

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

LUDIMILA FONTES COELHO

O COMER COMPULSIVO À LUZ DA TEORIA SOCIAL COGNITIVA

**PATOS DE MINAS
2018**

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

LUDIMILA FONTES COELHO

O COMER COMPULSIVO À LUZ DA TEORIA SOCIAL COGNITIVA

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia para finalidade de obtenção do título de Bacharel, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientador: Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene

**PATOS DE MINAS
2018**

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

LUDIMILA FONTES COELHO

O COMER COMPULSIVO À LUZ DA TEORIA SOCIAL COGNITIVA

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 04 de
Dezembro de 2018.

Orientador: Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 1: Profa. Ma. Isabel Cristina Oliveira Gomes
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 2: Prof. Me. Leonardo Carrijo Ferreira
Faculdade Patos de Minas

DEDICO este trabalho àqueles que se interessarem pelo tema bem como, aos que possam dele retirar conteúdo para o desenvolvimento de novos estudos e pesquisas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar comigo durante todos os momentos de minha vida.

Aos meus pais e irmãs, pelo apoio e incessante motivação em busca de conhecimento.

Aos meus amigos, pelo companheirismo e força ao longo destes cinco anos.

À professora Dra. Luciana de Araújo Mendes da Silva, pelo carinho e empenho no processo de desenvolvimento deste trabalho.

E para finalizar os agradecimentos, não poderia deixar de agradecer ao meu orientador, Prof. Me. Arthur Siqueira de Sene, pela paciência e dedicação, sem ele parte deste sonho não seria possível.

As coisas óbvias e simples passam despercebidas, muitas vezes, diante de nós, e a gente perde a poesia, a poesia do nosso teatro mágico. Ontem acabou, passou, já foi. Daqui a pouco nem existe ainda, nem começou. E a gente só tem agora pra poder se declarar, pra poder criticar, pra poder olhar no olho, pra poder se confessar, pra ser e estar.

Fernando Anitelli

O COMER COMPULSIVO À LUZ DA TEORIA SOCIAL COGNITIVA

COMPULSIVE EATING IN THE LIGHT OF THE COGNITIVE SOCIAL THEORY

Ludimila Fontes Coelho¹

Arthur Siqueira de Sene²

RESUMO

Os desequilíbrios alimentares têm se apresentado cada vez mais evidentes, em especial através do comportamento de comer compulsivo. Esta conduta é caracterizada pela perda de controle ao ingerir grande quantidade de alimentos em um determinado tempo. A Teoria Social Cognitiva é um modelo de compreensão do indivíduo baseado na capacidade que o ser humano tem de gerir seus próprios atos, ou seja, serem agentes de sua própria vida. O estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão conceitual bibliográfica, de natureza qualitativa e descritiva com materiais em língua portuguesa e inglesa. O objetivo do presente trabalho é descrever de que forma a teoria social cognitiva compreende o comportamento de comer compulsivo. A pesquisa apontou a importância da autoeficácia como elemento presente no manejo terapêutico de indivíduos com o comportamento de comer compulsivo. A autoeficácia é representada em forma de crenças do indivíduo em relação a sua percepção de capacidades de desenvolver esforços para lidar com a situação problema visando equilibrar o processo autorregulatório, logo, a autoeficácia desenvolve o papel de mola geradora de motivação para o indivíduo.

Palavras-chave: Comer compulsivo. Teoria social cognitiva. Autoeficácia.

ABSTRACT

Food imbalances have become increasingly evident, especially through the behavior of compulsive eating. Compulsive eating is characterized by loss of control by ingesting large amounts of food at a given time. The Cognitive Social Theory is a model of understanding of the individual based on the capacity that the human being has to manage his own acts, that is, to be agents of his own life. The study was developed through a bibliographical conceptual revision, of a qualitative and descriptive nature of materials in Portuguese and English. This paper aims to describe how cognitive social theory comprises the behavior of compulsive eating. The study pointed out the importance of self-efficacy as an element in the therapeutic management of individuals with compulsive eating behavior. Self-efficacy is represented in the form of beliefs of the individual regarding their perception of

¹ Graduanda em Psicologia pela Faculdade Patos de Minas (FPM). ludimilafontess@gmail.com.

² Mestre em Psicologia Aplicada pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Docente e orientador do Departamento de Graduação em Psicologia da FPM. arthurssene@gmail.com

abilities to develop efforts to deal with the problem situation aiming to balance the self-regulatory process, thus, self-efficacy develops an encouraging and motivation role for the individual.

Keywords: Compulsive eating. Cognitive social theory. Self efficacy.

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados com a saúde pública são a questão central para o desenvolvimento de qualquer país. É claro o zelo da sociedade contemporânea quanto aos hábitos alimentares, em especial suas disfuncionalidades, uma vez que, estas afetam o desenvolvimento regular do ser humano. Dessa forma, torna-se fundamental a busca de conhecimentos a fim de se compreender o comportamento disfuncional do comer compulsivo, explorando, assim, possíveis técnicas terapêuticas que possam ser utilizadas como método de tratamento.

Segundo Torisu e Ferreira (2009), o ser humano tem uma característica distintiva que o afeta, bem como ela é afetada por ele, sendo essa característica o fato dele ser social. Dentre os modelos que procuram compreender o homem vivendo em grupo, destaca-se a Teoria Social Cognitiva, que de acordo com Bandura (2006), adota a perspectiva da agência para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança, sendo respaldada pelas teorias da Autoeficácia e da Autorregulação.

De acordo com Bandura, Azzi e Polydoro (2008), a Teoria Social Cognitiva segue por dois caminhos distintos: um que procura o esclarecimento dos mecanismos básicos que governam o funcionamento humano e outro que busca clarificar o funcionamento macroanalítico de fatores sociais no desenvolvimento, adaptação e mudança humanos.

Os abusos nos padrões alimentares tem sido alvo de grandes discussões, principalmente no que se refere aos impactos gerados por eles. As conseqüências de tais excessos podem trazer sérios riscos para a saúde do indivíduo, uma vez que afetam não somente a questão do físico, mas o psicológico.

As características essenciais do Transtorno de Compulsão Alimentar são momentos periódicos de compulsão alimentar que devem ocorrer, pelo menos uma vez por semana, durante três meses. Um episódio de compulsão alimentar é definido como a ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de

alimento definitivamente maior que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sobre circunstâncias semelhantes (American Psychological Association [APA], 2013).

Considerando que os desequilíbrios alimentares estão cada vez mais evidentes, em especial, através de manifestações como o comportamento de comer compulsivamente, esse estudo teve como objetivo avaliar o quão disfuncional esse comportamento tem se apresentado, a partir da ótica da Teoria Social Cognitiva e seu modelo de compreensão da conduta humana, incluindo formas de trabalho e proposição de intervenção terapêutica.

2 COMPORTAMENTO E COMPULSÃO ALIMENTAR

No que tange aos comportamentos alimentares, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) descreve a obesidade como um obstáculo a ser enfrentado na saúde pública do século XXI. Dentre as diversas pesquisas realizadas sobre a temática, tem-se como ponto de consenso inicial a identificação das condições que possam induzir à comportamentos alimentares disfuncionais, isto é, aqueles que afetam a qualidade de vida do indivíduo.

O significado de comer ultrapassa a necessidade básica de alimentar-se, pois envolve necessidade de ordem fisiológica e proporciona prazer. Trata-se de um comportamento multivariado que está relacionado ao contexto social e as escolhas que cada indivíduo faz de acordo com o meio em que está inserido, sendo as sensações percebidas pelos sentidos (Aitzingen, 2011).

O comportamento alimentar é compreendido como uma forma de atuação definida por múltiplas influências, com aspectos dispostos em categorias: nutricionais, ambientais, sociais, econômicas, fatores demográficos e culturais, além de psicológicos, de um indivíduo ou sociedade (Toral & Slater, 2007).

As conseqüências na vida de um indivíduo que sofre perturbações no comportamento alimentar são grandes e podem ser duradouras, além de desenvolverem sérios problemas interpessoais, que podem contribuir para a manutenção do transtorno. De acordo com a American Psychological Association (APA, 2013), a compulsão alimentar apresenta forte componente impulsivo e ocorre em indivíduos com peso normal ou obesos, e é definida pela ingestão de uma quantidade grande de alimentos em um intervalo de tempo definido (até duas horas),

acompanhado da sensação de estar perdendo o controle em relação ao quanto se come ou o que se come. Ainda os obesos, têm a crença de que ser magro é fundamental para a solução de problemas da vida e que, portanto, pessoas obesas seriam infelizes e malsucedidas (Abreu & Roso, 2003).

Em um estudo recente realizado no Brasil com adolescentes, despontou um predomínio de 31% para meninas e 16% para meninos na relação entre a compulsão alimentar e a idade (Pivetta & Gonçalves-Silva, 2010). De acordo com Spitzer et al. (1993) e Appolinário, Coutinho e Pova (1995), na população a ocorrência de transtorno da compulsão alimentar periódica varia de 1,5% a 5% e pode estar relacionada frequentemente com perturbações da imagem corporal e obesidade.

O excesso de peso tem tido destaque nas últimas décadas, no ano de 2002, foi estimado que 40% da população feminina e 41% da masculina apresentavam alguma disfunção relacionada ao excesso de peso (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2004). No âmbito mundial, de acordo com os dados da OMS, (2008), 1,5 bilhões de adultos, com idade acima de 20 anos, se encontravam acima do peso, ou seja, os casos de obesidade representavam o dobro desde 1980.

No período de compulsão alimentar, é gerado um sentimento de perda de controle sobre o comportamento que é associado a ingestão de grande quantidade de comida, mesmo que a pessoa não esteja com vontade de comer, gerando um grande incômodo. Este fato é prosseguido por um alto nível de mal-estar subjetivo, definido por sentimentos de tristeza, culpa, angústia, vergonha ou aversão por si mesmo (Duchesne, Apopolinario, Rangé, & Freitas, 2007).

Fatores psicológicos que exercem influência no comportamento alimentar, como: ansiedade, depressão e sentimentos inespecíficos de tensão, são reconhecidos como ativadores da compulsão alimentar. Indivíduos podem demonstrar além da ansiedade e depressão, alguns fatores mais comuns como: preocupação somática, autodesprezo em seus relacionamentos interpessoais, repulsa a forma corporal e estresse (Perez & Romano, 2004).

3 TRANSTORNO ALIMENTAR

Segundo a APA (2013), um comportamento é considerado problemático quando a consequência de sua ação é, em algum nível, prejudicial ao indivíduo ou

diretamente a outro indivíduo. Já o transtorno mental, caracteriza-se por uma série de sinais, sintomas e comportamentos persistentes que geram prejuízo de ordem funcional, ocupacional ou pessoal ao indivíduo ou a outros, sendo que no caso dos transtornos alimentares os prejuízos são relacionados a alteração no consumo de alimentos levando ao comprometimento da saúde a nível físico e psíquico.

Dentre os principais diagnósticos vinculados as compulsões alimentares comuns, os autores Duchesne et al. (2007), Espíndola e Blay (2006), Gonçalves, Barbosa, Rosa e Rodrigues (2008) e Mancini (2006) pontuam que podem ser observadas: a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN), Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e Obesidade.

Na Anorexia Nervosa, há perda de peso devido a restrição alimentar autoimposta e por não aceitação do estado nutricional em que o indivíduo se encontra. É também caracterizada pela influência do peso na autoestima do paciente, pelo medo acentuado de ganhar peso ou se tornar obeso e pela distorção da imagem corporal (APA, 2013). Com o início da restrição calórica, o anoréxico se sujeita a períodos longos de jejum para perda de peso, uso de inibidores de apetite, laxantes, diuréticos e exercícios físicos desgastantes. A interrupção do ciclo menstrual pode estar presente levando a um sinal importante da anorexia (Gonçalves et al., 2008). Os autores destacam ainda que, o indivíduo com AN pode apresentar complicações importantes associadas à desnutrição como o comprometimento cardiovascular, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na motilidade gastrointestinal, infertilidade e hipotermia.

A Bulimia Nervosa é definida por uma grande ingestão de alimentos de forma acelerada e com sensação de ter perdido o controle, chamados de momentos bulímicos ou *binge eating*. E ainda, são seguidos de métodos compensatórios errôneos para o controle de peso, como: dieta, exercícios físicos, abuso de drogas e medicamentos (diuréticos, laxantes e inibidores de apetite) e vômitos autoinduzidos (Espíndola & Blay, 2006).

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é definido por momentos de compulsão alimentar, comuns na falta de comportamentos compensativos inadequados para escapar do ganho de peso. No momento da compulsão alimentar, é gerado um sentimento de perda de controle associado ao consumo de grande quantidade de comida, mesmo que o indivíduo esteja saciado (Duchesne et al., 2007).

A Obesidade tem como base uma mudança da composição corporal, caracterizada pelo excesso absoluto ou relativo da retenção corporal de gordura, tendo como causa fatores genéticos e ambientais. Apesar de poder ser definida de diferentes maneiras, existe uma mais utilizada para diagnosticá-la, através do cálculo do Índice da Massa Corpórea (IMC), que é definida pela divisão do peso do indivíduo (em quilogramas), pela altura (em metros) elevado ao quadrado. Gerando para esta classificação uma divisão em três níveis: a obesidade grau I ou obesidade leve (IMC 30,0 a 34,9), obesidade grau II ou moderada (IMC 35,0 a 39,9) e obesidade grau III ou mórbida (IMC \geq 40) (Mancini, 2006).

A condição de obesidade é frequentemente relacionada ao Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), evidenciado por episódios de compulsão por comer recorrentes na ausência de comportamentos compensatórios errôneos para escapar do ganho de peso (Duchesne et al., 2007).

A maior parte das pessoas que perdem peso devido a dieta, começam a readquirir os quilos perdidos em um prazo de um ano. Pouquíssimos são os tratamentos médicos estudados para diminuir esses problemas e aqueles que já existem apresentam prejuízos notáveis. Neste aspecto, as medicações podem apresentar eficácia, mas em um curto período de tempo, além de desencadear efeitos colaterais indesejáveis, ainda, trazem para o indivíduo o ganho de peso novamente, ao suspender o tratamento proposto (Massuia, Bruno, & Silva, 2008). Fortes, Guimarães, Haack, Torres e Carvalho (2006) apontam que a terapia farmacológica deve estar ligada às mudanças na forma de viver do indivíduo, uma vez que ao suspender o uso do medicamento para perder peso, o indivíduo passa a engordar.

Cooper, Fairburn e Hawker (2009) propõem a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) como estratégia para o tratamento da obesidade, destacando que o foco central do tratamento é a manutenção do peso em longo prazo. Os autores destacam que para alcançar este objetivo, o tratamento aponta para os fatores que exercem influência no abandono das tentativas de controlar o ganho de peso, negligenciando a manutenção do peso como uma meta a ser seguida. Desta maneira, o foco terapêutico está direcionado a conquista e desenvolvimento de aptidões comportamentais e respostas cognitivas, que, quando colocadas em prática, ajudam o indivíduo a controlar o peso de forma efetiva.

Beck (2009) propôs uma outra forma de tratamento individual, chamada de 'dieta definitiva de Beck', desenvolvida para proporcionar emagrecimento saudável e duradouro. Baseado em técnicas cognitivas e comportamentais, esse programa auxilia aos indivíduos a modificarem a forma como lidam com a alimentação, adquirindo pensamentos, sentimentos e comportamentos mais funcionais e modificando a relação que estabelecem com a comida. A própria autora aperfeiçoou este programa em 2011 desenvolvendo o 'Pense magro por toda a vida', no qual a ideia principal se baseia em passar as habilidades necessárias para chegar ao emagrecimento permanente.

Um tratamento em conjunto com o nutricionista tem muita importância e pode ser justificado para a elaboração de um plano de refeições que seja adequado às necessidades individuais da pessoa, desenvolvendo um equilíbrio entre calorias consumidas, gasto energético e a variedade de alimentos no decorrer do dia. A ingestão de alimentos de forma correta é essencial para evitar que o indivíduo sinta vontade de comer, além de ser fundamental para se desenvolver hábitos saudáveis, como se alimentar três vezes ao dia com refeições nutritivas, intercalando com o lanche ao longo do dia (Duarte & Piccoloto, 2007).

4 TEORIA SOCIAL COGNITIVA

Desenvolvida por Albert Bandura em 1986, a Teoria Social Cognitiva (TSC) se baseia na ideia de que o indivíduo é capaz de ter controle sobre a qualidade e a natureza de sua vida, sendo produtos e produtoras ao mesmo tempo, dentro do contexto em que está inserido. A aprendizagem do indivíduo ocorre de duas maneiras: por meio da observação de outros indivíduos e pela forma ativa caracterizada por fatores internos e externos. A modelagem faz parte da aprendizagem por observação, possibilitando ao indivíduo avaliar e desenvolver comportamentos sem precisar realizá-los (Feist, Feist, & Roberts, 2015).

A modelagem não deve ser entendida como uma mera imitação de um determinado comportamento, existem diversas condições que influenciam o quanto o indivíduo pode, através da modelagem, aprender ou não. Uma dessas condições pode ser pessoas presentes na vida desse indivíduo, tornando-se, assim, modelos influenciadores desta aprendizagem (Cloninger, 1999, Feist et al., 2015).

Segundo Andretta, Ávila e Limberger (2017) a Teoria Social Cognitiva de Bandura entende que os indivíduos se configuram como agentes capazes de produzir mudanças na própria vida a partir de ações próprias de forma auto-organizada e proativa, em especial as crenças na capacidade de empreender controle sobre o meio e as situações vividas, o que configuraria as crenças de autoeficácia um papel fundamental para a determinação do comportamento humano.

Segundo Bandura et al. (2008), a agência humana é composta de algumas características, sendo elas: a intencionalidade, antecipação, autorreatividade e autorreflexão. A intencionalidade é caracterizada por intenções, nas quais o indivíduo traça planos e estratégias de ação, a fim de realizá-las. Outra característica é a extensão temporal da agência por meio da antecipação, que é mais do que simplesmente desenvolver planos para o futuro. O ser humano cria objetivos no decorrer da vida e calcula os resultados prováveis para guiar e motivar seus esforços. O pensar no futuro serve como motivação para o comportamento atual. O ser humano não é simplesmente o agente da ação, ele é também autoinvestigador de seu próprio funcionamento, refletindo sobre sua eficácia, sobre a integridade de seus atos e pensamentos, assim fazendo mudanças quando necessário.

Costa e Santana (2017) pontuam que na perspectiva agêntica o ser humano é compreendido como protagonista de suas ações conscientes no meio social, ou seja, ele assume a responsabilidade por seus comportamentos ao passo que produz trocas, mudanças e adaptações em si mesmo e em seu ambiente. Assim, os autores sinalizam que o ser humano é capaz de construir e transformar sua realidade.

A autorregulação já vem sendo estudada por Bandura a bastante tempo, segundo ele, o papel dela seria facilitado por três tipos de condições: o estabelecimento das funções de autorregulação, treino de transferência de estímulo e a alteração nas práticas de reforçamento do ambiente social. Ela é interpretada como algo interno consciente e voluntário do controle, governando o comportamento, sentimentos e pensamentos, gerando metas a serem alcançadas, produzindo um processo motivacional incluindo iniciativa pessoal e persistência, principalmente quando se é surpreendido por obstáculos (Polydoro & Azzi, 2009).

Durante toda a vida a autorregulação está presente no indivíduo, de modo geral as pessoas monitoram as condições e condutas na maneira que ocorrem, julgam seu padrão de conduta moral e fatos que ocorrem e regulam as ações, e

aplicam a si próprio. E para que se obtenha sucesso dentro da autorregulação, é necessário um monitoramento qualitativo avaliando sua precisão, temporalidade e feedback (Bandura et al., 2008).

A autoeficácia pode ser definida como a crença do indivíduo em sua própria capacidade de desenvolver e realizar atividades com objetivos determinados, de forma intrínseca (Santana, Dias, & Oliveira, 2017). É sem dúvida essencial que a pessoa, ao realizar algum tipo de atividade, se perceba no controle da situação. A mudança comportamental dentro da TSC só é possível se quem a realiza consegue perceber que está tendo controle sobre seus comportamentos e conseqüentemente se sentindo confiante para a mudança (Guertin, Rocchi, Pelletier, Èmond, & Lalande 2015).

Segundo Pajares e Olaz (2008) são quatro as fontes principais que fornecem a base interpretacional para as informações que formam as crenças de autoeficácia: a experiência de domínio ligada à interpretação de resultados bem-sucedidos; a experiência de ordem vicária eu consiste no resultado da observação de outras pessoas que executam tarefas; através de persuasões sociais baseadas nos julgamentos verbais elaborados por outras pessoas; e estados somáticos e emocionais, como a ansiedade ou o estresse, que influenciam o grau de confiança de um indivíduo diante de uma tarefa a ser realizada.

Bandura et al. (2008) destaca que o papel das crenças de autoeficácia será baseado mais no que as pessoas acreditam do que é propriamente verdadeiro, ou seja, é mais previsível saber a forma como as pessoas vão agir por meio de suas crenças em suas capacidades, do que pelo que realmente são capazes de realizar.

Para Martínez e Salanova (2006), o autoconceito é definido como uma visão que o ser humano tem de si, fundada através do feedback recebido de pessoas consideradas importantes e também através da experiência. Sendo assim, crenças de eficácia são consideradas mais profundas que o autoconceito, visto que, mudam de acordo com os vários níveis e circunstâncias.

A autoimagem acontece na relação do indivíduo com seu meio social, resultado de relações estipuladas com outros e com si mesmo. Assim, o indivíduo pode compreender e antecipar seus comportamentos, pode aprender a interpretar o meio em que está inserido e se esforçar para ser mais adequado as especificidades que lhe são impostas e que propõe para si (Mosquera & Stobäus, 2005).

Teixeira et al. (2015) desenvolveram um estudo no qual observaram que a autoeficácia desempenha um papel fundamental no processo de substituição de comportamentos não saudáveis por aqueles que são saudáveis, ela faz a mediação entre a motivação e a alimentação saudável. Neste estudo, a prática de exercícios físicos e dieta são intervenções para mudança de hábitos de participantes com sobrepeso e obesidade. Os autores destacam ainda que é de suma importância que esses indivíduos sejam acompanhados e treinados para identificar suas percepções sobre si, sendo capazes de compreender o quanto acreditam na sua própria capacidade e aumentar sua autoeficácia.

Bandura (2006) apresentou as escalas *Self-Efficacy to Regulate Eating Habits* e *Self-Efficacy to Regulate Exercise*, apontando situações de dificuldades apresentadas na tentativa de manter-se na dieta saudável e a prática de exercícios físicos regulares. Portanto, o objetivo estabelecido por ele foi a de avaliar a confiança e força do indivíduo em superar os obstáculos, em diversos contextos e com grau de exigência diferente para cada tarefa. O autor sugere que na mudança do comportamento as crenças de autoeficácia estão associadas a expectativa de controle, ou seja, com perda de peso o indivíduo vai precisar lidar com inúmeras situações relacionadas a um comportamento único, para que ele possa obter sucesso nessa tarefa ele deverá superar obstáculos que podem parecer verdadeiros desafios. E devem relacionar situações em que o sujeito coloca em prova sua força em relação a suas crenças de sucesso e assim sua confiança.

Havas et al. (1998) apontam a realização de um estudo norte-americano que avaliou a autoeficácia de 242 jovens estudantes na escolha de alimentos saudáveis, constatando que os níveis de autoeficácia eram associados a um menor consumo de alimentos ricos em açúcares, tanto no sexo feminino quanto no sexo masculino e um consumo menor, em se tratando de alimentos gordurosos, no sexo masculino. Também foi observado uma ligação entre as práticas alimentares e a autoeficácia, o que demonstrava que o escore de autoeficácia dos indivíduos do sexo feminino se relacionava de forma considerável ao consumo de frutas e hortaliças.

De acordo com Saueressig e Berleze (2010) para auxiliar no processo de mudança de comportamento é preciso que sejam investigados os diversos fatores que podem facilitar a ingestão inadequada de alimentos naquela pessoa em particular, como por exemplo: o padrão da prática de exercícios físicos; os pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados ao peso; a presença de

episódios de comer compulsivamente; os eventos associados às oscilações de peso e suas consequências; e outros aspectos.

No que tange a autoeficácia, existem três distintas dimensões que precisam ser consideradas no desenvolvimento de medidas da mesma: força, magnitude e generalidade. Tais medidas, são necessárias para que se consiga avaliar a intensidade de especificidade da autoeficácia em tarefas diversas, permitindo uma avaliação completa do fator analisado. A força se caracteriza pela intensidade da resistência da autoeficácia quando exibido a experiências que não condiz com a sua percepção, já a magnitude, se relaciona aos níveis de dificuldade que precisam ser garantidos no momento em que a autoeficácia estiver sendo analisada, sendo a generalidade a dimensão que remete ao respeito ao cuidado de inclusão de situações do mesmo domínio (Bandura, 2006; Santana et al., 2017; Pajares & Olaz, 2008).

Polydoro, Azzi e Vieira (2007) reforçam que é fundamental o desenvolvimento de uma análise teórica de funcionamento do indivíduo que será avaliado, uma vez que é a partir desta que será possível avaliar a eficácia pessoal do indivíduo.

Cooper et al. (2009) e Beck (2011) desenvolveram um dos modelos terapêuticos mais conhecidos no mundo, constituído de um programa de redução de peso se baseando em módulos. Esse programa é fundamentado na modificação do comportamento de comer e também na prática de atividades físicas através das diferentes técnicas, sendo que algumas delas são focadas no reforço e aumento de crenças de autoeficácia.

O comer compulsivo tem seu tratamento baseado na TCC, visando interromper ciclos viciosos que de alguma forma podem contribuir para este tipo de comportamento (Duarte & Piccoloto, 2007). De acordo com Bandura et al. (2008) dentro deste constructo é que as crenças de autoeficácia surgem como uma espécie de ponte para mudança do comportamento, exercendo papel de válvula propulsora da motivação. Os autores destacam que pessoas com baixa crença de autoeficácia costumam desistir facilmente de seus objetivos, acreditando que não conseguem desenvolver esforços suficientes para encarar obstáculos, ao passo que o indivíduo que utiliza as crenças de autoeficácia, passam a enxergar os obstáculos como barreiras a serem superadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É nítido que a sociedade moderna se envolve em hábitos alimentares prejudiciais ao desenvolvimento do organismo, em especial através de estratégias, muitas vezes, compensatórias relacionadas a algum tipo de insatisfação ou sofrimento psíquico. O presente estudo buscou apresentar relações entre o comer compulsivo e a Teoria Social Cognitiva, baseando-se na importância da autoeficácia e autorregulação como constructos norteadores ao entendimento de um modelo de tratamento para os principais diagnósticos relacionados às compulsões alimentares.

Ressalta-se aqui a importância que a autoeficácia desempenha nesse processo de mudança, desenvolvendo a capacidade de controle sobre seus comportamentos. Esse processo está intimamente relacionado ao desenvolvimento da autorregulação que atua permitindo que o indivíduo seja capaz de avaliar seu próprio padrão de comportamento, assim como de condições cognitivas e ambientais para buscar seus objetivos pessoais.

Os estudos apresentados no texto confirmam ser fundamental a participação de profissionais diversos no tratamento dos transtornos alimentares, tendo, além do psicólogo, a nutricionista um papel central na elaboração de planos de refeições adequados para cada paciente. Os papéis executados por tais profissionais são complementares, sendo que o psicólogo atua no sentido de analisar possíveis elementos psicológicos que podem interferir nos hábitos alimentares, bem como proporcionar a elaboração de uma intervenção eficiente na mudança do comportamento alimentar. A nutricionista, por sua vez, desempenha um papel semelhante auxiliando o indivíduo a optar por alimentos mais nutritivos e hábitos saudáveis nas diversas refeições do dia a dia.

É essencial destacar que este trabalho não visou o esgotamento da temática, mas sim, procurou evidenciar de que forma a Teoria Social Cognitiva compreende o processo de comer compulsivo, em especial em indivíduos com transtornos alimentares. Embora existam muitas pesquisas relacionadas à TSC, há pouca literatura relacionando a atuação clínica do comportamento de comer compulsivo à luz da Teoria Social Cognitiva, e um reduzido número de publicações que evidenciem a autorregulação como base na compreensão e estabelecimento do tratamento de transtornos alimentares.

Para pesquisas futuras, entende-se a necessidade de que tais investigações possam ser enfocadas em estudos de caso que exemplifiquem a aplicação do modelo da Teoria Social Cognitiva neste transtorno e de que forma o modelo pode auxiliar na redução da prática de estratégias compensatórias executadas pelo indivíduo.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C. N., & Roso, M. (2003). Cognitivismo e construtivismo. In C. N. Abreu, & M. Roso (Orgs.), *Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica* (pp. 35-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aitzingen, M. C. B. C. (2011). *Sensibilidade gustativa de adultos de uma instituição universitária do município de São Paulo*. Tese de Mestrado em Nutrição e Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP.
- American Psychiatri Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington: APA.
- Andretta, I., Ávila, A. C., & Limberger, J. (2017). Autoeficácia e uso de crack. In S. Santana, C. Dias, & M. S. Oliveira. (Orgs.), *Teoria social cognitiva no contexto da saúde, escola e trabalho* (pp. 65-89). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Appolinário, J. C., Coutinho, W., & Pova, L. C. (1995). O transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(1), 46-49.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares, & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307-337). London: IAP.
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. In: A. Bandura, *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2009). *Pense magro: a dieta definitiva de Beck*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2011). *Pense magro por toda a vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Cloninger, S. C. (1999). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2009). *Terapia Cognitivo-Comportamental da obesidade: manual do terapeuta*. São Paulo: Roca.
- Costa, M. E. P. F., Santana, S. (2017). O comprar compulsivo na ótica da teoria social cognitiva. In S. Santana, C. Dias, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Teoria social*

cognitiva no contexto da saúde, escola e trabalho (pp. 107-134). Novo Hamburgo: Sinopsys.

- Duarte, A. L. C., & Piccoloto, L. B. (2007). A Terapia Cognitivo Comportamental no Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCP). In N. M. Piccoloto, R. Wainer, & L.B. Piccoloto (Orgs.), *Tópicos especiais em Terapia Cognitivo Comportamental* (pp. 161-180). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Duchesne, M., Apopolinario, J. C., Rangé, B. P., & Freitas, S. P. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 80-92.
- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 265-75.
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T. A. (2015). *Teorias da personalidade* (8a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Fortes R. C., Guimarães, N. G., Haack A., Torres, A. A. L. & Carvalho, K. M. B. (2006). Orlistat e sibutramina: bons coadjuvantes para perda e manutenção de peso? *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21(3), 244-251.
- Gonçalves, T. D., Barbosa, M. P., Rosa, L. L. C., & Rodrigues, A. M. (2008). Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 166-170.
- Guertin, C., Rocchi, M., Pelletier, L. G., Émond, C., & Lalonde, G. (2015). The role of motivation and the regulation of eating on the physical and psychological health of patients with cardiovascular disease. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 543-555.
- Havas, S., Treiman, K., Langenberg, P., Ballesteros, M., Anliker, J., & Damron, D. et al (1998). Factors associated with fruit and vegetable consumption among women participating in WIC. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(10), 1141–1148.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2004). *Pesquisa de orçamentos familiares*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Mancini, M. C. (2006). Noções fundamentais – Diagnóstico e classificação da obesidade. In A. B. Garrido (Org.), *Cirurgia da obesidade* (pp. 19-23). São Paulo: Atheneu.
- Martínez I. & Salanova, M. (2006). Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. *Estudios financieros*, 279, 175-202.

- Massuia, G. R., Bruno, T. I. B., & Silva, V. L. (2008). Regime de emagrecimento X utilização de drogas. *Pensamento Plural: Revista Científica do UNIFAE*, 2(1), 5-9.
- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização na Universidade. *Psicologia, Saúde & Doença*, 7(1), 83-88.
- Organização Mundial de Saúde (2008). Obesity and overweighth. Recuperado em 28 de março, 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Organização Mundial de Saúde (2012). Preventing chronic diseases: A vital investment. Recuperado em 24 abril, 2018, de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/presentation/en/index.html
- Pajares, F., & Olaz, F. (2008). Teoria Social Cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro (Eds.), *Teoria Social Cognitiva*. (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed.
- Perez, G. H., & Romano, B. V., (2004). Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 14(4), 544-550.
- Pivetta, L. A., & Gonçalves-Silva, R. M. V. (2010). Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2), 337-346.
- Polydoro, S. A., Azzi, R. G., & Vieira, D. (2007). Orientações de construção e aplicações de escalas na avaliação de crenças de autoeficácia. In A. A. Santos, F. F. Sisto, E. Boruchovitch, & E. Nascimento (Orgs.), *Perspectivas em avaliação psicológica* (pp. 189-210). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Polydoro, S. A. J. & Azzi, R. G. (2009). Autorregulação da aprendizagem na perspectiva da teoria sociocognitiva: introduzindo modelos de investigação e intervenção. *Psicologia da Educação*, 29, 75-94.
- Santana, S., Dias, C., & Oliveira, M. S. (2017). (Orgs.). *Teoria social cognitiva no contexto da saúde, escola e trabalho*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Saueressig, M. R., & Berleze, K. J. (2010). Análise de influências em dietas de emagrecimento. *Psico*, 41(2), 231-238.
- Spitzer, R. L, Yanosvky, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A. J. et al. (1993). Binge eating disorder: it's further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153.
- Teixeira, P., Carraça, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert J. M., Bourdeaudhuij I., et al. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicin*, 13(84), 20-38.

- Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciências e Saúde Coletiva*, 12(6), 1641-1650.
- Torisu, E. M., & Ferreira, A. C. (2009) A teoria social cognitiva e o ensino-aprendizagem de matemática: considerações sobre as crenças de autoeficácia matemática. *Ciências e Cognição*, 14(3), 168-177.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA**Autor Orientando:**

Ludimila Fontes Coelho
Rua Barão do Rio Branco 2048, Apt 402,
Cristo Redentor, Patos de Minas- MG
(34) 9 9683-2658
ludimilafontess@gmail.com

Autor Orientador:

Arthur Siqueira de Sene
Endereço: Av. Juscelino Kubitscheck de Oliveira, 1278
Cidade Nova, Patos de Minas - MG
(34) 3818-2300
arthurssene@gmail.com

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Patos de Minas, 04 de dezembro de 2018

Ludimila Fontes Coelho

Arthur Siqueira de Sene



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU N°. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

Departamento de Graduação em Psicologia

Curso de Bacharelado em Psicologia

(Formação de Psicólogo)

Curso Reconhecido pela Portaria DIREG/MEC N°. 371 de 30/08/2011, renovado Reconhecimento de Curso pela Portaria DIREG/ME N°. 267 de 03/04/2017, publicado DOU em 04/04/2017, nº. 65, sessão 1, pág. 70-81

“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”

(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)