cirurgia bariátrica ou ao tratamento endoscópico do balão intragástrico a fim de reduzir peso. Um estudo realizado por Tess et al. (2019) observou que a prevalência de TCA em indivíduos que se submeteram à cirurgia bariátrica é de 2% a 53%, indicando que nessa pesquisa a amostra possui um baixo índice de pessoas com compulsão alimentar bariátricos. Não foram encontradas pesquisas relacionando o balão intragástrico com TCA.

O uso de laxante em algum momento da vida foi relatado por 6,9% (n= 24) dos participantes. Além disso, a pesquisadora observou que 10,6% (n=64) da amostra relatou de maneira espontânea ao longo das perguntas abertas comportamentos compensatórios inapropriados (CCI).

Embora o uso de laxantes seja considerado um método purgativo e um CCI, sendo utilizado usualmente por indivíduos com BN, a pesquisadora não sabe quando estes indivíduos se engajaram nestes comportamentos, nem a extensão e frequência deste uso, dados fundamentais para o diagnóstico de BN. Além disso, Fichter e Quadflieg (2007) apontam que a apresentação clínica do TA pode flutuar ao longo do curso da doença, indicando que a instabilidade diagnóstica no TA é comum. Em um estudo realizado pelos autores ao longo de doze anos, a AN foi o diagnóstico com maior estabilidade, enquanto o TCA demonstrou maior instabilidade diagnóstica. Aqueles pacientes com TCA tiveram uma maior transição de diagnóstico para BN, que o contrário; enquanto a transição de TCA para AN, e vice-versa, foi ausente. Os

autores também indicaram a possibilidade de um subgrupo de pacientes com TCA preceder o início do curso de BN. Entretanto, por não se tratar do objetivo da pesquisa a comparação entre indivíduos com compulsão alimentar e compulsão alimentar com utilização de métodos compensatórios, a pesquisadora optou por relatar este dado e se ater aos resultados fornecidos pela escala ECAP.

Por fim, foi realizada uma pergunta: “Você se considera uma pessoa com compulsão alimentar?”, 97,4% dos participantes do estudo com compulsão alimentar acreditam possuir compulsão alimentar, enquanto 2,6% dos participantes acreditam que não, embora tenham pontuado na ECAP positivo para compulsão alimentar, isto porque apenas indivíduos com compulsão alimentar foram incluídos no estudo. Estes dados podem indicar uma incongruência, negação ou ignorância sobre o tema, embora a maior parte da amostra apresente um nível de consciência sobre a compulsão alimentar. Pode-se inferir que isto se deve ao fato de já terem buscado alguma forma de ajuda nos grupos de *Facebook* sobre compulsão alimentar.

7.2 Análise estatística dos questionários ECAP e QUESI

7.2.1 Compulsão Alimentar

Tabela 9 - Classificação da compulsão alimentar (ECAP) das participantes

Classificação ECAP	Pontuação ECAP	Frequência	Porcentagem (%)
ECAP moderada	18 - 26	139	23,0
ECAP grave	≥ 27	465	77,0
Total		604	100,0

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

A ECAP revelou que 77% dos participantes da amostra apresentam compulsão alimentar considerada grave e 23% moderada, indicando que se trata de uma amostra com compulsão alimentar majoritariamente grave. Como foi abordado anteriormente, aqueles que não pontuaram para compulsão alimentar (ECAP < 18) foram excluídos do estudo.

Tabela 10 - Média da compulsão alimentar (ECAP) das participantes

ECAP	Amplitude da escala	n	M (DP)	IC 95%
ECAP moderado	18 - 26	139	22,23 (2,616)	21,79 - 22,67
ECAP grave	27 - 48	465	35,53 (5,433)	35,03 - 36,02
ECAP total	18 - 48	604	32,47 (7,461)	31,87 - 33,06

IC 95%: Intervalo de confiança a 95%.

n: Frequência dos participantes.

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

A tabela 10 demonstra que a pontuação média das participantes da amostra foi 32,47, indicando que a pontuação média de compulsão alimentar é grave (ECAP \geq 27).

7.2.2 Trauma na infância (QUESI)

Tabela 11 - Classificação do trauma na infância (QUESI) nas participantes

QUESI - classificação	Abuso sexual (n=604)	Abuso físico (n=604)	Abuso emocional (n=604)	Negligência física (n=604)	Negligência emocional (n=604)	Total (n=604)
Inexistente para mínimo	61,2%	63,1%	21,3%	53,6%	27,0%	23,0%
Baixo para moderado	11,6%	12,9%	25,0%	18,5%	30,1%	32,8%
Moderado para grave	12,6%	10,6%	15,6%	15,6%	15,1%	27,3%
Grave para extremo	14,6%	13,4%	38,1%	12,3%	27,8%	16,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

Na tabela 11, observou-se que em relação ao abuso sexual (61,2%; n=369); abuso físico (63,1%; n=381) e negligência física (53,6%; n=323) a maior parte dos participantes possui pontuação inexistente para mínima. Embora a porcentagem destas subescalas possam parecer baixas, 173 participantes que sofreram abuso sexual (27,2%); 145 abuso físico (24%) e 168 negligência física (27,9%) apresentaram pontuação moderada para grave e grave para extrema.

No que se refere ao abuso e à negligência emocional, 53,7% (n=324) e 42,9% (n=259) dos participantes, respectivamente, pontuaram de moderado para grave e grave para extremo.

Tabela 12 - Minimização/negação do trauma na infância (QUESI)

QUESI – Pontuação de minimização/negação	Frequência	Porcentagem (%)
0	367	60,7
1	158	26,2
2	64	10,6
3	15	2,5
Total	604	100,0

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

O QUESI possui três questões cujo objetivo é captar possíveis subnotificações de abuso ou negligência. Caso o indivíduo pontue > 0 nestes três itens, isso pode significar uma minimização ou negação do trauma infantil. Como mostra a tabela 12, 39,3% (n=237) das participantes da amostra pontuaram para subnotificação/minimização do trauma infantil, indicando um alto nível de participantes que podem ter sofrido uma vivência traumática na infância, mas não relataram no questionário, embora apenas 2,5% tenham indicado um alto nível de minimização/negação. Macdonald et al. (2016) relatam que a minimização do trauma é comum, variando de 10% a 40%, podendo ser em decorrência da natureza retrospectiva do instrumento, pelo indivíduo não se lembrar de determinadas vivências traumáticas ou por não querer relatá-las.

Tabela 13 - Média do trauma na infância (QUESI) das participantes

Dimensões do QUESI (n=604)	Amplitude da escala	M (DP)	IC 95%
Abuso sexual	5-25	7,59 (4,623)	7,22 - 7,96
Abuso físico	5-25	8,06 (4,030)	7,74 - 8,38
Abuso emocional	5-25	13,62 (5,279)	13,20 - 14,05
Negligência física	5-25	8,16 (3,284)	7,90 - 8,42
Negligência emocional	5-25	13,67 (5,367)	13,24 - 14,10
Total/Global	25-125	51,11 (17,033)	49,75 - 52,47
Minimização/negação	1-3	1,40 (0,606)	1,32 - 1,47

M (DP): média e desvio-padrão.

IC 95%: Intervalo de confiança a 95%.

Fonte: Elaborada pela própria autora, 2020.

A tabela 13 mostra que a pontuação média dos participantes que sofreram abuso sexual (M=7,59; QUESI: 6-7); abuso físico (M=8,04; QUESI: 8-9); negligência

física (M=8,16; QUESI: 8-9); negligência emocional (M=13,67; QUESI: 10-14) e trauma global (M=51,11; QUESI: 37-51) se enquadram dentro da categoria de pontuação leve à moderada, segundo a pontuação descrita no quadro 1. O abuso emocional (M=13,62) foi a única subcategoria considerada com pontuação moderada à grave (QUESI 13-15), também segundo o quadro 1.

7.2.3 Correlação entre compulsão alimentar (ECAP) e trauma na infância (QUESI)

A seguir, o quadro 4 apresenta a correlação entre a compulsão alimentar – ECAP – e o trauma infantil – QUESI. Foi observado uma correlação positiva entre compulsão alimentar e trauma na infância global (0,253), abuso emocional (0,251) e negligência emocional (0,210), embora esta tenha sido fraca. Estes dados indicam que quanto maior o nível de trauma infantil nas dimensões abaixo mencionadas maior será a gravidade da compulsão alimentar.

Quadro 4 - Correlação significativas entre compulsão alimentar (ECAP) e trauma na infância (QUESI)

Variável 1	Variável 2	Correlação*	IC 95%
ECAP	QUESI – Trauma na infância global	0,253	0,177 - 0,326
ECAP	QUESI – Trauma na infância - abuso emocional	0,251	0,174 - 0,324
ECAP	QUESI – Trauma na infância - negligência emocional	0,210	0,132 - 0,285

*: Correlação de Pearson estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Segundo Dancey, Reidy e Viali (2008), a correlação é considerada fraca quando o valor do coeficiente de correlação tem valores de -0,3 a 0,3, como pode ser observado na figura 3. Optou-se por considerar, como descrito na análise estatística, apenas as correlações $\geq 0,200$ e $\geq -0,200$, por se tratar da média do coeficiente de correlação considerado fraco, a fim de privilegiar correlações mais significativas do ponto de vista estatístico.

Figura 3 - Interpretação do coeficiente de correlação

Perfeito	1,000	-1,000
	0,900	-0,900
Forte	0,800	-0,800
	0,700	-0,700
	0,600	-0,600
Moderado	0,500	-0,500
	0,400	-0,400
	0,300	-0,300
Fraco	0,200	-0,200
	0,100	-0,100
Sem relação	0,000	0,000

Fonte: DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 7ª ed. Porto Alegre: Penso, 2019.

Em concordância com esses achados, o abuso emocional também foi o trauma infantil com correlação significativa e positiva mais frequentes no TCA e episódios de compulsão alimentar (AFIFI et al., 2017; BURNS et al., 2012; CASLINI et al., 2016; FEINSON; HORNIK-LURIE, 2016a, 2016b; HYMOWITZ; SALWEN; SALIS, 2017; IMPERATORI et al., 2016). Em outras pesquisas, o abuso emocional em conjunto com a negligência foram os tipos de trauma infantis mais significativos para o TCA e episódios de compulsão alimentar (AMIANTO et al., 2018; BECKER; GRILO, 2011; BELLI et al., 2019; MOLENDIJK et al., 2017; PALMISANO et al., 2018). Somente o estudo de Quilliot et al. (2019) indicou apenas negligência emocional com uma correlação positiva e mais significativa com o TCA. Estes estudos estão de acordo com os dados obtidos pela pesquisadora de que o abuso e a negligência emocional seriam fatores mais associados à compulsão alimentar, indicando que os aspectos emocionais do trauma infantil seriam mais significativos para a compulsão alimentar.

Por fim, o trauma global também foi observado em diversos estudos como significativo para o TCA/compulsão alimentar, em concordância com os resultados do presente estudo (AFIFI et al., 2017; BAEK et al., 2018; BECKER; GRILO, 2011; BRAUN et al., 2019; CASLINI et al., 2016; IMPERATORI et al., 2016; MOLENDIJK et al., 2017; PALMISANO et al., 2018; PALMISANO; INNAMORATI; VANDERLINDEN, 2016; QUILLIOT et al., 2019).

7.2.4 Correlação entre trauma na infância (QUESI) e compulsão alimentar (ECAP) com IMC

Quadro 5 - Correlações estatisticamente significativas entre IMC, ECAP e QUESI

Variável 1	Variável 2	Correlação*	IC 95%
IMC	ECAP	0,229	0,152 - 0,303
IMC	QUESI -Trauma na infância global	0,218	0,140 - 0,292

*: Correlação de Pearson estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal).

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Como mostra o quadro 5, o IMC apresentou uma correlação positiva, embora fraca, com a ECAP e com o trauma global, indicando que quanto maior o nível de compulsão alimentar e o trauma global, maior será o IMC.

A correlação entre obesidade – maior nível de IMC – e compulsão alimentar também foram observadas por Forteza e Miguel (2014); Montano, Rasgon e Herman (2016) e Sadock, Sadock e Ruiz (2017). No estudo de Freitas et al. (2008) também foi observado que quanto maior a compulsão alimentar maior o IMC.

A correlação entre trauma global infantil e IMC está em concordância com os estudos de Imperatori et al. (2016) e de Palmisano et al. (2018), que também observaram que quanto maior o nível de trauma na infância global maior o IMC.

7.2.5 Análise de regressão múltipla entre compulsão alimentar (ECAP) com trauma na infância global (QUESI) e IMC

Tabela 14 - Resumo do modelo de análise de regressão múltipla entre a variável dependente compulsão alimentar (ECAP) – e as variáveis explicativas – IMC e trauma na infância (QUESI)

R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão
0,310*	0,096	0,093	7,105

*: Preditores: (Constante), IMC e trauma.

R²: Coeficiente de determinação.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

A análise de regressão múltipla investiga como as variáveis explicativas – IMC e trauma na infância – se associam com a variável dependente – compulsão alimentar (ECAP). O valor R neste estudo é 0,310, indicando uma correlação existente, porém fraca, entre a variável dependente (ECAP) e as explicativas (IMC e trauma). O coeficiente de determinação ajustado (R²) aponta quanto a variação do ECAP –

variável dependente – é influenciada/explicada pelas variáveis explicativas – IMC e trauma na infância. O R^2 ajustado mostrou que nesse modelo as variáveis trauma infantil (QUESI) e IMC explicam 9,3% da variação da compulsão alimentar (ECAP).

Tabela 15 - Análise de regressão múltipla entre a variável dependente compulsão alimentar (ECAP) – e as variáveis explicativas – IMC e trauma na infância (QUESI)

Preditor	B	IC 95% para B	Erro padrão	β	t	p-valor
(Constante)	21,436	18,525 - 24,348	1,483		14,459	<0,001
IMC	0,203	0,116 - 0,289	0,044	0,182	4,579	<0,001
QUESI - Trauma na infância global	0,094	0,060 - 0,128	0,017	0,215	5,399	<0,001

B: Coeficiente de regressão não padronizado.

β : Coeficiente de regressão padronizado.

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

O coeficiente de regressão não padronizado para IMC foi de 0,203 (IC de 95% variando de 0,116 a 0,289) e para trauma na infância foi de 0,094 (IC de 95% variando de 0,060 a 0,128). Como os intervalos de confiança não incluíram valor negativo, pode-se concluir que os coeficientes de regressão populacionais tanto para o IMC quanto para o trauma infantil são positivos (IMC: $t=4,579$, $p\text{-valor}<0,001$; QUESI: $t=5,399$, $p\text{-valor}<0,001$), indicando que tanto IMC quanto trauma na infância (QUESI) estão positivamente correlacionados ao ECAP.

Os coeficientes de regressão padronizados (β) mostram que o trauma infantil ($\beta=0,215$) é um preditor mais forte que o IMC ($\beta=0,182$) para a compulsão alimentar (ECAP). O trauma infantil contribuiu separadamente 21,5% para prever a compulsão alimentar (ECAP). Todavia, ambas as variáveis – trauma infantil e IMC – estão positivas e significativamente relacionadas ao ECAP.

7.2.6 Abuso emocional e transtornos de depressão

É importante reafirmar que foram analisadas todas as variáveis possíveis entre as variáveis contínuas (IMC, ECAP e QUESI) e categóricas (perguntas qualitativas). As correlações que não foram descritas no presente estudo não foram estatisticamente significativas ou apresentaram uma correlação abaixo da estabelecida.

Quadro 6 – Correlações estatisticamente significativas entre abuso emocional (QUESI) e autorrelato de transtornos de depressão (variável categórica)

Variável contínua	Variável categórica	Correlação*	IC 95%
QUESI – Abuso emocional	Autorrelato de transtornos de depressão	0,228	0,151 – 0,302

*: Correlação de Spearman estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal).

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Como pode ser observado no quadro 6, o autorrelato de transtornos de depressão (variável categórica) foram os únicos a apresentarem uma correlação significativa positiva, embora fraca, com o abuso emocional (QUESI – variável contínua). É importante destacar que se tratam de autorrelatos das participantes sobre os transtornos de depressão, isto é, não se pode afirmar a existência deste diagnóstico.

Estes dados estão em concordância com os estudos de Becker e Grilo (2011) e Imperatori et al. (2016), os quais também observaram uma correlação positiva entre abuso emocional na infância e transtornos depressivos.

Steinberg (1990) define a depressão, a partir de um ponto de vista junguiano, como uma redução da energia psíquica disponível ao ego. A energia psíquica é retirada do mundo externo consciente e investida no mundo interno inconsciente, em um movimento regressivo. Este redirecionamento da energia psíquica para o mundo interno pode ser vivenciado pelo indivíduo como: desamparo, desmotivação, desesperança, pessimismo, solidão, tristeza, autocensura, autocolpa, autodepreciação, baixa autoestima, desvitalização, esgotamento e empobrecimento psíquico.

Na depressão o indivíduo vê o mundo, a si mesmo e o futuro de maneira negativa. Isto pode ocorrer, segundo Steinberg (1990), em função de eventos adversos na infância e da internalização do criticismo e da agressividade parental. O criticismo parental é um dos elementos característicos do abuso emocional, que foi definido por Bernstein et al. (2003) pela presença de comportamentos humilhantes ou degradantes e ataques ou ameaças de ordem verbal ao senso de valor e de bem-estar direcionados a uma criança por um adulto.

A criança pode acreditar que não é amada por sua culpa e por conta de seus comportamentos, por isso, buscaria constantemente afirmação externa e adotaria uma postura passiva, especialmente por conta do medo, real ou imaginado, da perda do amor e abandono. Para Steinberg (1990), o indivíduo depressivo aprendeu a lidar

com a dor e perda submetendo-se e satisfazendo às figuras parentais abusivas em busca de aprovação.

Além de adotar uma postura passiva para sobreviver nesse ambiente familiar hostil, a criança pode reprimir a raiva que sente pelo agressor e passar a dirigi-la para si mesmo (HOLLIS, 1998). A raiva e agressividade reprimida, segundo Steinberg (1990), foi extensamente relacionada à depressão e, para Hollis (1998), quando não são expressas de maneira adequada podem ser projetadas em um outro que represente os agressores do passado, sendo exteriorizadas de maneira sutil (passivo-agressivo) ou manifestadas em atitudes e decisões danosas para o si mesmo.

7.3 Análise das perguntas qualitativas

Não foram estabelecidas categorias prévias nas perguntas abertas, pois foram elaboradas a partir dos relatos feitos pelas participantes e com base na análise temática de Ezzy (2002). O discurso das participantes poderia ser classificado com mais de uma categoria, sendo priorizado para a análise as categorias com porcentagem $\geq 10\%$. Ademais, todas as perguntas abertas e as categorias foram correlacionados com o ECAP e QUESI, aquelas que apresentaram uma correlação significativa foram descritas.

7.3.1 Vivência ou experiência marcante que relaciona com compulsão alimentar

Para a pergunta: “Houve alguma vivência ou experiência marcante em algum momento da sua vida que você acredita que fez/faça com que você coma de maneira compulsiva?” 23,8% (n=144) responderam que não, enquanto 76,2% (n=460) disseram que sim. Devido à multiplicidade de razões, muitas vezes sobrepostas, que fizeram/fazem que as participantes comam de maneira compulsiva e, por conta do desenho do estudo, não foi possível realizar uma investigação mais profunda destas razões.

Entretanto, ressaltou-se alguns aspectos que se destacaram. Observou-se relatos que associavam à compulsão alimentar a estados afetivos negativos tais como, depressão, ansiedade, tristeza, nervosismo, alto nível de estresse, baixa autoestima, angústia, insegurança e medo. Pode-se refletir, a partir do ponto de vista da hipótese da automedicação desenvolvida por Khantzian (1997), se a compulsão

alimentar surgiria para apaziguar afetos dolorosos, especialmente quando o indivíduo não consegue suportá-los, como uma medicação que alivia a dor emocional.

Outros aspectos relevantes são os períodos de grande mudança/transição na vida, períodos estressantes ou que exigiam uma reorganização do indivíduo foram também associados à compulsão alimentar e estão de acordo com o estudo de Pike et al. (2006). Algumas dessas razões, as quais frequentemente se sobrepõem, foram ilustradas no relato 161:

Eu tinha acabado de ser mãe, meu filho dava muito trabalho. Ele só chorava (e eu chorava junto). Minha vida estava toda mudada. Eu era nova. Fui morar com o pai do meu filho. Vivia em um casamento abusivo e cheio de traições (**Participante 161**).

Ainda, dietas restritivas também foram descritas e, segundo diversos autores, estão associadas à compulsão alimentar (ATA; SCHAEFER; THOMPSON, 2015; MORGAN; CLAUDIANO, 2005; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). Assim como o *bullying*, caracterizado como provocações verbais e físicas, exclusões repetidas feitas por pares e dirigidas àqueles que têm dificuldades em se defender (LIE, RØ; BANG, 2019).

No que se refere a dinâmica familiar, em concordância com Fairburn et al. (1998) e Striegel-Moore et al. (2005), observou-se: conflitos; centralidade da comida; pouco afeto e altas demandas/expectativas parentais. O pouco afeto parental e negligência emocional, esta última definida pelo “fracasso dos cuidadores em atender às necessidades emocionais e psicológicas básicas das crianças, incluindo amor, pertencimento, nutrição e apoio” (BERNSTEIN et al., 2003, p. 175, tradução nossa), foram exemplificados pela participante 198, que relata como a negligência emocional e pouco afeto parental deixam marcas negativas, moldando a forma como o mundo interpessoal é interpretado e vivido (KALSCHED, 2010; VAN DER KOLK, 2005). A participante acha que

quando você passa por suas experiências sozinhas, sem o apoio familiar, sem carinho e sem atenção isso te marca negativamente [grifo nosso]. Você é a gordinha da escola, você não se sente feliz. Isso grava marcas durante sua vida. Também o fato de não ter ninguém para conversar ou dividir os problemas. Além disso, minha família é muita fechada, nunca houve conversas ou diálogos. Demonstração de afeto como abraçar, beijar não tenho essa lembrança. Meu pai sempre trabalhou muito, 3 filhos para criar, aluguel, família, etc. Minha mãe hoje percebo que era frustrada por ter a obrigação de ficar em casa cuidando da gente. Sua criação tbm [sic] a afetou,

mãe morreu cedo, foi trabalhar em casa de família muito nova, então nunca fez o que queria e quando teve 3 filhos, esses os atrapalharam. Sempre escutei que devia ter feito aborto, seria melhor (**Participante 198**).

A tensão e a agressão familiar na hora do comer, em concordância com Striegel-Moore et al. (2005), foram observadas, podendo ser exemplificada nos relatos 598 e 634. O abuso físico – “agressões corporais a uma criança por uma pessoa mais velha” (BERNSTEIN et al., 2003, p. 175, tradução nossa) – condicional ao não comer todo alimento contido no prato, poderia fazer que o indivíduo internalizasse que deve comer todo alimento possível, senão será punido.

Meu pai me bateu porque eu não quis comer tudo. Eu tinha 3 anos. Desde então não como os alimentos que estava comendo nesse dia. Isso restringiu muito minha alimentação. Então minha mãe, na tentativa de me fazer comer, me recompensava com comidas que eu aceitava. Passei a ver a comida como válvula de escape. Também quando minha irmã nasceu e eu tinha ciúmes (**Participante 598**).

Lembro que apanhava por não limpar o prato quando era pequena e comecei a conseguir comer cada vez mais (**Participante 634**).

A comida poderia compensar os abusos sofridos, perpetuando a dinâmica abuso-recompensa-comida para outras situações, que não as vividas com as figuras parentais. Isto poderia significar a busca por comida/recompensa em situações de sofrimento emocional, aspecto ilustrado na fala 598, acima, e na 688, abaixo:

Meus pais sempre me compensaram com comida na infância, principalmente minha mãe, e geralmente após episódios de violência verbal ou física, ou outro tipo de coisa chata. Também me sentia depressiva e isolada (**Participante 688**).

Assim, pode-se pensar a comida como forma de compensar a rejeição, ausência, solidão, abandono, tristeza e privação de afeto, assim como uma forma de se proteger dos abusos e ambiguidades familiares. Para Seligman (1989) e Wahba (2017), a hipertrofia do alimento representaria o complexo materno positivo e nutridor que falta nas figuras parentais. Os relatos 18, 192 e 570 exemplificam este aspecto:

Minha mãe me dava alimentos quando me deixava só o dia todo e quando eu chorava por estar triste, meu pai também me dava doces pra compensar sua ausência. Meus pais brigavam muito, dificuldades financeiras, desentendimentos familiares e *bullying* na escola (**Participante 18**).

Ainda não trabalhei isso com a minha psiquiatra, mas acredito que minha relação com a minha família tenha muito a ver com isso, tanto nos momentos

onde eles são mais abusivos (como para me proteger deles, mesmo que isso não faça sentido), quando eles são amorosos demais e forçam uma relação que nunca existiu (como para me provar que me amo) e quando eles me abandonam completamente (como para me dar o amor que preciso) (**Participante 192**).

Talvez o abandono. Minha mãe foi embora de casa quando eu tinha 10 anos. Meu pai foi embora quando eu tinha 16, que foi quando fui colocada para a rua. Me mudei de Santo André para Santos e a comida era minha única forma de prazer em um mundo que não tinha espaço para mim. Aí vieram relacionamentos abusivos, baixa autoestima, empregos ruins e o combo todo da falta de sorte. Eu sou uma pessoa que não merece amor e consideração apesar de todos os esforços em tentar ser alguém legal. A comida é uma forma de prazer e aconchego. Inexplicável a relação (**Participante 570**).

A vivência de negligência, rejeição, abandono e solidão, segundo Wilkinson (2003), poderia gerar uma sensação de despertencimento e desconexão com o mundo, ilustrado pelo relato 570, afetando o modo como a criança compreende e vivencia o mundo – “um mundo que não tinha espaço para mim” – e a si mesma – “não mereço amor”.

Se aqueles que deveriam amá-la não ofereceram carinho e não afirmaram seu valor, a criança pode interpretar que não merece este amor ou que é insuficiente, o que poderia acarretar uma profunda distorção no seu senso de autovalor e severos prejuízos em sua autoestima e sentimento de integridade (HOLLIS, 1998; STEINBERG, 1990). Isto poderia ocorrer porque, ao internalizar o posicionamento deste outro, identificação com o agressor, o indivíduo adotaria inconscientemente uma visão distorcida sobre si mesmo (JACOBY, 1996).

Segundo Hollis (1998), por conta dos ataques e desaprovações parentais, característicos do abuso emocional, o senso de amor-próprio da criança é diminuído, especialmente porque na infância há uma maior susceptibilidade em relação às opiniões parentais, já que estes medeiam a relação da criança com o mundo, seu próprio corpo e consigo mesma.

Ademais, algumas participantes indicaram alguma questão específica com a figura materna, tais como, conflitos; falta de afeto; rejeição; ausência; comentários críticos sobre a forma corporal e o comer ou senso de valor; competição; e, por fim, mães com questões alimentares ou que se engajavam em dietas frequentemente. Pode-se observar que a mãe pessoal estaria alinhada com o complexo materno negativo crítico, pouco afetuosos e deflagradores de emoções negativas sobre si mesmo. Estes comportamentos são ilustrados nos relatos abaixo:

Mãe com transtorno de personalidade narcisista, passou a vida toda me chamando feia gorda burra etc... e fazendo comentários sobre o meu corpo (**Participante 121**).

Desde pequena eu comia mais que outras crianças, minha mãe sempre me chama "carinhosamente" de gorda (**Participante 275**).

Minha mãe narcisista me dava muitos doces na infância para depois me chamar de gorda. Eu também sofria *bullying* em casa e na escola (**Participante 428**).

A comida também apareceu como forma de preencher a ausência e a negligência física e emocional da figura materna:

Após separação dos meus pais, onde minha mãe tinha atitudes negligentes, como me deixar sozinha e sem comida saudável, comecei a descontar tudo em comer sem estar com fome. Também sentia muita ansiedade (**Participante 368**).

Em relação à figura paterna, as principais queixas foram: abandono, ausência, baixo envolvimento e distanciamento emocional, assim como pai autoritário e controlador em relação à alimentação, em concordância com Fairburn et al. (1998), Palavras et al. (2011) e Maine (2013). Além disso, pais que: criticavam o corpo e/ou senso de valor da filha, abusavam de álcool ou agrediam fisicamente a esposa/filha foram descritos pela participantes e, segundo van der Kolk (2015), seriam situações potencialmente traumáticas. Estes fatores foram exemplificados abaixo:

Pai alcoólatra e com 16 anos sofria violência doméstica (**Participante 23**).

Meu pai me abandonar aos 3 anos (**Participante 363**).

Por fim, a vivência de um trauma na infância e/ou vida adulta, associada por Morgan e Claudiano (2005) a uma possível precipitação da compulsão alimentar, foram relatadas pelas participantes. Algumas das experiências traumáticas na infância e/ou vida adulta descritas foram: assédio/abuso sexual; agressão/violência física ou doméstica e abuso emocional. Apesar de não ter sido observado uma correlação estatística significativa entre abuso sexual na infância e compulsão alimentar, uma parcela reduzida das participantes relataram a ocorrência deste abuso na infância e na vida adulta.

7.3.2 Situações/emoções/pensamentos que motivam o comer

Em relação à pergunta: “Você acredita que todas as vezes que come está com fome?”, 97,2% (n=587) das participantes responderam que não, enquanto 2,8% (n=17) disseram que sim. Diferentes fatores, para além da fome, motivaram o comer.

Quadro 7 - Motivos de comer sem fome

Motivos de comer sem fome	Frequência	Porcentagem - apenas pessoas que afirmaram comer sem fome (n=587)
Ansiedade	363	61,8%
Tristeza	182	31,0%
Tédio/tempo ocioso	100	17,0%
Estresse	83	14,1%
Felicidade	70	11,9%
Busca por emoções/sensações positivas	62	10,6%
Nervosismo	61	10,4%
Lidar com problemas/frustrações	58	9,9%
Descontrole	54	9,2%
Fatores emocionais não especificados	42	7,2%
Raiva	39	6,6%
Vontade	37	6,3%
Angústia	29	4,9%
Medo	26	4,4%
Outros	87	14,8%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Conforme o quadro 7, a ansiedade para 61,8% (n=363) das participantes foi o principal fator que motivou o comer, seguido pela emoção de tristeza 31% (n=182) e tédio/tempo ocioso 17% (n=100). Estes dados estão parcialmente em concordância com Vanderlinden et al. (2001) que relaram que o tédio (66%); depressão (55%); e ansiedade (50%) motivaram mulheres com compulsão alimentar a comer.

Além das diversas emoções negativas, a busca por emoções/sensações positivas (10,6%), exemplificada nos relatos abaixo, também motivaram o comer. Este dado pode indicar que a comida proporcionaria felicidade de modo a contrapor e apaziguar os afetos negativos citados, funcionando como um mecanismo de compensação (BAEK et al., 2018; BURNS et al., 2012; CASLINI et al., 2016).

Minhas emoções, meus sentimentos de raiva, ansiedade, tristeza...comer me deixa feliz, me preenche e depois eu me culpo e me sinto uma inútil, tô [sic] tentando trabalhar isso com minha psicóloga (**Participante 20**). [Categorias: Fatores emocionais; Raiva; Ansiedade; Tristeza; Busca por emoções/sensações positivas]

Quando estou entediada como para me animar. Quando estou triste para recompensar, como se fosse um conforto, um abraço amigo, uma forma de prazer. Quando estou feliz eu como, pois penso que o momento feliz merece ficar ainda melhor (**Participante 570**). [Categorias: Tédio/Tempo ocioso; Tristeza; Felicidade; Busca por emoções/sensações positiva]

O fato da comida representar “um abraço amigo”, como supracitado, está em concordância com relatado por Gadotti, Borges e Sampaio (2017), que descrevem a comida como companheira, a qual compensa a vivência de abandono e de privação de afeto. Desse modo os afetos negativos poderiam ser momentaneamente sanados, entretanto, a busca por conforto, como diria Woodman (2002), logo se torna autodestruição, gerando culpa, raiva e sentimento de inutilidade.

Como, sobretudo, pela vontade de comer, de mastigar e pelo prazer imediato. Ao final, sinto meu vazio expandido (**Participantes 701**). [Categorias: Vontade; Busca por emoções/sensações positivas; Outros (Mastigação)]

O trecho “ao final, sinto meu vazio expandindo” do relato 701 ilustra que, segundo Hollis (1998), não se trata de uma estratégia de regulação emocional eficaz.

Ademais, para além de ser uma busca por emoções/sensações positivas (10,6%), funcionando como um mecanismo de compensação e autorregulação que proporciona estados de excitabilidade e euforia a fim de apaziguar os estados melancólicos e depressivos, também observou-se o comer na presença da emoção de felicidade (11,9%), ilustrado no relato abaixo, e como uma estratégia de enfrentamento para lidar com problemas e frustrações (9,9%), aspecto que será abordado posteriormente.

Tristeza, ansiedade, alegria, euforia, vazio, frustração (**Participante 69**). [Categorias: Tristeza; Ansiedade; Felicidade; Busca por emoções/sensações positivas; Lidar com problemas/frustrações]

Qualquer sentimento mais intenso já me faz comer muito, como a ansiedade, angústia, medo, estresse, felicidade... (**Participante 652**). [Categorias: Fatores emocionais; Ansiedade; Angústia; Medo; Estresse; Felicidade]

O trecho “qualquer sentimento mais intenso já me faz comer muito” poderia ilustrar um ego desadaptado, que apresenta dificuldade em regular emoções de carga afetiva intensa, em concordância com o que Wahba (2002), Woodman (2002) e Burns et al. (2012) observaram em indivíduos com compulsão alimentar.

Pode-se pensar que a finalidade do comer não seria apenas a busca por emoções/sensações positivas (10,6%) para regulação emocional ou apaziguamento de afetos negativos, mas também um potencializador de afetos positivos (11,9%), visto que o indivíduo come na presença da emoção felicidade. Também pode-se refletir que, embora as categorias “busca por emoções/sensações positivas” (10,6%, n=62) e “forma de lidar com situações de frustração” (9,9%; n=58) possam parecer uma porcentagem reduzida da amostra, compreender o uso que se faz do comer exige um certo grau de elaboração das participantes.

Ademais, a comida aparece como forma de autogratificação e de recompensa por algum desconforto vivido. Entretanto, é interessante destacar que na categoria “Outros”, 0,8% das participantes (n=5) indicaram que o comer seria uma forma de autopunição, ilustrado no relato 392. A dualidade contida no significado da comida e do comer para estes indivíduos também foi observada por Woodman (1995).

Ansiedade, ócio, autogratificação, autopunição, tédio (**Participante 392**).
[Categorias: Ansiedade; Tédio/Tempo ocioso; Busca por emoções/sensações positivas; Outros (Punição)]

Por fim, foram relatados aspectos que estariam mais ligados a estados fisiológicos: cansaço (n=12); sono/insônia (n=7); falta da sensação de mastigação (n=6); TPM (n=5) e dor (4).

7.3.3 Estratégias de enfrentamento usadas em situações de conflito e frustração

Quanto a pergunta “Como você lida com as emoções em situações de frustração e conflito?” 55,1% (n=333) das participantes responderam que comem para lidar com situações de conflito e frustração. Este dado reforça a hipótese do comer como estratégia de enfrentamento em indivíduos com compulsão alimentar (BAEK et al., 2018; BURNS et al., 2012; CASLINI et al., 2016; IMPERATORI et al., 2016).

Quadro 8 - Formas de lidar com situações de frustração e conflito

Formas de lidar com situações de frustração e conflito	Frequência	Porcentagem população total (n=604)
Comendo	333	55,1%
Chorando	111	18,4%
Emoções negativas	111	18,4%
Estratégias de enfrentamento adaptativas	95	15,7%
Evitação de conflito	88	14,6%
Irritabilidade	72	11,9%
Não sabe lidar	63	10,4%
Me isolando	55	9,1%
Ansiedade	50	8,3%
Uso de substâncias/compras	32	5,3%
Dormindo	22	3,6%
Autolesão/Pensamento/Tentativa de suicídio	19	3,1%
Outros	32	5,3%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Nesta amostra, apenas 15,7% das participantes relataram utilizar estratégias de enfrentamento adaptativas, tais como, conversar na terapia, buscar rede de apoio, realizar atividades prazerosas, meditar, buscar apoio religioso e praticar técnicas de respiração, podendo ser exemplificado abaixo:

Encaro a situação, caso ela exija conversar diretamente com o causador do conflito. Posteriormente procuro conversar com minha psicóloga, colegas e amigos. **(Participante 330)**. [Categorias: Estratégias de enfrentamento adaptativas]

Embora qualitativamente a pesquisadora tenha observado um impacto positivo dos tratamentos realizados pelas participantes, explicitado na tabela 8, especialmente o psicológico, quantitativamente tais tratamentos não foram estatisticamente significativos e, por isso, não foram adicionados no estudo.

Além disso, chorar (18,4%), apresentar emoções negativas (18,4%), irritabilidade (11,9%) e ansiedade (8,3%) foram respostas às situações de conflito/frustração e, embora estas possam naturalmente despertar os tipos de reações citadas acima, não são estratégias adaptadas que visam a resolução do problema. Os relatos 438 e 724 exemplificam estas respostas.

Tenho acessos de raiva, como compulsivamente, choro muito, grito etc. **(Participante 438)**. [Categorias: Irritabilidade; Comendo; Chorando]

Não muito bem. Sou muito insegura e tendo a achar que sou a culpada por muitas das coisas que dão errado em minha vida, ou por não me encaixar em grupos/não agradar pessoas. É difícil lidar com frustrações sem jogar toda a

culpa de tudo em cima de mim mesma (**Participante 724**). [Categorias: Não sabe lidar; emoções negativas]

No relato de diversas participantes, os afetos negativos são direcionados para si mesmo, em forma de auto-ódio, como explicitado no relato 724. Estes afetos podem voltar-se para o indivíduo não só em forma de pensamentos e sentimentos autodestrutivos, mas em comportamentos como autolesão ou pensamentos/tentativas de suicídio (3,1%).

Ademais, outras formas desadaptadas de respostas a conflitos foram citadas: 10,4% não sabiam lidar com situação conflituosas; 14,6% preferiam evitá-las; 9,1% se isolam; 5,3% faziam uso de substâncias/compras e 3,6% dormiam. Estes comportamentos, ilustrados nas falas das participantes 36, 172 e 403, poderiam ser uma fuga e escape de situações que causem algum nível de desconforto emocional:

Geralmente fico nervosa ou depressiva, e sem vontade de interagir socialmente. Então assisto séries ou filmes, acompanhada de comida o tempo todo, pra tentar me desligar da situação (**Participante 172**). [Categorias: Me isolando; Comendo; emoções negativas; Ansiedade; Evitação de conflito; Irritabilidade]

Retraio - calo – engulo (**Participante 403**). [Categorias: Evitação de conflito; Comendo; Me isolando]

O movimento descrito pelo relato 403 – retrair, calar e engolir – ilustra a evitação de conflito e a negação da raiva vivenciado pelas participantes, que poderia funcionar como uma defesa contra o medo da rejeição (STEINBERG, 1990).

7.3.4 Impactos da compulsão alimentar na vida do indivíduo

No que se refere a pergunta: “A compulsão alimentar afeta sua vida?”, 3,8% (n=20) das participantes responderam que a compulsão alimentar não afeta suas vidas, enquanto 96,7% (n=584) disseram que sim. Estes dados indicam que a compulsão alimentar acarreta um impacto na maior parte das participantes, sendo o ganho de peso (47,7%) e baixa autoestima (33%) as principais consequências.

Quadro 9 - Impactos da compulsão alimentar na vida do indivíduo

Modo como a compulsão alimentar impacta a vida	Frequência	Porcentagem - apenas pessoas que afirmaram que o CA afeta a vida (n=584)
Ganho de peso	277	47,4%
Baixa autoestima	193	33,0%
Prejuízo na saúde física	159	27,2%
Prejuízo na saúde mental	157	26,9%
Prejuízo social/profissional/amoroso	137	23,5%
Insatisfação corporal	81	13,9%
Descontrole alimentar	76	13,0%
Vergonha	47	8,0%
Culpa	35	6,0%
Pensamento fixo na comida	33	5,7%
Prejuízo financeiro	26	4,5%
Julgamento negativo	12	2,1%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

As participantes também relataram prejuízo na saúde mental (26,9%), caracterizado por estados depressivos e ansiosos, desânimo, nervosismo e oscilação de humor; prejuízo na saúde física (27,2%), descrito como obesidade, gastrite, refluxo, cansaço, pressão alta e colesterol alto. Em concordância com estes resultados, Udo e Grilo (2019) e Wilfley, Citrome e Herman (2016) observaram uma alta prevalência comorbidades não psiquiátricas na população com compulsão alimentar, exemplificada nos relatos 155 e 178:

Sim, estou acima do peso, afeta minha saúde física e minha autoestima (**Participante 155**). [Categorias: Ganho de peso; Saúde física; Baixa autoestima]

Ganhei muito peso ao longo dos anos, sem me dar conta de quão grave é meu problema, e nesse ganho de peso entra todo um conjunto, qualidade de vida prejudicada, auto estima, episódios depressivos e já até cheguei a perder emprego por conta do peso, as vezes gasto dinheiro de pagar contas porque na hora só penso em comer (**Participante 178**). [Categorias: Ganho de peso; Saúde física; Baixa autoestima; Aspecto social/profissional/amoroso; Saúde mental; Aspecto financeiro]

É interessante notar que os prejuízos foram mais associados ao ganho de peso nos relatos das participantes, do que com a compulsão alimentar em si. Isto pode ser ilustrado nos relatos 151 e 191, em que as participantes indicaram danos nos aspectos social/profissional/amoroso (23,5%) e insatisfação corporal (13,9%), em concordância com Pawaskar et al. (2017).

Quando como me sinto suja e tenho vergonha de sair de casa pq [sic] tenho medo do que os outros vão pensar sobre meu peso (**Participante 151**). [Categorias: Ganho de peso; Aspecto social/profissional/amoroso; Vergonha; Julgamento; Baixa autoestima]

Não consigo emagrecer e, conseqüentemente, me sinto mal com meu corpo e comigo mesma, acho que não sou boa o suficiente pra sair, namorar, ter uma vida... (**Participante 340**). [Categorias: Ganho de peso; Baixa autoestima; Aspecto social/profissional/amoroso; Insatisfação corporal; Saúde mental]

O descontrole alimentar, ilustrado pelos relatos 131 e 729, foi descrito por 13% das participantes. A sensação de descontrole é, segundo *American Psychiatric Association* (2014), um aspecto central no diagnóstico do TCA. Esta foi caracterizada pelas participantes como um desejo, impulso ou necessidade desenfreada, incontrolável e irracional pelo comer. Necessidade, considerada análoga ao uso de substância por algumas participantes, que só pode ser cessada com o consumo e o fim do alimento. É importante ressaltar que embora todas as participantes tenham compulsão alimentar, apenas 13% relataram a sensação de descontrole alimentar.

De todos. Sinto-me escrava da comida, engordo muito e baixa autoestima (**Participante 131**). [Categorias: Ganho de peso; Baixa autoestima; Descontrole]

Eu me sentir fora do controle da própria vida, desejo, impulsos, baixa autoestima por me sentir sempre descuidada e não fazer nada por mim mesma para mudar isso (**Participante 729**). [Categorias: Baixa autoestima; Descontrole; Insatisfação corporal]

Pode-se refletir se a perda do controle alimentar poderia indicar a perda do domínio e do controle da sua própria vida, tendo em vista que o indivíduo é completamente escravizado e subjugado pela comida, gerando um sentimento de impotência não só perante a comida, mas perante sua própria vida, como ilustrado abaixo.

Gasto meu dinheiro com besteira, como muitas coisas que não são saudáveis, engordo bastante e minha autoestima fica um lixo. Minha vida inteira é tentar emagrecer. As vezes consigo, mas depois engordo de novo. Me sinto mal também por parecer que eu não consigo controlar minhas próprias ações (**Participante 517**). [Categorias: Ganho de peso; Baixa autoestima; Aspecto financeiro; Insatisfação corporal; Pensamento fixo na comida; Saúde física]

A fala da participante 517 “minha vida inteira é tentar emagrecer” demonstra como ocorre um estreitamento na vida do indivíduo, onde não há espaço para explorar e imaginar (AUSTIN, 2005; WOODMAN, 2002). O indivíduo passa a existir em função da guerra interna entre o desejo pelo comer/comida e a necessidade de autocontrole (BROMBERG, 2001). Para Hollis (1998), os pesamentos fixos e obsessivos na comida, descritos por 5,7% das participantes, assim como a vivência do descontrole e a tentativa de autocontrole, forneceriam um sentido para sua existência.

7.3.5 Centralidade da comida na vida do indivíduo

Em relação à pergunta: “A comida tem um papel central na sua vida?”, 18,7% (n=113) das participantes disseram que a comida não tem um papel central na sua vida e 81,3% (n=491) responderam que sim. Esta pergunta apresentou uma correlação estatisticamente significativa, porém fraca, com a compulsão alimentar (ECAP – variável contínua), como pode ser observado no quadro 10. Indicando estatisticamente que quanto maior o nível da compulsão alimentar, maior será o papel central que a comida tem na vida do indivíduo.

Quadro 10 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua) e papel central da comida na vida do indivíduo (variável categórica)

Variável contínua	Variável categórica	Correlação*	IC 95%
ECAP – Compulsão alimentar	A comida tem um papel central na sua vida?	0,259	0,184 -0,331

*: Correlação de Spearman estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal).
Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Dos 491 participantes que responderam que a comida tem um papel central em suas vidas, como pode-se observar no quadro 11, 41,8% indicaram que apresentaram pensamentos fixos na comida.

Quadro 11 - Centralidade da comida na vida do indivíduo

Modo como a comida tem papel central na vida	Frequência	Porcentagem - apenas pessoas que afirmaram que a comida tem um papel central na vida (n=491)
Pensamentos fixos na comida	205	41,8%
Comer proporciona emoções positivas	162	33,0%
Forma de lidar com problemas	98	20,0%
Descontrole alimentar	72	14,7%
Comer desencadeia emoções negativas	51	10,4%
Prejuízo no aspecto social/profissional	31	6,3%
Outros	15	3,1%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

O sentido da vida passaria a ser comer ou evitar a compulsão alimentar, isto porque o indivíduo planeja sua vida em torno destas questões. Pode-se pensar que a paisagem psíquica monotemática geraria um empobrecimento significativo das atividades da vida do indivíduo. Esta percepção pode ser exemplificada no relato 119:

Frustrante. é triste ter isso no pensamento o tempo todo. ocupa um espaço que eu poderia usar para outras coisas (**Participante 119**). [Categorias: Pensamento fixo na comida]

A preocupação excessiva com o comer acaba controlando e conduzindo o comportamento do indivíduo ao episódio compulsivo, o qual visaria o alívio da tensão e da angústia decorrente desses pensamentos obsessivos (HOLLIS, 1998). Este aspecto pode ser associado ao descontrole alimentar, característico da compulsão alimentar, que foi descrito por 14,7% das participantes e exemplificado no relato 724:

Acordar e dormir pensando em comer, ter medo de começar a comer e não conseguir mais parar. não saber mais o que é se alimentar por prazer e comer sempre se culpando por estar ingerindo calorias, imaginando que aquilo lhe fará mais gorda; não conseguir degustar, comer devagar. A ânsia de comer faz com que eu coma tão rápido que não sinto o sabor, não mastigo, não aproveito o alimento (**Participante 724**). [Categorias: Pensamento fixo na comida; Descontrole alimentar; Comer desencadeia emoções negativas]

O caráter imperativo e repetitivo da compulsão, pode ser ilustrado na fala da participante 717, em que observa-se o movimento sucessivo entre controle-descontrole e comer compulsivo-engajamento em dietas.

Todos os dias início uma dieta. Todas as noites eu furo a dieta (**Participante 717**). [Categorias: Pensamento fixo na comida; Descontrole alimentar]

É interessante notar que, embora este cenário possa parecer aterrorizante, a comida proporcionaria para 33% (n=162) das participantes emoções positivas, tais como: calma, conforto, alívio, tranquilidade, paz, refúgio, relaxamento, felicidade, satisfação, recompensa, segurança e prazer. Arroyane (1986) indica que a relação com a comida alivia e acalma um conteúdo aflitivo, auxiliando o ego desadaptado a lidar com a situação conflitiva, ao mesmo tempo que propicia sensações prazerosas.

A partir desta compreensão, pode-se pensar que o indivíduo com compulsão alimentar busca, como exemplificado na fala 172, sentir-se nutrido, acolhido, protegido e seguro como uma forma de reparar ou compensar, ainda que momentaneamente, a insegurança e privação afetiva. Além disso, como ilustrado no relato 537, a comida seria uma resposta conhecida para todas as questões de sua vida, em especial aquelas que não sabe lidar e, embora se mostre ineficiente, funcionaria a curto prazo.

A comida é meu lugar seguro, sempre q como algo que me satisfaz de fato, é como se alimentasse minha alma. Me sinto bem no resto do dia. E muitas vezes, quando não me sinto bem, precisa comer esse "algo" diferente e que me satisfaz. Às vezes isso é difícil de acontecer, daí saio comendo tudo, em busca de algo pra preencher esse vazio (**Participante 172**). [Categorias: Comer proporciona emoções positivas; Descontrole alimentar]

Se estou triste, a resposta é comida. Feliz, comida. Ansiosa, comida. Nervosa pra fazer uma prova? Como chocolate pra ficar mais calma. Já fiz a prova? Como mais, que é pra comemorar. Sem falar que eu to [sic] sempre pensando em doce e como parar de comer doce, se não estou comendo to [sic] pensando nisso (**Participante 537**). [Categorias: Forma de lidar com problemas/emoções; Comer proporciona emoções positivas; Pensamento fixo na comida]

Gadotti, Borges e Sampaio (2017) apontam que a comida poderia proporcionar, ainda que brevemente, o preenchimento análogo ao “estado paradisíaco”. Este possível movimento regressivo ao paraíso infantil e recuo ao mundo da fantasia evitaria defensivamente o contato com a realidade conflituosa, como ilustrado na fala 718:

As vezes eu penso que seria mais feliz se o mundo entrasse em colapso e eu tivesse que ficar no meu quarto, apenas comendo coisas que gosto e sobrevivendo assim (**Participante 718**). [Categorias: Comer proporciona emoções positivas; Forma de lidar com problemas]

Além disso, como exemplificado na fala 271, segundo Hollis (1998) o episódio de compulsão alimentar pode se tratar de um mecanismo que previne uma angústia maior, funcionando como uma proteção.

A comida se tornou o melhor paliativo para adiar crises depressivas (que sempre chegam, uma hora ou outra), nas quais fico sob risco de me matar, me mutilar, usar drogas etc. (**Participante 271**). [Categorias: Comer proporciona emoções positivas; Forma de lidar com problemas]

Por fim, ao mesmo tempo que a comida despertaria emoções positivas (33%) e seria uma forma de lidar com problemas (20%), ela também é desencadeadora de diversas emoções negativas, tais como: vergonha, frustração, culpa, arrependimento, tristeza, raiva, decepção, desânimo, vulnerabilidade e ódio voltado para si e/ou para comida. Usualmente estas emoções foram relatadas após as participantes terem sinalizado o consumo da comida. Tal dualidade da comida pode ser ilustrada nos relatos 652 e 340:

Por causa dos meus problemas de autoestima sempre lidei com a comida como minha inimiga, ela é a fonte e a resolução de todos os meus problemas (**Participante 340**). [Categorias: Forma de lidar com problemas/emoções; Comer proporciona emoções positivas; Comer desencadeia emoções negativas]

Não sei explicar, apenas faz com que eu me sinta melhor enquanto como, mas depois faz me sentir a pior pessoa do mundo (**Participante 538**). [Categorias: Comer proporciona emoções positivas; Comer desencadeia emoções negativas]

7.3.6 Insatisfação corporal e compulsão alimentar

Quanto à pergunta: “Você se sente insatisfeita com seu corpo?”, 3,1% (n=18) das participantes responderam que não se sentem insatisfeitas com seu corpo e 96,9% (n=585) relataram que sim, indicando o alto índice de insatisfação corporal nesta população. Ao serem questionadas: “De que forma esta insatisfação corporal afeta os episódios de compulsão alimentar?”, pode-se observar no quadro 12 que 58,6% das participantes indicaram que a insatisfação corporal aumenta sua compulsão alimentar e 33,2% desencadeia emoções negativas. As emoções negativas, por sua vez, também são fatores antecedentes e subsequentes ao episódio de compulsão alimentar.

Quadro 12 - Modo como a insatisfação corporal afeta os episódios de compulsão

De que modo a insatisfação com o corpo afeta os episódios de compulsão alimentar	Frequência	Porcentagem - apenas pessoas que afirmaram estar insatisfeitas com o corpo (n=585)
Aumento da compulsão	343	58,6%
Emoções negativas	194	33,2%
Emoções negativas pós-compulsão	109	18,6%
Fracasso	109	18,6%
Emagrecer/dieta	90	15,4%
Emoções positivas pós-compulsão	38	6,5%
Outros	33	5,6%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

As participantes também relataram nutrir as seguintes emoções negativas em relação ao corpo e a si mesmo: mágoa, tristeza, angústia, frustração, culpa, ódio, raiva, nervosismo, vergonha, impotência, desesperança, desânimo e inferioridade. Os afetos negativos, oriundos da insatisfação corporal e o aumento da compulsão alimentar por conta de tal insatisfação podem ser ilustrados na fala 267:

Fico triste por estar com um corpo doente e deformado por conta da alimentação. Fico muito triste e como ainda mais (**Participante 267**). [Categorias: Aumento da compulsão; Emoções negativas]

Ademais, além das emoções negativas que a insatisfação corporal desencadeia de modo geral, 18,6% relataram que a insatisfação corporal fazia que sentissem emoções negativas após o episódio de compulsão alimentar. Os relatos 54, 75 e 641 exemplificam como estes afetos podem se manifestar em forma de uma atitude de auto-ódio não só em relação ao corpo supostamente fracassado, mas em direção à singularidade do indivíduo (AUSTIN, 2016b).

Tenho necessidade a todo momento de comer. E depois que como sinto um ódio em relação a quem eu sou (**Participante 54**). [Categorias: Aumento da compulsão; Emoções negativas pós-compulsão]

Afeta muito pois já estou com um peso excessivo e quando percebo que estou comendo muito eu penso que sou uma porca gorda que merece tudo que está passando e ai eu como mais e mais (**Participante 75**). [Categorias: Aumento da compulsão; Emoções negativas pós-compulsão]

Logo depois dos episódios eu tenho um longo momento de auto depreciação, me sinto burra acima de tudo (**Participante 641**). [Categorias: Emoções negativas pós-compulsão]

A categoria fracasso (18,6%) se destacou entre as emoções negativas e foi definida como a sensação de que o indivíduo não possui força ou capacidade para mudar, emagrecer, ter o corpo desejado ou controlar a compulsão alimentar. Frente a esta sensação de ter falhado ou fracassado, o indivíduo sente-se impotente, o que acaba gerando um pensamento dicotômico – lógica do tudo ou nada. Este pensamento ocorre da seguinte forma: “Já que não consigo emagrecer ou mudar, vou comer”; “Já que meu corpo está feio, vou comer”; ou “Já que está ruim mesmo, vou comer”, fazendo que haja um aumento da compulsão alimentar. Seguindo a lógica tudo ou nada, o indivíduo também pode querer se engajar em dietas restritivas para emagrecer (15,4%), as quais acentuam a compulsão alimentar.

Começo uma dieta, logo, dou uma falhada e como o dobro por não conseguir me controlar (**Participante 55**). [Categorias: Aumento da compulsão; Emagrecer/dieta; Fracasso]

Por fim, foi relatado em menor proporção os afetos positivos que sucederam a compulsão alimentar (6,5%), os quais eram utilizados como forma de consolo ou compensação pelo corpo supostamente fracassado.

7.3.7 Formas de se machucar fisicamente

Para a pergunta: “Você já pensou em alguma forma de se machucar fisicamente?”, 49,5% (n=299) das participantes responderam que não pensaram em formas de se machucar fisicamente e 50,5% (n=305) relaram sim. Esta pergunta apresentou uma correlação significativa, porém fraca, com a compulsão alimentar (ECAP), trauma infantil global (QUESI) e abuso emocional na infância (QUESI), como pode ser observado no quadro 13. Indicando estatisticamente que quanto maior o nível de gravidade da compulsão alimentar, trauma na infância global e abuso emocional maior será a propensão em pensar em formas de se autolesionar.

Quadro 13 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua), trauma na infância global (QUESI – variável contínua) e abuso emocional (QUESI – variável contínua) com formas de se machucar fisicamente (variável categórica)

Variável contínua	Variável categórica	Correlação*	IC 95%
ECAP – Compulsão alimentar	Você já pensou em alguma forma de se machucar fisicamente?	0,223	0,146 - 0,297
QUESI - Trauma na infância global	Você já pensou em alguma forma de se machucar fisicamente?	0,252	0,176 - 0,325
QUESI - Abuso emocional	Você já pensou em alguma forma de se machucar fisicamente?	0,257	0,181 - 0,330

*: Correlação de Spearman estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)
 Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Dos 305 participantes que relataram pensarem em se machucar fisicamente, a autolesão, conforme quadro 14, foi descrita por 60,3% (n=184) das participantes. Esta envolve todo comportamento intencional que pode causar um ferimento ou dor no próprio corpo, tais como, puxar cabelo, cutucar pele ou feridas, se coçar ou roer unhas até sangrar, automutilação, se queimar e se arranhar (NOCK, 2010; TURECKI; BRENT, 2016).

Quadro 14 - Formas de se machucar fisicamente

Forma de se machucar fisicamente	Frequência	Porcentagem - apenas pessoas que afirmaram que se pensaram em se agredir (n=305)
Autolesão	184	60,3%
Ideação/tentativa de suicídio	102	33,4%
Outros	70	22,9%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Os comportamentos de autolesão poderiam encarnar no corpo uma dor de ordem psíquica por meio de um mecanismo compensatório, cuja finalidade seria aliviar estados afetivos de tensão e ansiedade que são insuportáveis e intoleráveis, ao mesmo tempo que punem a si mesmas infligindo dor no corpo, como exemplificado no relato 31 (DABROWSKI, 1937; FARIA, 2003; MOTZ, 2009).

Me bater para me punir (**Participante 31**). [Categoria: Autolesão]

Ademais, os comportamentos de autolesão foram relatados por algumas das participantes com uma especificidade, isto porque o alvo do comportamento de

autolesão foram partes específicas do corpo, como barriga e perna ou partes que consideravam gordas.

Já tentei suicídio 5 vezes entre meus 8-14 anos, em momentos de muita raiva por ter comido unho e arranho minha barriga, como se tivesse um monstro ali, tento tira-lo (**Participante 36**). [Categorias: Autolesão; Ideação/Tentativa de suicídio]

Já me cortei na coxa pq ela era muito grande e eu tinha raiva (**Participante 558**). [Categorias: Autolesão]

Para Yakeley e Burbridge-James (2018), as partes do corpo supracitadas, matrizes do sofrimento, poderiam ser vistas como monstruosas ou malignas e, por isso, precisariam ser retiradas ou mortas para que o indivíduo sobreviva. Além dos comportamentos de autolesão, a atitude destrutiva contra o corpo também apareceu na categoria ideação/tentativa de suicídio.

Esta categoria, definida por Nock (2010) como pensamentos sobre se matar e o engajamento em comportamentos em que há intenção de morrer, foi relatada por 33,4% (n=102) das participantes. Para Hollis (1998), o suicídio pareceria ser a única alternativa possível quando o indivíduo se sente sem perspectiva e sem alternativa, sendo tomado pela desesperança e pelo desespero. A impotência, descontrole e falta de recursos perante as exigências da vida ou, no caso destas participantes, em relação a comida e o corpo, poderiam fomentar este desejo de morte, como ilustrado no relato 110.

Vontade de morrer por não ter persistência para perder peso (**Participante 110**). [Categorias: Ideação/Tentativa de suicídio]

Alguns autores interpretam as tendências suicidas como uma forma de escapar da dor intolerável, um desejo de regredir ao útero ou fundir-se à figura materna onipotente (HOLLIS, 1998; VON FRANZ, 1980; YAKELEY; BURBRIDGE-JAMES, 2018). Pode-se refletir, segundo a interpretação de Hillman (1993), que o desejo de morte é, na verdade, o desejo pela transformação e resolução do sofrimento, para que a mudança ocorra, e conseqüentemente algo novo irrompa, algo precisa morrer simbolicamente. Entretanto o indivíduo acaba literalizando a morte que precisa ser simbólica ou, como Woodman (1995) denominou, o suicídio psíquico.

Em outra interpretação sobre o tema, Rosen (1995) utiliza o termo egocídio ao referir-se a morte psíquica de uma parte autodestrutiva e negativa do ego, o qual

direciona seus impulsos agressivos contra si mesmo. Para o autor, uma parte tirânica e crítica do ego deve morrer simbolicamente para que haja possibilidade de mudança e renascimento psíquico.

A categoria ideação/tentativa de suicídio (variável categórica) foi correlacionada de maneira significativa e positiva com o trauma na infância global e abuso emocional (QUESI), como pode ser observado no quadro 15. Sendo assim, quando maior a gravidade do trauma global na infância e abuso emocional autorrelatado maior o nível de ideação/tentativa de suicídio. O ECAP não apresentou uma correlação significativa com esta categoria e, por isso, não consta no quadro 15.

Quadro 15 - Correlações estatisticamente significativas entre trauma na infância global (QUESI – variável contínua), abuso emocional (QUESI – variável contínua) com pensamento/tentativa de suicídio (variável categórica)

Variável contínua	Variável categórica	Correlação*	IC 95%
QUESI - Trauma na infância global	Ideação/tentativa de suicídio	0,202	0,125 - 0,277
QUESI - Abuso emocional	Ideação/tentativa de suicídio	0,201	0,124 - 0,276

*: Correlação de Spearman estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Pode-se pensar se o ataque ao corpo ou o desejo de morte em pessoas que sofreram trauma na infância seriam direcionados, na verdade, às figuras tirânicas internalizadas e introjetadas do abusador. Como o trauma infantil fica registrado no corpo, especialmente quando não elaborado, estes acabariam sendo direcionado ao próprio corpo (ROSEN, 1995; YAKELEY; BURBRIDGE-JAMES, 2018).

Segundo a interpretação de Knox (2001), a ideação/tentativa de suicídio em indivíduos que vivenciaram situações traumáticas incontroláveis poderia ser os únicos aspectos da suas próprias vidas que sentem que possuem alguma forma de controle.

7.3.8 Efeitos da compulsão alimentar na vida sexual

No que diz respeito à pergunta: “A compulsão alimentar atrapalha sua vida sexual?”, 39,1% (n=236) das participantes disseram que não atrapalha a vida sexual e 60,9% (n=368) responderam que sim. Esta pergunta apresentou uma correlação estatisticamente significativa, porém fraca, com a compulsão alimentar, como pode ser observado no quadro 16. Indicando estatisticamente que quanto maior o nível da

compulsão alimentar, maior o prejuízo na vida sexual (variável categórica). Não houve correlação estatística desta pergunta com o QUESI.

Quadro 16 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua) e compulsão alimentar atrapalha a vida sexual da participante (variável categórica)

Variável contínua	Variável categórica	Correlação*	IC 95%
ECAP – Compulsão alimentar	Compulsão atrapalha sua vida sexual?	0,236	0,160 - 0,309

*: Correlação de Spearman estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

A maior parte das participantes – 62,5% (n=230) – relatou que a insatisfação corporal ou a aparência impactam seu funcionamento sexual, seguida pela categoria baixa autoestima (23,9%), como pode ser observado no quadro 17.

Quadro 17 - Forma como a compulsão alimentar atrapalha a vida sexual

Forma como a compulsão alimentar atrapalha a vida sexual	Frequência	Porcentagem - apenas pessoas que afirmaram que a compulsão alimentar afeta a vida sexual (n=368)
Insatisfação corporal/aparência	230	62,5%
Baixa autoestima	88	23,9%
Disfunções sexuais	59	16,0%
Indisposição física	49	13,3%
Outros	35	9,5%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

A insatisfação corporal e com a aparência despertou as seguintes emoções: vergonha, nojo, ódio, insegurança, desconforto, sentir-se feia/horrível/suja/lixo, não se sentir atraente/sensual e estar com sobrepeso/obesidade. Já a baixa autoestima, quando não foi mencionada diretamente, foi categorizada pela falta de confiança/segurança; insatisfação consigo própria e sentimento de insuficiência e incapacidade em satisfazer ou ser desejada pelo outro. Estas categorias foram exemplificadas nos relatos 55, 170 e 336:

Não consigo ter relações sexuais sem sentir nojo e vergonha do meu corpo (**Participante 55**). [Categorias: Baixa autoestima; Insatisfação corporal/aparência]

Já fiquei um ano sem transar com meu namorado pois tinha vergonha do meu corpo (**Participante 170**). [Categorias: Insatisfação corporal/aparência; Outros]

Evito ver meu parceiro quando estou me sentindo gorda, não transo com luz acesa e temos brigas frequentes pela minha falta de autoestima (**Participante 336**). [Categorias: Insatisfação corporal/aparência; Baixa autoestima; Outros]

Ademais, uma atitude negativa em relação a si mesma foi observada em diversas participantes que, além da vergonha do corpo, sentiam vergonha de si mesmas, podendo indicar uma ferida mais profunda no seu senso de autovalor.

As disfunções sexuais, como baixo nível de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação, além de aumento da sensação de dor, também foram relatadas por 16% (n=59) das participantes. Estas foram recorrentes após um episódio de compulsão alimentar e em participantes com insatisfação corporal/aparência.

A preocupação com a imagem corporal e pensamentos relacionados à aparência durante a atividade sexual foram relatadas por algumas participantes e exemplificados no relato 518. Pode-se refletir se os pensamentos não sexuais perturbariam a experiência sexual.

Bom, eu nunca tive um orgasmo com meu parceiro, não por que ele não se esforça e sim pq [sic] eu não consigo relaxar, eu fico pensando se ta [sic] chato pra ele, fico pensando se ele se sente atraído pelo jeito q eu sou mesmo etc. Talvez seja por isso q eu não consigo relaxar e me desligar de tudo na hora (**Participante 518**). [Categorias: Disfunções sexuais; Baixa autoestima]

Além das disfunções sexuais, a indisposição física, caracterizada como: sensação de estar estufada, desanimada, cansada, enjoada, indisposta, inchada, pesada, cheia, sonolenta e sem energia, foi descrita por 13,3% (n=49) das participantes. A indisposição física causava desconforto na atividade sexual e foi descrita como decorrente do sobrepeso ou obesidade e da ingestão de grande quantidade de comida após um episódio de compulsão alimentar. Esta observação está em concordância com Pujols, Meston e Seal (2010), os quais indicam que indivíduos com melhores condições físicas são mais satisfeitos sexualmente.

7.3.9 Efeito da compulsão alimentar na vida e nas relações sociais

Sobre a pergunta: “A compulsão alimentar atrapalha sua vida e relações sociais?”, 35,1% (n=212) das participantes responderam que não, enquanto 64,9% (n=392) relataram que sim. A variável categórica – compulsão atrapalha sua vida e interações sociais – foi correlacionada de maneira significativa e positiva com a compulsão alimentar – variável contínua. Estes dados, descritos no quadro 18, indicam que quanto maior a gravidade da compulsão alimentar maior será o nível de interferências negativas na vida e nas relações sociais do indivíduo. O QUESI não apresentou correlação significativa com esta pergunta.

A correlação entre compulsão alimentar e interferências negativas na vida e nas relações sociais do indivíduo foi a mais significativa da amostra, atingindo uma correlação de 0,396, que poderia quase ser considerada moderada, conforme a figura 3. Sendo assim, esta foi a correlação mais próxima a atingir um nível moderado de correlação estatística, indicando sua importância.

Quadro 18 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua) e compulsão alimentar atrapalha a vida e interações sociais das participantes (variável categórica)

Variável contínua	Variável categórica	Correlação*	IC 95%
ECAP – Compulsão alimentar	Compulsão atrapalha vida e interações sociais?	0,396	0,327 - 0,461

*: Correlação de Spearman estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Das 392 participantes que relataram que a compulsão alimentar atrapalha sua vida e relações sociais, 44,4% (n=174), como pode ser observado no quadro 19, relataram evitar interações e situações sociais.

Quadro 19 - Modo como a compulsão alimentar atrapalha a vida social

Modo como a compulsão alimentar atrapalha a vida social	Frequência	Porcentagem - apenas pessoas que afirmaram que a compulsão alimentar afeta a vida social (n=392)
Evitação social	174	44,4%
Vergonha	124	31,6%
Insatisfação com aparência física	114	29,1%
Comer em excesso	68	17,3%
Comer em público	61	15,6%
Avaliação social negativa	51	13,0%
Baixa autoestima	46	11,7%
Não encontra roupas que servem ou que se sintam confortável	23	5,9%
Outros	42	10,7%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Usualmente a evitação social apresenta-se em decorrência da vergonha (31,6%) e da aparência física (29,1%). A evitação social visaria prevenir o indivíduo de uma avaliação social negativa e sentimento de inferioridade, proporcionando uma sensação de segurança e de proteção (GILBERT, 1998).

Muitas e muitas vezes não tenho vontade de sair, muito menos me arrumar, sinto que todas as minhas amigas são mais magras e mais capazes do que eu (**Participante 39**). [Categorias: Evitação social; Roupas; Baixa autoestima]

Me sinto feia inferior a todos a minha volta (**Participante 140**). [Categorias: Baixa autoestima; Aparência física]

Me sinto diminuída em relação aos outros e desde que comecei a comer compulsivamente sinto que tenho cada vez mais dificuldade de me relacionar socialmente, me sinto cada vez mais fechada (**Participante 283**). [Categorias: Baixa autoestima; Avaliação social negativa; Outros]

Nunca sinto que sou boa o suficiente pra [sic] sair e ter uma vida porque acho meu corpo feio (**Participante 335**). [Categorias: Baixa autoestima; Aparência física]

O sentimento de inferioridade – não sou boa o suficiente – que impedem a paciente 335 de entrar na vida lembra de uma paciente descrita por Woodman (2002) chamada Ruth. Para ela sua questão alimentar a protegia de encarar a vida real e, conseqüentemente, do medo de fracassar, mas também a privava de toda potencialidade criativa contida na vida.

A avaliação social negativa ou o medo desta descrita por 13% das participantes, segundo Gilbert (1998), desencadearia sentimentos de rejeição ou de retração, assim como raiva, a qual é exemplificada na fala da participante 374:

Eu acho que sou mais gorda que meus colegas por isso sinto raiva deles (**Participante 374**). [Categorias: Aparência física; Outros]

A raiva, para Hollis (1998) e Gilbert (1998), seria uma forma de encobrir a experiência emocional de vergonha, frustração e solidão. Além da experiência objetiva de avaliação social negativa, algumas participantes relataram ter uma sensação de estarem sendo observadas ou ridicularizadas, exemplificadas na fala 216 e 592:

Sinto com vergonha como todos tivessem olhando e rindo de mim (**Participante 216**). [Categorias: Vergonha; Avaliação social negativa]

Me sinto mal em algumas festas que vou, pois a maioria das mulheres são magras e altas e sinto como se as pessoas estivessem me observando (**Participante 592**). [Categorias: Aparência física; Avaliação social negativa]

Há uma fantasia de que o outro estaria avaliando-a de maneira depreciativa e, para Jacoby (1996), quanto maior a falta de confiança em si e no seu autovalor, maior será a valorização da percepção e julgamento do outro sobre si e mais sensível ao menor indício de rejeição o sujeito estará. Entretanto, o senso de si mesmo é desvalorizado e inferiorizado não só pelos outros, mas principalmente por si mesma, com exemplificado no relato 441, denotando a baixa autoestima (11,7%):

Não gosto de me arrumar porque nada fica bom e não gosto que as pessoas me vejam assim. Quando me maqueio [sic] me sinto uma palhaça (**Participante 441**). [Categorias: Roupas; Vergonha; Baixa autoestima]

Ademais, a experiência emocional de vergonha, descrita por 31,6% (n=124), foi correlacionada de maneira estatisticamente significativa e positiva com a compulsão alimentar (ECAP – variável contínua), como pode ser observado no quadro 20. Sendo assim, quando maior a compulsão alimentar – maior nível do ECAP – maior a vergonha. Em concordância com estes dados, a experiência emocional da vergonha foi correlacionada positivamente com uma maior severidade da compulsão alimentar por Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira (2015).

Quadro 20 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP - variável contínua) e vergonha (variável categórica)

Variável contínua	Variável categórica	Correlação*	IC 95%
ECAP – Compulsão alimentar	Compulsão atrapalha vida e interações sociais? Vergonha	0,290	0,216 - 0,361

*: Correlação de Spearman estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Tal categoria apareceu de diversas formas, em especial no que se refere à vergonha de comer em excesso (17,3%) e em público (15,6%). Optar por comer escondida ou deixar de sair para comer sozinha a fim de ingerir a quantidade de comida que desejar foram relatadas por algumas participantes. Esta atitude evitaria o receio de comer em excesso e em público e, conseqüentemente, ser avaliada negativamente. O relato 101 ilustra como a comida passaria a ocupar o lugar do relacionamento com o outro, o que a isola ainda mais do contato com o mundo externo, como apontam Gadotti, Borges e Sampaio (2017) e Wahba (2002; 2017).

Dispensando companhias pra me isolar e comer à vontade sem ser julgada (**Participante 101**). [Categorias: Evitação social; Avaliação social negativa; Comer em excesso; Comer em público]

Wahba (2017) descreve os sentimentos ambivalentes em relação ao outro, os quais oscilam entre isolamento, a fim de evitar defensivamente a rejeição, e demanda de extrema atenção com a intenção de compensar a vivência de privação de afeto. Segundo Jacoby (1996), por trás do isolamento e inibição habita o desejo de ser visto, amado e admirado. O relato 682 pode exemplificar o movimento regressivo para o mundo paradisíaco, para o mundo da mãe, representado pela comida, indicando uma possível evitação defensiva da realidade exterior.

Fujo do mundo para me esconder em meu mundinho confortável e protegida, com minha comida (**Participante 682**). [Categorias: Evitação social; Comer em público]

7.3.10 Afetos positivos e negativos antes e depois da compulsão alimentar

Esta pergunta foi baseada na Escala de afetos positivos e afetos negativos (PANAS), cujo objetivo é investigar estados afetivos. Esta escala foi desenvolvido por

Watson, Clark e Tellegen (1988) e validada para população brasileira por Carvalho et al. (2013).

7.3.10.1 Afetos positivos antes e depois da compulsão alimentar

Pode-se observar no quadro 21 que houve uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre todos os afetos positivos experienciados antes e depois de um episódio de compulsão alimentar.

Quadro 21 - Afetos positivos antes e depois de um episódio de compulsão alimentar

Afetos positivos	Antes (n=604)		Depois (n=604)		p-valor*
	Não	Sim	Não	Sim	
Alegria	64,4%	35,6%	85,4%	14,6%	<0,001
Animação	76,2%	23,8%	93,5%	6,5%	<0,001
Calma	88,1%	11,9%	78,3%	21,7%	<0,001
Confiança	80,8%	19,2%	93,4%	6,6%	<0,001
Coragem	77,3%	22,7%	93,7%	6,3%	<0,001
Disposição	60,3%	39,7%	93,4%	6,6%	<0,001
Empolgação	62,4%	37,6%	93,0%	7,0%	<0,001
Entusiasmo	76,5%	23,5%	95,4%	4,6%	<0,001
Força	75,2%	24,8%	93,5%	6,5%	<0,001
Inspiração	78,6%	21,4%	94,0%	6,0%	<0,001
Orgulho	77,8%	22,2%	96,0%	4,0%	<0,001
Cheio de energia	77,6%	22,4%	93,9%	6,1%	<0,001
Relaxamento	88,6%	11,4%	62,7%	37,3%	<0,001

*: Teste de McNemar

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

No quadro 22, observa-se que todos os afetos positivos, exceto o relaxamento e calma, reduziram. Estes dois últimos foram os únicos estados afetivos positivos que aumentaram após um episódio de compulsão alimentar. Pode-se refletir que, embora haja uma redução dos outros afetos positivos, os conteúdos conflitivos e aflitivos são apaziguados pelo episódio compulsivo, gerando calma e relaxamento.

Quadro 22 - Variação dos afetos positivos após o episódio de compulsão alimentar estatisticamente significativa

Afetos positivos	Variação da emoção após o episódio de CA estatisticamente significativa
Relaxamento	227,2%
Calma	82,4%
Alegria	-59,0%
Confiança	-65,6%
Inspiração	-72,0%
Coragem	-72,2%
Animação	-72,7%
Cheio de energia	-72,8%
Força	-73,8%
Entusiasmo	-80,4%
Empolgação	-81,4%
Orgulho	-82,0%
Disposição	-83,4%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

7.3.10.2 Afetos negativos antes e depois da compulsão alimentar

Pode-se observar no quadro 23 que houve uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) antes e depois de um episódio de compulsão alimentar nos seguintes afetos negativos: aborrecimento, cansaço, culpa, fome, inquietude, nervosismo, nojo, raiva de si mesma, sonolência, tristeza e vergonha. Os outros afetos negativos não foram estatisticamente significativos.

Quadro 23 - Afetos negativos antes e depois do episódio de compulsão alimentar

Afetos negativos	Antes (n=604)		Depois (n=604)		p-valor*
	Não	Sim	Não	Sim	
Aborrecimento	54,5%	45,5%	24,7%	75,3%	<0,001
Aflição	52,5%	47,5%	52,6%	47,4%	0,999
Cansaço	73,2%	26,8%	41,6%	58,4%	<0,001
Culpa	79,0%	21,0%	5,3%	94,7%	<0,001
Fome	50,0%	50,0%	82,0%	18,0%	<0,001
Hostilidade	74,2%	25,8%	70,2%	29,8%	0,151
Inquietude	31,6%	68,4%	71,2%	28,8%	<0,001
Irritação	44,7%	55,3%	29,5%	70,5%	0,128
Nervosismo	30,0%	70,0%	55,0%	45,0%	<0,001
Nojo	90,1%	9,9%	32,6%	67,4%	<0,001
Raiva (de si mesma)	71,9%	28,1%	14,6%	85,4%	<0,001
Solidão	41,2%	58,8%	52,3%	47,7%	0,031
Sonolência	82,1%	17,9%	43,9%	56,1%	<0,001
Tristeza	54,0%	46,0%	18,5%	81,5%	<0,001
Vergonha	82,5%	17,5%	15,6%	84,4%	<0,001

*: Teste de McNemar

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

No quadro 24, observa-se que a fome, inquietude e nervosismo reduziram após um episódio de compulsão alimentar, enquanto o nojo, vergonha, culpa, sonolência, raiva de si mesma, cansaço, tristeza e aborrecimento, respectivamente, aumentaram. A redução da inquietude e nervosismo está em concordância com o aumento da calma e tranquilidade, descrito anteriormente.

Quadro 24 - Variação dos afetos negativos após o episódio de compulsão alimentar estatisticamente significativa

Afetos negativos	Variação da emoção após o episódio de CA
Nojo	580,8%
Vergonha	382,3%
Culpa	351,0%
Sonolência	213,4%
Raiva (de si mesma)	203,9%
Cansaço	117,9%
Tristeza	77,2%
Aborrecimento	65,5%
Nervosismo	-35,7%
Inquietude	-57,9%
Fome	-64,0%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Por fim, pode-se refletir que o episódio de compulsão alimentar e o comer ao mesmo tempo que proporcionam calma, relaxamento, redução do nervosismo e inquietude – dominando parcialmente afetos insuportáveis – também deflagrariam afetos negativos e reduziriam afetos positivos, como observado anteriormente.

7.3.11 Autoestima

As afirmações sobre autoestima foram baseadas na Escala de Autoestima Rosenberg (EAR) desenvolvida por Rosenberg (1962) e adaptada para a população brasileira por Hutz e Zanon (2011). Pereira (2019), em um levantamento sobre o tema, relata que a autoestima foi em um primeiro momento conceituada como o conjunto de representações, sentimentos e pensamentos que o indivíduo tem sobre si mesmo e o quão potente e capaz se sente para realizar seus objetivos.

Quadro 25 - Afirmações sobre autoestima

Afirmações sobre autoestima	Não	Sim
1. Eu sou um fracasso	35,4%	64,6%
2. Eu tenho valor	79,5%	20,5%
3. Eu tenho boas qualidades	64,6%	35,4%
4. Eu acho que não presto para nada	56,3%	43,7%
5. Eu sou capaz de fazer as coisas muito bem	77,3%	22,7%
6. Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma	90,7%	9,3%
7. Eu estou satisfeita comigo	94,0%	6,0%
8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim	69,4%	30,6%

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Como pode-se observar no quadro 25, as escolhas das afirmações majoritariamente indicaram um baixo nível de autoestima, apenas a afirmação 4 poderia indicar uma melhor autoestima, pois 56,3% das participantes indicaram que acreditam “prestarem” para algo. A atitude negativa e insatisfação consigo mesmo (afirmações 6 e 7) foram as afirmações mais frequentes entre as participantes. Sendo assim, a autoestima, definida por Jacoby (1996) como senso de autovalor, dignidade, integridade e autorrespeito são baixos ou negativos nessa amostra de mulheres com compulsão alimentar.

Quadro 26 - Correlações estatisticamente significativas entre compulsão alimentar (ECAP – variável contínua) e trauma infantil (QUESI – variável contínua) com autoestima (variável categórica)

Variável contínua	Variável categórica	Correlação*	IC 95%
ECAP – Compulsão alimentar	Autoestima: eu sou um fracasso	0,288	0,214 - 0,359
ECAP – Compulsão alimentar	Autoestima: eu tenho boas qualidades	-0,321	-0,39 - -0,248
ECAP – Compulsão alimentar	Autoestima: eu acho que não presto para nada	0,229	0,152 - 0,303
ECAP – Compulsão alimentar	Autoestima: eu sou capaz de fazer as coisas muito bem	-0,226	-0,300 - -0,149
QUESI - Trauma na infância global	Autoestima: eu tenho boas qualidades	-0,212	-0,286 - -0,135
QUESI - Abuso emocional	Autoestima: eu sou um fracasso	0,255	0,179 - 0,328
QUESI - Abuso emocional	Autoestima: eu acho que não presto para nada	0,246	0,170 - 0,319
QUESI - Negligência emocional	Autoestima: eu tenho boas qualidades	-0,231	-0,305 - -0,155

*: Correlação de Spearman estatisticamente significativa no nível de 0,01 (bicaudal)

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Como descrito no quadro 26, observa-se que as variáveis contínuas compulsão alimentar (ECAP), trauma na infância global (QUESI), abuso emocional (QUESI) e negligência emocional (QUESI) foram correlacionadas estatisticamente com as variáveis categóricas relacionadas à autoestima. Indicando que quanto maior o nível de compulsão alimentar ou de trauma na infância global e abuso e negligência emocional menor o nível da autoestima. Pode-se refletir, a partir da interpretação de Jacoby (1996), que em vivências de trauma na infância o amor e apoio emocional e/ou físico fornecidos não foram suficientemente satisfatórios, causando prejuízos significativos no que diz respeito à autoestima. Isto porque, segundo o autor, a autoestima está alicerçada nas experiências e interações precoces entre criança e cuidador primário.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados responderam aos objetivos traçados à medida que confirmam a correlação positiva entre trauma na infância, em especial abuso e negligência emocional, e compulsão alimentar. Evidenciando que quanto maior o índice de trauma na infância global, abuso e negligência emocional, maior será a gravidade da compulsão alimentar. Estes dados estão em concordância com outras pesquisas internacionais, indicando que este estudo se incorpora a este campo teórico ao passo que lança luz para o estudo destas variáveis em uma amostra brasileira, até este momento escassas.

O presente estudo se diferencia de outras produções científicas e contribui para o entendimento desses fenômenos ao abarcar não só o aspecto quantitativo fornecido pelas escalas psicométricas, mas também o qualitativo. Por meio das perguntas abertas o presente trabalho pôde discutir seus aspectos psicossociais e psicodinâmicos, ampliando a compreensão da problemática da compulsão alimentar e trauma na infância.

Ao realizar uma reflexão junguiana de como esses processos se desenvolvem, considerou-se que o descontrole, aspecto central da compulsão alimentar, poderia ser decorrente da experiência traumática de abuso e negligência emocional na infância, isto porque em virtude de tal vivência o sistema de autorregulação e de autocontrole ficam prejudicados. Por conta deste último, o indivíduo apresentaria dificuldades em controlar diversos impulsos como, por exemplo, o comer. Ademais, o descontrole sentido no âmbito alimentar poderia simbolizar a impotência e a falta de controle que sentem perante suas próprias vidas e que sentiram na experiência traumática.

No que se refere ao sistema de autorregulação, pode-se pensar que a compulsão alimentar compensaria este sistema danificado pela vivência traumática. Desse modo, a comida seria uma forma de autorregulação e um modo de compensar a rejeição, ausência, solidão, abandono, tristeza e privação de afeto ao mesmo tempo que defende e protege o indivíduo das vivências de abuso e negligência emocional para que ele possa suportá-las.

A partir dessa compreensão, pode-se refletir que o indivíduo com compulsão alimentar busca na comida o complexo materno positivo e nutridor – nutrição, proteção e acolhimento – que não esteve presente na infância. A comida ajudaria a

estrutura egóica desadaptada, decorrente da falha no desenvolvimento, a lidar e suportar situações conflituosas, explicitando o papel central e fundamental que a comida desempenharia na vida desses indivíduos.

Tais dados indicam que o comer estaria mais associado a um mecanismo de autoproteção, defesa, compensação e autorregulação que com a fome em si. Entretanto não se trata de um mecanismo completamente eficaz, pois o complexo materno negativo – culpa, vergonha, fracasso e insatisfação – volta a atacar o senso de integridade do indivíduo.

Cabe ressaltar que os resultados aqui apresentados colaboram ao indicar e reforçar importância da prevenção do trauma na infância e da qualificação profissional nesta área, não só no que se refere ao abuso sexual e ao abuso/negligência física, mas também ao abuso/negligência emocional.

O estudo apresentou algumas limitações, por se tratar de uma pesquisa realizada na *internet*, pelo instrumento QUESI ser de ordem retrospectiva e pelo fato da escala ECAP não abordar o uso de comportamentos compensatórios inapropriados.

Sugere-se para futuras pesquisas a investigação das diferenças e das similaridades do grupo de participantes com compulsão alimentar sem trauma na infância e do grupo com compulsão alimentar com trauma na infância, assim como a inclusão de um número expressivo de indivíduos do gênero masculino.

Por fim, doze participantes após responderem os questionários anônimos, enviaram *e-mails* solicitando os resultados do estudo quando estivesse finalizado, demonstrando interesse em ler a dissertação de mestrado. Ademais, algumas participantes relataram: “gostaria de agradecê-la pelo questionário, achei realmente muito bom e me fez refletir muito”; “sua pesquisa me fez perceber muitas coisas e tenho interesse em acompanhar seu resultado”, indicando que os questionários podem ter suscitado reflexões e esclarecimentos.

REFERÊNCIAS

AFIFI, T. O. et al. Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: results from a nationally representative United States sample.

International Journal of Eating Disorders, v. 50, n. 11, p. 1281–1296, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-III**. 3. ed. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-III-R**. 3-R. ed. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV**. 4. ed. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM IV-TR**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

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

AMIANTO, F. et al. Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: personality and psychopathology correlates in adulthood. **Psychiatry Research**, v. 269, p. 692–699, nov. 2018.

ARMOUR, C. et al. Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 51, n. 3, p. 383–393, mar. 2016.

ARROYANE, F. Some implications of transference and countertransference in the treatment of dependence. **Journal of Analytical Psychology**, v. 31, p. 199–206, 1986.

ATA, R. N.; SCHAEFER, L. M.; THOMPSON, K. J. Sociocultural theories of eating disorders. In: **The wiley handbook of eating disorders**. Wiley Clinical Psychology Handbooks. 1. ed. EUA: Wiley-Blackwell, 2015. p. 269–282.

AUSTIN, S. Eating disorders and the telos of aggression. In: **Women's aggressive fantasies: a post-jungian exploration of self-hatred, love and agency**. 1. ed. New York, NY: Routledge, 2005. p. 174–205.

AUSTIN, S. Jung's dissociable psyche and the ec-static self: jung's dissociable psyche and the ec-static self. **Journal of Analytical Psychology**, v. 54, n. 5, p. 581–599, 2009.

AUSTIN, S. Working with dissociative dynamics and the longing for excess in binge eating disorders. **Journal of Analytical Psychology**, v. 58, n. 3, p. 309–326, 2013.

AUSTIN, S. Working with chronic and relentless self-hatred, self-harm and existential shame: a clinical study and reflections (Paper 1 of 2). **Journal of Analytical Psychology**, v. 61, n. 1, p. 24–43, fev. 2016.

BAEK, J. H. et al. Binge eating, trauma, and suicide attempt in community adults with major depressive disorder. **PLOS ONE**, v. 13, n. 6, p. e0198192, 21 jun. 2018.

BECKER, D. F.; GRILO, C. M. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: Associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. **Eat Weight Disord.**, v. 16, n. 2, p. 113–120, jun. 2011.

BELLI, H. et al. Levels of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in extremely obese patients with and without binge eating disorder. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 73, n. 8, p. 527–531, 17 nov. 2019.

BERNSTEIN, D. P. et al. Initial Reliability and Validity of a new Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. **Am J Psychiatry**, v. 151, n. 8, p. 1132-1136, 1994.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. **Child Abuse & Neglect**, v. 27, n. 2, p. 169–190, fev. 2003.

BONINI, A. F. et al. Evolução dos critérios para o diagnóstico de Bulimia Nervosa: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 20, n. 2, p. 65–83, 2018.

BORGES, M. B. F. et al. Binge-Eating Disorder in Brazilian Women on a Weight-Loss Program. **Obesity Research**, v. 10, n. 11, p. 1127–1134, nov. 2002.

BRAUN, J. et al. Trauma Exposure, DSM-5 Posttraumatic Stress, and Binge Eating Symptoms: Results from a Nationally Representative Sample. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 80, n. 2, p. 19m12813, 2019.

BREMNER, J. D. Neuroimaging in Posttraumatic Stress Disorder and Other Stress-related Disorders. **Neuroimaging clinics of North America**, v. 17, n. 4, p. 523–538, nov. 2007.

BROMBERG, P. M. Reflections on shame, dissociation, and eating disorders. **Psychoanalytic Dialogues**, v. 11, n. 6, p. 891–912, 2001.

BROWN, K. L.; LAROSE, J. G.; MEZUK, B. The relationship between body mass index, binge eating disorder and suicidality. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, dez. 2018.

BUCHANAN, T.; SMITH, J. L. Using the Internet for psychological research: Personality testing on the World Wide Web. **British Journal of Psychology**, v. 90, n. 1, p. 125–144, fev. 1999a.

BUCHANAN, T.; SMITH, J. L. Research on the Internet: Validation of a World-Wide Web mediated personality scale. **Behavior Research Methods, Instruments, & Computers**, v. 31, n. 4, p. 565–571, dez. 1999b.

BURNS, E. E. et al. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. **Child Abuse & Neglect**, v. 36, n. 1, p. 32–39, jan. 2012.

CALLIYERIS, V. E.; LAS CASAS, A. L. A utilização do método de coleta de dados via internet na percepção dos executivos dos institutos de pesquisa de mercado atuantes no Brasil. **Interações (Campo Grande)**, v. 13, n. 1, p. 11–22, jun. 2012.

CARVALHO, H. W. DE et al. Structural validity and reliability of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Evidence from a large Brazilian community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 2, p. 169–172, jun. 2013.

CASLINI, M. et al. Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Psychosomatic Medicine**, v. 78, n. 1, p. 79–90, jan. 2016.

CLAUDIANO, A. DE M.; ZANELLA, M. T. **Transtornos alimentares e obesidade**. Barueri: Manole, 2005.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC domicílios 2018**. São Paulo: Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, 2019.

CONTI, C. et al. The Relationship between Binge Eating Disorder and Suicidality: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, v. 8, 5 dez. 2017.

COOK, A. et al. Complex trauma in children and adolescents. **Psychiatric Annals**, v. 35, n. 5, p. 390–398, 2005.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, n. 4, p. 154–157, 2004.

CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. DE M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 03–06, dez. 2002.

DABROWSKI, C. Psychological bases of self-mutilation. **Genetic Psychology Monographs**, v. 19, p. 1–104, 1937.

DANCEY, C. P.; REIDY, J.; VIALI, L. **Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOHM, F.-A. et al. Self-harm and substance use in a community sample of Black and White women with binge eating disorder or bulimia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, v. 32, n. 4, p. 389–400, dez. 2002.

DUARTE, C.; PINTO-GOUVEIA, J.; FERREIRA, C. Ashamed and Fused with Body Image and Eating: Binge Eating as an Avoidance Strategy. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, v. 24, n. 1, p. 195–202, 2015.

DUNKLEY, D. M.; GRILO, C. M. Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. **Behaviour Research and Therapy**, v. 45, n. 1, p. 139–149, jan. 2007.

EZZY, D. **Qualitative analysis: practice and innovation**. London: Routledge, 2002.

FAIRBURN, C. G. et al. Risk Factors for Binge Eating Disorder: A Community-Based, Case-Control Study. **Archives of General Psychiatry**, v. 55, n. 5, p. 425, 1 maio 1998.

FARIA, A. A. DE. **Transtorno de Personalidade Borderline: Uma Perspectiva Simbólica**. Monografia—São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA), 2003.

FEINSON, M. C.; HORNIK-LURIE, T. 'Not good enough:' Exploring self-criticism's role as a mediator between childhood emotional abuse & adult binge eating. **Eating Behaviors**, v. 23, p. 1–6, 2016a.

FEINSON, M. C.; HORNIK-LURIE, T. Binge eating & childhood emotional abuse: The mediating role of anger. **Appetite**, v. 105, p. 487–493, 2016b.

FELDMAN, B. A skin for the imaginal. **Journal of Analytical Psychology**, v. 49, n. 3, p. 285–311, jun. 2004.

FICHTER, M. M.; QUADFLIEG, N. Long-term stability of eating disorder diagnoses. **International Journal of Eating Disorders**, v. 40, n. S3, p. S61–S66, nov. 2007.

FONTENELLE, L. F. et al. Psychiatric comorbidity in a Brazilian sample of patients with binge-eating disorder. **Psychiatry Research**, v. 119, n. 1–2, p. 189–194, jul. 2003.

FORTEZA, O. V.; MIGUEL, E. C. Transtornos alimentares. *In: Clínica psiquiátrica de bolso*. 1. ed. Barueri: Manole, 2014. p. 408-424.

FREITAS, S. R. DE et al. Prevalence of binge eating and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. **International Journal of Eating Disorders**, v. 41, n. 5, p. 471–478, jul. 2008.

FREITAS, S. et al. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 23, n. 4, p. 215–220, 2001.

FREUD, S. Luto e melancolia (2017 [2015]). *In: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Obras completas. São Paulo: Companhia das letras, 2010. v. 12, p. 170–194.

GADOTTI, C. M.; BORGES, M. B. F.; SAMPAIO, S. M. D. Processar, elaborar, digerir: transtorno alimentar na contemporaneidade, leitura arquetípica. *Junguiana*, v. 35, n. 2, p. 47–58, 2017.

GALIÁS, I. Psicopatologia das relações assimétricas. *Junguiana*, v. 18, p. 113–132, 2000.

GALIÁS, I.; SAMPAIO, S. M. D. Transtorno alimentar. *In: Psicopatología e psicodinámica simbólico-arquetípica: em perspectiva junguiana de integraciem en psicopatología y clínica analítica*. Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana, 2006. p. 79–107.

GILBERT, P. What Is Shame? Some Core Issues and Controversies. *In: Shame: interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. New York, NY: Oxford University Press, 1998. p. 3–38.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO; ARAÚJO, F. C. DE. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 565–574, mar. 2007.

GRASSI-OLIVEIRA, R. et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PLOS ONE*, v. 9, n. 1, p. e87118, 27 jan. 2014.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 249–255, abr. 2006.

GRYNICK, K. L. Enduring perfectionism: seeing through eating disorder recovery and america's cultural complex. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, v. 15, n. 4, p. 369–380, out. 2016.

GUERDJIKOVA, A. I. et al. Binge Eating Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 40, n. 2, p. 255–266, jun. 2017.

HARRIS, J. R. The imaginal realm of dissociation: the archetypal nature of trauma in light of quantum physics. In: **Imagination and medicine: the future of healing in an age of neuroscience**. New Orleans, Louisiana: Spring Journal Books, 2009. p. 61-75.

HERMAN, J. **Trauma and recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror**. New York: Basic Books, 2015.

HILBERT, A. et al. Risk factors across the eating disorders. **Psychiatry Research**, v. 220, n. 1–2, p. 500–506, dez. 2014.

HILLMAN, J. **Suicídio e Alma**. Petrópolis: Vozes, 1993.

HOLLIS, J. **Os pantanais da alma: nova vida em lugares sombrios**. São Paulo: Paulus, 1998.

HOWELL, R. T. et al. A validation of well-being and happiness surveys for administration via the Internet. **Behav Res Methods**, v. 42, n. 3, p. 775–784, 2010.

HUDSON, J. I. et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological Psychiatry**, v. 61, n. 3, p. 348-358, 2007.

HUGO, V. **Os miseráveis**. 4. ed. São Paulo: Cosac & Naify, 2012.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 41–49, 2011.

HYMOWITZ, G.; SALWEN, J.; SALIS, K. L. A mediational model of obesity related disordered eating: The roles of childhood emotional abuse and self-perception. **Eating Behaviors**, v. 26, p. 27–32, ago. 2017.

IBGE. **Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal**. IBGE, 2017. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=23205>>. Acesso em 12 mar. 2020

IMPERATORI, C. et al. Childhood trauma in obese and overweight women with food addiction and clinical level of binge eating. **Child Abuse & Neglect**, v. 58, p. 180–190, ago. 2016.

JACOBY, M. **Shame and the origins of self-esteem: a Jungian approach**. London: Routledge, 1996.

JACOBY, M. **Longing for paradise: psychological perspectives on an archetype**. Toronto: Inner City Books, 2006.

JUNG, C. G. [1902] **Estudos psiquiátricos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. v. 1.

JUNG, C. G. [1927] **A natureza da psique**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2013a. v. 8/2.

JUNG, C. G. [1912] **Aion: estudos sobre o simbolismo do si-mesmo**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2013b. v. 9/2.

JUNG, C. G. [1921] **Tipos psicológicos**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2013c. v. 6.

JUNG, C. G. Considerações teóricas sobre a natureza do psíquico. [1946] *In*: **A natureza da psique**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2013d. p. 39-53. v. 8/2.

JUNG, C. G. O bem e o mal na psicologia analítica. [1959] *In*: **Civilização em transição**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013e. p. 203-2016. v. 10/3.

JUNG, C. G. [1955] **Cartas 1946 - 1955**. Petrópolis: Vozes, 2018a. v. 2.

JUNG, C. G. [1961] **Cartas 1956 - 1961**. Petrópolis: Vozes, 2018b. v. 3.

KALSCHED, D. Working with trauma in analysis. *In*: **Jungian psychoanalysis: working in the spirit of C.G. Jung / edited by Murray Stein**. USA: Carus Publishing Company, 2010. p. 281–295.

KALSCHED, D. **O mundo interior do trauma: defesas arquetípicas do espírito pessoal**. São Paulo: Paulus, 2013a.

KALSCHED, D. **Trauma and the soul: a psycho-spiritual approach to human development and its interruption**. London: Routledge, 2013b.

KALSCHED, D. E. Opening the Closed Heart: Affect Focused Clinical Work with the Victims of Early Trauma. Plenary paper. **Anais...** In: XXI IAAP CONGRESS. Vienna: 2019.

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

KHANTZIAN, E. J. The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 4, n. 5, p. 231–244, jan. 1997.

KNOX, J. M. Memories, fantasies, archetypes: an exploration of some connections between cognitive science and analytical psychology. **Journal of Analytical Psychology**, v. 46, n. 4, p. 613–635, out. 2001.

KOSTRO, K.; LERMAN, J. B.; ATTIA, E. The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. **Journal of Eating Disorders**, v. 2, n. 1, dez. 2014.

LIBERMAN, M. Obesidade e mitos: o feminino posto em questão. **Junguiana**, v. 12, p. 34–47, 1994.

LIE, S. Ø.; RØ, Ø.; BANG, L. Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 5, p. 497–514, maio 2019.

MACDONALD, K. et al. Minimization of Childhood Maltreatment Is Common and Consequential: Results from a Large, Multinational Sample Using the Childhood Trauma Questionnaire. **PLOS ONE**, v. 11, n. 1, p. e0146058, 27 jan. 2016.

MAINE, M. Father Hunger Revisited: Fathers, Global Girls, and Eating Disorders. **Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice**, v. 1, n. 1, p. 61–72, 2013.

MARRAS, J. P.; VELOSO, H. M. **Estresse ocupacional**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MOLENDIJK, M. L. et al. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 47, n. 08, p. 1402–1416, jun. 2017.

MONTANO, C. B.; RASGON, N. L.; HERMAN, B. K. Diagnosing binge eating disorder in a primary care setting. **Postgraduate Medicine**, v. 128, n. 1, p. 115–123, 2 jan. 2016.

MORGAN, C. M.; CLAUDIANO, A. DE M. Epidemiologia e Etiologia. *In*: **Transtornos alimentares e obesidade**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Barueri: Manole, 2005. p. 15–23.

MORGAN, C. M.; MOREIRA, F. G.; OLIVEIRA, L. DE. O sentido na anorexia nervosa. **Junguiana**, v. 31, n. 1, p. 13–20, 2013.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 24, n. 3, p. 18–23, 2002.

MOTZ, A. (ED.). **Managing self-harm: psychological perspectives**. London; New York: Routledge, 2009.

MULDERS-JONES, B. et al. Socioeconomic Correlates of Eating Disorder Symptoms in an Australian Population-Based Sample. **PLOS ONE**, v. 12, n. 1, p. e0170603, 31 jan. 2017.

MUSTELIN, L. et al. Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 8, p. 1106–1112, dez. 2015.

NOCK, M. K. Self-Injury. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 6, n. 1, p. 339–363, mar. 2010.

PALAVRAS, M. A. et al. Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. suppl 1, p. s81–s94, maio 2011.

PALMISANO, G. L. et al. Childhood traumatic experiences and dissociative phenomena in eating disorders: level and association with the severity of binge eating symptoms. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 19, n. 1, p. 88–107, jan. 2018.

PALMISANO, G. L.; INNAMORATI, M.; VANDERLINDEN, J. Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. **Journal of Behavioral Addictions**, v. 5, n. 1, p. 11–31, mar. 2016.

PARAVENTI, F. et al. Estudo de caso controle para avaliar o impacto do abuso sexual infantil nos transtornos alimentares. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 38, n. 6, p. 222–226, 2011.

PASSOS, T. C. M.; STEFANO, S. C.; BORGES, M. B. F. Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). *In: Transtornos Alimentares e Obesidade*. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Barueri: Manole, 2005. p. 59-70.

PAWASKAR, M. et al. Impact of binge eating disorder on functional impairment and work productivity in an adult community sample in the United States. **International Journal of Clinical Practice**, v. 71, n. 7, p. e12970, jul. 2017.

PEREIRA, J. L. **Autoestima e sua relação com depressão, ansiedade e sofrimento psíquico em adolescentes com transtorno por uso de substâncias**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

PERES, J. **Trauma e Superação: o que a Psicologia, a Neurociência e a Espiritualidade ensinam**. São Paulo: Roca, 2009.

PETRUCELLI, J. Who moved my “Swiss” cheese? Eating disorders and the use of dissociation as an attempt to fill in the “whole”. *In: The dissociative mind in psychoanalysis: Understanding and working with trauma*. London: Routledge, 2016. p. 163–174.

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

PUJOLS, Y.; MESTON, C. M.; SEAL, B. N. The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 2, p. 905–916, fev. 2010.

QUILLIOT, D. et al. Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. **Psychiatry Research**, v. 276, p. 134–141, jun. 2019.

RABIN, B. Stress: A system of the whole. In: **Psychoneuroimmunology**. 4th. ed. New York: Academic Press, 2007. v. I. p. 709–722.

RAMALHO, A. et al. Imagem corporal na adolescência. **Junguiana**, v. 25, p. 133–142, 2007.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença**. 5. ed. São Paulo: Summus, 2005.

RAMOS, D. G. Contemporary psychosomatics and non-verbal techniques. **Psychotherapist.**, n. 57, p. 20–23, 2014.

RAMOS, D. G.; MATTA, R. M. DA. Sandplay: a method for research with trauma. In: **Research in Analytical Psychology: Empirical Research**. London: Routledge, 2018.

REAGAN, P.; HERSCH, J. Influence of race, gender, and socioeconomic status on binge eating frequency in a population-based sample. **International Journal of Eating Disorders**, v. 38, n. 3, p. 252–256, nov. 2005.

RIBEIRO, M.; PALOMO, V. **Drogas: Uma leitura junguiana da história e da clínica das dependências**. Monografia—São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA), 2012.

ROSEN, D. Depression and suicide. The thirteenth international congress analytical psychology. **Anais...** In: OPEN QUESTIONS IN ANALYTICAL PSYCHOLOGY. Zurich, Suíça: Daimon Verlag, 1995

ROSENBERG, M. The association between self-esteem and anxiety. **Psychiatry Research**, v. 1, p. 135–152, 1962.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, v. 20, n. 2, p. V–VI, 2007.

RUSSELL, G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, v. 9, n. 3, p. 429–448, ago. 1979.

RUSSELL, P. **Trauma, repetition and affect regulation: The work of Paul Russell**. London: Rebus Press, 1998.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SCHMITT, A. **O limite como potência: um estudo das relações entre vergonha e criatividade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.

SCHUPP, L. J. **Assessing and treating trauma and PTSD**. EUA: PESI Publishing & Media, 2004.

SELIGMAN, E. A psychological study of anorexia nervosa: an account of the relationship between psychic factors and bodily functioning. In: **Psychopathology: contemporary jungian perspectives**. Library of Analytical Psychology. London: Routledge, 1989.

SHALEV, A. Y. Stress versus traumatic stress: from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In: **Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society**. New York: Guilford Press, 1996. p. 77–101.

SILVEIRA-FILHO, D. X. **Drogas – uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SMINK, F. R. E.; VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. **Current Psychiatry Reports**, v. 14, n. 4, p. 406–414, ago. 2012.

SPITZER, R. L. et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. **International Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 3, p. 191–203, 1992.

SPITZER, R. L. et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. **The International Journal of Eating Disorders**, v. 13, n. 2, p. 137–153, mar. 1993.

STEINBERG, W. **Circle of Care: Clinical Issues in Jungian Therapy**. Canada: Inner City Books, 1990. v. 46

STICE, E.; MARTI, C. N.; ROHDE, P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 122, n. 2, p. 445–457, 2013.

STRIEGEL-MOORE, R. H. et al. Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. **Psychological Medicine**, v. 35, n. 6, p. 907–917, jun. 2005.

STUNKARD, A. J. Eating patterns and obesity. **Psychiatr Q**, v. 33, p. 284–94, 1959.

SUOKAS, J. T. et al. Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995–2010. **Psychiatry Research**, v. 210, n. 3, p. 1101–1106, dez. 2013.

TESS, B. H. et al. Bariatric surgery and binge eating disorder: should surgeons care about it? a literature review of prevalence and assessment tools. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 56, n. 1, p. 55–60, mar. 2019.

THE NATIONAL ASSOCIATION OF ANOREXIA NERVOSA AND ASSOCIATED DISORDERS. **Binge eating: breaking the cycle**. EUA: ANADA, [s.d.].

TURECKI, G.; BRENT, D. A. Suicide and suicidal behaviour. **The Lancet**, v. 387, n. 10024, p. 1227–1239, mar. 2016.

UDO, T.; BITLEY, S.; GRILO, C. M. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. **BMC Medicine**, v. 17, n. 1, dez. 2019.

UDO, T.; GRILO, C. M. Psychiatric and medical correlates of *DSM-5* eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 1, p. 42–50, jan. 2019.

ULFVEBRAND, S. et al. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. **Psychiatry Research**, v. 230, n. 2, p. 294–299, dez. 2015.

VAN DER KOLK, B. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. **Psychiatric Annals**, v. 35, n. 5, p. 401–408, 2005.

VAN DER KOLK, B. **The body keeps the scores: brain, mind, and body in the healing of trauma**. New York: Viking, 2015.

VANDERLINDEN, J. et al. Which factors do provoke binge-eating? An exploratory study in female students. **Eating Behaviors**, v. 2, n. 1, p. 79–83, mar. 2001.

VON FRANZ, M. L. **The Psychological Meaning of Redemption Motifs in Fairytales Studies in Jungian Psychology**. Canada: Inner City Books, 1980.

WAHBA, L. L. Do sintoma ao símbolo: um caso de bulimia. **Junguiana**, v. 20, p. 67–74, 2002.

WAHBA, L. L. Transtorno alimentar - obesidade na visão analítica. *In: Intercâmbio das psicoterapias: como cada abordagem psicoterapêutica compreende os transtornos psiquiátricos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2017. p. 279–288.

WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 54, n. 6, p. 1063–1070, 1988.

WEIGOLD, A.; WEIGOLD, I. K.; RUSSELL, E. J. Examination of the equivalence of self-report survey-based paper-and-pencil and internet data collection methods. **Psychological Methods**, v. 18, n. 1, p. 53–70, 2013.

WHITMONT, E. C. **A busca do símbolo: conceitos básicos da psicologia analítica**. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

WILDES, J. E.; MARCUS, M. D. Diagnosis, Assessment, and Treatment Planning for Binge-Eating Disorder and Eating Disorder Not Otherwise Specified. *In: The treatment of eating disorders: a clinical handbook*. New York, NY: The Guilford Press, 2010. p. 44–65.

WILFLEY, D. E.; CITROME, L.; HERMAN, B. K. **Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria**. Disponível em <<https://www.dovepress.com/characteristics-of-binge-eating-disorder-in-relation-to-diagnostic-criteria-peer-reviewed-article-NDT>>. Acesso em 15 out. 2019.

WILKINSON, M. Undoing trauma: contemporary neuroscience: A Jungian clinical perspective. **Journal of Analytical Psychology**, v. 48, n. 2, p. 235–253, 26 mar. 2003.

WOODMAN, M. **A coruja era filha do padeiro: obesidade, anorexia nervosa e o feminino reprimido**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1995.

WOODMAN, M. **O vício da perfeição: compreendendo a relação entre distúrbios alimentares e desenvolvimento psíquico**. São Paulo: Summus, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Body mass index - BMI World Health Organization**, [s.d.]. Disponível em <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>>. Acesso em 31 maio. 2020

YAKELEY, J.; BURBRIDGE-JAMES, W. Psychodynamic approaches to suicide and self-harm. **BJPsych Advances**, v. 24, n. 1, p. 37–45, jan. 2018.

APÊNDICE

Apêndice I – Ficha qualitativa anônima

* 2. **Qual a sua idade?**

- 18-24
- 25-32
- 33-40
- 41-48
- 49-50
- 51-58
- 59-66
- >66

* 3. **Gênero**

- Feminino
- Masculino
- Outro (especifique)

* 4. **Peso** [Caso não saiba, indique aproximadamente]:

* 5. **Altura:**

* 6. **Escolaridade:**

- Não frequentou escola.
- Ensino fundamental incompleto.
- Ensino fundamental completo.
- Ensino médio incompleto.
- Ensino médio completo.
- Ensino superior incompleto.
- Ensino superior completo.
- Pós-graduação.

* 7. **Cidade em que mora:**

* 8. **Estado em que mora**

* 9. **Quantas pessoas da sua família moram com você?**

* 10. **Renda Familiar** [A somatória de todos os salários de familiares que moram com você./Valor de referência para salário mínimo R\$ 1.000.]:

- Inferior ou igual a um salário mínimo
- 2 à 5 salários mínimos
- 6 à 10 salários mínimos
- Maior que 10 salários mínimos

* 11. **Estado Civil:**

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- Viúvo (a)
- Divorciado (a)
- Em um relacionamento

12. **Já fez algum dos tratamentos abaixo?** [Selecione quantas opções forem necessárias.]

	ATUALMENTE	NO PASSADO
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrinologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outro (especifique)

* 13. **Há presença de algum diagnóstico psiquiátrico ou psicológico em qualquer fase da vida?**

- Não
- Sim. Qual e quando?

* 14. **Faz/fez uso de medicação psiquiátrica?**

- Não
- Sim. Qual e quando ?

* 15. **Você já fez algum tipo de cirurgia ou tomou algum medicamento a fim de reduzir seu peso?**

- Não
- Sim. Qual e quando?

* 16. **Você se considera uma pessoa que possui compulsão alimentar?**

- Não
- Sim. Quando começou a perceber que tinha compulsão alimentar? Qual idade você tinha?

* 17. **Consegue dizer o que estava acontecendo em sua vida quando começou a ter compulsão alimentar?**

- Não
- Sim. O que estava acontecendo ?

* 18. **Você acredita que todas as vezes que come está com fome?**

- Sim
- Não. Que outras razões/situações te levam ao comer?

* 19. **Como você lida com as emoções em situações de frustração e conflito?**

* 20. **A compulsão alimentar afeta sua vida?**

- Não
- Sim. De que forma?

* 21. **A comida tem um papel central na sua vida?**

- Não
- Sim. Explique como é isso:

* 22. **Você se sente insatisfeito(a) com seu corpo?**

- Não
- Sim. De que forma esta insatisfação afeta seus episódios de compulsão alimentar?

* 23. **Você já pensou em alguma forma de se machucar fisicamente?**

- Não
- Sim. Como?

* 24. **Quais são os sentimentos que frequentemente você tem em relação a si mesmo?** [Clique em quantas opções forem necessárias.]

- Eu sou um fracasso
- Eu tenho valor
- Eu tenho boas qualidades
- Eu acho que não presto para nada
- Eu sou capaz de fazer as coisas muito bem
- Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma
- Eu estou satisfeito comigo
- Eu gostaria de ter mais respeito por mim

* 25. **Como você se sente antes/depois de um episódio de compulsão alimentar?**

[Selecione quantas opções forem necessárias.]

	Antes de um episódio de compulsão alimentar	Depois de um episódio de compulsão alimentar
Alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aborrecido (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ativo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culpado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervoso (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentindo-se só	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empolgado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hostil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaxado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inquieto (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orgulhoso (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envergonhado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inspirado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmo (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com raiva de si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entusiasmado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aflito (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com fome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheio (a) de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enojado (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 26. **A compulsão alimentar atrapalha sua vida sexual?**

- Não
- Sim. De que forma?

* 27. **A compulsão alimentar atrapalha sua vida e interações sociais?**

- Não
- Sim. De que forma isso ocorre?

* 28. **Houve alguma vivência ou experiência marcante em algum momento da sua vida que você acredita que fez/faça com que você coma de maneira compulsiva?**

- Não
- Sim. Qual vivência/experiência?

Apêndice II – Postagem Facebook

[COMPULSÃO ALIMENTAR] [PESQUISA] [MESTRADO] [PSICOLOGIA] [20 MINUTOS DE QUESTIONÁRIO] [É MUITO IMPORTANTE QUE COMPLETE O QUESTIONÁRIO]

Olá pessoal, sou psicóloga formada pela PUC-SP e com capacitação em transtornos alimentares pelo PROATA-UNIFESP. Estou realizando uma pesquisa de mestrado voltada para o público que possui questões alimentares.

Sua contribuição é de extrema importância, pois poderá auxiliar aqueles que sofrem com compulsão alimentar, além de ajudar a melhorar a capacitação de profissionais na área.

Trata-se de uma pesquisa totalmente anônima, voluntária e para maiores de 18 anos. Os questionários estão divididos em três blocos de perguntas e a duração média para respondê-las é vinte (20) minutos.

Muito Obrigada, sua participação vai fazer a diferença!

Segue abaixo o *link* para responder as perguntas da pesquisa:

<https://pt.surveymonkey.com/r/pesquisacompulsao>

Apêndice III – TCLE

Questionário de questões alimentares

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está convidado(a) a participar da pesquisa *Experiências adversas na infância em adultos com compulsão alimentar* que está sendo desenvolvida pela psicóloga Vivian de Freitas Bandeira no programa de estudos pós-graduados em psicologia clínica na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Denise Ramos.

Esta pesquisa pretende identificar e compreender as vivências e aspectos psicológicos associados à compulsão alimentar. Sua contribuição é de extrema importância, ao responder as perguntas desta pesquisa você estará ajudando aqueles que sofrem com a compulsão alimentar e colaborando com o desenvolvimento de melhores técnicas no tratamento psicológico para esta população. Além disso, esta pesquisa pode ajudar na melhora capacitação de profissionais na área, evitando a reprodução de preconceitos e estigmas daqueles que deveriam oferecer cuidado.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa, sendo o número do CAAE: 13828819.6.0000.5482.

Fica esclarecido, nos termos das Resoluções Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde nº 466/12 e nº 510/16:

Confidencialidade: Todas as informações coletadas nesta pesquisa serão estritamente confidenciais, sendo divulgados apenas resultados gerais e não resultados individuais, mantendo a privacidade e anonimato dos participantes. Logo, todas as informações são confidenciais e de uso exclusivo da pesquisa, mantendo total sigilo em relação à sua identidade.

Pagamento: O participante não terá despesa alguma ao participar desta pesquisa e não haverá retorno financeiro por sua adesão.

Participação: A participação é de caráter voluntário, não obrigatório e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo para o participante.

Risco: Se houver algum incômodo ou desconforto emocional no decorrer da pesquisa, a pesquisadora coloca-se à disposição para oferecer informações, orientações e encaminhamento psicológico.

Contato do Pesquisador (a) Responsável: Vivian de Freitas Bandeira, psicóloga pesquisadora responsável. Telefone de contato: (11)95050-1156 | e-mail: vífbandeira@gmail.com

Contato Comitê de Ética – PUC-SP: A Secretaria do CEP-PUC/SP Monte Alegre está localizada no térreo do Edifício Reitor Bandeira de Mello (Prédio Novo), na sala 63-C, na Rua Ministro Godói, 969 - Perdizes - São Paulo - SP - CEP: 05015-001. Tel./FAX: (11) 3670-8466 | e-mail: cometica@pucsp.br

* 1. **Declaro que entendi o objetivo e o procedimento da pesquisa, concordando voluntariamente em participar da pesquisa:**

Sim

Não

ANEXOS

ANEXO I – Escala de compulsão alimentar periódica

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

BES (BINGE EATING SCALE)

Autores: Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. (1982).
Tradutores: Freitas S, Appolinário JC. (2001).

Nome: _____ Data: ____/____/____

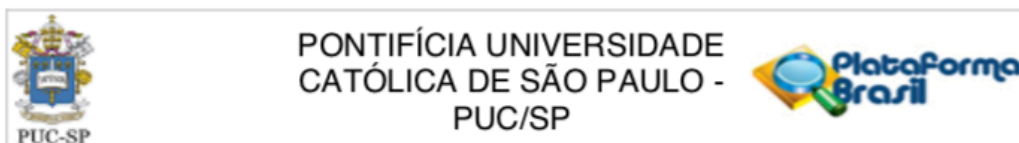
Lista de verificação dos hábitos alimentares

Instruções:

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

- | | |
|--|--|
| <p># 1</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não me sinto constrangido(a) com o meu peso ou o tamanho do meu corpo quando estou com outras pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu me sinto preocupado(a) em como pareço para os outros, mas isto, normalmente, não me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu fico mesmo constrangido(a) com a minha aparência e o meu peso, o que me faz sentir desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto muito constrangido(a) com o meu peso e, freqüentemente, sinto muita vergonha e desprezo por mim mesmo(a). Tento evitar contatos sociais por causa desse constrangimento.</p> <p># 2</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho nenhuma dificuldade para comer devagar, de maneira apropriada.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Embora pareça que eu devore os alimentos, não acabo me sentindo empanturrado(a) por comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Às vezes tendo a comer rapidamente, sentindo-me então desconfortavelmente cheio(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 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.</p> <p># 3</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu me sinto capaz de controlar meus impulsos para comer, quando eu quero.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Eu sinto que tenho falhado em controlar meu comportamento alimentar mais do que a média das pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu me sinto totalmente incapaz de controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Por me sentir tão incapaz de controlar meu comportamento alimentar, entro em desespero tentando manter o controle.</p> <p># 4</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não tenho o hábito de comer quando estou chateado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes eu como quando estou chateado(a) mas, freqüentemente, sou capaz de me ocupar e afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho o hábito regular de comer quando estou chateado(a) mas, de vez em quando, posso usar alguma outra atividade para afastar minha mente da comida.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu tenho o forte hábito de comer quando estou chateado(a). Nada parece me ajudar a parar com esse hábito.</p> <p># 5</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente quando como alguma coisa é porque estou fisicamente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando como alguma coisa por impulso, mesmo quando não estou realmente com fome.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 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 o alimento para satisfazer minha "fome na boca", em seguida eu o cuspo, assim não ganharei peso.</p> | <p># 6</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não sinto qualquer culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando sinto culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Quase o tempo todo sinto muita culpa ou ódio de mim mesmo(a) depois de comer demais.</p> <p># 7</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu não perco o controle total da minha alimentação quando estou em dieta, mesmo após períodos em que como demais.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, quando estou em dieta e como um alimento proibido, sinto como se tivesse estragado tudo e como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Freqüentemente, quando como demais durante uma dieta, tenho o hábito de dizer para mim mesmo(a): "agora que estraguei tudo, porque não irei até o fim". Quando isto acontece, eu como ainda mais.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 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".</p> <p># 8</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Eu raramente como tanta comida a ponto de me sentir desconfortavelmente empanturrado(a) depois.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Normalmente, cerca de uma vez por mês, como uma tal quantidade de comida que acabo me sentindo muito empanturrado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Eu tenho períodos regulares durante o mês, quando como grandes quantidades de comida, seja na hora das refeições, seja nos lanches.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu como tanta comida que, regularmente, me sinto bastante desconfortável depois de comer e, algumas vezes, um pouco enjoado(a).</p> <p># 9</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Em geral, minha ingestão calórica não sobe a níveis muito altos, nem desce a níveis muito baixos.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Às vezes, depois de comer demais, tento reduzir minha ingestão calórica para quase nada, para compensar o excesso de calorias que ingeri.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 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".</p> <p>#10</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Normalmente eu sou capaz de parar de comer quando quero. Eu sei quando "já chega".</p> <p><input type="checkbox"/> 2. De vez em quando, eu tenho uma compulsão para comer que parece que não posso controlar.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Freqüentemente tenho fortes impulsos para comer que parece que não sou capaz de controlar, mas, em outras ocasiões, posso controlar meus impulsos para comer.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Eu me sinto incapaz de controlar impulsos para comer. Eu tenho medo de não ser capaz de parar de comer por vontade própria.</p> |
|--|--|

ANEXO III – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O trauma infantil em adultos com compulsão alimentar

Pesquisador: Vivian de Freitas Bandeira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13828819.6.0000.5482

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.439.453

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de Dissertação de Mestrado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica (PEPG em PCL), vinculado à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FCHS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Projeto de pesquisa de autoria de Vivian de Freitas Bandeira, sob a orientação da Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos.

A proposta informa resumidamente que "(...) Esta pesquisa tem como objetivo investigar a presença de trauma infantil em adultos com compulsão alimentar e compreender seus aspectos psicodinâmicos. A presente pesquisa se faz relevante à medida que os pacientes com TCA demonstram ter um sofrimento psíquico significativo, desencadeando sentimentos de vergonha, culpa e autoavaliação negativa, em que o indivíduo na tentativa de gerenciar estes sentimentos, utiliza-se da comida, a qual acaba por acentuar tais sentimentos. Para tanto, serão aplicados em 30 adultos com compulsão alimentar, de ambos os sexos, uma ficha anônima com perguntas a fim de caracterizar os participantes e observar os aspectos psicológicos associados à compulsão alimentar e duas escalas - Escala de Compulsão Alimentar Periódica e Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI). Para poder participar da pesquisa os participantes deverão ser maiores de 18 anos e aceitar assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados ocorrerá em dois grupos de Comedores Compulsivos Anônimos e em grupos de facebook voltados ao tema. Os

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C

Bairro: Perdizes

CEP: 05.015-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3670-8466

Fax: (11)3670-8466

E-mail: cometica@pucsp.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SÃO PAULO -
PUC/SP



Continuação do Parecer: 3.439.453

resultados das escalas passarão por um tratamento estatístico e serão correlacionados, e as questões qualitativas contidas na ficha anônima serão analisadas pela perspectiva da psicologia analítica.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a presença de trauma infantil em adultos com compulsão alimentar e compreender seus aspectos psicodinâmicos.

Objetivo Secundário:

1. Investigar a presença de trauma infantil na amostra;
2. Compreender mecanismos psicológicos associados à compulsão alimentar;
3. Realizar uma leitura pela perspectiva da Psicologia Analítica dos aspectos psicodinâmicos da compulsão alimentar nesta amostra

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Concordamos com os cuidados apresentados pela autora que demonstram a preocupação com os participantes da pesquisa. Os benefícios apontados são coerentes com o projeto de pesquisa proposto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

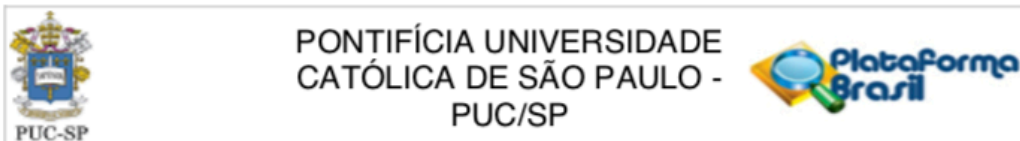
A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo-se concluir que a pesquisa possui uma linha metodológica definida, base da qual será possível auferir conclusões consistentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A lista de documentos obrigatórios necessários a análise e revisão ética de seu projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP campus Monte Alegre (CEP-PUC/SP) é a seguinte:

1. Folha de Rosto - OK;
2. TCLE - OK;
3. Ofício de Apresentação - OK;

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C	CEP: 05.015-001
Bairro: Perdizes	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466	Fax: (11)3670-8466
	E-mail: cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 3.439.453

4. Projeto de Pesquisa - OK;
5. Autorização para realização da Pesquisa - OK;
6. Parecer de mérito acadêmico - OK;

Esta lista está disponível no site: www.pucsp.br/cometica/documentos-obrigatorios

Observação: aconselhamos que antes de qualquer procedimento de submissão na Plataforma Brasil, seja consultado o referido sitio, onde há vídeos tutoriais indicando o correto processo de submissão do projeto de pesquisa de acordo com as orientações do CEP-PUC/SP.

Recomendações:

Recomendamos que o desenvolvimento da pesquisa siga os fundamentos, metodologia, proposições, pressupostos em tela, do modo em que foram apresentados e avaliados por este Comitê de Ética em Pesquisa. Qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-PUC/SP, indicando a parte do protocolo de pesquisa modificada, acompanhada das justificativas.

Também, a pesquisadora deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme indicado pela Res. 466/12:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar o relatório final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- d) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;
- e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- f) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação na íntegra da pesquisa em tela.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C	
Bairro: Perdizes	CEP: 05.015-001
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466	Fax: (11)3670-8466 E-mail: cometica@pucsp.br



Continuação do Parecer: 3.439.453

O Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa, campus Monte Alegre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP, aprova integralmente o parecer oferecido pelo(a) relator(a).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1341418.pdf	11/06/2019 11:04:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	dissertacao_11_06_19.pdf	11/06/2019 11:02:18	Vivian de Freitas Bandeira	Aceito
Outros	oficio_de_apresentacao10_06.doc	11/06/2019 10:57:17	Vivian de Freitas Bandeira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE10_06.docx	11/06/2019 10:55:33	Vivian de Freitas Bandeira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	30/04/2019 16:53:24	Vivian de Freitas Bandeira	Aceito
Outros	parecer_da_unidade_de_origem1.png	30/04/2019 16:50:24	Vivian de Freitas Bandeira	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	23/04/2019 15:28:12	Vivian de Freitas Bandeira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 04 de Julho de 2019

Assinado por:
Antonio Carlos Alves dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C
Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3670-8466 Fax: (11)3670-8466 E-mail: cometica@pucsp.br