

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO E DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGA**

**O COMPORTAMENTO DE COMPRA COMPULSIVA: UM ESTUDO COM
MÉTODOS NEUROCIENTÍFICOS.**

MARIA DOS REMÉDIOS ANTUNES MAGALHÃES

**São Paulo
2013**

MARIA DOS REMÉDIOS ANTUNES MAGALHÃES

**O COMPORTAMENTO DE COMPRA COMPULSIVA: UM ESTUDO COM
MÉTODOS NEUROCIENTÍFICOS**

**BEHAVIOR OF COMPULSIVE BUYING: A STUDY WITH METHODS
NEUROSCIENTIFIC**

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DA UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO – UNINOVE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRÁU DE DOUTORA EM ADMINISTRAÇÃO.

ORIENTADOR: PROF. DR. EVANDRO LUIZ LOPES.

**São Paulo
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

Magalhães, Maria dos Remédios Antunes

O Comportamento de Compra Compulsiva: um estudo com métodos neurocientíficos. / Maria dos Remédios Antunes Magalhães. 2013.

195 f.

Tese (Doutorado), Uninove, 2013.

**O COMPORTAMENTO DE COMPRA COMPULSIVA: UM ESTUDO COM
MÉTODOS NEUROCIENTÍFICOS**

POR

MARIA DOS REMÉDIOS ANTUNES MAGALHÃES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
- PPGA em Administração da Universidade Nove
de Julho - UNINOVE, como requisito parcial
para obtenção do título de Doutora em
Administração, sendo a Banca Examinadora
formada por:

Prof. Dr. George Bedinelli Rossi, Universidade de São Paulo - EACH/USP

Prof. Dr. Francisco Antônio Serralvo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo –
PUC/SP

Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes, Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Prof. Dr. Otávio Bandeira de Lamônica Freire, Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Prof. Dr. Dirceu da Silva, Universidade Nove de Julho - UNINOVE

São Paulo, 29 de agosto de 2013.

DEDICATÓRIA

À Letícia, por ter dado cor aos meus dias e por ter me feito perceber que são as emoções que dão sentido à vida. Sem você, a vida se tornaria puramente racional, sem sabor e cinza.

Ao meu maior incentivador acadêmico, meu amor, Neuton.

Aos meus pais, meus mestres mais devotos, por me apoiarem sem hesitação e por terem me mostrado que *“heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer, enfrentando as consequências”*. A estes guerreiros, que sempre lutaram por mais difícil que parecesse a batalha, que venceram por acreditarem nos sonhos....

A vocês que me ensinaram tudo. E a gente aprende...

“(...) Aprende que realmente pode suportar...

Que realmente é forte,

E que pode ir muito mais longe-

depois de pensar que não se pode mais.

E que realmente a vida tem valor

E que você tem valor diante da vida!

Nossas dádivas são traidoras

*E nos fazem perder o bem que poderíamos conquistar,
se não fosse o medo de tentar.”*

William Shakespeare

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

“De todo o escrito só me agrada aquilo que uma pessoa escreveu com o seu sangue. Escreve com sangue e aprenderás que o sangue é espírito.”

Nietzsche, em Assim Falou Zaratustra.

As palavras que escrevo agora são dirigidas àqueles que me conhecem o suficiente para saber que tudo o que faço está impregnado com meu sangue. Este agradecimento é muito mais do que uma formalidade ou um gesto de polidez. É uma tentativa parca de demonstrar às pessoas que estiveram comigo durante esta caminhada o quão importante foram, são e serão em minha vida como pesquisadora e, principalmente, como ser humano.

Mais difícil do que a construção de um texto acadêmico, cujo objetivo é convencer uma comunidade bastante peculiar de que suas ideias não são tão loucas quanto parecem ser, é representar em palavras a profusão de sentimentos e emoções despertados por pessoas que talvez nem desconfiem do papel que tiveram durante a elaboração desta pesquisa.

Este trabalho é o final de uma difícil e complexa etapa de minha vida e o início de uma nova aventura. Como disse Guimarães Rosa, ao narrar a vida do jagunço-filósofo-poeta Riobaldo: “o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”. São para esses incansáveis amigos que durante todo esse tempo me fizeram companhia, acreditaram em minhas loucas ideias e me deram forças durante essa travessia que entrego aqui meu sangue, meu espírito, meu eterno agradecimento.

- Ao Prof. Dr. Sérgio Moretti, pela orientação, pela dedicação, carinho e incentivo durante minha trajetória por esta Universidade. Em particular, atribuo-lhe boa parte do desejo e esperança no projeto. E por sua crença no meu potencial para desenvolvê-lo, sou muito grata.

- Ao Prof. Dr. Evandro L. Lopes, pela orientação, por ter ponderado questões cruciais para a fundamentação do estudo, sendo referência em meus estudos e propiciando meu aperfeiçoamento como pesquisadora e por ter sido tão amável e compreensivo na finalização desse trabalho.

Obrigada por terem me encaminhado entre o possível e o impossível desta pesquisa, considerando as condições que tínhamos e as que aprendemos a criar.

- À Dra. Sílvia Laurentino, sem a qual este estudo não seria possível, pela orientação na coleta

de dados e pelo abrir de portas do Neurolab para mim.

- À Profa. Dra. Kátia Petribu, pela enorme colaboração na composição da amostra e acompanhamento terapêutico, fundamentais para o término desta pesquisa.

- À Dra. Nalva Cristina, por me receber prontamente no Tribunal de Justiça de Pernambuco e disponibilizar toda a estrutura (até a sua própria sala) no Programa Pró-Endividados para o recrutamento da minha amostra.

- À Dra. Consuelo Campos, por atender voluntariamente aos compradores compulsivos da minha pesquisa.

- À Ms. Ilduara Sidrim, pelo acompanhamento e palavras de incentivo na fase decisiva desse trabalho.

- À Cinthya Leite, que usou o seu talento jornalístico e viabilizou o preenchimento da amostra total.

A essas grandes mulheres, pernambucanas, que estrelaram na minha vida, meu muito obrigada, pela enorme contribuição para realização desta pesquisa e, principalmente, pela parceria científica produtiva e gratificante.

- Aos meus irmãos, Mary Antunes e Netinho, pelo incentivo e encorajamento durante os “altos e baixos” desse doutorado, e pela lembrança constante de “que quanto mais árdua for a luta, maior será a satisfação da vitória”.

- Ao meu amor, Neuton, por ter sido o grande incentivador que me levou a fazer este doutorado e ao qual dedico este trabalho.

- Aos meus pais, Maria José e Francisco Martins, amantes da sua família, aos quais também dedico este trabalho.

- À Dedê e a José Antunes, meus segundos pais, pelo apoio, principalmente nesta reta final.

AGRADECIMENTOS

Para todos os momentos em que não me escapou titubear, algumas pessoas foram excepcionais no retomar das rédeas. A elas dedico minha alegria:

Agradeço, então, a todos do Ambulatório de Compra Compulsiva do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP/SP, onde aprendi a conhecer mais profundamente o comportamento da compra compulsiva com a visão da Psiquiatria e da Psicologia.

À Ms. Tatiana Filomensky, quem me recebeu no Hospital das Clínicas/USP/SP e ensinou a reconhecer meus reais desejos e a caminhar com prazer no assunto da compra compulsiva. Obrigada pela amizade que construímos!

Ao Prof. Dr. Hermano Tavares, pela orientação na fase inicial desse trabalho, feita com o talento dos sábios.

Aos amigos da ONG Viver Bem, cada um com seu toque especial, temperando os dias com risadas e compartilhando os desafios, angústias e superações. Obrigada Tati, Leandro, Moema, Renata, Carol e Mirella.

Aos amigos do Neurolab Brasil, Tatiana, Celso, Diana, Karine, Ana Paula, Giselle e a todos os pesquisadores que persistem na árdua tarefa de respirar a Neurociência dia após dia.

Ao amigo Pablo, companheiro nos desfechos do dia em que solicitei inúmeras vezes por apoio.

À Renata Pinto, obrigado por ter sempre demonstrado tanto cuidado e carinho comigo, ao cuidar das minhas dores cervicais, lombares e até das dores da alma pelo excessivo estresse que essa tese me causou.

À Moema, que me ajudou no desprendimento das armadilhas mentais.

À Rosiele, por ter sido minha companheira de todas as horas nesta jornada.

À Denise, minha grande amiga, que mesmo distante me confortava com suas palavras de apoio.

À Letícia, pela singela beleza de ser criança, espalhando a inocência das palavras não

comedidas “Mamãe, quando você vai terminar este doutorado chato?” e pela arte de me rejuvenecer.

Ao meu querido Neuton, pelo exemplo de perseverança, mesmo diante de tantos obstáculos que precisamos vencer juntos durante estes últimos quatro anos, e dos quais saímos vencedores. Hoje somos bem mais FORTES!!

Aos meus pais, Maria José e Francisco Martins, irmãos, Mary e Netinho e meu cunhado, Rodrigo, que de forma brilhante acolheram e cuidaram de Letícia nos meus momentos críticos do doutorado, recolheram minhas amarguras, deram espaço aos novos ares e ao bom gosto da luta, e assim me influenciaram com o perdão das faltas.

Às minhas amigas especiais do Doutorado, as *Moretetes*, Fabrícia e Luciana, as quais me ajudaram a observar que poucas coisas na vida merecem ser carregadas conosco e que amizade verdadeira aquece mais do que a brasa, ainda que tudo seja fugaz.

A todos os amigos de Ciências Sociais Aplicadas, da Saúde e de Direito do Consumidor dedico algumas palavras: não é tarefa fácil embrenhar-se no campo de especialidades alheias e é necessária muita coragem para discordar na terra do estrangeiro. Levamos nas costas bagagem pesada, com saberes importantes e outros pouco importantes. No entanto, é convivendo com o inesperado que se desenvolve a capacidade de desafiar. O senso de coletividade anima a caminhada e sem vocês nada disso teria graça.

Aos meus queridos alunos do sétimo e aos Formandos 2009.1 do Curso de Administração da Universidade Federal de Campina Grande/CCJS, que me receberam com tanto carinho. Obrigada!

A todos que se disponibilizaram a participar deste estudo, atendendo meu pedido com atenção e simpatia.

Agradeço muito a minha querida família, Antunes Martins e aos amigos de oração do ECC, meus anjos guardiões, por me darem tudo que preciso para ser feliz: amor, carinho, amizade, atenção. Com todos eu aprendo e compartilho as experiências da vida. Vocês fazem toda a diferença. A todos, obrigada, eu amo muito, mas muito vocês.

A Deus, por inúmeras vezes me permitir enxergar além do que os olhos permitem.

E ao leitor, aí está o meu propósito. Sou grata por me acompanhar.

GLOSSÁRIO

Vias dopaminérgicas do sistema de gratificação cerebral - o sistema dopaminérgico está envolvido com os mecanismos de recompensa e reforçamento de comportamentos em animais e humanos e tem sido relacionado com dependências químicas e comportamentais.=

Polimorfismos do receptor D1 de dopamina - primeiro receptor de dopamina descoberto que se localiza principalmente nos neurônios estriados. Sua ativação estimula a atividade adenilato ciclase, seu bloqueio impede a estimulação dessa enzima por antagonistas D1 e a administração crônica de um antagonista incrementa a densidade de receptores.

Degeneração de neurônios dopaminérgicos – é a degeneração e morte celular dos neurônios produtores de dopamina.

Agonistas dopaminérgicos – qualitativo de neurônios e axônios que utilizam como neurotransmissores principal a dopamina.

Transtorno obsessivo compulsivo (TOC) - é um distúrbio psiquiátrico de ansiedade descrito no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM-IV da Associação de Psiquiatria Americana. A principal característica do TOC é a presença de crises recorrentes de obsessões e compulsões.

Transtorno afetivo bipolar - categorizado pelo DSM-IV e pelo CID-10, o distúrbio bipolar é uma forma de transtorno de humor caracterizado pela variação extrema do humor entre uma fase maníaca ou hipomaníaca, que são estágios diferentes pela gradação dos seus sintomas, hiperatividade física e mental, e uma fase de depressão, inibição, lentidão para conceber e realizar ideias, e ansiedade e tristeza.

Núcleo *accumbens* - é uma estrutura cerebral ligada à sensação do prazer.

Sistema de recompensa cerebral - no sistema límbico (área relacionada ao comportamento emocional), acha-se uma área relacionada à sensação de prazer, chamada circuito de

recompensa cerebral. Todas as drogas de abuso, direta ou indiretamente, atuam no circuito de recompensa cerebral, podendo levar o usuário a buscar repetidamente essa sensação de prazer.

Porção medial do córtex pré-frontal - esta parte do cérebro media a motivação, e disfunção nesta área causa apatia.

Córtex pré-frontal - esta região cerebral está relacionada ao planejamento de comportamentos e pensamentos complexos, expressão da personalidade, tomadas de decisões e modulação de comportamento social. A atividade básica dessa região é resultado de pensamentos e ações em acordo com metas internas.

Neurotransmissores - são substâncias liberadas por um neurônio, considerado como neurônio pre-sináptico, em resposta a um estímulo. Esses Neurotransmissores são jogados no espaço sináptico, e se unem a um neuroreceptor específico no neurônio seguinte, chamado então, neurônio post-sináptico. Com frequência em sua sínteses intervêm substâncias precursoras e enzimas.

Serotonina - é uma substância chamada de neurotransmissor, existe naturalmente em nosso cérebro e, como tal, serve para conduzir a transmissão de uma célula nervosa (neurônio) para outra. □□ A serotonina está intimamente relacionada aos transtornos do humor, ou transtornos afetivos e a maioria dos medicamentos chamados antidepressivos agem produzindo um aumento da disponibilidade dessa substância (tornam ela mais disponível) no espaço entre um neurônio e outro.

Moduladores neuroquímicos – são moléculas que interferem na função dos neurônios.

Amígdala - esta região do cérebro faz parte do sistema límbico e é um importante centro regulador do comportamento sexual, dos sentimentos (tais como a paixão e o amor) e da agressividade. Este conjunto nuclear é também importante para os conteúdos emocionais das nossas memórias.

Estriado - é uma das áreas mais afetadas pelas demências como *Alzheimer*, *Parkinson* e doença de *Huntington* e também na epilepsia e problemas na coordenação motora

(discinesias). Também parece estar associado a síndrome de *Tourette*, transtorno obsessivo compulsivo e o transtorno bipolar de humor.

Ínsula - suas principais funções são fazer parte do sistema límbico e coordenar emoções, além de ser responsável pelo paladar.

Córtex órbito-frontal - sua principal função habilidade de responder e agir em um mundo social e emocional – tomada de decisão. Busca respostas em informações já aprendidas de qualidade emocional para saber como agir em determinadas situações. É extremamente importante para processar, avaliar e filtrar informações sociais e emocionais. Lesão nesta área ocasiona déficit na habilidade de tomar decisões que necessitam de *feedback* social e emocional.

Córtex cingulado posterior – recebe projeções de diversas outras regiões corticais associativas, e com elas forneceria a base para a experiência subjetiva das emoções.

Córtex insular - modula a resposta do organismo a estímulos dolorosos.

Córtex pré-frontal ventrolateral - é identificada como região associada a nossas avaliações "morais".

Córtex pré-frontal dorsolateral - é responsável pela integração de informações externas recebidas do ambiente via regiões sensoriais, internas vindas do hipotálamo, e emocionais vindas de regiões límbicas. Esta região é encarregada da memória operacional.

Córtex parietal posterior - coordena diversas informações sensoriais e motoras, como avaliação dos movimentos e da forma de algum objeto que será tomado com a mão.

Neurotransmissão serotoninérgica - possui interferências no humor, na ansiedade e na agressão.

Neurotransmissão dopaminérgica - controla níveis de estimulação e controle motor em muitas áreas encefálicas. Quando os níveis de dopamina estão extremamente baixos os pacientes são incapazes de se mover voluntariamente.

Sistema dopaminérgico - é o conjunto de neuroreceptores da dopamina. Existe, no mínimo, cinco receptores diferentes de dopamina que podem dividir-se em duas subfamílias segundo suas propriedades farmacológicas. A subfamília D2 contém os receptores D2, D3 e D4, os quais se unem com grande afinidade aos neurolépticos clássicos.

Opióides - termo genérico aplicado a alcalóides da papoula (*Papaver somniferum*), seus análogos sintéticos e compostos sintetizados pelo organismo que interagem com os mesmos receptores específicos no cérebro. Tem a capacidade de aliviar a dor e de produzir uma sensação de bem-estar (euforia). Em altas doses, os alcalóides do ópio e seus análogos sintéticos também causam estupor, coma e depressão respiratória. □

Síndrome da deficiência do sistema de recompensa cerebral - tem caráter nitidamente compensatório e compreende, além de um estado de constante ansiedade, às vezes acompanhado de depressão, uma ampla gama de distúrbios compulsivos: 1) Uso e abuso de substâncias químicas que parecem induzir ao aumento da liberação de dopamina para o sistema límbico: álcool, cocaína, cafeína, nicotina (tabagismo inveterado) e carboidratos (obesidade) e 2) Prática obsessiva de jogos de azar. Nos distúrbios impulsivos como: 1) Hiperatividade; 2) Déficit da atenção (observado principalmente entre meninos); 3) Síndrome de *Tourette* (uma condição caracterizada por múltiplos tics musculares incontroláveis, emissão de ruídos incompreensíveis e forte propensão para proferir insultos). Além disso, a síndrome de deficiência da recompensa parece também associada a inúmeros casos de: comportamento agressivo, personalidade anti-social e comportamento sexual aberrante.

*"Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes seriam os caminhos, se não fora
A mágica presença das estrelas... "*

Mário Quintana

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre a tomada de decisão e as reações emocionais em compradores compulsivos (CCs) e em compradores não compulsivos (CNCs). Até o momento, são desconhecidos estudos que comparem CCs a um grupo de CNCs, em relação ao impulso de comprar, à avaliação da tomada de decisão e à associação entre as reações emocionais envolvidas. A amostra foi composta por 35 consumidores, divididos entre 25 compradores compulsivos (CCs) e 10 compradores não compulsivos (CNCs). Os procedimentos metodológicos foram baseados na análise da tomada de decisão e as reações emocionais detectadas pela Atividade Eletrodérmica (EDA/SCR), enquanto os participantes executavam uma tarefa de avaliação decisional, *Iowa Gambling Task* – IGT. Os resultados do presente estudo evidenciaram uma diferença significativa na tomada de decisão entre CCs e CNCs, com relação ao *netscore* total na tarefa IGT. Tais achados mostraram-se sugestivos da ocorrência de um estilo cognitivo mais impulsivo em CCs, quando comparados a CNCs no que tange à capacidade de tomada de decisão, ao optarem por escolhas desvantajosas a fim de obterem ganhos mais imediatos. Quanto aos resultados da atividade eletrodérmica (EDA/SCR), o grupo de CNCs apresentaram médias mais altas nas magnitudes das SCRs em escolhas vantajosas. Este padrão de respostas nas magnitudes das SCRs revelaria um vínculo emocional dos CNCs para com as pré-escolhas vantajosas. Diferentemente do padrão de respostas do grupo de CCs, os integrantes do grupo dos CNCs não apresentam nenhum conflito emocional, pois não demonstram nenhum estado somático significativo quando se deparam com as escolhas durante a tarefa IGT, pois se sugere, no caso particular dessa amostra, que todas as situações lhes são equivalentes. Dessa forma, os resultados obtidos nessa pesquisa permitirão o estudo de fatores que podem representar a vulnerabilidade dos compradores compulsivos, contribuindo para o desenvolvimento de quadros comportamentais e de danos cognitivos, que merecem atenção mercadológica, terapêutica e intervenções de prevenção em políticas públicas.

Palavras-chave: Tomada de Decisão, Emoções, Compra Compulsiva, Atividade Eletrodérmica (EDA/SCR), *Iowa Gambling Task* (IGT).

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the association between decision making and emotional reactions in compulsive shoppers (CS) and non-compulsive shoppers (NCS). Evaluating decision making associated with emotional reactions involved in the process are unknown when comparing studies between CS and NCS groups in relation to impulse buying. The sample consisted of 35 consumers, divided among 25 compulsive shoppers (CS) and 10 non-compulsive shoppers (NCS). The methodological procedures were based on the analysis of decision making and emotional reactions detected by Electrodermal Activity (EDA / SCR), while participants performed the task presented in the decisional evaluation Iowa Gambling Task - IGT. The results of this study show a significant difference in decision making between CSs and NCSs, which correlates with the overall net score on the IGT task. These findings are suggestive of the occurrence of an impulsive cognitive style from the CSs compared to NCSs in regards to the ability of decision making by choosing disadvantageous choices in order to obtain more immediate gains. The results of Electrodermal Activity (EDA / SCR) revealed that the group of NCSs had higher scores on the magnitude scale of SCRs in advantageous choices, which reveals an emotional bond to the CNCs with pre-advantageous choices. Unlike the pattern of responses from the group of CSs, the members of NCSs show no emotional conflict and no significant somatic state when faced with choices during the IGT task. This suggests that in this particular sample, all the situations are equivalent for NCS individuals. The results obtained in this research will enable the study of factors that may represent the vulnerability of compulsive shoppers, contributing to the development of frameworks about behavior of the consumer and cognitive impairment, which deserve attention from Marketing and Psychology areas and prevention interventions in public policy.

Keywords: Decision Making, Emotions, Compulsive Shopping, Electrodermal Activity (EDA / SCR), Iowa Gambling Task (IGT).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma estrutural da tese.....	39
Figura 2: Modelo geral da revisão da literatura.....	41
Figura 3: Múltiplas áreas do cérebro.....	48
Figura 4: Ativação do córtex insular (INS) e do córtex pré-frontal ventrolateral (vIPFC).....	55
Figura 5: Ativação do estriado (STR)	55
Figura 6: Ativação do córtex pré-frontal dorsolateral (CPFDL) e córtex parietal posterior (CPP)	56
Figura 7: Mecanismo de retroalimentação da compra compulsiva.....	70
Figura 8: Modelo conceitual para definir a experiência de vulnerabilidade do consumidor....	75
Figura 9: Modelo proposto da vulnerabilidade do consumidor compulsivo.....	83
Figura 10: Captação da atividade eletrodérmica (EDA).....	93
Figura 11: Interface gráfica para identificação dos picos de onda SCR.....	100
Figura 12: Interface gráfica e conseqüente cálculo dos índices de variabilidade na condutância de pele (em destaque).....	100

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1: Tarefa neuropsicológica.....	97
Tabela 2: Avaliação do perfil sociodemográfico segundo o grupo.....	104
Tabela 3: Avaliação das escalas Richmond e CBS, ocorrência de sintomatologia pela escala BDI, BAI e BIS 11 e diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), usando a escala Y-BOCS.....	105
Tabela 4: Estatísticas das escalas, Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS, MDQ e Y-BOCS.....	106
Tabela 5: Estatísticas dos <i>Netscores</i> segundo os grupos de compradores compulsivos (CCs) e o grupo de compradores não compulsivos (CNCs).....	108
Tabela 6: Classificação do desempenho do escore total do IGT conforme o grupo.....	106
Tabela 7: Média e desvio padrão do número de cartas retiradas.....	110
Tabela 8: Estatísticas da EDA/SCR – <i>Skin conductance Response</i> segundo os grupos e a avaliação da pré-escolhas desvantajosas enquanto realizavam a tarefa IGT (dados padronizados).....	111
Tabela 9: Estatísticas da EDA/SCR – <i>Skin conductance Response</i> segundo os grupos e a avaliação das pré-escolhas vantajosas enquanto realizavam a tarefa IGT (Dados padronizados).....	112
Tabela 10: Estatísticas da EDA/SCR – <i>Skin conductance Response</i> segundo os grupos e a avaliação das pré-escolhas vantajosas e desvantajosas, enquanto realizavam a tarefa IGT (Dados padronizados).....	114

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1: Classificação dos consumidores vulneráveis.....	76
Quadro 2: Matriz de amarração da tese	84
Quadro 3: Quadro-síntese das características da pesquisa.....	86
Quadro 4: Instrumentos e medidas utilizadas no estudo.....	94
Quadro 5: Escalas utilizadas no estudo e níveis de mensuração.....	95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Média e desvio padrão das escalas BDI e BAI.....	107
Gráfico 2: Médias de desempenho dos <i>netscores</i> em cada bloco.....	110
Gráfico 3: Médias do número de cartas escolhidas por pesquisado segundo o grupo.....	111
Gráfico 4: Médias da <i>Skin conductance response</i> segundo o grupo para as pré-escolhas desvantajosas (dados padronizados).....	112
Gráfico 5: Médias da <i>Skin conductance response</i> segundo o grupo para as pré-escolhas vantajosas (dados padronizados).....	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FMI	Fundo Monetário Internacional
TCIs	Transtornos do Controle do Impulso
TCI-SOE	Transtornos do Controle do Impulso Sem Outra Especificação
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
SRC	Sistema de Recompensa Cerebral
PER	Potenciais de Eventos Relacionados
IGT	<i>Iowa Gambling Task</i>
TD	Tomada de Decisão
EDA	Atividade Eletrodérmica
SCR	<i>Skin Conductance Response</i>
DAs	Devedores Anônimos
EEG	Eletroencefalograma
fMRI	Ressonância Magnética Funcional
TDS	Tomada de Decisão Social
CGP	Córtex Cingulado Posterior
INS	Córtex Insular
vIPFC	Córtex Pré-frontal Ventrolateral
STR	Estriado
mCPF	Córtex Pré-frontal Medial
CPFDL	Córtex Pré-frontal Dorsolateral
CPP	Córtex Parietal Posterior
CC	Compra Compulsiva
JP	Jogo Patológico
PET	Tomografia por Emissão de Pósitrons
PAD	Escala <i>Arousal-Dominance</i>
DES	<i>Differential Emotions Scale</i>
CES	Escala <i>Consumption Emotions Set</i>
PANAS	<i>Positive Affect Negative Affect Scales</i>
HMS	Hipótese do Marcador Somático

DMS-IV-TR Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição, texto revisado

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CBS	<i>Compulsive Buying Scale</i>
FIS	<i>Frost Indecisiveness Scale</i>
Y-BOCS-SV	<i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Shopping Version</i>
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CCs	Compradores Compulsivos
CNCs	Compradores Não Compulsivos
MDQ	Escala de rastreio <i>Mood Disorder Questionnaire</i>
BDI	Escala <i>Beck Depression Inventory</i>
BAI	Escala <i>Beck Anxiety Inventory</i>
BIS 11	Escala <i>Barratt Impulsiveness Scale</i>
SI-R	Escala <i>Saving Inventory-Revised</i>
M.I.N.I	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version</i>
CID 10	Código Internacional de Doenças, 10ª edição
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitês de Ética em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
SNA	Sistema Nervoso Autônomo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	27
1.1 O Advento da Sociedade de Consumo	27
1.2 A Sociedade e o Consumo.....	28
1.3 Consumo Excessivo.....	29
1.4 O Comprar Excessivo Como um Transtorno Psiquiátrico	30
1.5 Consumo, Tomada de Decisão e Afetividade	32
1.6 Tomada de Decisão, <i>Iowa Gambling Task</i> (IGT) e o Consumo Compulsivo.....	33
1.7 Vulnerabilidade e a Compra Compulsiva.....	34
1.8 Importância do Estudo.....	36
1.8.1 Pergunta de Pesquisa	38
1.9 Objetivos do Estudo	38
1.9.1 Objetivo Geral	38
1.9.2 Objetivos Específicos	38
1.10 Estrutura da Tese	39
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	42
2.1 Modelos Tradicionais do Comportamento do Consumidor e a Tomada de Decisão	43
2.2 Tomada de Decisão sob Diferentes Perspectivas	46
2.2.1 Perspectiva Neurobiológica da Tomada de Decisão	47
2.2.2 Perspectiva Social da Tomada de Decisão	48
2.2.3 Perspectiva Econômica da Tomada de Decisão	50
2.2.4 Função da Neurociência na Tomada de Decisão do Consumidor	57
2.3 Tomada de Decisão e as Emoções.....	59
2.3.1 Conceitos sobre Emoções.....	59
2.3.2 Influência das Emoções na Tomada de Decisão	61
2.4 Comportamento de Compra Compulsiva	65
2.4.1 Perfil do Comprador Compulsivo.....	66
2.4.2 Impulsividade e a Compra Compulsiva	67
2.4.3 Fatores Desencadeantes da Compra Compulsiva.....	69
2.4.4 Identificando um Comprador Compulsivo.....	73
2.4.5 Fatores que Influenciam a Vulnerabilidade do Consumidor	75
2.5.2 Classificação dos Consumidores Vulneráveis.....	77
2.5.3 Vulnerabilidade do Consumidor e Políticas Públicas.....	79
2.6 Modelo Teórico e Formulação das Hipóteses da Pesquisa	82
2.7 Consolidação das Hipóteses da Pesquisa	85
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	87
3.1 Amostra	88
3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão	88
3.2.1 Critérios de Inclusão para Compradores Compulsivos	88
3.2.2 Critérios de Exclusão para Compradores compulsivos.....	88
3.2.3 Critérios de Inclusão do Grupo de Compradores Não Compulsivos.....	90

3.2.4 Critérios de Exclusão do Grupo de Compradores Não Compulsivos	90
3.3 Procedimentos	91
3.4 Seleção dos Estímulos	92
3.4.1 – Seleção dos Estímulos na Tomada de Decisão.....	92
3.5 Instrumentos e Técnicas de Avaliação	93
3.5.1 Registros Eletrofisiológicos da Condutância de Pele - Atividade Eletrodérmica - EDA/SCR	93
3.6 Instrumentos e Medidas.....	95
Variáveis Sócio-demográficas.....	95
3.6.5 Avaliação de Variáveis Dimensionais.....	96
3.7 Análise Estatística dos Resultados	99
3.7.1 Análise Estatística da Atividade Eletrodérmica - EDA/SCR.....	100
3.7.2 Análise Estatística do <i>Iowa Gambling Task</i> - IGT.....	102
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	104
4.1 Análise Descritiva da Amostra.....	104
4.2 Resultados das Escalas Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS 11 e Y-BOCS.....	105
Variável	107
4.3 Resultados da Tarefa IGT e EDA/SCR.....	108
4.4 Resultados da EDA/SCR.....	112
4.5 Discussão dos Resultados.....	115
4.5.1 Discussão dos Resultados das Escalas Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS 11 e Y-BOCS.....	116
4.5.2 Discussão dos Resultados da Tarefa IGT e EDA/SCR	120
5 CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E DIRECIONAMENTOS FUTUROS	127
5.1 Conclusões a partir da Discussão dos Resultados e Implicações Acadêmicas.....	127
5.2 Implicações Gerenciais.....	130
5.3 Limitações do Estudo	132
5.4 Direcionamentos Futuros.....	133
6 REFERÊNCIAS	137
ANEXO A - Escala <i>Richmond</i>	170
ANEXO B – Escala CBS	171
ANEXO C - Inventário de Lateralidade Manual - UFRJ	172
ANEXO D - TCLE.....	175
ANEXO E - Escala Y-BOCS	178
ANEXO F - Escala MDQ.....	180
ANEXO G - Escala BDI.....	181
ANEXO H - Escala SI-R.....	182
ANEXO I - Critérios Diagnóstico para Jogo Patológico.....	186

ANEXO J - Parecer do TCLE	187
ANEXO L - Questionário Sociodemográfico	189
ANEXO M - Escala BIS -11	190
ANEXO N – Escala BAI	191
ANEXO O - Orientações para a Tarefa IGT	192
ANEXO P - M.I.N.I.	196

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Advento da Sociedade de Consumo

Ao longo da evolução histórica do homem, ocorreram adaptações constantes deste sobre a dinâmica da natureza, para garantir a própria sobrevivência, passando progressivamente da fase do nomadismo de coleta de alimentos para o cultivo de grãos e práticas de domesticação de animais, e destes para o aprimoramento dos sistemas de produção, respondendo às necessidades humanas individuais e coletivas de consumo (CANCLINI, 1997).

Baudrillard (1991), um dos principais autores contemporâneos a abordar o problema teórico do consumo, acreditava na existência de uma “sociedade de consumo”. Segundo ele, vivemos em um contexto no qual o consumo invade a vida das pessoas, suas relações envolvem toda a sociedade e as satisfações pessoais são completamente traçadas por meio dele.

O consumo nunca possuiu tanta significação como nas últimas décadas, sendo um dos aspectos constituintes da cultura contemporânea. A passagem do consumo familiar, em que as escolhas individuais eram subordinadas aos códigos sociais e morais do grupo, para o consumo individual gerou a ascensão da sociedade de consumo, pautada na liberdade de escolha, na autonomia para decisão e na ausência de instituições e de códigos sociais e morais; surge, assim, a multiplicidade de grupos, tribos urbanas e indivíduos que criam as próprias modas (BAUMAN, 2011; ROCHA, 1995).

De acordo com Bauman (1999), a cultura do consumo promove o esquecimento, na medida em que a satisfação obtida com os seus produtos dura o tempo necessário para o seu consumo. A todo momento, novos produtos são expostos como novas necessidades. Tais produtos inspiram um desejo que deve ser efêmero, já que logo serão substituídos por outros, mas que garantem a demanda para uma produção de mercadorias cada vez mais rápida e diversificada.

A sociedade de consumo, como uma etapa do sistema capitalista de produção e como um modo de vida, é alvo de críticas que emanam da academia, dos meios de comunicação e das falas do senso comum. Seus efeitos sobre o meio ambiente e sobre as relações sociais, de um modo geral, são cada vez mais questionados (GIDDENS, 1997; DUBET, 2001; LIPOVETSKY; CHARLES, 2004).

No que diz respeito ao consumo excessivo, além de uma gestão racional e ecológica dos recursos, é preciso uma reeducação que não despreze as reais necessidades da sociedade e na qual se compreendam os critérios de interdisciplinaridade científica, as leis de sobrevivência do planeta, bem como as perspectivas diferenciadas da cultura, do ser e do pensar humano. A crença de que os bens de consumo são um caminho para o sucesso, identidade e felicidade são valores fundamentais da sociedade de consumo (DITTMAR; DRURY, 2000a; GIDDENS, 1997).

1.2 A Sociedade e o Consumo

Pesquisadores do comportamento do consumidor, em particular, têm vivenciado vários desafios ao longo das últimas décadas, porque a exigência por uma relação ética com o consumidor vem transcendendo a abordagem tradicional de suas pesquisas. Entre estas exigências, se encontra a busca de um entendimento mais amplo sobre o consumo, que é visto como um componente inseparável da vida em sociedade. Nesse contexto, destacam-se o renascimento de desafios metodológicos e o despertar da consciência de um novo escopo pelo qual a disciplina deve buscar o equilíbrio entre o bem-estar do consumidor e o resultado financeiro das organizações (JOIREMAN; KEES; SPROTT, 2010).

A economia brasileira vive momento de estabilidade e crescimento, estimulando maior oferta de crédito para os consumidores. A evolução da relação crédito/PIB, que era de 28,1% em 2005, fechou 2009 em 45%, crescendo para 46,7% em 2010. O Fundo Monetário Internacional (FMI) realizou uma previsão na qual o Brasil poderá se tornar o sexto principal mercado consumidor mundial em 2013. A previsão é que em 2016 o Brasil chegue à quinta posição no ranking dos maiores PIBs do mundo, ultrapassando a França (FMI, 2013). Entretanto, na mesma medida do crescimento do crédito, ocorreu um aumento do endividamento. Nos últimos cinco anos, o número de brasileiros com dívidas superiores a R\$ 5 mil passou de 10 milhões para 23 milhões (SERASA EXPERIAN, 2011; BACEN, 2011). Percebe-se, então, a relevância de estudos interdisciplinares que busquem a discriminação entre comportamento de consumo normal e comportamento de consumo excessivo. Estudos como estes são particularmente necessários em países como o nosso, que passa por uma importante transformação socioeconômica.

1.3 Consumo Excessivo

Dentre os fenômenos introduzidos pela sociedade de consumo, estão o consumo excessivo e a perda de controle. O consumo excessivo afeta a vida de grande contingente de pessoas, sendo que algumas sofrem com a incapacidade de controlar seus impulsos em relação ao ato de comprar, o que pode levá-las a um transtorno clínico (LEJOYEUX *et al.*, 2007). Os tipos de comportamentos caracterizados por excesso de preocupações e desejos relacionados à aquisição de objetos e à incapacidade de controlar compras e gastos financeiros são referidos na literatura especializada como compras compulsivas ou *oniomania* (do grego: *oné* – comprar, *mania* – loucura), (TAVARES *et al.*, 2008a).

Segundo Black (2007), a compra compulsiva, ou oniomania, foi descrita pela primeira vez no início do século XX, por Kraepelin e Bleuler. Kraepelin descreveu a oniomania como um impulso patológico. Bleuler descreveu o transtorno do comprar compulsivo como exemplo de um impulso reativo ou insanidade impulsiva, agrupando-o com a cleptomania e a piromania.

A compra compulsiva é considerada um fenômeno global, sendo tema de pesquisas nos campos da Psiquiatria, Psicologia e Comportamento do Consumidor (KWAK; ZINKHAN; CRASK, 2003). Faber e O’Guinn (1989, 1992) estimam que o comportamento compulsivo ocorra numa faixa entre 1,1% e 5,9% da população adulta. Black (1996) relata que esse número varia entre 2% e 8%, enquanto Koran *et al.* (2006) encontrou uma taxa de 5,8% numa população de 2.513 adultos, sendo que essas estimativas referem-se a dados coletados nos Estados Unidos.

O’Guinn e Faber (1989) descrevem a compra compulsiva como um transtorno crônico e repetitivo que se torna uma resposta primária a eventos ou sentimentos negativos. Mesmo que alguns estudos tenham investigado características e antecedentes da compra compulsiva no processo de compra, as razões pelas quais alguns consumidores são mais propensos a comprar compulsivamente ainda não são bem conhecidas. Diversos fatores têm sido associados à compra compulsiva, alguns relativos à estrutura familiar (RINDFLEISCH; BURROUGHS; DENTON, 1997; ROBERTS; MANOLIS; TANNER, 2003, 2006), outros aos altos níveis de materialismo (MOWEN; SPEARS, 1999; ROBERTS; MANOLIS; TANNER, 2003; ROSE, 2007; RIDGWAY; KUKAR-KINNEY; MONROE, 2008), ao narcisismo (ROSE, 2007), aos baixos níveis de autoestima (D’ASTOUS; MALTAIS; ROBERGE, 1990; ROBERTS, 1998; YURCHISIN; JOHNSON, 2004), à depressão, ansiedade e estresse (RIDGWAY; KUKAR-KINNEY; MONROE, 2008), à impulsividade

(FABER; VOLS, 2004; ROSE, 2007; BILLIEUX *et al.*, 2008), ao interesse por moda (PARK; BURNS, 2005), às atitudes em relação ao dinheiro associadas ao poder e à ansiedade (NORUM, 2008), à preferência por gratificação imediata (NORUM, 2008) e ao uso do cartão de crédito (D'ASTOUS; MALTAIS; ROBERGE, 1990; ROBERTS, 1998; PARK; BURNS, 2005; RIDGWAY; KUKAR-KINNEY; MONROE, 2008).

1.4 O Comprar Excessivo Como um Transtorno Psiquiátrico

A grande oferta de crédito, bens de consumo e serviços reflete-se no comportamento individual. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição, texto revisado (DSM-IV-TR), tem uma seção denominada Transtornos do Controle do Impulso (TCI - APA, 2000), que engloba categorias diagnósticas diversas, cujo elemento comum é o fracasso em resistir a impulsos ou à tentação de executar atos perigosos para a própria pessoa ou para os outros. O indivíduo sente uma crescente tensão ou excitação antes de cometer o ato. Após cometê-lo, pode ou não haver arrependimento, autorrecriação ou culpa. Os diagnósticos incluídos nesta seção são: Transtorno Explosivo Intermitente, Cleptomania, Piromania, Jogo Patológico e Tricotilomania. Existe ainda uma categoria residual denominada Transtornos do Controle do Impulso Sem Outra Especificação (TCI-SOE), na qual são incluídos outros comportamentos impulsivos, para os quais não foram oficialmente estabelecidos critérios diagnósticos. Compra compulsiva está incluída entre os TCI-SOE.

No momento, os critérios diagnósticos para o transtorno do comprar compulsivo propostos por McElroy *et al.* (1994a) são os mais usados. São eles:

- Preocupação, impulsos ou comportamento mal adaptativos envolvendo compras, indicado por, ao menos, um dos seguintes critérios:
 - Preocupação frequente com compras ou impulso de comprar irresistível, intrusivo ou sem sentido;
 - Comprar mais do que pode: comprar itens desnecessários ou por mais tempo que o pretendido.
- A preocupação com compras: os impulsos ou o ato de comprar causam sofrimento marcante, consomem tempo significativo, interferem com o funcionamento social e ocupacional ou resulta em problemas financeiros.
- As compras compulsivas não ocorrem exclusivamente durante episódios de hipomania ou mania.

Nota-se pelos critérios acima que impulsividade e perda de controle são elementos centrais à compra compulsiva (TAVARES *et al.*, 2008a). Há evidências de que fatores emocionais participam no processo de perda de controle. Em compradores compulsivos, o impulso ao consumo e o exagero são habitualmente desencadeados por afetos negativos. Além da aquisição de um bem, algo que por si só já é recompensador, o ato de comprar associa-se ao prazer por meio de uma série de estímulos ambientais cuidadosamente montados para esta finalidade como, por exemplo, aromas agradáveis, cores bonitas ou música agradável. Experimenta-se, então, um alívio das emoções negativas e aumento de emoções positivas (euforia). Infelizmente, o efeito é efêmero e o indivíduo se vê compelido a repetir o ato sucessivamente (LEJOYEUX; WEINSTEIN, 2010; DITTMAR, 2000b).

A classificação da compra compulsiva como TCI ainda é um tópico controverso. A Compra Compulsiva (CC) compartilha com o Jogo Patológico (JP – popularmente chamado de Jogo Compulsivo), outro TCI, uma ambivalência que resulta de um conflito entre um desejo imperioso e as suas consequências negativas, um fenômeno tipicamente observado em quadros de dependência de substâncias psicoativas. Por esta razão, ambos CC e JP são também classificados como dependências não químicas ou comportamentais (TAVARES *et al.*, 2008b). Há evidências de que as dependências comportamentais e as dependências químicas compartilhem mecanismos neurobiológicos, envolvendo especificamente vias dopaminérgicas do sistema de gratificação cerebral. Um estudo genético identificou uma associação entre polimorfismos do receptor D1 de dopamina e a CC (COMINGS *et al.*, 1997).

Evidências têm surgido sobre a associação entre Doença de Parkinson, um transtorno decorrente da degeneração de neurônios dopaminérgicos, e comportamentos impulsivos envolvendo compras, jogo de azar e sexo, entre outros. Tais comportamentos impulsivos podem anteceder o próprio Parkinson, porém são particularmente potencializados quando seus portadores são medicados com sobredoses de agonistas dopaminérgicos, habitualmente prescritos para redução dos sintomas motores da doença (EVANS *et al.*, 2009).

O comportamento excessivo de aquisição pode, ainda, ser observado em outras duas condições psiquiátricas: no colecionismo associado ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e no Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).

No Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), o indivíduo sente-se compelido a adquirir objetos que possuam uma característica peculiar, ou simplesmente tem dificuldade de descartar objetos que perderam sua utilidade, por conta de um temor de que eles venham a ser necessários no futuro, ou simplesmente porque o ato do descarte lhes causa pronunciado desconforto (GOODMAN *et al.*, 1989a).

Ao contrário das pessoas com o transtorno de compra compulsiva, os indivíduos colecionadores não adquirem objetos preferencialmente pela compra e com frequência coletam objetos abandonados e sem valor financeiro (FROST; STEKETEE; GRISHAM, 2004). Portadores de TAB apresentam fases de gastos exagerados, porém estas fases são tipicamente associadas a períodos de polarização do humor característico da mania, ou durante episódios mistos, sendo que não há relato de perda de controle na ausência destas condições (CASSANO *et al.*, 1999). Nos compradores compulsivos, embora a depressão possa potencializar a perda de controle com compras, os exageros se dão em períodos em que não há clara polarização do humor.

Nos casos de verdadeira comorbidade entre TAB e compra compulsiva, observam-se ambos os episódios de polarização do humor e exagero com compras, porém este último não ocorre exclusivamente durante episódios de polarização do humor, nem são mais bem explicados por eles.

1.5 Consumo, Tomada de Decisão e Afetividade

Os Transtornos do Controle do Impulso (TCIs), dentre eles a compra compulsiva, podem ser abordados como consequência de um viés no processo de tomada de decisão, no qual a percepção de dano e controle da ação no ato de comprar estão comprometidos (BECHARA, 2003a).

Consumir é um comportamento que envolve fundamentalmente avaliação e decisão: comprar ou não comprar. Teorias econômicas comportamentais recentes têm postulado uma competição hedônica entre o prazer imediato de aquisição e a dor igualmente imediata de pagar (PRELEC; LOEWENSTEIN, 1998). Notavelmente, uma das estratégias mais conhecidas de facilitação de venda, às quais compradores compulsivos são particularmente vulneráveis, é a redução da intensidade e imediatismo da “dor de pagar”, por meio do seu adiamento ou parcelamento (WARNERYD, 2005).

Estudos da última década em neuroimagem e neuroeconomia trazem evidências novas e robustas da participação dos afetos nesta tomada de decisão. Diferentes circuitos neurais estão associados à antecipação de afetos positivos e negativos críticos para a tomada de decisão. Knutson *et al.* (2007) conduziram um estudo com ressonância magnética funcional (fMRI), no qual indivíduos eram submetidos a um paradigma de avaliação de preditores neurais de compra. A preferência por um produto foi associada à ativação do núcleo *accumbens*, região integrante do Sistema de Recompensa Cerebral (SRC), associada a

atribuições de saliência a estímulos potencialmente gratificantes, bem como comportamentos de abuso de substâncias (álcool, tabaco e outras drogas) e de jogo de azar (BLUM *et al.*, 2000). Preços elevados ativaram a ínsula, associada à dor e a estímulos aversivos, e desativou a porção medial do córtex pré-frontal.

Outros estudos com eletroencefalograma (EEG) também têm buscado compreender melhor e apoiar investigações comportamentais nas decisões de consumo. Em populações impulsivas, como é o caso dos compradores compulsivos, esta análise é utilizada para examinar aspectos das funções executivas (memória, capacidade de planejamento, tomada de decisão, entre outras), que podem estar ou prejudicadas ou relativamente intactas, em comparação com uma população controle (MARTIN; POTTS, 2009; MOELLER *et al.*, 2001; MOELLER *et al.*, 2004).

Indivíduos impulsivos fazem escolhas arriscadas, motivadas mais pela recompensa imediata do que potenciais consequências negativas no longo prazo (MOELLER *et al.*, 2001). Martin e Potts (2009) utilizaram potenciais de eventos relacionados (PER) para avaliar indivíduos com alto índice de impulsividade. Os resultados demonstraram que o foco dos participantes do estudo é desviado para as recompensas imediatas, durante a avaliação estímulo/resposta, além de apresentarem menos sensibilidade às consequências negativas de suas escolhas.

Estudos relatam que comportamentos disfuncionais, como a compra compulsiva, apresentam uma característica peculiar, que é a busca por gratificação em curto prazo, ou seja, esses indivíduos não postergam seus desejos. No caso dos compradores compulsivos, essas decisões impulsivas os levam a problemas de natureza financeira (superendividamento) e psicológica (ROBERTS; JONES, 2001; LIVINGSTONE; LUNT, 1992).

A compulsão pelo consumo determinada pela satisfação de desejos e necessidades historicamente criadas, ou pela busca da elevação de seu *status* social, provoca consequências nefastas e fora de controle na maioria dos casos, devido à incapacidade dos indivíduos em avaliar as perdas e ganhos na tomada de decisão de compra.

1.6 Tomada de Decisão, *Iowa Gambling Task* (IGT) e o Consumo Compulsivo

Um importante marco do início das pesquisas sobre fatores estranhos aos aspectos econômicos racionais veio da Hipótese do Marcador Somático (DAMÁSIO, 1996), que abriu as portas da Neurociência para o Marketing. O fato gerador desta aliança interdisciplinar veio da constatação de que indivíduos com lesões no córtex pré-frontal tinham uma inabilidade

para usar as emoções na tomada de decisões, hipotetizando que os sinais fisiológicos (somato-viscerais) eram importantes guias no processo de tomada de decisão (OTTAVIANI; VANDOME, 2011). Assim, a decisão é precedida por uma sensação corporal automática, que são os marcadores somáticos (SCHENEIDER; PARENTE, 2006).

Pesquisas foram desenvolvidas, posteriormente, utilizando-se de uma ferramenta internacionalmente considerada como o padrão-ouro na avaliação da tomada de decisão monetária sob incerteza, a *Iowa Gambling Task* (IGT), que permite testar situações de tomada de decisão (TD) por meio de escolhas, usando baralhos de cartas, enquanto mede a Atividade Eletrodérmica (EDA)/*Skin Conductance Responses* (SCR) (BECHARA *et al.*, 1994).

Estudos posteriores demonstraram que altos índices de impulsividade podiam ser associados a desempenhos sofríveis da IGT em indivíduos normais (SWEITZER; ALLEN; KAUT, 2008). Para Franken *et al.* (2008), os indivíduos com alta impulsividade tinham dificuldade de aprender as questões de recompensa e punição previstas na IGT, o que os impedia de tomar decisões mais apropriadas.

Porém, na visão de César *et al.* (2011, p. 2), os estudos que utilizam-se das contribuições da Neurociência apresentam pelo menos três dificuldades, que são: 1) identificar qual será a tarefa cognitiva proposta para que o sujeito tome a decisão; 2) identificar quais são os processos neurais ou as áreas cerebrais envolvidas quando o sujeito toma uma decisão; e 3) reunir num único protocolo de pesquisa áreas díspares.

Contudo, surpreendentemente, não se encontram, até o momento, estudos que comparem compradores compulsivos a um grupo de compradores não compulsivos em relação ao impulso de comprar, à avaliação da tomada de decisão e à associação entre as respostas emocionais envolvidas ao se utilizar a tarefa IGT e a Atividade Eletrodérmica (EDA/SCR). O objetivo da presente proposta foi realizar esta comparação e poder contribuir para a ampliação das alternativas para as pesquisas neste tema. Além disso, pretendeu-se obter mais informações sobre o perfil do comprador compulsivo nos aspectos neuropsicofisiológicos, além de fornecer subsídios para uma avaliação criteriosa de suas possíveis vulnerabilidades.

1.7 Vulnerabilidade e a Compra Compulsiva

A vulnerabilidade da compra compulsiva está vinculada aos danos que esta prática pode causar ao indivíduo, não só em termos de dependência, mas também quanto ao endividamento, sendo, portanto, um risco para o equilíbrio de sua vida pessoal e familiar. Para

Baker, Gentry e Rittenburg (2005), vulnerabilidade é um estado de impotência que surge a partir de um desequilíbrio nas interações do mercado ou do consumo de mensagens de marketing e produtos. Ela ocorre quando o controle não está nas mãos de um indivíduo, criando uma dependência de fatores externos.

Para Sheth, Mittal e Newman (1999), o comprador compulsivo tende a ter menor autoestima, maior depressão, grande tendência a fantasiar situações e a ter remorso após a compra. Neste sentido, estes estudiosos estão em linha com o pensamento dos primeiros pesquisadores sobre o tema, que identificaram estas características (FABER, O'GUINN; KRYSH, 1987; O'GUINN; FABER, 1989; FABER; O'GUINN; KRYSH, 1989; HIRCHMAN, 1992; FABER, 2000; FABER; VOHS, 2004)

A constatação de que a relação entre vendedores e consumidores é, na maioria dos casos, assimétrica (HEMETSBERGER, 2006) levou, a partir de meados da década de 1960 com o movimento consumerista (CAMPBELL, 2000; HEMAIS; CASOTTI; ROCHA, 2013) nos EUA, ao início das intervenções de grupos de ativistas e do governo contra práticas de marketing consideradas desvantajosas para o consumidor (SCHIFFMAN; KANUK, 2000).

Os governos começaram a atuar em áreas como a sustentabilidade (GOMES; MORETTI, 2007) e a vulnerabilidade do consumidor (SHULTZ; HOLBROOK, 1999), por meio de intervenções regulamentatórias (direito do consumidor, educação do consumidor, marketing social), e tributárias, por meio de incentivos que garantam acesso à moradia. Por exemplo: para classes menos privilegiadas, criaram-se as unidades de apoio aos compradores compulsivos, tais como as unidades de atendimento em hospitais (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP em São Paulo), os grupos de autoajuda (DAs – Devedores Anônimos), os programas de apoio aos endividados (FABER; O'GUINN; KRYSH, 1989) e os feirões de renegociação de dívidas, em São Paulo.

Para Hawkins, Mothersbaugh e Best, (2007), a sociedade declarou que algumas ações de marketing são nitidamente inadequadas e, ao fazer isso, levou as autoridades a promulgarem leis e regulamentos que proíbem ou exigem ações de marketing específicas. Os autores dão exemplos de regulamentações da propaganda para crianças, quanto a características e precisão das informações sobre o produto, além da práticas de preços para adultos. Restrições sobre a propaganda de cigarro e bebidas alcoólicas (MOWEN; MINOR, 2003) se deram na esteira destes movimentos de pressão e regulamentação. Outras ações associadas foram geradas, como, por exemplo, aquelas voltadas à proteção da privacidade contra a venda de informações de cartões de crédito.

Nesta linha de pensamento, pode-se argumentar, como Shultz e Holbrook (2009), que o marketing - apesar do reconhecimento de seu papel de divulgação, esclarecimento e educação do consumidor – caminha, em muitos casos, em parilha com o oportunismo. O consumidor vulnerável, neste caso o comprador compulsivo, por sua própria natureza é muito mais facilmente explorado. Para os autores, vulnerabilidade parece quase criar seu insidioso ciclo de autorreforço.

O paradoxo desta situação é evidente, pois, ao mesmo tempo que o marketing é apontado como o problema, neste caso pode ser também a solução, já que o marketing social é uma grande ferramenta de campanhas de massa de interesse público (KOTLER; LEVI, 1969; KOTLER; ZALTMAN, 1971; EL-ANSARY, 1974). Este argumento já havia sido utilizado por Andreasen (2005) e Kotler, Roberto e Leisner (2006). O marketing pode ser o responsável por reduzir os danos causados por comportamentos inadequados (compulsivos) de compra, na medida em que possui os atributos e o talento para tal tarefa. Além do mais, a prática por parte das empresas do marketing societal, ou seja, responsável, ético e sustentável (SHULTZ, 2007; MORETTI, 2010; SILVA, MINCIOTTI; ROMEIRO, 2011) tem crescido nos últimos anos na linha do que foi postulado no início deste item.

Esta tese procura também abordar o tema do comportamento de compra compulsiva sob o prisma da vulnerabilidade. Deve-se refletir sobre a condição assimétrica na qual muitos consumidores, muitas vezes analfabetos funcionais, se encontram perante a enorme quantidade de informações que necessitam compreender. Comprar se tornou, como apresentado no início dessa introdução, uma importante atividade social na sociedade de consumo em que vivemos (BAUMAN, 2008; PORTILHO, 2010). Sua validade não é o foco desta tese, mas sim mostrar as diferenças que existem entre compradores compulsivos e compradores não compulsivos, e com isso contribuir para a ampliação das atividades de apoio contra este comportamento disfuncional.

1.8 Importância do Estudo

Atualmente, existe um grande interesse no reconhecimento e neurobiologia das decisões de consumo, que é alimentada, em parte, pelas transformações socioeconômicas deste princípio de milênio. As fontes de informação na sociedade inundam as pessoas com notícias sobre novas oportunidades potencialmente relevantes e gratificantes, encurtando o tempo para o indivíduo ponderar e decidir adequadamente. Assim, o autocontrole tornou-se

ao mesmo tempo um desafio e um objetivo para homens e mulheres da pós-modernidade, sendo a sua perda representada, por exemplo, pela compra compulsiva.

O consumo excessivo associado ao comprar compulsivo pode ter efeitos nocivos para a nossa sociedade. Sendo assim, o fato de pesquisadores de diversas áreas estarem ávidos para investigar seus principais aspectos pode ser útil, tanto para agentes e empresas motivados a fomentar uma relação duradoura com o consumidor, bem como para instituições interessadas em combater formas aberrantes de consumo, por meio de ações voltadas aos compradores compulsivos (BLACK, 2007; ROBERTS; MANOLIS; TANNER, 2003; MATOS; BONFANTI, 2008).

A fase de crescimento da economia brasileira, que em 2011 alcançou o patamar da sétima economia mundial, gerou como efeitos o aumento de crédito e a melhoria da situação financeira da população, fator que vem contribuindo para um aumento considerável do consumo (BACEN, 2011). Diante deste novo cenário econômico, um olhar pós-moderno sobre o fenômeno do consumo caracteriza-se pelo despertar da consciência a respeito deste tema e pela tentativa de entender o comportamento do indivíduo/consumidor em sua totalidade, sem se limitar ao estudo dos processos e ações que influenciam apenas a lucratividade empresarial (PACHAURY, 2002).

No entanto, apesar da importância do tema e relevantes considerações já obtidas por alguns estudos relacionados com compra compulsiva, percebe-se ainda pouca ênfase na compreensão do comportamento de consumo compulsivo e na maior disseminação do consumo consciente, usualmente negligenciado. Sendo assim, uma melhor investigação do comportamento de compra compulsiva fornecerá conhecimentos mais específicos sobre seu controle e prevenção.

Esta pesquisa integra opiniões e teorias recentes da tomada de decisão de compra numa população pouco estudada, a partir de uma abordagem retirada de um conjunto diversificado de disciplinas, tais como o Comportamento do Consumidor, a Sociologia, a Psiquiatria, Psicologia, Economia, bem como a Neurociência do Consumidor e as Políticas Públicas, fornecendo um quadro abrangente e interdisciplinar para a compreensão do fenômeno da compra compulsiva. Nesse sentido, este estudo torna-se único.

Além disso, acredita-se ser esta pesquisa basilar no campo do consumo das análises que transcendam as críticas e consigam traçar os impactos da sociedade do consumo. É preciso aproximar-se das experiências de vulnerabilidade vividas pelos consumidores compradores compulsivos, principalmente os estudados aqui, para conhecer/intervir e melhor trabalhar com o sofrimento psíquico que a questão do consumo implica no mundo

contemporâneo.

Ademais, a presente tese intenta dar suporte a organizações públicas e privadas na educação desses consumidores/cidadãos para que usufruam das relações de consumo de forma consciente e evitem estados de insolvência financeira e desestruturação familiar, as quais são consequências comuns vivenciadas pelos compradores compulsivos.

No entanto, mesmo após todos os aspectos relevantes apresentados por meio de revisão teórica realizada junto às principais bases de dados nacionais (Eventos e periódicos da ANPAD, Portal Periódicos Capes) e internacionais (*Web Of Science/Isi, Proquest, Ebsco, Lilacs, Medline, Psycinfo, Pubmed, Scielo e Scopus*), não foi identificado nenhum estudo que trate da avaliação da tomada de decisão e as reações emocionais no comportamento de compra compulsiva que utilize métodos neurocientíficos, constatando-se, assim, uma lacuna na literatura acerca do tema.

1.8.1 Pergunta de Pesquisa

- Como se dá a tomada de decisão e as reações emocionais desencadeadas no grupo de compradores compulsivos e no grupo de compradores não compulsivos?

1.9 Objetivos do Estudo

1.9.1 Objetivo Geral

- Analisar a associação entre a tomada de decisão e as reações emocionais em compradores compulsivos e no grupo de compradores não compulsivos.

1.9.2 Objetivos Específicos

- Comparar a tomada de decisão entre compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos;
- Verificar se há diferença nas reações emocionais durante a tomada de decisão entre compradores compulsivos e compradores não compulsivos;
- Correlacionar o desempenho na tomada de decisão e as reações emocionais em compradores compulsivos e no grupo de compradores não compulsivos.

1.10 Estrutura da Tese

Tendo em vista a contextualização do problema de pesquisa na seção anterior, os capítulos da tese são dispostos como descrito a seguir.

O capítulo 1 traz uma introdução geral à problemática da pesquisa, fornecendo o contexto atual do fenômeno da compra compulsiva e os estudos neurocientíficos, a declaração da questão problema, os objetivos da pesquisa e definições dos termos relevantes utilizados ao longo deste trabalho. O capítulo 2 contém uma revisão da literatura sobre a tomada de decisão e as emoções. Neste capítulo também será abordada mais especificamente a compra compulsiva e a vulnerabilidade do consumidor. O capítulo 3 descreve a metodologia da pesquisa utilizada para a coleta de dados, a população do estudo e o desenvolvimento dos métodos de medição dos instrumentos. As técnicas específicas estatísticas utilizadas para a análise dos dados também são discutidos no capítulo 3.

O capítulo 4 apresenta os resultados das análises e a interpretação dos dados. No capítulo 5, apresentam-se as conclusões, limitações e sugestões para futuras pesquisas. A Figura 1 é um fluxograma da estrutura dessa tese.

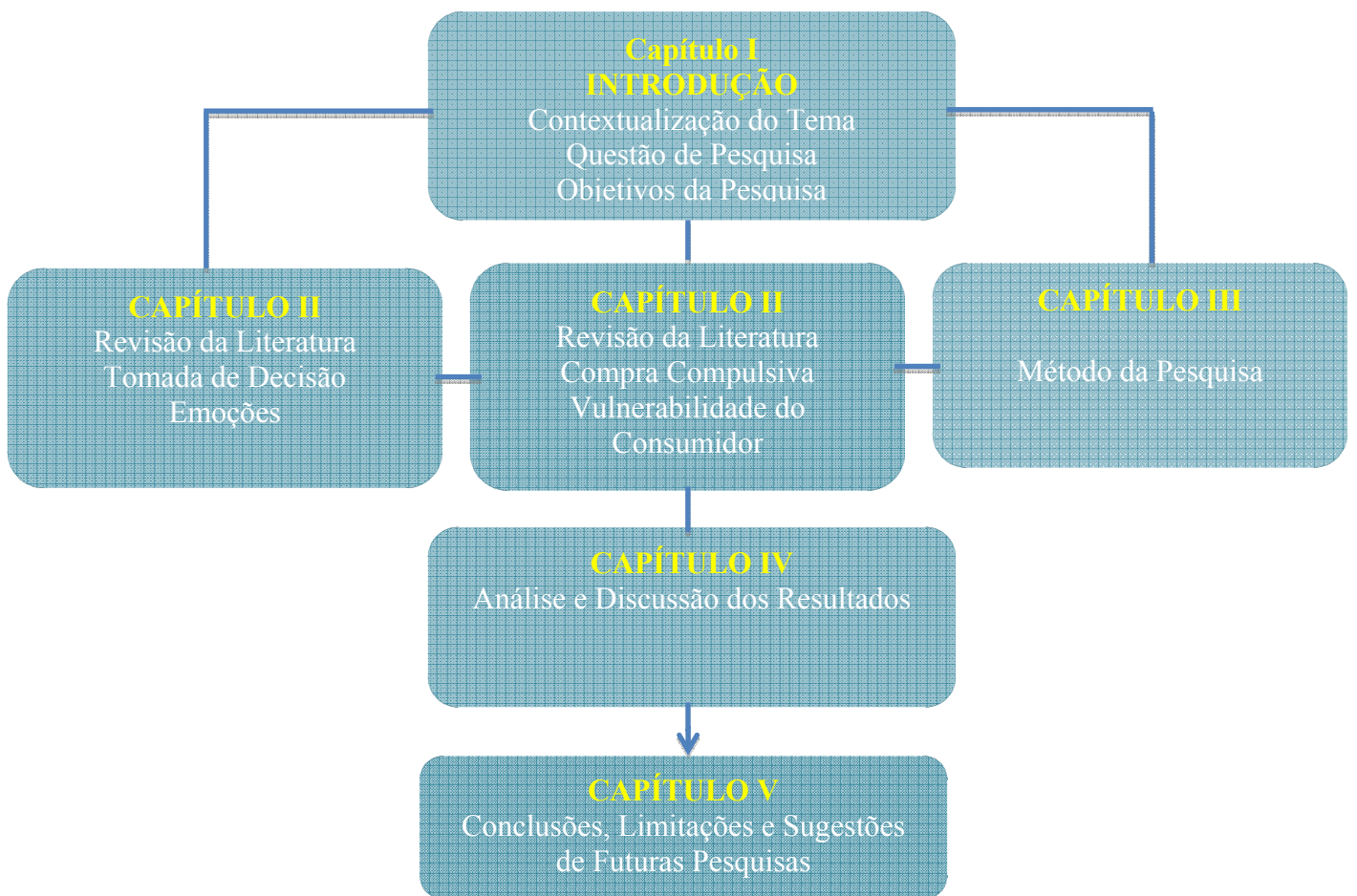


Figura 1: Fluxograma estrutural da tese.

Fonte: Elaborada pela autora.

2 Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

Esta parte destina-se a descrever os principais temas que permeiam a compreensão do papel e a relevância da tomada de decisão, as emoções e o comportamento de compra compulsiva no atual contexto do comportamento do consumidor, partindo dos principais alicerces teóricos, de sua reconstituição histórica e conceitual, chegando ao estado da arte do assunto. Assim, os conceitos aqui tratados buscarão embasar os objetivos propostos neste estudo. Os temas a serem discutidos são visualizados na Figura 2.

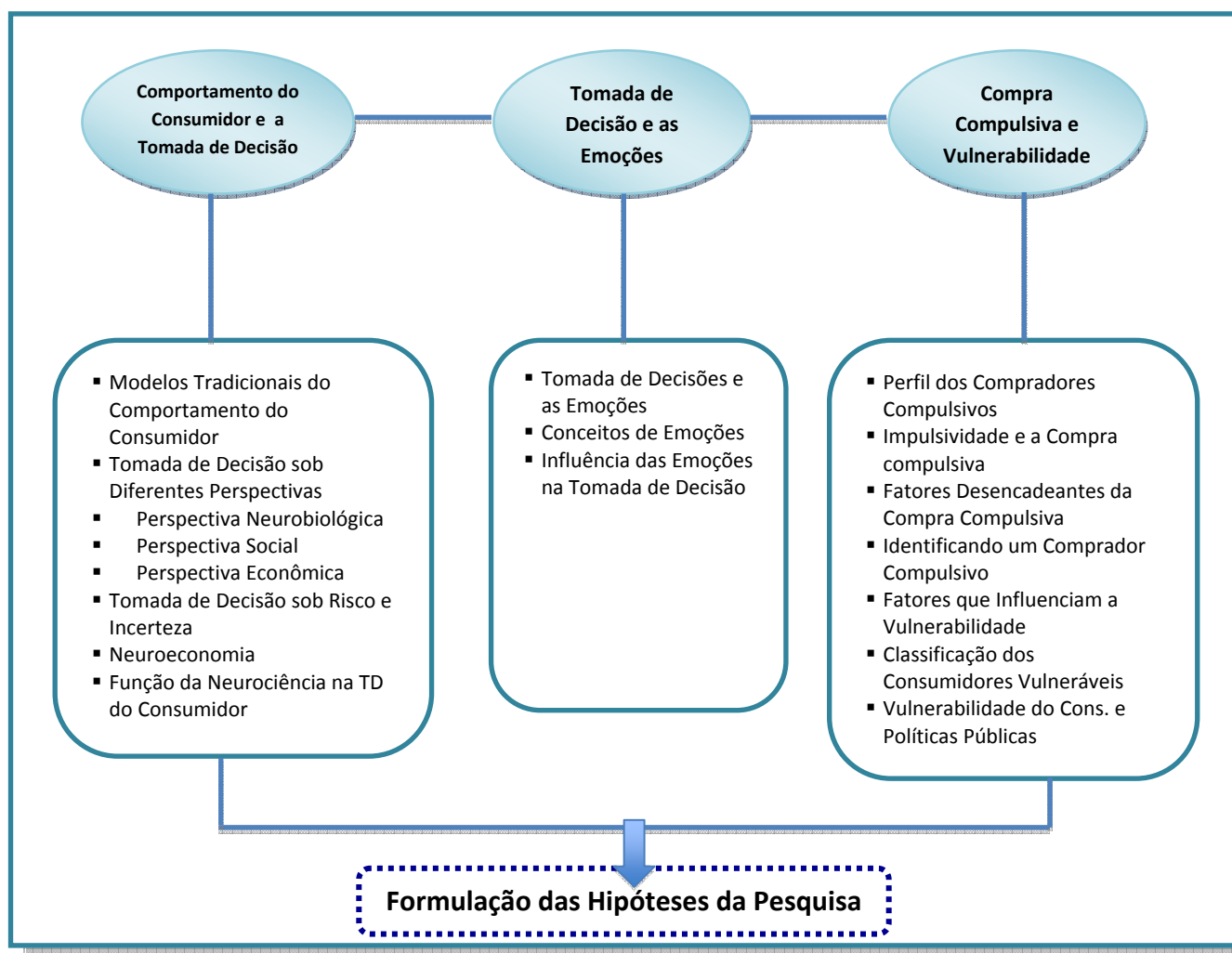


Figura 2: Modelo geral da revisão da literatura

Fonte: Baseado em Lopes, 2010.

Em todas as revisões (Modelos Tradicionais do Comportamento do Consumidor e a Tomada de Decisão; Tomada de Decisão sob Diferentes Perspectivas; Tomada de Decisão e as Emoções; e o Comportamento de Compra Compulsiva, itens 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4

respectivamente), a inclusão dos assuntos (em sub-itens) obedece aos seguintes critérios: primeiro, a importância do assunto na contextualização do constructo dentro do comportamento do consumidor; segundo, o impacto acadêmico e gerencial, com as discussões suscitadas e os desdobramentos decorrentes; por fim, a atualidade do assunto, caracterizando-o como “ainda em discussão”.

2.1 Modelos Tradicionais do Comportamento do Consumidor e a Tomada de Decisão

O estudo do comportamento do consumidor está particularmente associado com a busca do entendimento de como as pessoas decidem gastar os recursos (tempo, dinheiro, esforço) relacionados ao consumo. O alvo de investigação do comportamento do consumidor ao longo de toda sua evolução conceitual visa entender todo o processo de aquisição e descarte de produtos e serviços, verificando o que os consumidores compram, quando, onde, com que frequência, como usam o que compram e como fazem após o consumo (SCHIFFMAN; KANUK, 2000; ENGEL, BLACKWELL; MINIARD, 2000).

Algumas teorias elaboradas por autores, como Marshall, Veblen, Pavlov, Freud, Hobbes e Maslow, resultaram em modelos parciais, servindo de base para o estudo do comportamento do consumidor. Embora mais específicos, foram desenvolvidos modelos em marketing, que descrevem os elementos externos (ambientais) e internos (psíquicos) envolvidos no processo e esquematizam as relações entre esses elementos, as quais, teoricamente, resultam na compra de um item específico. Esses modelos denominados “integrativos” são mais abrangentes ao buscarem entender as variáveis sociais, individuais e institucionais que influenciam o comportamento do consumidor (GOLDSTEIN, 1997; HIRSCHMAN, 1989).

Na análise crítica dos modelos integrativos explicativos encontrados na literatura, alguns pesquisadores têm identificado três modelos de comportamento do consumidor como sendo os mais completos e abrangentes, tais como o modelo de Howard e Sheth (HOWARD; SHETH, 1969), o modelo de Nicosia (NICOSIA, 1966) e o modelo de Engel, Kollat e Blackwell (ENGEL, BLACKWELL; MINIARD, 2000, primeira publicação em 1968) (LOPES, 2010; GOLDSTEIN; ALMEIDA, 2000; MINCIOTTI, 1987; FERREIRA, 1974). Há outros modelos no estudo do comportamento do consumidor que também se destacam, como o modelo holocêntrico de Markin (MARKIN, 1974), o modelo de Kerby (KERBY, 1975 *apud* ZALTMAN; WALLENDORF, 1979), o modelo de processamento de informações de Bettman (BETTMAN, 1979), o modelo de Rao e Vilcassim (RAO; VILCASSIM, 1985), o

modelo experimental do consumidor de Holbrook e Hirschman (HOLBROOK; HIRSCHMAN, 1982 apud HIRSCHMAN, 1989) e o modelo de valores de consumo de Sheth, Newman e Gross (SHETH; NEWMAN; GROSS, 1991a, 1991b).

Todavia, a maioria dos modelos integrativos do comportamento do consumidor são das décadas de 60 e 70 e pouco, portanto, foi desenvolvido nos últimos anos. Percebe-se que as limitações apresentadas têm desencorajado os pesquisadores da área a desenvolverem novos modelos, recaindo o foco dos estudos em modelos parciais. Por outro lado, surge a tendência de integração (holística) com outras áreas do conhecimento como, por exemplo, Economia Comportamental, Psicologia Econômica e a Neurociência, o que poderá dar um novo impulso à modelagem integrativa em geral e, especialmente, ao processo de decisão de compra do consumidor (FERREIRA, 2008; GOLDSTEIN; ALMEIDA, 2000).

Compreender o consumidor e seu processo de tomada de decisão de compra torna-se um aspecto de grande importância na discussão de um modelo de comportamento de compra. Mowen e Minor (2003) ressaltam que neste processo está envolvido o reconhecimento de problemas, a busca por soluções, a avaliação das alternativas, as escolhas dentre essas alternativas e a avaliação pós-compra.

Essa última definição é semelhante ao modelo geral de tomada de decisão de compra apresentado por Engel, Blackwell e Miniard (2000), que o define como um processo de solução de problemas, no qual aspectos utilitários e hedônicos são avaliados em diferentes proporções. Nesse modelo, os autores descrevem todo o caminho percorrido pelo comprador a partir do reconhecimento de sua necessidade de compra, a busca de informações externas e internas, a avaliação de alternativas de compra, a compra propriamente dita, a avaliação pós-consumo e o descarte. Todas as etapas do processo de tomada de decisão do consumidor exercem papel fundamental na experiência de consumo.

Engel, Blackwell e Miniard (2000) destacam que a tomada de decisão do consumidor é influenciada por diversos fatores, que podem ser divididos em três categorias: (1) diferenças individuais, englobando os recursos do consumidor, seu conhecimento, suas atitudes, sua motivação, sua personalidade, seus valores e seu estilo de vida; (2) influências ambientais, englobando cultura, classe social, influência pessoal, família e situação; (3) processos psicológicos, englobando processamento de informação, aprendizagem, mudança de atitude e comportamento.

Sheth, Mittal e Newman (1999a) ressaltam que o processo de tomada de decisão do consumidor não termina no consumo. Isso porque a experiência de comprar e usar um produto provê informações que serão essenciais em compras futuras. Observa-se, então, que o

comportamento de compra do consumidor é um comportamento aprendido. As decisões são tomadas de acordo com o papel desempenhado pelo consumidor, desde o comprador (aquele que efetua a transação), pagador (aquele que é responsável pelo pagamento do bem ou serviço adquirido), até o usuário (aquele que utiliza ou usufrui o que foi comprado).

O envolvimento pessoal é o fator mais importante que molda o tipo de comportamento num processo decisório de compra. Quanto maior for o tempo e a energia despendida na aquisição de um produto ou serviço, maior será a expectativa gerada no consumidor em relação à satisfação com o bem adquirido. Além disso, o elemento temporal pode ser considerado como um importante componente na decisão de compra (comprar agora ou adiar a satisfação imediata da compra), ou seja, envolve a decisão de adiar ou não um comportamento potencialmente gratificante, o que está fortemente relacionado com a compra compulsiva, a qual será mais bem discutida posteriormente (SHETH; MITTAL; NEWMAN, 1999a).

Uma vez que os modelos tradicionais do comportamento do consumidor abordados anteriormente são simplistas e limitados, isso reforça um dos aspectos mais interessantes do idealizado “modelo racional de tomada de decisão”, no qual se sabe que os consumidores, na verdade, não tomam todas as suas decisões racionalmente. Em vez disso, eles tendem a usar um modelo que poderíamos chamar de “racionalidade limitada”, proposto por Simon (1957), que consiste no uso de regras empíricas denominadas de heurísticas da decisão, nas quais as tendências influenciem as decisões. Isso acontece porque, num processo de tomada de decisão, ao invés de buscarem a decisão perfeita ou ideal, os tomadores de decisão (*decision-makers*) frequentemente aceitam uma que irá servir adequadamente a seus propósitos. Surpreendentemente, eles se satisfazem ou aceitam a primeira decisão satisfatória que descobrem, ou seja, ao invés de maximizarem os resultados com suas decisões, eles procuram otimizar os recursos de que dispõem no processo decisório (KANUK; SCHIFFMAN, 2000).

No entanto, o comportamento de compra compulsiva não se enquadra no tradicional processo decisório de consumo (ARNOULD; PRICE; ZINKHAN, 2004). Enquanto as compras planejadas se iniciam com o reconhecimento de um problema, passando pela busca de informações e avaliação das alternativas de compra, até a decisão de consumir, as compras compulsivas têm forte apelo emocional e pouco controle do consumidor sobre o processo de compra. Nesse caso, o consumidor está mais focado nas compras como uma atividade em si, juntamente com o envolvimento sensorial e emocional que a compra proporciona e não na aquisição de um produto (YOUN; FABER, 2000; O “GUINN; FABER, 1989; ROOK, 1987; STERN, 1962).

Como esta pesquisa tem o foco no melhor entendimento do comportamento do consumidor compulsivo, comportamento esse que foge ao padrão dos modelos tradicionais do comportamento do consumidor, observou-se a necessidade de explorar com mais profundidade o processo de tomada de decisão, desde a sua perspectiva neurobiológica à visão das recentes áreas de pesquisa, a Neuroeconomia e a Neurociência do Consumidor.

2.2 Tomada de Decisão sob Diferentes Perspectivas

Conceitualmente, a tomada de decisão (TD) pode ser dividida, tanto funcionalmente, como temporalmente, em processos ou estágios parcialmente distintos: (1) a avaliação e formação de preferências entre as opções possíveis; (2) a seleção e execução de uma ação; e (3) a experiência ou avaliação de um resultado. A tomada de decisão engloba uma ampla gama de comportamentos, tendo em comum a estrutura genérica de entrada-processo-saída-feedback (ERNST; PAULUS, 2005). Entrada refere-se à apresentação de estímulos separados, cada estímulo prevendo um resultado mensurável gratificante ou aversivo; processo refere-se à apreciação desses estímulos e formação de preferência; saída refere-se à ação realizada em resposta aos estímulos selecionados. Feedback é a experiência e avaliação do resultado, que segue a ação perpetuada nos estímulos selecionados. O feedback é usado para aprender sobre os valores dos estímulos.

A análise da tomada de decisão tem recebido atenção considerável de psicólogos e economistas (KAHNEMAN; TVERSKY, 1979a); LOEWENSTEIN *et al.* (2001); (SLOVIC *et al.*, 2005), neurologistas e neuropsicólogos (BECHARA, 2004; CLARK *et al.*, 2003; DAMÁSIO; DAMÁSIO; CHRISTEN, 1996b; LHERMITTE; PILLON; SERDARU, 1986; SHALLICE; BURGESS, 1991), psiquiatras (ERNST *et al.*, 2004; PAULUS *et al.*, 2003a; ROGERS *et al.*, 1999), e neurocientistas (CLARK; COOLS; ROBBINS, 2004; GLIMCHER, 2002; GOLD; SHADLEN, 2001; PLATT; GLIMCHER, 1999). Incursões iniciais sobre tomada de decisão na área médica evoluíram da sistemática de exames em pacientes com lesões bem definidas no cérebro (BECHARA, 2004; DAMÁSIO; DAMÁSIO; CHRISTEN, 1996b). Estas pesquisas não só identificaram regiões do cérebro essenciais para uma decisão adaptativa, mas também forneceram modelos conceituais dos aspectos críticos de tomada de decisão, como, por exemplo, a Hipótese do Marcador Somático (HMS) (DAMÁSIO, 1996a). Fato ainda mais importante, os estudos sobre lesões cerebrais *versus* tomada de decisão têm fornecido paradigmas experimentais como o desenvolvimento do *Iowa Gambling Task* (IGT) (BECHARA *et al.*, 1994), bem como hipóteses para um campo relativamente novo de

pesquisa de neuroimagem funcional. Finalmente, a integração da Psicologia Econômica, que examina as regras que orientam as escolhas (KAHNEMAN; TVERSKY, 2003), e a Neurociência, que estabelece os modelos neurais do comportamento modulado por recompensa (SCHULTZ, 2002; SCHULTZ; DAYAN; MONTAGUE, 1997), tem levado a pesquisa sobre tomada de decisão para um nível bastante avançado.

A ampla literatura no âmbito da Psicologia e das Ciências Sociais, que aborda a influência do contexto ambiental na tomada de decisão, opera em múltiplos níveis, sensorial, cognitivo, afetivo e social. Essas influências também podem ser rastreadas ao longo dos diferentes estágios da tomada de decisão (ERNST; PAULUS, 2005). Por isso, torna-se imprescindível o entendimento da tomada de decisão sob suas várias perspectivas. No próximo tópico, será explorada a perspectiva neurobiológica da tomada de decisão humana.

2.2.1 Perspectiva Neurobiológica da Tomada de Decisão

Nesse subcapítulo, identificar-se-á um terreno comum entre esses pesquisadores, procurando-se incorporar os resultados atuais em um quadro mais geral que aborda aspectos importantes da TD, mais especificamente as possíveis contribuições desta no entendimento peculiar das decisões no comportamento da compra compulsiva.

Estudos neurobiológicos da TD estão começando a ampliar a nossa compreensão do comportamento econômico e social, bem como nosso entendimento de problemas de saúde significativos, identificando como o comportamento das pessoas desempenha um papel fundamental na tomada de decisão (KABLE; GLIMCHER, 2009). A combinação de métodos precisos de Neurociência, tais como técnicas de imagem cerebral, a ressonância magnética funcional (fMRI), o eletroencefalograma (EEG), juntamente com os modelos matemáticos detalhados na Economia, como, por exemplo, a Teoria da Utilidade, começou a demonstrar que o cérebro pode de fato calcular alguns valores de decisão em formas semelhantes aos previstos pelo modelo econômico. Esta abordagem pode ser usada para seguir trajetórias de desenvolvimento das diferentes etapas da tomada de decisão e identificar déficits únicos associados com diferentes patologias (ERNST; PAULUS, 2005).

A neurobiologia da TD aqui apresentada baseia-se num quadro de sistemas neurais, principalmente baseados em neuroanatomia funcional. Apesar de não abordar diretamente os substratos neuroquímicos dos vários processos envolvidos na tomada de decisão, vários sistemas de neurotransmissores têm levantado a hipótese de uma influência decisiva na TD. Por exemplo, a dopamina está envolvida em sistemas de recompensa (DI CHIARA *et al.*,

2004; WISE, 1996) e aprendizagem associativa (SCHULTZ, 2002), a serotonina, em impulsividade e emoção (HOLLANDER; ROSEN, 2000), a acetilcolina, na memória (GOLD, 2003), e a noradrenalina, na atenção e excitação (BERRIDGE; WATERHOUSE, 2003; ROBBINS, 1997). No entanto, a interação entre esses moduladores neuroquímicos e a tradução de suas ações em nível molecular é uma área de pesquisa ativa que está além do escopo desta revisão (ERNST; PAULUS, 2005).

O problema da TD é um desafio, porque os resultados futuros de uma determinada ação raramente são totalmente previsíveis (KAHNEMAN; TVERSKY, 1979a). Por isso, os tomadores de decisão devem sempre levar em consideração a incerteza quando fazem escolhas. Além disso, essas medidas de resultado das relações podem mudar com frequência, exigindo adaptação das estratégias de tomada de decisão que dependem dos resultados observados nas suas escolhas anteriores.

Assim, estudos neurobiológicos sobre a tomada de decisão têm-se centrado sobre os mecanismos cerebrais para mediar o efeito da incerteza e melhorar as estratégias da tomada de decisão por tentativa e erro. Tais estudos descobriram que sinais relacionados à recompensa, magnitude e probabilidade são comuns no cérebro e, muitas vezes, modulados pelo processo ativo da tomada de decisão (PLATT; GLIMCHER, 1999; PREUSCHOFF; BOSSAERTS; QUARTZ, 2006). Algumas destas áreas do cérebro podem ser envolvidas também na atualização da preferência e estratégias de tomadores de decisão (LEE, 2008; SCHULTZ; DAYAN; MONTAGUE, 1997; TRICOMI; DELGADO; FIEZ, 2004).

Diante da perspectiva neurobiológica da TD, observa-se a necessidade de compreender o comportamento decisional do indivíduo quando este interage no ambiente social e econômico.

2.2.2 Perspectiva Social da Tomada de Decisão

Em um grupo social, a tomada de decisão apresenta duas características únicas. Primeiro, os seres humanos e outros animais rotineiramente alteram os seus comportamentos em resposta a mudanças no seu ambiente físico e social. Como os resultados das decisões dependem dos comportamentos de vários decisores que são difíceis de prever, isso requer estratégias altamente adaptáveis à TD. Em segundo lugar, os tomadores de decisão podem ter outras preferências relativas e, portanto, as interações sociais abrem a possibilidade de competição e cooperação. Seres humanos e animais, de fato, agem não apenas para maximizar o seu próprio interesse, mas às vezes também para aumentar ou diminuir o bem-estar dos

outros ao seu redor. Estes aspectos únicos de tomada de decisão social se refletem na atividade de áreas do cérebro envolvidas na aprendizagem e avaliação (LEE, 2008).

Nos últimos anos, muitos estudos neurobiológicos têm explorado a teoria dos jogos para sondar a base neural da tomada de decisão, e descobriram que estas características únicas de tomada de decisão social (TDS) podem ser refletidas nas funções de áreas do cérebro envolvidas na avaliação de recompensa e reforço de aprendizagem. Estudos de genética molecular também começaram a identificar os mecanismos genéticos para características pessoais relacionados com reforço de aprendizagem e tomada de decisão social complexa, iluminando a base biológica do comportamento social (LEE, 2006).

Estudos de neuroimagem em seres humanos também descobriram sinais relacionados com a recompensa esperada em múltiplas áreas do cérebro, tais como a amígdala, o estriado, a ínsula e o córtex órbito-frontal (Figura 3). A neuroimagem, por apresentar natureza não invasiva, torna possível investigar os mecanismos neurais da complexa decisão financeira e social em seres humanos (KNUTSON; COOPER, 2005; MONTAGUE; KING-CASAS; COHEN, 2006; O'DOHERTY, 2004).

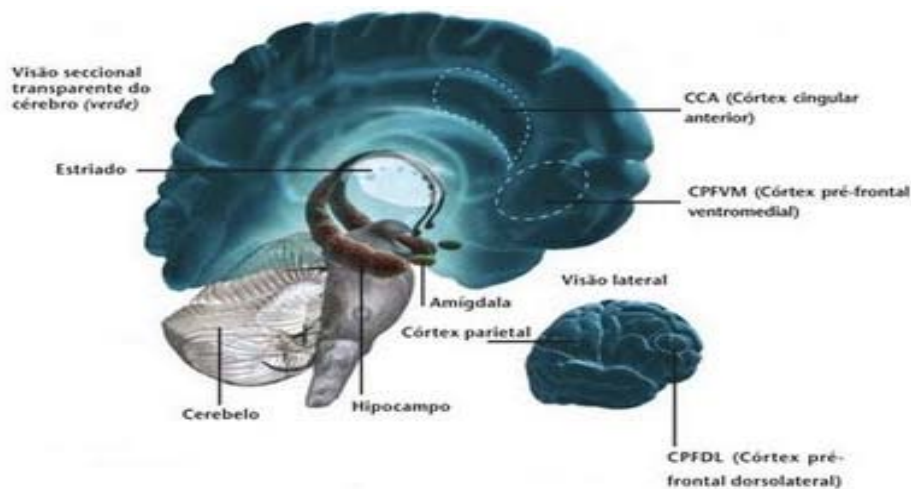


Figura 3: Múltiplas áreas do cérebro

Fonte: <http://lupitavaazquez.blogspot.com.br/2011/12/funcion-del-cerebro.html>

A tomada de decisão socialmente interativa tende a ser dinâmica e o processo de descobrir uma estratégia ótima pode ser ainda mais complicado, pelo fato de que os tomadores de decisão, muitas vezes, agem de acordo com suas preferências em relação aos outros. No entanto, os processos básicos neurais envolvidos na avaliação dos resultados e reforço de aprendizagem podem ser aplicáveis, independentemente do fato do resultado da

escolha determinada ser social ou não. De igual modo, os estudos de imagem descobriram que muitas áreas do cérebro envolvidas na avaliação de recompensa e reforço de aprendizagem, tais como o corpo estriado, ínsula e córtex órbito-frontal, também são recrutados durante a TDS. No entanto, a atividade nessas áreas cerebrais durante a TDS também é influenciada por fatores que são exclusivos para interações sociais.

Uma das áreas que desempenham um papel fundamental na TDS é o estriado. Durante a TD sem quaisquer interações sociais, a atividade no estriado é influenciada pela previsão de real recompensa e erros fictícios (LOHRENZ *et al.*, 2007; McCLURE; BERNS; MONTAGUE, 2003; O'DOHERTY *et al.*, 2003). Recompensar erros de previsão durante a TDS também muda a atividade do estriado (RILLING; KING-CASAS; SANFEY, 2008).

A TDS representa um dos comportamentos humanos mais complexos, e que muitas vezes requer que os indivíduos reconheçam as intenções dos outros corretamente e ajustem suas estratégias comportamentais rapidamente. Além disso, os seres humanos podem cooperar ou competir um com o outro. Diversos fatores influenciam a extensão em que os seres humanos sacrificariam seus ganhos pessoais, a fim de aumentar ou diminuir o bem-estar dos outros. Como demonstrado por uma série de estudos recentes sobre as bases neurais da TD, tais decisões sociais complexas podem ser investigadas quantitativamente pela aplicação da teoria dos jogos. Esses estudos revelaram que as áreas-chave do cérebro envolvidas no reforço de aprendizagem, como o estriado e o córtex órbito-frontal, também fundamentam as escolhas feitas em ambientes sociais. No entanto, o nosso conhecimento atual dos mecanismos neurais para a TDS ainda é limitado. Isso vai melhorar à medida que compreendermos melhor a base genética e neurofisiológica do processamento de informações no sistema de recompensa cerebral (MONTAGUE; KING-CASAS; COHEN, 2006).

2.2.3 Perspectiva Econômica da Tomada de Decisão

Um dos estudos seminais sobre tomada de decisão foi proposto por Von Neumann e Morgenstern (1944 apud WALD, 1947), dentro do campo da Economia. A abordagem dos autores mostravam que o problema do comportamento racional estava além da maximização de resultados e que se alinhava aos problemas relacionados à teoria dos jogos. Os modelos subjacentes a esse estudo usavam modelos matemáticos para fazer previsões de TD e se baseavam em pressupostos relacionados à ordenação de alternativas, dominância, cancelamento, transitividade, continuidade e invariância (CÉSAR *et al.*, 2011).

No entanto, mesmo com a reconhecida relevância desses estudos, sabe-se que em

ambientes complexos as decisões não seguem estritamente os modelos matemáticos prescritos nessa linha, conforme já afirmava Simon, em 1955, e outros estudos subsequentes. Os novos modelos, denominados descritivos ao invés de prescritivos, construídos a partir da descrição do comportamento do decisor, contrariaram o conceito de **homem econômico**, que, frente a um conjunto organizado de preferências, teria a capacidade computacional de calcular os cursos de ação que o levassem ao ponto mais alto de sua escala de preferências (CÉSAR *et al*, 2012). Simon (1995) já defendia: o homem econômico é um mito e para vários propósitos estamos interessados em modelos de racionalidade limitada mais do que modelos de racionalidade relativamente global.

Diversos experimentos mostram que a racionalidade esperada por meio da teoria da utilidade nem sempre é verificada na prática. Nesse contexto, a Teoria de Prospecto (*Prospect Theory*), desenvolvida por Kahneman e Tversky em 1979, surge como uma alternativa sobre as escolhas dos indivíduos, representando uma forte crítica à teoria da utilidade esperada como ferramenta de descrição do processo de tomada de decisão econômica.

A Teoria do Prospecto difere das teorias anteriores em vários aspectos: substitui a noção de utilidade por valor (definido como ganho ou perda), postula que a função de valor para ganho é diferente da função de valor para perda, prediz o efeito da certeza, no qual as pessoas atribuem maior peso a resultados certos do que a resultados que são apenas prováveis, apresenta o efeito reflexivo que postula que o reverso dos prospectos reverte a ordem de preferência, com a certeza aumentando a aversão à perda e o desejo de ganhos, discute o efeito de isolamento, no qual as pessoas deixam de lado os aspectos que são compartilhados por diferentes resultados, focando nos componentes que os distinguem (KAHNEMAN; TVERSKY, 1979a).

Considerando que as decisões financeiras podem ser influenciadas por processos mentais, outros aspectos também são relevantes no comportamento do decisor durante a decisão: características individuais do sujeito que decide, a situação sobre a qual se decide, bem como a influência de aspectos sociais sobre a decisão individual (HOGARTH; KARELAIA, 2005; KAHNEMAN; TVERSKY, 1979b; PLOUS, 1993).

Os estudos relacionados com a tomada de decisão econômica têm avançado com a interdisciplinaridade de áreas. Embora a Psicologia cognitiva já fosse parceira das áreas como Economia, Comportamento do Consumidor e Finanças há muitas décadas, a parceria com a Neurociência é mais recente e tem como foco o uso de ferramentas de investigação típicas da Neurociência aplicadas aos estudos sobre decisões econômicas. A percepção que se tem, do ponto de vista do senso comum, é que com estes estudos se possa “ver” em tempo

real como uma pessoa pensa e como chega às suas decisões. Se isto fosse verdade, as implicações para a área econômica seriam inimagináveis.

Todavia, os estudos científicos mostram que a concretização desta conclusão ainda está muito longe. Isto porque: 1) o processo de TD é extremamente complexo; 2) envolve avaliação de riscos e benefícios; 3) recruta diversos processos cognitivos que estão relacionados entre si; 4) envolve considerações de múltiplas alternativas e cálculos de probabilidade *versus* análise de possibilidades; 5) envolve dedução das possíveis consequências futuras das escolhas; 6) mobiliza uma grande quantidade de circuitos neurais que não podem ser facilmente atribuídos a uma área específica do cérebro (CAMERER; LOEWENSTEIN; PRELEC, 2005; FRANKEN, 2007); e 7) o processo de decisão se altera dependendo da idade de quem decide (BROWN; RIDDERINKHOF, 2009; CHAMBERS; TAYLOR; POTENZA, 2003; FJELL *et al.*, 2007).

Diante do exposto, o processo de escolha nas transações econômicas vem despertando cada vez mais a curiosidade de estudiosos das áreas de Economia e Marketing em busca da compreensão de como os consumidores priorizam suas preferências e definem suas escolhas. Um campo de estudo em crescimento é a Neuroeconomia, tópico abordado a seguir.

2.2.3.1 Neuroeconomia

Os avanços em Neurociência geraram novos campos de estudo na área de negócios, como a Neuroeconomia e o Neuromarketing, que levam em consideração processos que ocorrem durante a tomada de decisão, revelando a inter-relação entre áreas de processamento lógico e áreas relacionadas a aspectos emocionais, como sistemas de recompensa e emoções, dentre outros (CAMERER; LOEWENSTEIN; PRELEC, 2005; SHIV *et al.*, 2005).

O surgimento nos últimos anos da abordagem neuroeconômica para o julgamento e tomada de decisão ofereceu métodos inovadores para o estudo de como fazemos nossos julgamentos e decisões cotidianas. Neuroeconomia tem procurado integrar ideias das áreas de Psicologia, Neurociência e Economia, em um esforço para melhor especificar modelos de escolha e decisão, tendo, ainda aplicado as diversas abordagens teóricas e métodos experimentais destes campos, obtendo progressos significativos na construção de modelos mais completos de tomada de decisão (SANFEY; CHANG, 2008).

Esses modelos representam uma mudança na economia, em direção a uma visão amplamente aceita por ambos psicólogos cognitivos (SCHNEIDER; SHIFFRIN, 1977) e sociais (CACIOPPO; PETTY, 1981). Como os pressupostos subjacentes aos modelos

econômicos tornam-se cada vez mais consistentes à intuição psicológica e à realidade empírica, os psicólogos provavelmente encontrarão as técnicas e conhecimentos oferecidos por esses modelos mais facilmente importáveis, levando a fertilização disciplinar cruzada no sentido oposto do que ocorreu até agora (LOEWENSTEIN; RICK; COHEN, 2008).

Além disso, as últimas previsões não necessitam ser limitadas a domínios tipicamente estudados por psicólogos. A economia está centralmente focada em traçar as implicações agregadas no comportamento do indivíduo. Na verdade, a grande conquista da economia é a agregação de entendimentos. Os modelos econômicos em formação pela Neuroeconomia podem oferecer novo ponto de vista a psicólogos interessados em fenômenos de grande escala (LOEWENSTEIN; RICK; COHEN, 2008).

Rangel, Camerer e Montague (2008) destacam a gama de potenciais aplicações, sendo que a área mais importante em que o conhecimento da Neuroeconomia pode ser aplicado é a psiquiatria. Muitos transtornos psiquiátricos envolvem um fracasso de um ou mais dos processos de tomada de decisão já descritos aqui. Uma melhor compreensão destes processos deve conduzir a um melhor diagnóstico e tratamento.

Outra área de aplicação é o sistema judicial. A questão central em muitos processos judiciais é definir e medir se os indivíduos estão em pleno comando das suas tomadas de decisão. A Neuroeconomia tem o potencial de fornecer melhores respostas a esta pergunta. Da mesma forma, uma melhor compreensão do porquê as pessoas experimentam falhas de autocontrole deve levar a melhores políticas públicas, intervenções em áreas que vão da dependência e da obesidade até a poupança. O campo também tem o potencial de melhorar a nossa compreensão diante das preferências de consumo, de como as estratégias de marketing afetam as decisões e de quando devem ser reguladas (RANGEL; CAMERER; MONTAGUE, 2008).

Pesquisas dessa natureza prometem aumentar consideravelmente nossa compreensão da tomada de decisão, sob condições de risco e incerteza, escolhas intertemporais e tomada de decisão social. Além disso, oferecem oportunidades para as diversas áreas que estudam esse importante processo para integrar mais plenamente os pesquisadores e permitir que se tornem mais cientes do trabalho interdisciplinar que pode ser relevante para as suas próprias investigações (SMITH; HUETTEL, 2010).

2.2.3.2 Tomada de Decisão sob Risco e Incerteza

Para Platt e Huettel (2008), a incerteza tem sido definida de muitas maneiras para diversos fins. Considerando-se o estado psicológico em que um tomador de decisão se encontra no momento de decidir e que este indivíduo não tem conhecimento sobre o resultado que vai se seguir a partir de sua escolha, o aspecto da incerteza mais comumente abordado por economistas e neurocientistas é o de risco, o qual se refere a situações com uma distribuição conhecida de resultados possíveis. Considerações iniciais de risco foram amarradas a um problema de grande interesse para os intelectuais do século XVII, ou seja, como apostar sabiamente em jogos de azar.

Blaise Pascal reconheceu que, ao calcular a probabilidade de diferentes resultados de um jogo, um apostador informado pode escolher a opção que proporcionará a maior combinação de valor (v) e a probabilidade de acontecer (p). Esta quantidade ($v \times p$) atualmente é conhecida como *valor esperado* (PLATT; HUETTEL, 2008). Para esses autores, o valor esperado ainda é, muitas vezes, um mau indicador de escolha. O fenômeno, no qual o indivíduo sacrifica o valor esperado por uma opção avaliada por ele como mais segura, é conhecida como aversão ao risco. No entanto, a influência de risco e recompensa na tomada de decisão pode depender de muitos fatores.

Platt e Huettel (2008) citam uma importante área de investigação em curso, o estudo das diferenças individuais na tomada de decisões em condições de risco e incerteza. Para abordar esta questão, alguns estudos têm avaliado se as atitudes de risco constituem um traço de personalidade. Em parte, esses esforços refletem a intuição do público e da comunidade científica de que alguns indivíduos são inerentemente propensos ao risco, enquanto outros são consistentemente avessos ao risco. Apesar da sua plausibilidade, a identificação de um fenótipo de *propensos ao risco* tem tido insucessos em vários problemas difíceis. Primeiro, a assunção de risco parece ser um domínio altamente específico, de tal forma que se podem encontrar atitudes muito diferentes em relação ao risco, considerando situações de decisões financeiras *versus* decisões em relação a saúde e a decisões sociais.

Loewenstein *et al.* (2001), que propôs o risco como sentimentos, postulava que as pessoas reagem a riscos, avaliando dois níveis: na forma mais racional guiadas por modelos unitários, mas também em um nível emocional. Por exemplo, as respostas emocionais aos riscos tendem a ser fortemente relacionadas à novidade, pois nós reagimos mais emocionalmente a novos riscos (muitas vezes de baixa probabilidade de acontecer) do que aqueles com que estamos familiarizados (embora possam ser muito mais prováveis de

ocorrer). Isso pode explicar porque as pessoas pareciam, inicialmente, reagir mais ao risco de terrorismo nos anos imediatamente após o ataque de 11 de setembro, e menos ao risco muito mais familiar de comer, beber e falar ao telefone celular enquanto dirigem (LOEWENSTEIN; RICK; COHEN, 2008).

Independentemente de qual sistema no cérebro fornece sinais iniciais sobre a incerteza de recompensas iminentes, uma questão importante para estudiosos da tomada de decisão sob risco é a forma como essas informações sofrem influências de preferências de risco e como essas preferências são mapeadas em ações que expressam decisões (PLATT; HUETTEL, 2008).

O córtex cingulado posterior (CGP) pode estar envolvido na tomada de decisão arriscada (MCCOY; PLATT, 2005). Com base na anatomia, o CGP está bem situado para traduzir sinais de avaliação subjetivos para escolha, porque faz conexões com áreas do cérebro envolvidas no processamento de recompensa, atenção e ação. Além disso, essa área é ativada durante a tomada de decisão quando as recompensas são incertas em qualquer quantidade ou tempo (KABLE; GLIMCHER, 2007; SMITH *et al.*, 2002) e a magnitude de ativação depende do apelo subjetivo de recompensas prometidas (SMALL *et al.*, 2001).

Indivíduos impulsivos tomam decisões arriscadas, motivados mais pela recompensa imediata, em vez de ponderarem as potenciais consequências negativas de longo prazo de suas escolhas, sugerindo maior sensibilidade desse grupo à recompensa e/ou sensibilidade reduzida a resultados negativos (AINSLIE, 1975; MARTIN; POTTS, 2009)

Platt e Huettel (2008) reproduziram imagens cerebrais especificando as regiões envolvidas na tomada de decisões em condições de incerteza (ver Figuras 4, 5 e 6), nas quais são mostrados os locais de ativação que foram selecionados por ressonância magnética funcional f(MRI):

(a) estímulos aversivos, opções de decisões que envolvem aumento de risco ou punições em si têm sido frequentemente observado ativando o córtex insular (INS) e o córtex pré-frontal ventrolateral (vIPFC) (HUETTEL; SONG; MCCARTHY, 2005; KUHNEN; KNUTSON, 2005; O'DOHERTY *et al.*, 2001; PAULUS *et al.*, 2003a; SANFEY *et al.*, 2003);

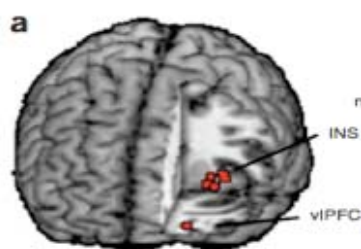


Figura 4: Ativação do córtex insular (INS) e do córtex pré-frontal ventrolateral (VIPFC)

Fonte: Adaptado de Platt e Huettel (2008).

(b) recompensas inesperadas modulam a ativação do estriado (STR) (DELGADO *et al.*, 2000; KABLE; GLIMCHER, 2007; KABLE; GLIMCHER, 2009; KNUTSON *et al.*, 2005; KUHNEN; KNUTSON, 2005; TOM *et al.*, 2007), particularmente o seu lado ventral, bem como o córtex pré-frontal (mCPF) (KABLE; GLIMCHER, 2007; KNUTSON *et al.*, 2005; KUHNEN; KNUTSON, 2005; O'DOHERTY *et al.*, 2001);

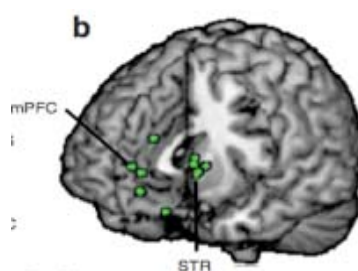


Figura 5: Ativação do estriado (STR)

Fonte: Adaptado de Platt e Huettel (2008).

(c) os processos executivos de controle necessários para a avaliação de opções de escolhas incertas são suportados pelo córtex pré-frontal dorsolateral (CPFDL) (PAULUS, 2005; PAULUS *et al.*, 2003b; SANFEY *et al.*, 2003) e no córtex parietal posterior (CPP) (HUETTEL; SONG; MCCARTHY 2005; PAULUS *et al.*, 2001). Cada círculo indica um foco de ativação de um único estudo. Todos os locais são mostrados no hemisfério esquerdo, para facilidade de visualização.

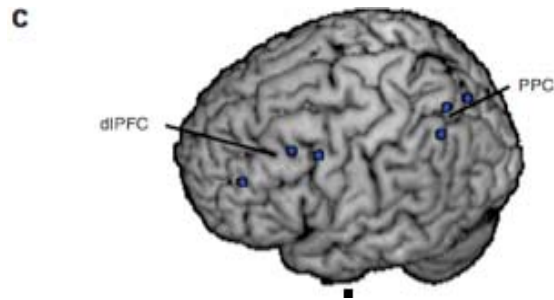


Figura 6: Ativação do córtex pré-frontal dorsolateral (CPFDL) e córtex parietal posterior (CPP)

Fonte: Adaptado de Platt e Huettel (2008).

2.2.3.3 A Tomada de Decisão do Comprador Compulsivo

Existem poucos estudos neuropsicológicos com indivíduos que apresentam Transtornos do Controle dos Impulsos (TCIs), mas os estudos encontrados sugerem que populações que apresentam comportamentos impulsivos, como jogadores patológicos, geralmente demonstram prejuízo em relação à tomada de decisão quando comparados com controles normais ou com outros transtornos (GOUDRIAAN *et al.*, 2005). Kyrios *et al.* (2004) comparou compradores compulsivos com armazenadores compulsivos e portadores de TOC, utilizando a escala *Compulsive Buying Scale* (CBS) (FABER; O'GUINN, 1982), para avaliar compra compulsiva e a escala *Frost Indecisiveness Scale* (FIS) (FROST; SHOWS, 1993), para avaliar a tomada de decisão. Os autores concluíram que compradores compulsivos apresentam maior dificuldade de tomada de decisão do que os outros dois grupos.

Considerando a proposta de independência diagnóstica da CC, autores apontam que o alto de índice de impulsividade nesta população é marcante e é justamente o que a diferencia dos demais transtornos ao qual é associada (LEJOYEUX; WEINSTEIN, 2010; KYRIOS *et al.*, 2004). As escalas que identificam se o comprador é compulsivo ou não (escala de rastreio) apontam que os critérios diagnósticos propostos para a CC são semelhantes aos de dependência de substância, de jogo patológico e de outros TCIs (LEJOYEUX; WEINSTEIN, 2010).

2.2.4 Função da Neurociência na Tomada de Decisão do Consumidor

A perspectiva de voltar-se para as variáveis biológicas da Neurociência para informar modelos de comercialização e de tomada de decisão de consumo pode, a princípio, parecer

exagero (YOON *et al.*, 2012). Nos últimos anos, tem sido crescente o interesse na integração, na aplicação das teorias neurocientíficas e nos conceitos e métodos para a pesquisa em comportamento do consumidor. A disciplina *consumer neuroscience*, que resultou da abordagem inovadora da **neuroeconomia**, que também incorporou o termo mais conhecido como **neuromarketing**, investiga problemas de consumo e de marketing por meio de métodos e descobertas da Neurociência (KENNING; LINZMAJER, 2011; LEE; BRODERICK; CHAMBERLAIN, 2007a; ZEELENBERG, 1999).

Para estes mesmos autores, a Neurociência pode beneficiar significativamente a pesquisa no campo do comportamento do consumidor, particularmente na tentativa de entender melhor o comportamento humano em processos de decisão. Embora *consumer neuroscience* ainda seja uma disciplina incipiente, constitui um avanço nas investigações e expansão da teoria. As pesquisas em tomada de decisão têm sido beneficiadas a partir da perspectiva de preferências reveladas, que segue a tradição behaviorista em se concentrar na observação do que as pessoas realmente escolhem (ou no estado em que elas vão escolher). Essa perspectiva tem percorrido um longo caminho na promoção de teorias empiricamente testáveis.

Kenning e Linzmajer (2011) observam que as modernas técnicas e métodos da Neurociência têm facilitado um olhar mais direto para a funcionalidade do cérebro como sendo a base para a disciplina *consumer neuroscience*, embora o uso de métodos neurobiológicos como o eletroencefalograma (EEG) não sejam novidade na pesquisa de marketing. A observação direta dos processos cerebrais por outros métodos, como a tomografia por emissão de pósitrons (PET) ou a ressonância magnética funcional (fMRI), fornece uma perspectiva diferente para a área de marketing (PLASSMANN *et al.*, 2007).

A localização das áreas corticais ativadas durante o processamento de estímulos no consumidor oferece novas opções e possibilidades, que os métodos tradicionais não podiam oferecer. Diversos aspectos podem ser mais bem esclarecidos: 1) a abordagem de *consumer neuroscience* permite testar as teorias existentes, que são baseadas em diferentes mecanismos neurais (por exemplo, a teoria de lateralização cerebral), por meio da investigação dos processos reais que ocorrem no cérebro *in vivo*; 2) a observação de todo o cérebro tem o potencial de detectar novos mecanismos que estão associados a comportamento do consumidor; 3) a atividade do cérebro fornece uma perspectiva objetiva (HUETTEL; PAYNE, 2009). Os métodos de autoavaliação, que dependem da capacidade dos seres humanos para reconstruir e descrever seus sentimentos e pensamentos, são muitas vezes subjetivos e, além disso, muitos dos processos biológicos/fisiológicos que afetam o

comportamento acontecem inconscientemente (KAHNEMAN; TVERSKY, 2003). Portanto, o filtro cognitivo dos participantes do estudo podem distorcer os métodos de autoavaliação; 4) a conveniência estratégica de comportar-se socialmente pode ser eliminada pelo fato dos participantes do estudo terem pouca ou nenhuma influência sobre sua atividade cerebral medida (CAMERER; LOEWENSTEIN; PRELEC, 2005); 5) os pesquisadores em consumo usando técnicas de imagem cerebral podem ser capazes de capturar informações sobre o cérebro simultaneamente para os momentos de percepção, processamento e tomada de decisão (LEE; CHAMBERLAIN, 2007b).

Finalmente, a integração de ferramentas e teorias neurocientíficas em pesquisas de consumo pode ajudar a adicionar uma nova perspectiva teórica da Biologia para a pesquisa do comportamento do consumidor (RIEDL; HUBERT; KENNING, 2010).

Levando-se em conta que há, ainda, uma quantidade significativa de variância inexplicada em pesquisas sobre o comportamento do consumidor, que este comportamento deve, pelo menos em parte, ser afetado pelos mecanismos biológicos na tomada de decisão de consumo que, por sua vez, recebe influência das emoções, então, essa nova perspectiva pode clarear muitos questionamentos nas relações de consumo (KENNING; LINZMAJER, 2011).

2.3 Tomada de Decisão e as Emoções

2.3.1 Conceitos sobre Emoções

Há muito que as emoções vêm sendo estudadas, inclusive, por filósofos, entre os quais se pode citar Aristóteles, Descartes e Spinoza. Darwin também trabalhou com o aspecto emocional na sua teoria sobre o desenvolvimento das espécies. McGuire (1993) afirma que Darwin acreditava que as expressões emocionais podiam ser explicadas por três princípios: (1) o da resistência associada a hábitos; (2) o da antítese; e (3) o das ações devido ao sistema nervoso. No entanto, somente o terceiro princípio de Darwin referia-se à seleção natural.

Na evolução das espécies complexas e inteligentes, das quais a adaptação depende grandemente da capacidade de aprender sobre experiências anteriores, as emoções podem viabilizar o melhoramento da variabilidade e flexibilidade comparadas a outros reflexos ou *drivers* fisiológicos. As emoções podem estar ligadas a diferentes tipos de processos reflexos adaptacionais (LAZARUS, 1991).

Acredita-se que as diferentes emoções experienciadas pelas pessoas diante de uma mesma situação dependem de como elas são interpretadas ou avaliadas (SIEMER; MAUSS;

GROSS, 2007). Em outras palavras, é a avaliação de uma situação, não a situação em si, que determina a qualidade e a intensidade de uma resposta emocional.

Em revisão realizada por Lazarus (2006), discute-se como as emoções podem ser compreendidas ao se levar em consideração as diferenças individuais, e aponta-se, principalmente, para o fato de que a forma como os indivíduos lidam com os eventos estressantes seja fundamental na determinação do seu bem-estar.

Deve-se considerar ainda, que as emoções podem ser classificadas como positivas ou negativas. As emoções positivas são aquelas que o ser humano se sente compelido a buscar. Já as emoções negativas são aquelas que levam a pessoa a sentir um tipo de repulsão, e que a afasta do estímulo que está causando aquela sensação ruim (ESPINOSA; NIQUE, 2003).

A proximidade de outros estados psicológicos torna difícil a formulação de uma definição para as emoções. Isto ocorre porque as emoções precisam ser explicadas nos termos da palavra afeto, que conota uma forma de sentimento emocional. É um estado subjetivamente inseparável da qualidade das cinco principais classes de informação psicológica, a saber: sensações, percepções, compulsões, afetos e pensamentos (MACLEAN, 1993). Lazarus (1991) afirma que, ao longo dos séculos, pensamentos psicológicos têm sofrido diversas conceitualizações das relações entre cognição, motivação e emoção.

Mas, independentemente da diversidade e da complexidade do termo **emoção**, é importante reconhecer a necessidade de uma definição clara, pois somente quando se compreende o que se está sendo estudado, será possível entender e mensurar adequadamente o que está sendo proposto (SANTOS; PRADO, 2008).

As emoções podem ser consideradas fenômenos biológicos mensuráveis. Em geral, os fenômenos emocionais podem ser expressos e medidos em três categorias: 1) comportamentos emocionais funcionais, apresentados sob a forma de atos e sequências comportamentais; 2) linguagem emocional; e 3) reações fisiológicas (BRADLEY; LANG, 2000, 1994).

Alguns instrumentos e escalas têm sido propostos na mensuração das emoções. Dentre as medidas utilizadas para este propósito, estão a escala *Arousal-Dominance* (PAD), desenvolvida por Mehrabian e Russel (1974), a escala de Izard (1977) – *Differential Emotions Scale* (DES) e a escala *Consumption Emotions Set* (CES), desenvolvida por Richins (1997). Esta última trabalha de forma mais específica com as emoções na experiência de consumo. Uma outra importante escala existente para a mensuração das emoções é a *Positive Affect Negative Affect Scales* (PANAS), desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988).

Os diferentes tratamentos dados às emoções corroboram para uma compreensão muitas vezes complementar a respeito do tema e têm sido de significativa importância para o desenvolvimento da área do comportamento do consumidor, com implicações nos mais diversos temas da área. Além disso, as avaliações podem gerar consequências e podem levar ou não os consumidores à ação. Andrade (2005) aborda esta ideia reconhecendo que, algumas vezes, as emoções estimulam uma ação, outras vezes, emoções inibem contêm ações, sugerindo a participação das emoções nas decisões.

A complexidade da definição do conceito de emoção é comumente abordada por muitos autores. Na maioria das vezes, busca-se a definição mais próxima do propósito a que se destina. Dessa forma, para este estudo, pode-se considerar que a emoção é um fenômeno que envolve a integração de múltiplos componentes, sejam eles fisiológicos, comportamentais ou mentais (FRANK; TOMAZ, 2000).

2.3.2 Influência das Emoções na Tomada de Decisão

Antes da abordagem das influências ambientais, sociais e emocionais, a emoção era vista apenas como uma influência negativa e um obstáculo para o processo de decisão racional. Na última década, alguns pesquisadores têm enfatizado a importância das influências ambientais, sociais e emocionais na tomada de decisão (GUTNIK *et al.*, 2006).

Muitas pesquisas acerca dos diferentes processos cognitivos ainda negligenciam a importância de se estudar a relação entre a emoção e a tomada de decisão humana, assim como os componentes biológicos subjacentes a estas (CARVALHO *et al.*, 2012a; HAPPANEY; ZELAZO; STUSS, 2004). Além de restringir importante avanço no conhecimento, a desconsideração a tais aspectos minimiza a relevância de observações já constatadas da influência da emoção em diversos transtornos psiquiátricos, cognitivos e neurológicos.

Durante muito tempo, a tomada de decisão foi estudada na Psicologia Cognitiva e na Economia como sendo o resultado de uma escolha racional das alternativas disponíveis. Na década de 1990, ao propor a Hipótese do Marcador Somático (HMS), Damásio (1996a) destaca a emoção e seus correlatos biológicos como aspectos fundamentais na tomada de decisão.

A perspectiva de entender pormenores do papel da emoção na tomada de decisão impõe uma nova abordagem predominantemente cognitiva à área, utilizando basicamente modelos normativos, que tinham por objetivo indicar a melhor estratégia a ser utilizada em

determinada situação para basear-se na HMS (DAMÁSIO, 1996a).

Damásio salienta que quando uma pessoa necessita tomar uma decisão, antes de fazer uma análise de custo e benefício da situação, o indivíduo se depara com um estado afetivo, ou melhor, com uma sensação corporal automática conhecida como um conjunto de *marcadores somáticos*. Essas respostas somáticas são sinais emocionais que antecipam as possíveis consequências de distintas alternativas, induzindo à decisão (SCHNEIDER, 2008). A eleição do que é vantajoso ou desvantajoso é baseada nas experiências passadas de cada indivíduo, naquilo que foi sendo registrado ao longo de sua vida como prazeroso ou desprazeroso. Segundo o autor, uma das principais estruturas cerebrais envolvidas nesse mecanismo é o córtex pré-frontal ventromedial.

A essência da Hipótese do Marcador Somático faz convergir a atenção para o resultado negativo a que a ação pode conduzir e atua como alarme automático que sinaliza a atenção ao perigo decorrente de escolher a ação que gera esse resultado. O sinal pode fazer com que se rejeite imediatamente o rumo de ação negativo, levando o sujeito a escolher outras alternativas. O sinal automático protege de prejuízos futuros, sem mais hesitações e depois permite escolher entre um número menor de alternativas. A análise de custos/benefícios e a capacidade dedutiva adequada ainda têm lugar, mas só depois desse processo automático reduzir drasticamente o número de opções. Os marcadores somáticos podem não ser suficientes para a tomada de decisão humana normal, dado que, em muitos casos, é necessário um processo subsequente de raciocínio e seleção final. No entanto, os marcadores somáticos aumentam provavelmente a precisão e a eficiência do processo de decisão (DAMÁSIO, 1996a).

Em síntese, a HMS destaca a emoção e seus correlatos biológicos como aspectos relevantes nos estudos científicos sobre a mente e o cérebro e reduz em parte a limitação encontrada na visão utilitarista da TD, a partir do entendimento da TD como uma função complexa, que envolve a avaliação imediata e em longo prazo das características de opções de escolha.

Dessa forma, ao se introduzir a HMS na Neurociência, possibilita-se o estudo do processo de escolha à luz dos pressupostos da Neuropsicologia Cognitiva, uma vez que integra processos cognitivos e emocionais, enfatizando os aspectos biológicos subjacentes. Seu entendimento a respeito da TD considera a atribuição de diferentes funções cognitivas e afetivas na realização de um processo de escolha, ressaltando a importância de uma integridade de áreas cerebrais específicas para a devida ocorrência desta (BECHARA; DAMÁSIO, 2005; BECHARA *et al.*, 1994; BECHARA; DAMÁSIO; DAMÁSIO, 2003b;

DAMÁSIO; DAMÁSIO; CHRISTEN, 1996b).

A partir do modelo teórico advindo da HMS, foi criada a tarefa ou teste neuropsicológico – *Iowa Gambling Task* (IGT), para estudar mais especificamente a tomada de decisão numa situação que simule o mundo real. Atualmente, a IGT é um instrumento amplamente utilizado internacionalmente para mensurar a TD baseada nas memórias emocionais do indivíduo (DAMÁSIO, 1996a; BECHARA *et al.*, 1994).

O instrumento em pauta consiste na realização de uma tarefa informatizada em forma de um jogo de cartas que contempla uma situação de tomada de decisão sob incerteza, envolvendo escolhas monetárias de curto e de longo prazo. A tarefa envolve escolhas de cartas de quatro baralhos distintos, ao longo de 100 jogadas (cinco blocos de vinte jogadas cada). Cada baralho inclui um esquema pré-determinado de recompensa e punição e, sendo assim, a partir de um processo de aprendizagem, os participantes ao longo do jogo podem inferir quais baralhos serão mais vantajosos em longo prazo. Assim, é possível classificar o comportamento do participante em termos de uma tomada de decisão adaptativa ou prejudicada (busca ou aversão ao risco). Os baralhos A e B são considerados baralhos de risco, porque o participante ganha muito dinheiro em curto prazo, mas perde muito mais dinheiro a longo prazo. Já os baralhos C e D são considerados conservadores e mais adaptativos, já que os participantes ganham pouco dinheiro em curto prazo, mas quase não perdem dinheiro, sendo mais vantajosos ao longo do jogo (CARVALHO *et al.*, 2012b; BECHARA, 2007; SCHNEIDER, 2008).

Segundo Almada (2012), os resultados da aplicação da IGT demonstram uma clara operação de estados somáticos encobertos, que induzem decisões. Por meio da indagação seletiva ao longo do teste — que consiste em ganhar a maior quantidade de dinheiro possível — os sujeitos são constantemente indagados sobre o que acontece no jogo, com o objetivo de distinguir seu desenvolvimento estratégico consciente das estratégias não conscientes que ocorrem ao longo de todo o jogo.

Além da IGT, os estudos do grupo da Universidade de Iowa foram pioneiros no uso da Atividade Eletrodérmica - *Electrodermal Activity* (EDA), mais conhecida como condutância da pele, para investigar questões relacionadas à tomada de decisão e às emoções. Damásio e Bechara (2002) usaram um tipo de medida da EDA, a *Skin Conductance Response* (SCR), como marcadores dos processos implícitos não observáveis, tanto com participantes saudáveis quanto com cérebros lesionados (BECHARA; DAMÁSIO, 2002).

A SCR é o aumento da condutância elétrica da pele em algumas situações de resposta emocional: situações em que somos tomados pelo estresse, situações em que reconhecemos

objetos e pessoas, situações em que temos prazer ou dor etc. A cada alteração emocional (quase sempre não consciente), a SCR também se altera. Vale destacar que o método de verificação da SCR é absolutamente confiável em sua tarefa de averiguar se um estímulo foi percebido pelo receptor, ainda que isso ocorra, quase sempre, de forma não consciente (FIGNER; MURPHY, 2012).

Os sujeitos com intacto funcionamento do sistema neural reflexivo e impulsivo costumam realizar estratégias vantajosas, isto é, optam por baralhos que, embora ofereçam recompensas imediatas menores, também oferecem perdas menores, tendo ao final um ganho global maior. Por sua vez, os sujeitos com alteração no funcionamento do sistema neural impulsivo, tendem a optar pelos baralhos que oferecem recompensas imediatas maiores, mas sujeitos a perdas maiores, o que os leva, ao final, a uma perda global maior ou mesmo a uma perda total.

O que ocorre, no entanto, é que os sujeitos considerados normais começam a selecionar vantajosamente antes mesmo de terem desenvolvido qualquer entendimento consciente acerca dos baralhos vantajosos. Mais que isso, esse grupo, antes mesmo de escolher uma carta do baralho desvantajoso, e sem qualquer conceituação consciente, esteve comumente sujeito a uma antecipatória SCR (BURNS; BECHARA, 2007; BECHARA; DAMÁSIO, 2005; BECHARA, 2005, 2004; DAMÁSIO, 1995, 1996).

As pesquisas com a *Iowa Gambling Task* (IGT) de Bechara *et al.* (1994) e Bechara *et al.* (1999) mostraram que não só os participantes com diagnóstico de comprometimento neural exibiam SCRs para os resultados de suas escolhas (ganhos contra perdas, refletindo experiências utilitárias), mas, ao longo de ensaios repetidos, os participantes saudáveis também desenvolveram SCRs antecipatórias, assumindo um índice de excitação emocional antes e durante o momento em que faziam as suas escolhas, refletindo decisão antecipada e utilitária. Estes SCRs antecipatórios foram preditivos para verificar se o participante faria uma escolha vantajosa em relação à escolha desvantajosa na IGT. De acordo com a HMS (BECHARA; DAMÁSIO, 2005), esses SCRs antecipatórios desenvolvem-se antes que os participantes têm um conhecimento explícito ou consciente das vantagens e das opções de escolhas diferentes, portanto, têm sido sugeridos para orientar e influenciar o comportamento de escolha dos participantes.

2.4 Comportamento de Compra Compulsiva

Verifica-se o emprego de uma quantidade considerável de termos para se referir à compra compulsiva na literatura, tais como: *compulsive buying*, *addictive buying*, *compulsive shopping*, *compulsive spending*, *pathological buying*, *disordered buying behaviour* e *oniomania* (VELUDO-DE-OLIVEIRA; IKEDA; SANTOS, 2004; TAVARES *et al.*, 2008a).

Essa diversidade torna ainda mais árdua a tarefa de delimitar o conceito, que ainda se apresenta fragmentado. Como afirmam Hassay e Smith (1996), é necessário desenvolver mais estudos para caracterizá-lo e diferenciá-lo.

Comprador compulsivo e Compras Compulsivas são termos coloquiais e recorrentes na literatura leiga que foram incorporados aos textos técnicos e científicos. O adjetivo “compulsivo” se refere ao caráter incontrolável e repetitivo do ato de comprar. O seu uso sugere uma associação com o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), o que, no entanto, ainda carece de um corpo apropriado de evidências. Para evitar o endosso a uma associação apenas presumida, seria mais correto o recurso aos termos Oniomania ou Compra Patológica, porém nenhum destes logra o mesmo efeito de fácil compreensão que se obtém com o termo Compra Compulsiva (CC), e, por esta razão, esta terminologia é a mais utilizada (FILOMENSKY, 2011).

De acordo com Ullman e Krasner (1969), um comportamento é considerado compulsivo quando resulta de impulsos compelidos e impelidos, sendo inapropriado ou prejudicial ao indivíduo. O impulso ganha proporções de compulsão quando se torna tão poderoso a ponto de ser irresistível (ROOK, 1987), e pode ocorrer com consumidores cujos sentimentos estejam fora de controle (WOODRUFFE-BURTON; ECCLES; ELLIOTT, 2002).

McElroy, Phillips e Keck (1994b) definem a compra compulsiva como o comportamento de compra incontrolável e estressante, que consome tempo e resulta em dificuldades financeiras ou sociais.

É preciso distinguir a compra compulsiva da compra por impulso. Segundo Faber (2000), na primeira há um gatilho interno, uma ansiedade a partir da qual a compra se torna uma fuga. A segunda, consiste em um gatilho externo, um produto que estimula o indivíduo a comprar. Em outras palavras, compra compulsiva pode ser entendida como crônica e repetitiva, tornando-se uma resposta primária a sentimentos negativos, que, além de prover gratificação imediata e de curta duração, gera danos aos indivíduos deste processo e aos outros indiretamente envolvidos. McElroy, Phillips e Keck (1994b) argumentam que a

compra compulsiva é compreendida quase que exclusivamente como um transtorno no controle de impulsos.

Para Black (2001, p. 18), ela “apresenta tanto componentes cognitivos como comportamentais – ambos potencialmente causadores de desequilíbrio”. Mais recentemente, Black (2007) propôs quatro fases distintas que caracterizam o episódio de CC. A primeira é a antecipação, em que o comprador compulsivo apresenta pensamentos, anseios ou mesmo preocupações com a aquisição de um determinado objeto ou apenas com o ato da compra em si. A segunda fase é a preparação, em a pessoa se prepara para ir às compras, que inclui a pesquisa do objeto desejado, a roupa que irá vestir, a tomada de decisão de quando ir, para onde ir e como irá pagar (cartão de crédito, cheque, dinheiro). A compra propriamente dita é a terceira fase em que os compradores compulsivos relatam a experiência emocional do ato de comprar, a fissura e o êxtase. E, por fim, a última fase, em que a compra é consumada e que, muitas vezes, vem acompanhada de decepção consigo mesmo e de sentimentos desagradáveis como culpa e arrependimento.

A ocorrência da compra compulsiva foi originalmente notada pela Psiquiatria no início dos anos 1900. Kraepelin (1915) definiu-a como um impulso patológico e Bleuler (1924), como um impulso reativo. Embora os estudos seminais sobre o tema remontem ao início do século XX, foi somente em meados dos anos 1980, segundo Magee (1994), que a compra compulsiva começou a receber mais atenção. Em Marketing, na área do comportamento do consumidor, os primeiros estudos surgiram por volta da década de 1980, cerca de 60 anos após a abordagem do tema sob a óptica médica (O’GUINN; FABER, 1989; VALENCE, D’ASTOUS; FORTIER, 1988; FABER; O’GUINN, 1988; MOSCHIS; CHURCHILL, 1978).

2.4.1 Perfil do Comprador Compulsivo

A grande maioria dos compradores compulsivos são mulheres, em amostras clínicas. Koran *et al.* (2006), no entanto, não encontrou um efeito significativo do gênero em seu estudo, que incluiu 2.513 adultos da população geral americana.

O início do comportamento de compra compulsiva se dá, geralmente, em torno dos 18 anos, quando as pessoas começam a ter maior autonomia para comprar de forma independente dos pais. A percepção, porém, do comportamento de compras como um problema ocorre mais tarde, em torno dos 30 anos e a busca por tratamento por volta dos 31 aos 39. Os objetos preferidos entre as mulheres são roupas, bolsas, sapatos, perfumes, maquiagem e joias, enquanto entre os homens, há a preferência por eletroeletrônicos, objetos que sugerem *status*

social elevado, além de ternos caros, relógios, equipamentos eletrônicos e carros (CHRISTENSON *et al.* 1994; MCELROY *et al.*, 1994a; BLACK, 1996; BLACK, 2001).

A CC é comumente relacionada a graves prejuízos pessoais, financeiros e familiares (BLACK, 2001), além da associação com outros transtornos psiquiátricos, inclusive com os de personalidade (BLACK, 2007; TAVARES *et al.*, 2008a).

Do ponto de vista individual, a compra compulsiva, usualmente, apresenta resultados benéficos no curto prazo, como a redução da tensão e do conflito psíquico, mas casos crônicos podem culminar em consequências desastrosas, como perda do controle financeiro, desestruturação familiar e prejuízos às empresas (EDWARDS, 1992). De forma geral, a compra compulsiva é antecedida por sentimentos e eventos negativos, enquanto se observa um efêmero estado de euforia pós-facto (CHRISTENSON *et al.*, 1994).

Não obstante, pode-se dizer que, por atuar como um paliativo do estresse cotidiano, a compra compulsiva implica a negação das fontes primárias de estresse que determinam o comportamento obsessivo, permitindo que os fatores subjacentes ao mal-estar individual, tais como problemas familiares, depressão e solidão se perpetuem. Estudos clínicos apontam que a compra compulsiva tem comorbidade com a cleptomania, o alcoolismo e a bulimia, indicando que a negação das fontes primárias de estresse pode evoluir para obsessões cada vez mais prejudiciais do ponto de vista social e individual (FABER; O'GUINN, 1989).

Quanto ao tratamento da compra compulsiva, Lejoyeux e Weinstein (2010) afirmam que pouco se sabe sobre o assunto até o momento, citando apenas os modelos cognitivo-comportamentais que tem alguma eficácia, e que nenhuma medicação foi eficaz em estudos controlados já realizados.

O campo de estudos da compra compulsiva no Brasil ainda parece estar em seus primórdios, se comparado às publicações internacionais. A literatura nacional é carente de estudos de validação dos instrumentos para medir esse fenômeno e descrever suas características nos moldes dos estudos desenvolvidos em outros países. Portanto, há dúvidas se as teorias existentes sobre compra compulsiva podem ser aplicadas com relativa precisão no contexto brasileiro (LEITE, 2011).

2.4.2 Impulsividade e a Compra Compulsiva

A impulsividade é descrita como uma característica do comportamento marcado por reações rápidas e não planejadas, sem avaliação das consequências em longo prazo, enfocando apenas as consequências imediatas. Ela é classicamente definida como um traço de

personalidade hereditário e temporalmente estável, que pode, porém, também ser adquirido por meio de lesão do sistema nervoso central (ABREU *et al.*, 2008; TAVARES, 2008c).

Para Fuentes (1999), dentre as controvérsias existentes nas várias proposições teóricas e estudos de personalidade e da Psicologia Experimental e Cognitiva, embasados em diferentes pressupostos teóricos, podemos destacar três principais propostas na conceituação de Impulsividade: 1) Impulsividade como intolerância à frustração ou incapacidade de adiamento da gratificação – o indivíduo será tão mais impulsivo quanto mais ele vivenciar subjetivamente seu desejo como intenso, imperioso e irrefreável; 2) Impulsividade como capacidade reduzida de reflexão e precipitação ao ato - modelo proposto por Barratt (1995) evidências de déficits de atenção e capacidade de concentração; 3) Impulsividade como desejo de experimentação. Nesta concepção impulsividade corresponde à tríade “desejo/necessidade/vontade” intensos de exploração.

A impulsividade apresenta múltiplos aspectos. Dentre muitos modelos de impulsividade propostos, destacam-se o de Barratt (1993), por ser um dos mais estudados e possivelmente o mais utilizado até o momento. Neste modelo, a impulsividade está dividida em dois fatores: um associado à inquietação motora e outro cognitivo associado à relevância aumentada de consequências imediatas em detrimento de consequências futuras. Há ainda um terceiro fator que diz respeito ao controle dos pensamentos e da atenção, que é proposto como a base comum da qual derivam os dois fatores anteriores (PATTON *et al.*, 1995).

Já o modelo de impulsividade de Zuckerman (1994) considera o sujeito impulsivo basicamente como ávido por emoções (*sensation seeker*), ou seja, com necessidade de manter um nível elevado de estimulação (*arousal*).

No modelo proposto por Cloninger (CLONINGER, 1987; CLONINGER *et al.*, 1993), por sua vez, o fator desencadeante do comportamento impulsivo não seria a busca por emoções fortes, mas sim pela novidade. Para este autor, o fenômeno da impulsividade seria uma consequência da concomitância entre altos índices **de busca de novidades** e baixos de **esquiva ao dano**. Busca de novidades corresponde à tendência à atividade exploratória, enquanto que esquiva ao dano refere-se à tendência em prever más consequências ou recuar frente a sinais indicadores de punição. Portanto, no sujeito impulsivo, a percepção dos riscos envolvidos não o impede de seguir adiante.

A compra compulsiva poderia se relacionar com qualquer uma das dimensões de impulsividade descritas, mas em particular com o fator cognitivo que privilegia consequências imediatas (prazer da compra) em detrimento de consequências tardias (endividamento) (FILOMENSKY, 2011).

O elemento particular em compradores compulsivos é a impulsividade; eles não podem evitá-la, o que algumas vezes se expressa inclusive no fato de que, a despeito de ter uma boa formação acadêmica, os pacientes são absolutamente incapazes de pensar diferentemente e de conceberem as consequências sem sentido de seu ato e as possibilidades de não realizá-lo. Não chegam nem a sentir o impulso, mas agem de acordo a sua natureza, como a lagarta que devora a folha (BLEULER, 1924; FILOMENSKY, 2011).

A impulsividade elevada é o marcador comum nos Transtornos do Controle dos Impulsos (TCIs), que pode ser observada tanto em medidas de autorrelato, como em avaliações objetivas e baterias neuropsicológicas específicas. É caracterizada por reações rápidas e não planejadas em busca de respostas imediatas, que superam o controle inibitório (TAVARES, 2006). Este pode estar empobrecido, ou os desejos e impulsos são vividos de maneira tão intensa que o freio inibitório não é suficiente para barrar a expressão do comportamento indesejado (TAVARES, 2008c).

Nas duas últimas décadas, os estudos envolvendo TCIs passaram a obter a atenção de pesquisadores e com isso a clínica da impulsividade, conhecida também como a clínica dos excessos, ganhou destaque e atenção da Psiquiatria moderna (TAVARES; ALARCÃO, 2008d).

A semelhança da CC com o TCI ocorre não só pela elevada impulsividade ou pela busca ao prazer (compra), mas também pelo alto índice de comorbidades com outros TCIs e com transtornos por abuso de substância (BLACK, 2007; BLACK *et al.*, 2010). O comportamento de comprar percebido como irresistível reduz temporariamente a tensão ou ansiedade e muitas vezes pode ser seguido por culpa e arrependimento. Relatos de risco de suicídio estão presentes na CC, assim como nos demais TCIs (BLACK, 2007; BLACK *et al.*, 2010).

2.4.3 Fatores Desencadeantes da Compra Compulsiva

As causas da CC ainda não são determinadas, porém alguns fatores foram descritos como associados a um maior risco de perda de controle com compras. Estes fatores podem ser divididos em três grupos: referentes à origem do indivíduo (familiar e genética), ao seu estado subjetivo (afetividade e cognição) e ao ambiente, envolvendo a sociedade e a cultura do consumo (FILOMENSKY, 2011).

Estudos com famílias de compradores compulsivos mostram uma maior concentração de transtornos do humor, de ansiedade, alimentares, dependência química e outros transtornos

do impulso, incluindo compras compulsivas, entre seus membros. Há também evidências de que eventos traumáticos na infância, incluindo abuso sexual, são fatores predisponentes para o desenvolvimento da CC (BLACK, 2007, BLACK *et al.*,1998; MCELROY *et al.*, 1994a). Com base nos resultados dos poucos estudos divulgados com famílias de compradores compulsivos, Faber e O'Guinn (1992) propõem que a realização de estudos sistemáticos da dinâmica familiar dos compradores compulsivos pode auxiliar no esclarecimento de como o fator família contribui ou não para o aparecimento da CC no indivíduo.

Os estudos neurobiológicos sobre CC são poucos e concentrados na perda de regulação da neurotransmissão serotoninérgica, dopaminérgica e opióide. Potenza (2001) sugere que compras compulsivas, jogo patológico e outros comportamentos autoindulgentes estariam relacionados com fatores envolvendo uma baixa atividade dopaminérgica, a chamada Síndrome da Deficiência do Sistema de Recompensa Cerebral (SRC).

No registro da subjetividade, há propostas de que uma identidade frágil e baixa autoestima tornem os compradores compulsivos mais suscetíveis à opinião alheia e à influência da propaganda (KYRIOS *et al.*, 2004; FILOMENSKY; TAVARES *et al.*, 2008b). Também se observa, nesta população, distorções cognitivas em relação às compras. São estas traduzidas em pensamentos relacionados a comprar como estratégia para lidar com emoções negativas, como um meio para construção de identidade, comprar por medo de se arrepender, por ter pensamentos do tipo tudo ou nada em relação a dinheiro, comprar e presentear como forma de angariar afeto ou evitar constrangimento (MITCHELL *et al.*, 2006; FILOMENSKY; TAVARES, 2009).

Kyrios *et al.* (2004) relatam que o comprador compulsivo estabelece uma associação entre a aquisição de objetos e recompensa ou neutralização de sentimentos negativos, desenvolvendo apego emocional e segurança por meio da compra. Este mecanismo reforça a necessidade de aquisição como fonte de bem-estar e satisfação, mesmo que momentâneos (CUSHMAN,1990). Brigas, conflitos ou discussões são gatilhos que desencadeiam emoções negativas que levam o indivíduo a episódios de CC, sugerindo um mecanismo básico de retroalimentação, conforme exposto na Figura 7.

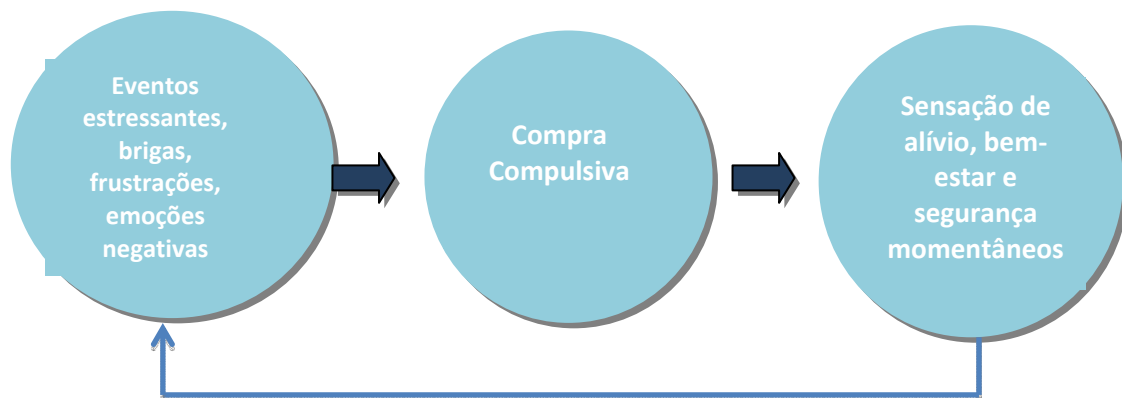


Figura 7: Mecanismo de retroalimentação da compra compulsiva

Fonte: Filomensky, 2011.

No registro ambiental, é de suma importância reconhecer como as estratégias de facilitação de crédito e estímulo ao consumo interferem e determinam o desejo de comprar no consumidor comum e no CC (FILOMENSKY, 2011).

Além dos aspectos clínicos citados, podemos entender também que a CC é um fenômeno associado ao crédito, o que a torna um problema moderno, pois atualmente vivemos numa sociedade materialista, marcada pelo estímulo ao consumo e pela disponibilidade de crédito (FILOMENSKY, 2011). O aumento do crédito e a melhora da situação financeira da população contribuem para maiores gastos. A facilitação do crédito, a maior oferta de recursos, o alongamento dos prazos de pagamentos e as novas modalidades de crédito movimentam o mercado financeiro do nosso país, mas em contrapartida proporcionam aumento de empréstimos, compras a prazo e alta da inadimplência com os bancos, financeiras e grandes varejistas (SERASA EXPERIAN, 2011).

Estudos apontam a influência do crédito disponível e da economia pautada no capitalismo como fatores predisponentes para a ocorrência da CC (BLACK, 2007; TAVARES *et al.*, 2008a). Além disso, a valorização do real associado à estabilização da inflação estimulou as pessoas a consumirem mais (FERREIRA, 2007).

Nos últimos cinco anos, pesquisas foram realizadas sobre a situação financeira dos brasileiros, revelando que a aquisição de dívidas superiores a R\$ 5 mil passou de 10 milhões para 23 milhões de indivíduos. Todo este aumento é proporcional à oferta de crédito que em 2005 era de 28,1% e em 2009 chegou a 45%. O crédito imobiliário, financiamento de veículos, cartão de crédito e empréstimo consignado foram as ofertas que mais cresceram e

sintomaticamente são as formas de crédito mais utilizadas pelos chamados **superendividados** no Brasil (SERASA EXPERIAN, 2011).

O superendividamento refere-se à “impossibilidade do consumidor pagar todas as suas dívidas, inclusive as básicas, havendo o comprometimento de sua renda pessoal e também familiar” (SERASA EXPERIAN, 2011), ou seja, o superendividamento do brasileiro está relacionado diretamente à concessão de crédito além da sua capacidade de pagamento.

Em maio de 2011, seguindo os passos dos estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e da Fundação PROCON de São Paulo, o Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE) inaugurou o Programa Pró-Endividados. O intuito do programa é a mediação das dívidas dos superendividados por meio de audiências coletivas com os credores e a conscientização da população sobre seus hábitos de consumo, principalmente em relação à contratação e utilização consciente do crédito, sem deixar de considerar a função social do crédito, reforçando a urgência de condutas mais responsáveis por parte daqueles que o concedem.

Segundo dados do Programa Pró-Endividados do TJPE, que em pouco mais de um ano de funcionamento já atendeu mais de 3.000 pessoas superendividadas, os motivos que geram a inadimplência vão desde a perda do emprego, doença familiar, até a separação conjugal, mas a principal causa é o descontrole com os gastos. Diante deste fator, muitos consumidores se deparam com um problema que atinge as esferas econômica, social e da saúde, pois não se sabe quem tem dívidas acima da sua capacidade de pagamento e o crédito continua a ser concedido a essas pessoas mesmo assim.

Especialistas da saúde mental em compra compulsiva observam que o cartão de crédito não é apenas um *dinheiro* moderno em ascensão nos países em desenvolvimento, ele passou a significar poder e prestígio, reforçando a autonomia social e tornando-se ícone cultural. Este apelo tem importante efeito no comprador compulsivo, pois o uso do cartão de crédito acelera o processo da compra, mascara o pagamento ao adiá-lo e promove a perda de controle uma vez que a ação (comprar) e seu custo são separados por um intervalo de tempo que torna os eventos aparentemente independentes (FILOMENSKY, 2011; DITTMAR; DRURYa, 2000).

A forma com que o comprador compulsivo lida com seu dinheiro é um reflexo de como ele percebe a finalidade do dinheiro, em como a interferência da economia pautada na inflação ou não determina sua postura em relação aos gastos e, conseqüentemente, como influencia suas escolhas de consumo (FERREIRA, 2007).

As estratégias de consumo proporcionam ao comprador compulsivo as sensações que tanto busca, conforme relatado na introdução deste estudo, por meio de mecanismos de

facilitação de venda em que se antecipa o prazer (compra) e se retarda o custo (pagamento), que estão a serviço da urgência na aquisição do objeto, a qual é atendida por meio das promoções e liquidações que sugerem uma oportunidade imperdível de compra.

A cultura, por sua vez, hipervaloriza o ato de aquisição como forma de construção de identidade (BAUMAN, 2001). Black (2007) aponta que alguns mecanismos culturais sustentam a ocorrência da CC como uma economia baseada no mercado, ou seja, no capitalismo que pauta sua economia no consumo, na exposição e acesso a uma vasta variedade de produtos, e no rendimento disponível ou fácil acesso ao crédito e tempo significativamente livre para o lazer.

2.4.4 Identificando um Comprador Compulsivo

Os critérios propostos por McElroy *et al.* (1994a) são os mais usados na atualidade, embora ainda faltem estudos sobre sua validade e confiabilidade. Devido à falta de critérios diagnósticos oficiais e específicos, a CC permanece relegada a uma categoria diagnóstica residual na seção de Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local – 312.30 do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição, texto revisado - DSM-IV-TR (APA, 2000), designada como Transtorno do Controle do Impulso sem outra especificação. O DSM-IV-TR propõe que a característica essencial dos Transtornos de Controle dos Impulsos é o fracasso em resistir a um impulso ou tentação de executar um ato perigoso para a própria pessoa ou para outros. Na maioria dos transtornos descritos nesta seção, o indivíduo sente uma crescente tensão ou excitação antes de cometer o ato. Após cometê-lo, pode ou não haver arrependimento, autorrecriinação ou culpa.

Para classificar um comprador compulsivo, é importante salientar que a atitude em relação ao dinheiro não se baseia na quantia de dinheiro gasto em compras, mas em como o dinheiro é gasto, se os itens comprados são desnecessários, se ele tinha como pagar as compras realizadas e se compra por mais tempo que o pretendido.

Quanto às escalas mais usadas nos estudos para avaliação do comportamento de compra, a que se destaca é a *Compulsive Buying Scale* (CBS). A CBS foi desenvolvida por Faber e O'Guinn em 1989, com intuito de mensurar a incidência do transtorno na população em geral e diagnosticar indivíduos com o Transtorno de Compras Compulsivas. A CBS caracteriza-se por ser um instrumento breve e de fácil aplicação, que apresenta como vantagem a abordagem das principais dimensões do transtorno, sendo elas a compulsão pelas

compras e o comportamento impulsivo. Recentemente, foi feita a adaptação transcultural e validação da CBS para a população brasileira por Leite (2012).

Outra escala também mencionada nas pesquisas com a população de compradores compulsivos é a escala *Richmond*, construída por Ridgway, Kukar-Kinney e Monroe (2008) para medir a compulsão por compras, centra-se em incorporar as dimensões obsessivo-compulsivas e do controle dos impulsos no constructo, ampliando a conceituação do transtorno, com intuito de sinalizar comportamentos inadequados quanto à aquisição de bens em sujeitos sem histórico ou diagnóstico prévio para a compulsão por compras. Segundo os autores, todas as escalas existentes para mensuração do transtorno das compras compulsivas avaliam apenas os sintomas obsessivo-compulsivos do ato de comprar ou os sintomas do transtorno do controle do impulso, distintamente. Diante disso, esta escala será utilizada na triagem (primeira etapa da pesquisa) dos voluntários para o ingresso no estudo.

Leite (2012) fez a adaptação transcultural e validação das escalas CBS e *Richmond* na população brasileira. Os dados reforçam que as escalas são válidas e confiáveis e podem ser aplicadas a uma população de consumidores, ainda que não tenham sido diagnosticados como compradores compulsivos.

Para Ridgway, Kukar-Kinney e Monroe (2008), os demais instrumentos já existentes para mensuração e diagnóstico da compra compulsiva apresentam algumas restrições. A *Compulsive-buying Measurement Scale* (KYRIOS; FROST; STEKETEE, 2004) e a *Compulsive-buying Scale* de DeSarbo e Edwards (D'ASTOUS; MALTAIS; ROBERGE, 1990) centram-se em aferir apenas a dimensão do transtorno de controle dos impulsos. A *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Shopping Version* (Y-BOCS-SV) (DeSARBO; EDWARDS, 1996) verifica a severidade da compra compulsiva, sob o aspecto dimensional do transtorno obsessivo-compulsivo, e o *Questionnaire about buying behavior* (MONAHAN; BLACK; GABEL, 1996) avalia apenas as consequências financeiras da compra compulsiva.

Por fim, após a análise dos vários estudos sobre o comportamento de compra compulsiva, torna-se necessário abordar o tema da vulnerabilidade do consumidor, com intuito de verificar se o consumidor compulsivo pode ser considerado um consumidor vulnerável, já que o mesmo encontra-se em situação desfavorável na relação de consumo, por apresentar características psicológicas que o debilitam quanto à tomada de melhores decisões.

2.4.5 Fatores que Influenciam a Vulnerabilidade do Consumidor

A experiência de vulnerabilidade do consumidor envolve fatores incontroláveis, relacionados às características físicas, cognitivas, motivacionais e sociais (BONIFIELD; COLE, 2007). Pessoas tornam-se vulneráveis quando e porque há um risco de que alguém (um agente) ou algo (um resultado) possa prejudicá-las quando se encontram em um determinado estado (COMMURI; EKICI, 2009).

Baker, Gentry e Hittenburg (2005), com base em estudos que evidenciam a influência dos fatores internos e externos na vulnerabilidade do consumidor, classificam os fatores internos como: 1) **características individuais** que incluem os modelos biofísicos – incorpora aspectos biológicos e fisiológicos dos indivíduos (exemplo: vício, idade, aparência, capacidade funcional, sexo, saúde, raça/etnia, orientação sexual); e modelos psicossociais – razões psicológicas e sociológicas para o comportamento (por exemplo, capacidade cognitiva, aprendizagem, autoconceito, status socioeconômico) e 2) **estado individual**, que inclui as características que afetam a experiência e o comportamento dentro do contexto de consumo; são elas: tristeza, transição e motivação. A desorientação vivida geralmente pode tornar os indivíduos mais suscetíveis à fraude. Mesmo se este não retornar imediatamente ao normal, ele será capaz de gradualmente construir uma nova identidade.

Durante fases críticas (tristeza) do estado individual, a vulnerabilidade é bastante elevada, e as pessoas têm pouca motivação e capacidade de agir em seus interesses. Na maioria dos casos, não levam a um estado de vulnerabilidade permanente. Os fatores externos como os estruturais ou problemas sociais, que estão além do controle dos indivíduos, também contribuem para a sua situação. Uma variedade de fatores externos, que estão além de seu controle, pode afetar o cotidiano dos consumidores, incluindo a estigmatização, a repressão, a distribuição dos recursos, elementos físicos (catástrofes ambientais), elementos logísticos e outras condições ambientais, tais como turbulências econômicas, sociais e políticas ou violência. Esses fatores externos contribuem para o desequilíbrio de poder em relações de troca, gerando prejuízo para os consumidores (BAKER; GENTRY; HITTENBURG, 2005).

Partindo dos conceitos abordados anteriormente, Baker, Gentry e Hittenburg (2005) elaboraram um modelo conceitual para definir a experiência de vulnerabilidade do consumidor (ver Figura 8).

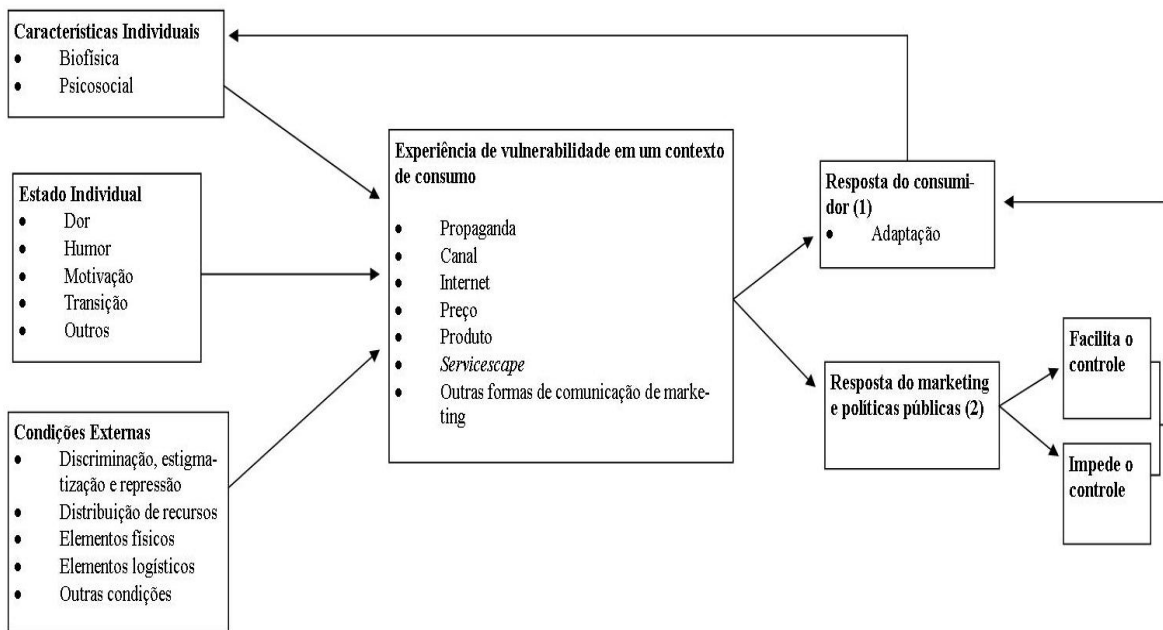


Figura 8: Modelo conceitual para definir a experiência de vulnerabilidade do consumidor

Fonte: Adaptado de Baker, Gentry e Hittenburg (2005) e Silva (2011).

No modelo de Baker, Gentry e Hittenburg (2005), quando o indivíduo vivencia um contexto de consumo, ela pode ou não experimentar a vulnerabilidade. E quando a vulnerabilidade do consumidor é experimentada, as possíveis consequências apresentam dois resultados possíveis: 1) resposta do consumidor que ilustra a sua adaptação à experiência, incluindo o comportamento positivo e estratégias de enfrentamento emocional, ou, mais raramente, desamparo aprendido e sentimentos de desumanização, ou (2) respostas do marketing ou políticas que tenham o potencial de facilitar ou dificultar a ação individual e controle em encontros futuros, retroalimentando-se da experiência do consumidor. Estas respostas individuais e do mercado têm um *feedback* que demonstra o impacto sobre a forma como uma pessoa percebe a si e as suas capacidades e que influenciarão uma característica individual que alimentará o consumo posterior. Esse *feedback* é representante das consequências sociais das ações de marketing, o que justifica porque estes pesquisadores do comportamento do consumidor interessaram-se por estudar a vulnerabilidade do consumidor.

Silva (2011) usou este modelo no desenvolvimento de uma escala, a segunda escala de Vulnerabilidade do Consumidor desenvolvida até o momento. Além disso, a autora defende a importante contribuição deste modelo, que torna evidente a compreensão da vulnerabilidade do consumidor e apresenta vários aspectos envolvidos em experiências de vulnerabilidade, não limitando-se a uma classe ou grupo em particular.

Em suma, o consumidor vive uma experiência de vulnerabilidade quando o mesmo encontra-se em situação desfavorável na relação de consumo, seja por características físicas, sociais, psicológicas ou ambientais.

Na próxima seção, serão abordados os estudos realizados até o momento sobre a classificação dos consumidores vulneráveis.

3.5.2 Classificação dos Consumidores Vulneráveis

A classificação dos consumidores vulneráveis apresenta certa divergência entre alguns autores na literatura. A discordância ocorre quanto à classificação de todo um grupo em particular como sendo vulnerável ou não. Para a maioria dos autores, a classificação por grupo (ver Quadro 1) viabiliza as pesquisas para melhor identificar consumidores vulneráveis (SILVA, 2011).

Autores	Classificação por grupo
Andreasen e Manning (1990)	Crianças, idosos, incultos, pobres, deficientes psicológicos, minorias étnicas, raciais ou com problemas de idioma.
Hirschman (1992)	Indivíduos que sofrem de dependência
Ringold (1995)	Jovens, mulheres e grupos raciais e étnicos.
Gentry <i>et al.</i> (1995)	Analfabetos, indivíduos que perderam entes queridos, pessoas em processo de divórcio.
Lee e Soberon-Ferrer (1997)	Indivíduos com deficiência cognitiva e dificuldades de interação social
Burden (1998)	Idosos, jovens, desempregados, pessoas com doenças limitantes de longa duração, pessoas em famílias de baixa renda, membros de minorias étnicas e pessoas sem qualificação educacional formal
Dercon, 2005	Idosos, órfãos, viúvas ou gerais, como os trabalhadores sem terra ou com baixos salários.
Bonifield e Cole (2007)	Idosos e crianças
Shultz II e Holbrook, 2009	Jovens ou idosos, saudáveis ou doentes, ricos ou pobres, nacionais ou estrangeiros.

Quadro 1: Classificação dos consumidores vulneráveis

Fonte: Elaborado pela autora.

Em grupos de consumidores idosos, há uma tendência de baixo processamento das informações e isso os tornam mais vulneráveis a fraudes, por não avaliarem cuidadosamente a oferta (LANGENDERFER; SHIMP, 2001). Essa tendência ao baixo processamento de informação surge devido a mudanças relacionadas à idade no lobo frontal do cérebro, fazendo

com que alguns idosos não sejam capazes de assegurar uma tomada de decisão deliberativa (BONIFIELD; COLE, 2007). Algo semelhante acontece com as crianças, que também não têm condições de tomar decisões acertadas devido à simplicidade do seu processamento de informações.

Lee e Soberon-Ferrer (1997) destacam pesquisas que identificam certos grupos mais vulneráveis que outros às práticas desleais de mercado. As explicações mais convincentes são baseadas em duas grandes classes de paradigmas: deficiência cognitiva e interação social. O paradigma da deficiência cognitiva propõe que consumidores com habilidades limitadas de processar informações são mais vulneráveis a fraudes ou posturas antiéticas. O paradigma da interação social explora a vulnerabilidade do consumidor baseada na assimetria do relacionamento social e isolamento social, por exemplo, grupos desfavorecidos são mais vulneráveis à fraude do que grupos de consumidores dominantes.

Outro grupo de consumidores vulneráveis identificado na literatura são os que enfrentam o vício. Este comportamento ultrapassa a sua "capacidade de controlá-lo através da razão e força de vontade", sendo que a falta de controle contribui para a sua experiência de vulnerabilidade (HIRSCHMAN, 1992).

Adicionalmente à classificação por grupos e individual dos consumidores vulneráveis, alguns autores sugerem uma tipologia desses consumidores que os inclui em três dimensões diferentes: 1) competência física, que está relacionada com limitações como deficiência física e envelhecimento dos indivíduos; 2) competência mental, que inclui indivíduos com dificuldades de processamento de informações (dificuldade no aprendizado e déficit de atenção), pouca habilidade de leitura (analfabetos e estrangeiros); e 3) nível de sofisticação. Aqui se enquadram indivíduos com baixo nível socioeconômico e educacional, sendo que alguns podem ser considerados consumidores ingênuos ao se depararem com falsas ou questionáveis alegações sobre produtos e serviços (MORGAN; SCHULER; STOLTMAN, 1995). Estes autores acrescentam, ainda, que além das dimensões citadas, a experiência de vulnerabilidade do consumidor depende de cinco alternativas situacionais (ambiente material, decisor, intervalo de consumo, definição de uso e condições temporárias). Em resumo, esta tipologia ilustra que a vulnerabilidade do consumidor surge a partir da interação de uma pessoa e todas as suas características pessoais com uma situação de consumo.

Observa-se, nessa revisão da literatura, a identificação dos grupos de consumidores ditos vulneráveis e suas tipologias, as quais informam com mais clareza a vulnerabilidade do consumidor. No próximo tópico, será abordada a *interface* entre a vulnerabilidade do consumidor e a intervenção dos gestores públicos na minimização de riscos e danos para esses

indivíduos nas relações de consumo.

2.5.3 Vulnerabilidade do Consumidor e Políticas Públicas

A perspectiva da vulnerabilidade do consumidor reconhece as dificuldades de regulação advindas da sua natureza dinâmica, porém são fornecidos diversos *insights* às políticas públicas no sentido de destinarem esforços para mover o consumidor da vulnerabilidade situacional à "normalidade".

Neste sentido, as relações de consumo devem ser orientadas para fins de equidade entre empresas e consumidores. Tipicamente, algumas práticas do mercado de consumo têm prejudicado o cotidiano dos consumidores, beneficiando as empresas em detrimento destes. A maioria dos gestores e pesquisadores tem se preocupado com a resolução de problemas organizacionais e alijado o consumidor do foco de análise (NUNESMAIA *et al.*, 2008).

As políticas públicas devem ser elaboradas com base em perspectivas de consumo de vulnerabilidade, não na bem intencionada avaliação dos fornecedores de bens e serviços no mercado. Ações mercadológicas precisam ajudar o consumidor a desenvolver habilidades que promovam o funcionamento ótimo nas relações de troca (BAKER; GENTRY; HITTENBURG, 2005).

Possivelmente, a intenção do legislador quando editou o Código de Defesa do Consumidor (CDC) foi a de ampliar os instrumentos de defesa e proteção do consumidor. Tal regulamentação era necessária, tendo em vista a flagrante desproporcionalidade entre consumidor e fornecedor nas relações de consumo. Nesse sentido, a Lei n.º 8.078/90 delimitou as posturas por parte dos sujeitos na relação de consumo, ora sendo a de respeito aos direitos do consumidor por parte do fornecedor, ora quanto ao consumidor manejar melhor sua defesa quando sentir que seus direitos foram de alguma maneira violados (SIMONETTI, 2013; POSTIGUILHONE *et al.*, 2013).

Diversos princípios trazidos pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) são norteadores do equilíbrio buscado nas relações de consumo, bem como objetivos da Política Nacional das Relações de Consumo, os quais são contemplados no artigo 4º, do CDC. Este artigo também tem a função de dar instrumentos interpretativos para a aplicação atualizada dos direitos positivados. Do artigo 4º do CDC, é possível extrair três grandes blocos de princípios da Política Nacional de Consumo: 1) reconhecimento da vulnerabilidade do consumidor; 2) dever do Estado de proteger o consumidor e 3) boa-fé nas condutas (NETO, 2010).

O princípio da vulnerabilidade na legislação de direitos civis veio ratificar esse entendimento, em sua redação no art. 4º, inciso I, do CDC. Este documento se prestou a demonstrar a fragilidade do consumidor frente à relação de consumo e por isso este se tornou sujeito de uma amplitude de direitos. Para tanto, o CDC acabou por facilitar ao consumidor que seja evitada, de forma profilática, a lesão de seus direitos, assim como normatizou a defesa, quando os mesmos já tiverem sido atingidos (SIMONETTI, 2013; POSTIGUILHONE *et al.*, 2013).

Portanto, o objetivo maior do princípio da vulnerabilidade no ordenamento jurídico não é outro senão conferir igualdade jurídica de partes entre fornecedor e consumidor, a qual naturalmente não existe, tendo em vista que quem fornece possui um conhecimento muito maior, podendo persuadir facilmente o consumidor. Assim, o legislador possibilitou alguns benefícios ao consumidor, tais como a inversão do ônus da prova, a responsabilidade objetiva do fornecedor, possibilidade de ação coletiva, além de mecanismos de compensação em relação ao fornecedor que naturalmente possui uma posição privilegiada na relação de consumo.

Nesse sentido, pelo princípio da isonomia, tratam-se os desiguais, consumidor e fornecedor, na medida de sua desigualdade. Com isso, pode-se, inclusive, afirmar que “o fornecedor existe para servir o consumidor e não o contrário”. Mas isso só é possível devido à intervenção do Poder Público, quando efetivada (SIMONETTI, 2013; POSTIGUILHONE *et al.*, 2013).

A proteção assegurada ao consumidor é de extrema relevância, pois não apenas consta nos dispositivos legais do CDC, mas também se assenta no rol dos direitos fundamentais da Constituição Federal e, portanto, de interesse público e social. Nesse sentido, intitula-se obrigatoriamente o Estado como agente provedor de ações que garantam a realização desses direitos, o que inclui medidas destinadas à proteção do consumidor (DUQUE, 2009).

Não obstante, Shultz e Holbrook (2009) ressaltam a necessidade da junção de esforços de profissionais de marketing, gestores públicos, consumidores/cidadãos e *stakeholders* para projetarem e gerenciarem sistemas de marketing sustentáveis, equitativos e rentáveis. Quanto mais integrados globalmente esses sistemas, maior é a probabilidade de que a vulnerabilidade do consumidor diminua.

Baker, Gentry e Hittenburg (2005) destacam a importância dos governos traçarem políticas coercivas para empresas, órgãos ou quaisquer segmentos de mercado que se aproveitem da vulnerabilidade do consumidor. Na medida em que se identificam as classes de pessoas que são susceptíveis à experiência de vulnerabilidade, os profissionais de marketing e

gestores de políticas públicas serão mais propensos a ajudar a nivelar o jogo para grupos de consumidores.

Aqui se conclui o referencial teórico que abordou os temas relacionados com comportamento do consumidor, perpassando pela tomada de decisão de compra do comprador compulsivo, à luz de várias perspectivas, da neurobiológica à econômica. Além disso, foi enfatizado o tema vulnerabilidade do consumidor, cujo recorte inclui os consumidores compulsivos, alvos deste estudo.

2.6 Modelo Teórico e Formulação das Hipóteses da Pesquisa

Segundo Malhotra (2001), os modelos representam hipóteses ou suposições sobre o funcionamento de uma dada situação real, bem como as relações de interdependência entre suas partes. Os modelos teóricos podem auxiliar no entendimento de certa realidade, na medida em que relacionam os construtos envolvidos e proporcionam uma síntese dos antecedentes e/ou consequências do construto que está sendo analisado.

O modelo teórico aqui proposto tem como ponto de partida os dois esforços anteriormente efetuados para explicar o comportamento da compra compulsiva e vulnerabilidade do consumidor. O modelo de Filomensky (2011) tem o intuito de gerar um modelo explicativo sobre o fenômeno da compra compulsiva e sugere que frustrações, conflitos ou discussões são gatilhos que desencadeiam emoções negativas que levam o indivíduo a episódios de CC. Já Baker, Gentry e Hittenburg (2005), elaboraram um modelo conceitual para definir a experiência de vulnerabilidade do consumidor. Sendo assim, buscou-se aglutinar em um único esquema elementos dos dois modelos, acrescentando-se a avaliação da tomada de decisão e as reações emocionais sob a perspectiva da Neurociência.

Frente à evidente escassez de estudos que busquem caracterizar o processamento de tomada de decisão e as reações emocionais associado à compra compulsiva, até mesmo em nível internacional, que considerem do mesmo modo a utilização do paradigma IGT e a participação de amostras maiores, o objetivo do presente estudo foi analisar a associação da tomada de decisão e as reações emocionais por meio de tal instrumento, em uma amostra de CCs, comparando o desempenho destes a um grupo controle composto por CNCs.

Com base nos objetivos expostos e conforme a revisão de literatura realizada sobre os estudos que envolvem a problemática dessa pesquisa, foram formuladas algumas proposições.

Estudos citados anteriormente já mostraram que indivíduos compradores compulsivos apresentam um pior desempenho na tomada de decisão durante a tarefa IGT quando comparado com outros grupos, ou seja, fazendo escolhas mais desvantajosas (KYRIOS *et al.*, 2004). Consequentemente, estes poderão apresentar diferença nos circuitos cerebrais envolvidos durante a tomada de decisão (DAMÁSIO; BECHARA; DAMÁSIO, 2002).

- **Hipótese 1:** Haverá diferenças na tomada de decisão entre compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos.

A hipótese 2 baseou-se nos estudos de Bechara e Damásio (2002), que usaram a medida da atividade eletrodérmica (EDA), a *Skin Conductance Response* (SCR), como

marcadores dos processos implícitos ou inconscientes, com participantes saudáveis e com cérebros lesionados (BECHARA; DAMÁSIO, 2002). Pesquisa com a tarefa *Iowa Gambling Task* (IGT) de Bechara *et al.* (1994) e Bechara *et al.* (1999) mostrou que não só os participantes lesionados exibem SCRs para os resultados de suas escolhas (ganhos contra perdas, refletindo experiências utilitárias), mas, ao longo de ensaios repetidos, os participantes saudáveis também desenvolveram SCRs antecipatórias, assumindo um índice de excitação emocional antes e enquanto realizavam as suas escolhas (refletindo decisão antecipada e utilitária). Estes SCRs antecipatórios foram preditivos para verificar se o participante faria uma escolha vantajosa em relação à escolha desvantajosa no IGT.

Hipótese 2: Haverá diferenças nas reações emocionais antecipatórias durante a tomada de decisão entre compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos.

Para fundamentar a hipótese 3, os únicos estudos revisados que avaliaram a tomada de decisão em compradores compulsivos foram os estudos de Raad *et al.* (2011), que descreveram os correlatos neurais durante a tomada de decisão do comprador compulsivo comparado ao comprador não compulsivo, utilizando a fMRI. Os resultados mostram evidências de diferenças significativas entre os compradores compulsivos e compradores não compulsivos em relação à atividade cerebral em regiões conhecidas por estarem envolvidas na tomada de decisão. O trabalho de Kyrios *et al.* (2004), que aplicou a escala *Frost Indecisiveness Scale* (FIS) (FROST; SHOWS, 1993) destinada a medir as atitudes e medos ou dificuldades associadas com a tomada de decisão entre compradores compulsivos, armazenadores compulsivos e portadores de transtorno obsessivo-compulsivo, concluiu que compradores compulsivos apresentam maior dificuldade de tomada de decisão do que os outros dois grupos.

- **Hipótese 3:** Haverá diferenças no desempenho da tomada de decisão entre os compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos.

A partir das definições e premissas estabelecidas, bem como das hipóteses do estudo formuladas, propõe-se o modelo do comportamento de compra compulsiva, representado na Figura 9.

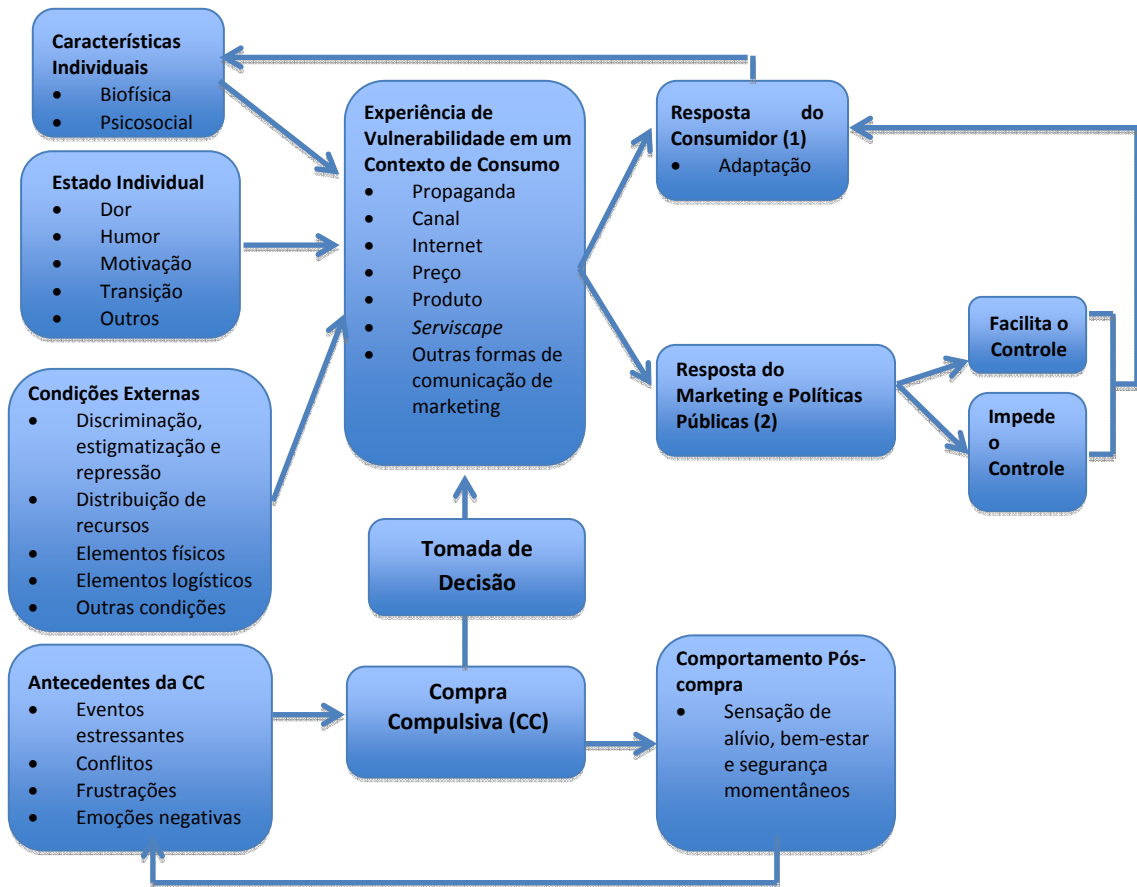


Figura 9: Modelo proposto da vulnerabilidade do consumidor compulsivo

Fonte: Adaptado de Baker, Gentry e Hittenburg (2005) e Filomensky (2011).

A seguir, é apresentada a consolidação das hipóteses da tese, que descreve os objetivos específicos, as hipóteses propostas e os testes empíricos para análise de dados.

2.7 Consolidação das Hipóteses da Pesquisa

As hipóteses formuladas estão relacionadas aos objetivos e aos testes empíricos que foram realizados.

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Hipóteses da Pesquisa	Teste Empírico	Autores
Analisar a associação entre a tomada de decisão e as reações emocionais em compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos.	Comparar a tomada de decisão entre compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos	H1: Haverá diferenças na tomada de decisão entre compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos.	Tarefa IGT	Rossini et al., 2007; Kyrios et al., 2004
	Verificar se há diferença nas reações emocionais durante a tomada de decisão entre compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos.	H2: Haverá diferença nas reações emocionais antecipatórias detectadas pela atividade eletrodérmica durante a tomada de decisão entre compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos.	Tarefa IGT usando a EDA/SCR	Damásio e Bechara, 2002; Bechara et al., 1994; e Bechara et al., 1999
	Correlacionar o desempenho na tomada de decisão e as reações emocionais em compradores compulsivos e o grupo de compradores não compulsivos.	H3: Haverá diferenças no desempenho da tomada de decisão e reações emocionais entre os compradores compulsivos e grupo de compradores não compulsivos.	Tarefa IGT usando a EDA/SCR	Rossini et al., 2007; Kyrios et al., 2004

Quadro 2: Consolidação das hipóteses da tese

Fonte: Elaborado pela autora.

3 Método

3 MATERIAL E MÉTODOS

O objetivo do presente capítulo foi apresentar os procedimentos metodológicos utilizados para o alcance dos objetivos propostos neste trabalho. Assim, é apresentado a seguir um quadro resumo (Quadro 3) dos elementos e etapas metodológicas que foram seguidas neste estudo. Posteriormente, essas etapas são expostas na apresentação dos procedimentos descritivos realizados.

Elementos da Pesquisa	Descrição
Questão da pesquisa	Como se dá a tomada de decisão e as reações emocionais desencadeadas no grupo de compradores compulsivos e no grupo de compradores não compulsivos?
Estratégia da pesquisa	Exploratória
Abordagem	Etapa 1 e 2: Quantitativa Etapa 3: Experimental
Sujeitos da pesquisa	Compradores Compulsivos (CCs) e Grupo de Compradores Não Compulsivos (CNCs)
Amostra	Etapa 1 e 2: Quantitativa: não probabilística intencional Etapa 3: Experimental: 35 voluntários no total, sendo 25 CCs e 10 CNCs
Acesso à amostra	Participantes do Programa Pró-Endividados do Tribunal de Justiça de Pernambuco e anúncio num jornal de grande circulação na cidade
Coleta de dados	Etapa 1: Quantitativa: seleção e triagem dos dois grupos, por meio da aplicação da escala diagnóstica para compra compulsiva - <i>Richmond</i> (questionário de autopreenchimento). Etapa 2: Quantitativa: os voluntários selecionados na etapa 1 foram para entrevista com um médico neurologista e responderam os questionários de autopreenchimento Etapa 3: Experimental: registros da EDA/SCR e aplicação da tarefa IGT em laboratório
Período da coleta	Etapa 1 e 2: Quantitativa: junho/ 2012 a agosto/2012 Etapa 3: Experimental: 01 a 20 de novembro/2012
Fontes de pesquisa	Artigos científicos, dissertações, teses, livros, documentos digitalizados, relatórios de pesquisas gerenciais e fontes retiradas da internet.
Dilema	Não há, na literatura consultada, estudos sobre a avaliação da tomada de decisão e as respostas emocionais, em compradores compulsivos comparando aos compradores não compulsivos.

Quadro 3: Quadro-síntese das características da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora

3.1 Amostra

A mostra foi composta por 35 indivíduos, sendo 25 compradores compulsivos (CCs), recrutados no Programa Pro-Endividados do Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE/ESMAPE) e por meio de anúncio no jornal de maior circulação na cidade de Recife/PE, avaliados e classificados como compradores compulsivos e 10 indivíduos compradores não compulsivos (CNCs) que compôs o grupo controle. Na fase de seleção, os (as) voluntários (as) participaram primeiro por uma triagem e, após esta fase, passaram por uma entrevista clínica que buscou verificar os critérios de inclusão e exclusão especificados abaixo.

3.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

3.2.1 Critérios de Inclusão para Compradores Compulsivos

- (1) Idade entre 19 e 65 anos, que tenham condições de informar precisamente os dados requisitados;
- (2) Escolaridade mínima até o 9º ano completo (antiga 8ª série);
- (3) Residência na Grande Recife;
- (4) Que atenda os critérios diagnósticos para compra compulsiva propostos por McElroy *et al.* (1994a) e na avaliação pelas escalas diagnósticas, a *Richmond* de Ridgway, Kukar-Kinney e Monroe (2008) e a *Compulsive Buying Scale* (CBS)(FABER; O'GUINN, 1992), vide (ANEXO A e B);
- (5) Seja classificado como destro de acordo com o inventário estruturado de lateralidade cerebral, vide ANEXO C;
- (6) Que tenha assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, vide (ANEXO D).

3.2.2 Critérios de Exclusão para Compradores compulsivos

- (1) Presença de condições clínicas crônicas ou agudas (diabetes, insuficiência renal, insuficiência cardíaca crônica, hipotireoidismo) que possam interferir com os procedimentos do estudo ou prejudicar o voluntário;
- (2) Presença de gravidez ou amamentação ou histórico de parto nos últimos seis meses;

- (3) Com doenças neurológicas diagnosticadas com comprometimento do sistema nervoso central com prejuízo grave das funções cognitivas;
- (4) Com doenças vasculares craniocervicais que afetem o fluxo de sangue para o cérebro;
- (5) Portadores de transtornos psicóticos que podem comprometer as respostas às escalas em uso;
- (6) Portadores de epilepsias;
- (7) Tenha sido identificado algum dos transtornos psiquiátricos do eixo I, mais comumente diagnosticados, verificados por uma breve entrevista estruturada, segundo critérios diagnósticos encontrados no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) e no Código Internacional de Doenças, 10a edição (CID-10), a M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version* (SHEEHAN *et al.*, 1998), para a triagem dos principais quadros psiquiátricos. Com base na validação para a população brasileira conduzida por Amorim (2000), vide (ANEXO P);
- (8) Indivíduos que preencham critérios para Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) avaliados por meio da M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version* (SHEEHAN *et al.*, 1998). São duas perguntas sobre TOC (uma sobre obsessões e uma sobre compulsões). Aplicar também a escala *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS) (GOODMAN *et al.*, 1989a, 1989b) (ANEXO E);
- (9) Indivíduos que preencham critérios para Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), analisados através da M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version* (SHEEHAN *et al.*, 1998). Caso positivo, deve-se usar a escala de rastreio *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) de Hirschfeld *et al.* (2003). Com 7 (sete) ou mais respostas afirmativas na MDQ VB (em processo de validação no Brasil), obtêm-se um diagnóstico de TAB (TBI ou TBII), vide (ANEXO F);
- (10) Indivíduos com depressão grave identificados por escore superior a 40 na escala *Beck Depression Inventory* (BDI – BECK *et al.*, 1996), vide (ANEXO G);
- (11) Indivíduos que apresentem sintomas pronunciados de colecionismo identificados na entrevista médica ou por um escore superior a 24 na *Saving Inventory-Revised* (SI-R – FROST; STEKETEE; GRISHAM, 2004); vide (ANEXO H);
- (12) Indivíduos que apresentem sintomas pronunciados de vício em jogos de azar identificados na entrevista médica ou por os critérios diagnósticos para identificar problemas com jogo (ANEXO I);
- (13) Lateralidade (sinistros);

- (14) Indivíduos fazendo uso de medicamentos depressores ou estimulantes do sistema nervoso central;
- (15) Tenham feito ingestão de bebidas (álcool e/ou bebidas à base de cafeína) 24 horas antes do experimento;
- (16) Indivíduos que se recusarem a participar do protocolo de pesquisa pela não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.2.3 Critérios de Inclusão do Grupo de Compradores Não Compulsivos

- (1) Apresentem idade entre 19 e 65 anos, que tenham condições de informar precisamente os dados requisitados;
- (2) Escolaridade mínima até o 9º ano completo (antiga 8ª série);
- (3) Residente na Grande Recife;
- (4) Que seja classificado como destro, de acordo com o inventário estruturado de lateralidade cerebral;
- (5) Assinatura de consentimento livre e esclarecido.

3.2.4 Critérios de Exclusão do Grupo de Compradores Não Compulsivos

- (1) Preencha os critérios diagnósticos para compra compulsiva propostos por McElroy *et al.* (1994a) e na avaliação pelas escalas diagnósticas, a *Richmond* de Ridgway, Kukar-Kinney e Monroe (2008) e a *Compulsive Buying Scale* (CBS) (FABER; O'GUINN, 1992);
- (2) Tenha sido identificado algum dos transtornos psiquiátricos do eixo I, mais comumente diagnosticados, verificados por uma breve entrevista estruturada, segundo critérios diagnósticos encontrados no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) e no Código Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10), a M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version* (SHEEHAN *et al.*, 1998), para a triagem dos principais quadros psiquiátricos. Com base na validação para a população brasileira conduzida por Amorim (2000);
- (3) Presença de condições clínicas crônicas ou agudas que possam interferir com os procedimentos do estudo ou prejudicar o voluntário;
- (4) Presença de gravidez ou amamentação ou histórico de parto nos últimos seis meses;
- (5) Com doenças neurológicas diagnosticadas com comprometimento do sistema nervoso central com prejuízo grave das funções cognitivas;

- (6) Com doenças vasculares craniocervicais que afetem o fluxo de sangue para o cérebro;
- (7) Lateralidade (sinistros);
- (8) Portadores de transtornos psicóticos que podem comprometer as respostas às escalas em uso;
- (9) Indivíduos que se recusarem a participar do protocolo de pesquisa pela não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.3 Procedimentos

Inicialmente, foi realizada uma triagem dos(as) voluntários(as) para o ingresso no estudo, por meio da aplicação da escala *Richmond* construída por Ridgway, Kukar-Kinney e Monroe (2008), com o intuito de auxiliar na classificação dos grupos de compradores compulsivos e de compradores não compulsivos. Após a triagem dos(as) voluntários(as) selecionados(as), foi realizada uma entrevista clínica com um médico neurologista, na qual foi aplicada uma breve entrevista estruturada, compatível com os critérios diagnósticos derivados do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição, texto revisado (DSM-IV-TR) e do Código Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10) - M.I.N.I. – *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version* (SHEEHAN *et al.*, 1998).

A M.I.N.I. foi aplicada nesse estudo com o objetivo de excluir da amostra indivíduos que sofrem de algum dos transtornos psiquiátricos mais comumente diagnosticados. Com base na versão em português conduzida por Amorim (2000), foram eliminados voluntários que atendiam aos critérios para alguns dos transtornos psiquiátricos avaliados. Também foi realizada a avaliação dos critérios diagnósticos para compra compulsiva propostos por McElroy *et al.* (1994a). Se caso tivesse sido revelada alguma informação que denotasse a presença de algum dos critérios de exclusão em ambos os grupos, em qualquer fase da pesquisa, o indivíduo teria sido desligado do protocolo.

Todos os instrumentos de caracterização e triagem da amostra foram conduzidos manualmente, ao passo que os registros da Atividade Eletrodérmica (EDA) – (*Skin Conductance Response* (SCR) e a aplicação do teste neuropsicológico *Iowa Gambling Task* (IGT) foram administrados com o uso de um computador. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), produzido a partir das instruções descritas na Declaração de Helsinque e de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde (CNS, 1996).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi submetido na Plataforma Brasil sob número CAAE 03042612.3.0000.5511, portal *online* de registros de pesquisas com seres humanos, que foi desenvolvido para auxiliar os trabalhos do sistema – Comitês de Éticas em Pesquisa e Conselho Nacional de Ética em Pesquisa(CEP/CONEP) do Ministério da Saúde. O Comitê de Ética (CEP) da UNINOVE avaliou e aprovou o TCLE, sob parecer número 40475, na data de 20.06.2012; vide (ANEXO J).

Após a assinatura do TCLE, foi agendado o experimento com registros do SCR e aplicação da tarefa IGT. Esta pesquisa beneficiou-se do uso do Laboratório de Neurociência Aplicada (NEUROLAB) ligada ao Instituto de Pesquisas Sociais de Pernambuco (IPESPE), atualmente em funcionamento na cidade de Recife/PE.

3. 4 Seleção dos Estímulos

3.4.1 – Seleção dos Estímulos na Tomada de Decisão

Para a avaliação da tomada de decisão foi utilizada a *Iowa Gambling Task* (IGT). A tarefa IGT tem sido largamente aplicada em estudos com enfoque no processo da tomada de decisão em diferentes populações. Ela é uma ferramenta de avaliação neuropsicológica para verificar o comportamento decisional, um dos poucos instrumentos que, até os dias atuais, mostrou-se sensível a déficits na habilidade decisional de pacientes com lesões frontais específicas (BECHARA *et al.*, 1994). Este instrumento contempla uma situação de tomada de decisão financeira sob incerteza, que, por meio de escolhas monetárias em curto e longo prazo, permite classificar o comportamento de decisão do indivíduo em termos de aversão ou busca pelo risco.

Na IGT, a realização da tarefa envolve escolhas de cartas de quatro baralhos distintos, ao longo de 100 jogadas (cinco blocos de vinte jogadas cada). Uma vez que cada baralho inclui um esquema fixo e pré-programado de recompensa e punição a partir de um processo de aprendizagem, os participantes podem criar padrões de probabilidade e inferir quais baralhos são vantajosos e quais não o são, com base no risco e lucratividade envolvidos no curto e longo prazo (BAKOS; PARENTE; BERTAGNOLLI, 2010).

3.5 Instrumentos e Técnicas de Avaliação

3.5.1 Registros Eletrofisiológicos da Condutância de Pele - Atividade Eletrodérmica - EDA/SCR

Nas últimas duas décadas, estudos em neuroeconomia e em Neurociências do consumidor têm utilizado diferentes técnicas e métodos de análise. Para cada técnica, observam-se vantagens e desvantagens, assim como nas aplicações para os objetivos desses estudos. As principais técnicas de experimentação utilizadas são o EEG, MEG, PET e a fMRI. Estas variam na resolução espacial e temporal dos dados que mensuram, no custo do equipamento, entre outras especificações. São técnicas que permitem registrar certos parâmetros fisiológicos nas regiões cerebrais que se pretende estudar, enquanto o sujeito desempenha uma tarefa específica (PLASSMAN; O'DOHERTY; RANGEL, 2007). O dado mais importante é que todas estas técnicas medem parâmetros fisiológicos diferentes.

O termo atividade eletrodérmica (EDA) ou condutância de pele, também chamada de resposta galvânica da pele, foi introduzido por Johnson e Lubin (1966) e refere-se, geralmente, a todos os fenômenos elétricos na pele (passivo e ativo). Este é um método bastante satisfatório na medição de reações emocionais implícitas, as quais refletem a forma como as pessoas julgam e tomam decisões, ou seja, pode ser um forte indicador do envolvimento dos processos afetivos e emocionais diante de um julgamento e escolha (FIGNER; MURPHY, 2012).

Especificamente, o termo EDA refere-se à forma como a pele conduz eletricidade quando uma corrente externa direta de tensão constante é aplicada. A EDA é medida em micro-Siemens (μS). A resposta da EDA pode ser dividida em fenômenos fásicos e tônicos. As principais diferenças entre esses fenômenos estão relacionadas com a escala de tempo e a relação com os estímulos que evocam (FIGNER; MURPHY, 2012).

Na explicação fisiológica da EDA, esta atividade é relacionada à hidratação de glândulas sudoríparas que, ao serem abastecidas por água salgada, diminuem a resistência da pele à eletricidade, aumentando, assim, a condutância. Enquanto a maioria dos sistemas fisiológicos é controlada por ambas as divisões do sistema nervoso autônomo (simpático e o parassimpático), alguns tecidos são inervados por apenas um, como, por exemplo, as glândulas sudoríparas que são inervadas apenas pelo sistema nervoso simpático (VENABLES, 1991). A amplitude do sinal pode chegar a 0,5 V e a frequência, a 15 Hz. A EDA pode ser medida em estados corporais de alerta durante um comportamento físico, cognitivo e emocional (NAGAI *et al.*, 2004).

Normalmente, a EDA é medida a partir das superfícies dos dedos ou das palmas da mão (ver Figura 5). Nesse estudo, foram colocados dois sensores nos participantes, um na falange distal do dedo indicador e outro no dedo médio da mão não dominante, permitindo assim, que os participantes usassem a mão dominante para lidar com o *mouse* do computador). Em seguida, uma pequena voltagem constante foi aplicada. A corrente é imperceptível para o participante. Diferenças na condutividade da pele são revelados por uma quantidade de corrente que passa entre os eletrodos, medindo as mudanças no fluxo de eletricidade ou na corrente gerada pelo próprio organismo.

Os registros eletrofisiológicos da Atividade Eletrodérmica - EDA/SCR foram obtidos nos indivíduos que permaneceram em repouso por três minutos com olhos fechados, para captação da atividade elétrica de base, seguindo-se o registro de base com olhos abertos, em frente a uma tela cinzenta, na qual foi projetado um ponto preto ao centro por um minuto. Finalmente, seguiram-se os registros eletrofisiológicos para a tomada de decisão e as respostas do despertar emocional, com o uso da tarefa cognitiva IGT em ambos os grupos, CCs e o grupo de CNCs. Os dados foram captados durante a execução da tarefa IGT realizada pelos grupos de CCs e o grupo dos CNCs.

Os dados da atividade eletrodérmica foram processados com o programa Biotrace/Nexus 32. Inicialmente, os dados foram normalizados para permitir a comparação dos valores de cada condição de tarefa para cada participante. Os índices calculados foram de SCR, a resistência de condutância da pele, medida que reflete o tônus simpático para uma resposta eletrodérmica geral ou relacionada com o estímulo.

A EDA é considerada uma medida de ativação (*arousal*) emocional e não há distinção entre ativações de valência positiva ou negativa. Porém, quando combinada com outros tipos de medidas neuropsicofisiológicas, ela é de grande ajuda porque nos permite acessar reações inconscientes de forma simples e precisa.



Figura 10: Captação da Atividade Eletrodérmica (EDA).

Fonte: Figner e Murphy (2012).

3.6 Instrumentos e Medidas

Medidas Comportamentais	Medidas Fisiológicas	Variáveis Sócio-demográficas	Avaliação Clínica
Pontuação da média alcançada na tarefa IGT (<i>netscores</i>) e as escolhas das cartas durante as 100 jogadas entre compradores compulsivos e controles normais.	Média do valor em <i>microsiemens</i> da EDA por meio da <i>Skin Conductance Response</i> (SCR) durante a realização da tarefa IGT.	Para descrição da amostra, todos os voluntários responderam um questionário de dados sócio-demográficos. As seguintes variáveis foram avaliadas: idade; gênero, estado civil, nível de escolaridade, profissão e renda, vide (ANEXO L).	<p>Todos os (as) voluntários (as) da pesquisa foram avaliados(as) por um médico neurologista, de acordo com os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação diagnóstica com a entrevista clínica psiquiátrica - <i>Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version</i> (M.I.N.I.) (SHEEHAN <i>et al.</i>, 1998). Consta de uma breve entrevista estruturada, segundo critérios diagnósticos encontrados no DSM-IV-TR e o CID-10 para triagem dos principais quadros psiquiátricos; ▪ Avaliação dos critérios diagnósticos para compra compulsiva (CC), proposto por McElroy <i>et al.</i> (1994a), com aplicação da escala diagnóstica de compra compulsiva, a CBS.

Quadro 4 – Instrumentos e medidas utilizadas no estudo

Fonte: Elaborado pela autora.

3.6.5 Avaliação de Variáveis Dimensionais

Após a entrevista clínica, os sujeitos responderam as escalas de autopreenchimento que são discutidas no Quadro 5.

Escalas		Ponto de Corte	Características da Escala	Autores
Escalas usadas para classificação do grupo de compradores compulsivos	Escala <i>Compulsive Buying Scale</i> (CBS)	Uma pontuação de -1,34 ou menos é um critério selecionado como o ponto de corte para ser classificado como um comprador compulsivo.	Útil em fazer o diagnóstico de compras compulsivas, no âmbito dos sintomas obsessivo-compulsivos. Apresenta 7 itens relacionados à compulsividade	Faber e O'Guinn (1992) A versão brasileira foi adaptada e validada por Leite (2011)
	Escala <i>Richmond</i>	A soma dos valores obtidos em cada uma das nove questões, obtendo um resultado maior ou igual a 25, sugere que o indivíduo apresenta sintomas do transtorno de comprar compulsivo.	Por ser uma escala curta e de fácil administração (pode ser utilizada na internet), sua interpretação também é simples.	Ridgway, Kukar-Kinney e Monroe (2008) A versão brasileira foi adaptada e validada por Leite (2011)
Escala de Avaliação do Nível de Impulsividade	Escala <i>Barratt Impulsiveness Scale</i> (BIS-11)	A BIS 11 fornece um escore total (mínimo de 30 e máximo de 120). Além de um escore global, a BIS-11 permite o cálculo de escores parciais referentes a três subdomínios da impulsividade, sendo eles a impulsividade motora (escores mínimo de 10 e máximo de 40, itens 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 e 30*), atencional (escores mínimo de 8 e máximo de 32, itens 6, 5, 9*, 11, 20*, 24, 26 e 28) e por não planejamento (escores mínimo de 12 e máximo de 48, itens 1*, 7*, 8*, 10*, 12*, 13*, 14, 15*, 18, 27 e 29*). Os itens marcados com o sinal * recebem escore inverso	A BIS 11 avalia três tipos de impulsividade: a motora, de atenção e por falha de planejamento. É uma escala de autopreenchimento composta por 30 itens que se referem à expressão de comportamentos impulsivos (ANEXO M).	Patton, Stanford e Barratt (1995) Foi adaptada e validada para o contexto brasileiro por Malloy-Diniz <i>et al</i> (2010)

		para o cálculo dos escores parciais e total (4,3,2,1). Altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos (MALLOY-DINIZ et al., 2010).		
Escala de Avaliação do Nível de Depressão	Escala <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI)	Pontos de corte para diferentes intensidades dos sintomas depressivos: mínimo (0-11) leve (12-19) moderado (20-35) grave (36 a 63)	O BDI apresenta 21 questões do tipo múltipla escolha de autopreenchimento referentes à última semana, incluindo o dia do preenchimento da escala.	Beck <i>et al.</i> (1961) A validação de construto da versão do BDI em língua portuguesa foi realizada por Gorenstein e Andrade (1996)
Escala de Avaliação de Ansiedade	Escala <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI)	O escore total é obtido pela soma das pontuações dos itens e varia entre 0 e 63. O escore total permite determinar os graus de ansiedade por pontos de corte: mínimo (0 -10) leve (11-19) moderado (20-30) grave (31- 63)	O Inventário Beck de Ansiedade (BAI) é uma escala de autorrelato que descreve a intensidade dos sinais e sintomas de ansiedade, avaliados por uma série escalar individual de zero a três pontos (0 = mínimo de ansiedade 3 = máxima ansiedade) (ANEXO N)	Beck <i>et al.</i> (1988) Foi adaptada e validada para o contexto brasileiro por Cunha (2001)
Escala de Avaliação de Transtorno Obsessivo-Compulsivos	Escala <i>Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i> (Y-BOCS)	A Y-BOCS tem escores máximos de 20 pontos para obsessões e 20 para compulsões, com um escore total máximo de 40. Considera-se 8 pontos ou menos como ponto de corte para o não diagnóstico de TOC.	A Y-BOCS é um instrumento clínico, semi-estruturado, para avaliação da presença e gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos	Goodman et al. (1989a, 1989b) Este instrumento foi traduzido para o português por Asbahr (1999), porém não se encontra validado para o português.

Quadro 5 - Escalas utilizadas no estudo e níveis de mensuração

Fonte: Elaborado pela autora.

3.6.5.1 Investigação Neuropsicológica

Envolve a utilização de teste cognitivo que possibilita a avaliação da tomada de decisão (Tabela 1).

Tabela 1: Tarefa neuropsicológica

Instrumentos	Funções avaliadas²	Variáveis a serem analisadas
<i>Iowa Gambling Task</i> ¹ (BECHARA <i>et al.</i> , 1994)	Tomada de decisões e controle da impulsividade	Netscore (pontuação total) ² = [(C+D)-(A+B)]

1. Instrumento Validado para a População Brasileira; 2. variável contínua.

Foi utilizada, nesse estudo, a versão 1.0 (2007) da IGT, elaborada originalmente por Bechara *et al.* (1994). A avaliação foi realizada de forma individual, pelos pesquisadores, em um único encontro de aproximadamente 1(uma) hora. Esta coleta foi conduzida no Laboratório de Neurociência Aplicada – NEUROLAB. A IGT foi administrada com o uso de um computador.

Para análise dos resultados, a primeira variável dependente trata-se do escore líquido total, derivado a partir do cálculo envolvendo a subtração do número de cartas retiradas dos baralhos desvantajosos, daquelas retiradas dos baralhos vantajosos: [(C+D)-(A+B)]. Tendo como base os dados normativos disponíveis para a população americana, os escores podem resultar nas seguintes classificações de desempenho: prejudicado, abaixo da média e não prejudicado.

No entanto, nos estudos realizados por Denburg *et al.* (2001), Denburg *et al.* (2005) e Denburg *et al.* (2006), foram adotado os pontos de corte a partir de uma distribuição binomial, no caso de escores acima de +18 (>+18). Os participantes tiveram seu desempenho considerado não prejudicado, entre (\geq -18) e (\leq +18), o desempenho foi classificado como limítrofe e de (<-18), prejudicado. As instruções fornecidas para os voluntários no momento da realização da tarefa deram-se com base na versão adaptada para o português brasileiro por Schneider e Parente (2006).

As instruções para cada voluntário foram: “Na sua frente, na tela, há quatro baralhos de cartas. Quando nós começarmos o jogo, eu vou pedir que você selecione uma carta por vez, clicando em alguma carta de qualquer baralho que você escolher. Cada vez que você selecionar uma carta, o computador lhe dirá que você ganhou

alguma quantia de dinheiro. Eu não sei quanto dinheiro você ganhará. Você descobrirá à medida que for jogando. Cada vez que você ganha, a barra verde aumenta. Frequentemente, quando você clicar em uma carta, o computador lhe dirá que você ganhou alguma quantia de dinheiro, mas também dirá que você perdeu algum dinheiro. Eu não sei quando você irá perder, ou quanto. Você descobrirá, na medida em que for adiante. Toda vez que você perder, a barra verde diminui. Você é absolutamente livre para trocar sua escolha, de um baralho para outro, quantas vezes desejar”.

O objetivo do jogo é ganhar o máximo de dinheiro possível e evitar perder o máximo de dinheiro possível. Você não saberá quando o jogo termina. Apenas siga jogando, até que o computador lhe sinalize o fim do jogo. Eu lhe darei R\$ 2.000,00 de crédito, a barra verde, para iniciares o jogo. A barra vermelha funcionará como um lembrete de quanto dinheiro você já pegou emprestado para jogar o jogo, bem como quanto dinheiro terá que pagar de volta, antes de verificarmos se você ganhou ou perdeu.

A única dica que posso lhe dar e a coisa mais importante para você perceber é: dentre estes quatro baralhos de cartas, existem alguns que são piores que os outros e, para ganhar, você deve tentar se manter afastado dos baralhos piores. Não importa o quanto você esteja perdendo, você ainda pode ganhar o jogo se evitar os baralhos que são piores. Além disso, note que o computador não altera a ordem das cartas uma vez que o jogo se inicia. Ele não lhe faz perder de forma aleatória, nem lhe faz perder dinheiro com base na última carta que você escolheu”. Como reforço optou-se por orientá-los para tratar do dinheiro (empréstimo fictício de R\$ 2.000,00) como se fosse do próprio voluntário.

Para facilitar o entendimento dos voluntários na realização da tarefa IGT, já que a versão usada está em inglês, foram elaborados *slides* com as telas e situações que aparecem durante a tarefa com informações traduzidas para o português; vide (ANEXO N).

3.7 Análise Estatística dos Resultados

Os dados das escalas da pesquisa (Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS 11 e Y-BOCS) foram analisados por meio de percentuais e das medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana. A análise das médias e desvios-padrão permite que se verifique que, para algumas das variáveis de pesquisa, existe uma discrepância entre os

valores observados para os dois grupos. Com o objetivo de verificar se essas diferenças entre médias são significativas, foi realizada uma Análise de Variância – ANOVA. Esta é uma técnica estatística empregada para verificar se há e quais são as diferenças entre as médias de duas ou mais categorias de uma amostra (MALHOTRA, 2001). Assim, nessa pesquisa, a categoria utilizada para verificar se havia diferenças significativas nas médias dos respondentes com relação às variáveis da tarefa IGT, da EDA e das escalas foi o grupo de CCs e o grupo de CNCs. Nesse sentido, o capítulo de análise dos resultados nas tabelas também apresenta o nível de significância estatística para as variáveis observáveis incluídas no estudo, sendo que valores $p < 0,05$ indicam diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos analisados.

Os testes estatísticos utilizados foram o Exato de Fisher ou Razão de Verossimilhança, quando não foi possível obter o teste Exato de Fisher, *t-Student* com variâncias iguais, *t-Student* com variâncias desiguais e *Mann-Whitney*.

Ressalta-se que a escolha entre teste *t-Student* em vez do teste *Mann-Whitney* ocorreu no caso da verificação da hipótese de normalidade dos dados em cada grupo e o teste de *Mann-Whitney*, no caso da rejeição da referida hipótese. A verificação da hipótese de normalidade dos dados foi realizada pelo teste de *Shapiro-Wilk* e hipótese de igualdade de variâncias através do teste F de Levene.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5 (nível de significância). Para a obtenção dos cálculos estatísticos, utilizou-se o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 17.

3.7.1 Análise Estatística da Atividade Eletrodérmica - EDA/SCR

Para análise da atividade eletrodérmica, a *Skin Conductance Response* (SCR), foi utilizado o *software Biotrace* que calcula os picos máximos, mínimos e as médias da resposta fásica durante a apresentação do estímulo, ou seja, a escolha de cada carta da tarefa IGT. Foi considerado com ausência de resposta, um tempo de latência entre a apresentação do estímulo e o início da resposta fásica > 5 segundos (ver figuras 11 e 12). O índice calculado foi a média SCR, ou seja, o nível da resistência de condutância da pele dos valores normalizados. Estas medidas refletem o tônus simpático para uma resposta eletrodérmica geral ou relacionada com o estímulo. Inicialmente, foi identificada a normalidade e homogeneidade de variância das amostras, usando o teste de *Shapiro Wilk* definindo, assim, se as amostras eram paramétricas ou não paramétricas

e, a partir deste resultado, definido que tipo de teste *Post-hoc* seria utilizado, considerando o nível de significância de 0,05, bicaudal.



Figura 11: Interface gráfica para identificação dos picos de onda SCR

Fonte: Tela do software Biotrace/Nexus 32.

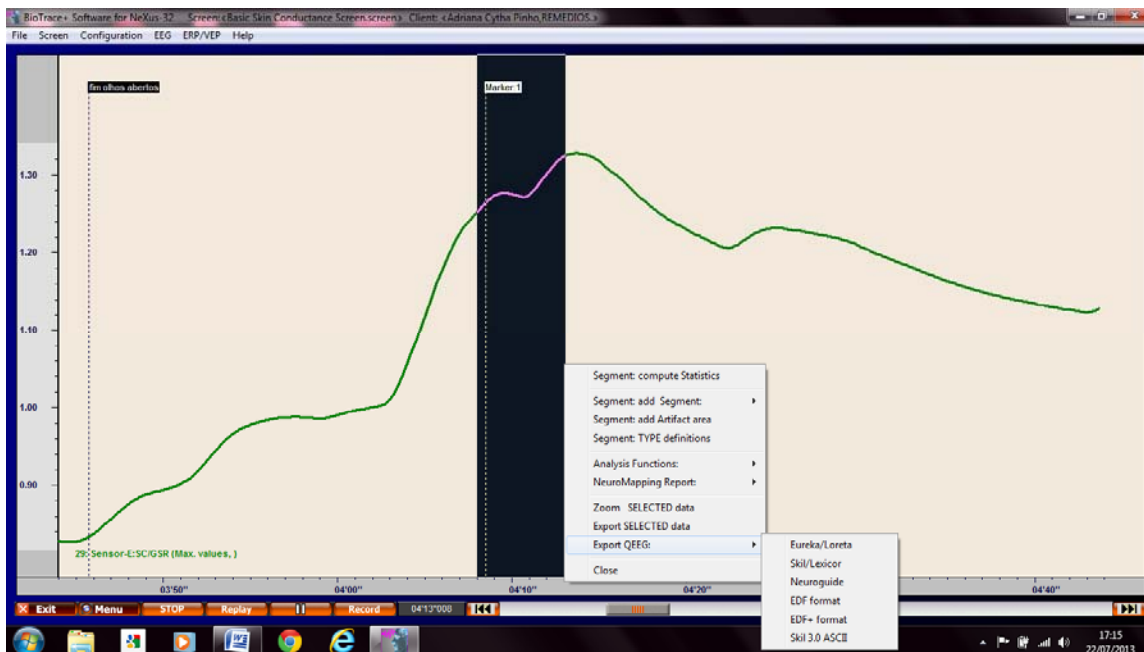


Figura 12: Interface gráfica e conseqüente cálculo dos índices de variabilidade na condutância de pele (em destaque).

Fonte: Tela do software Biotrace/Nexus 32.

3.7.2 Análise Estatística do *Iowa Gambling Task* - IGT

Para análise da tomada de decisão, foram avaliadas as escolhas ao longo das 100 jogadas feitas pelos(as) voluntários(as), adotando-se três critérios de análise: 1) Análise do escore líquido total, por meio da fórmula: $[(C + D) - (A + B)]$; 2) Análise do escore líquido por bloco (Net1, Net2, Net3, Net4 e Net5): o escore obtido em cada um dos blocos de 20 cartas, ao longo das 100 jogadas. O cálculo empregado é o mesmo do primeiro critério de análise sendo que, a partir deste escore, é possível verificar se houve o desenvolvimento de uma curva de aprendizado durante a execução da tarefa. 3) Análise descritiva de cada carta: as cartas que foram mais escolhidas (A, B, C ou D) durante o experimento, se foram escolhidas as vantajosas ou as desvantajosas.

4 Análise e Discussão dos Resultados

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O capítulo que segue está organizado em quatro seções, de acordo com os procedimentos descritos no capítulo do método dessa pesquisa. Inicialmente, a amostra de estudo é caracterizada, destacando-se o perfil dos grupos participantes dessa investigação. Em seguida, são expostas as estatísticas dos indicadores formadores dos construtos do modelo proposto, para que se possa ter conhecimento do comportamento individual de seus componentes. Por fim, os resultados dos construtos são avaliados por meio da tarefa IGT, EDA/SCRs e das escalas (Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS 11 e Y-BOCS) quanto à validade individual. Como procedimento geral, adotou-se o valor do nível de significância em todos os testes de hipóteses de 5,0 % ($\alpha = 0,05$).

4.1 Análise Descritiva da Amostra

A amostra empregada na análise contou com 35 pesquisados, sendo 25 do grupo de Compradores Compulsivos (CCs) e 10 no grupo de Compradores Não Compulsivos (CNCs). Como anteriormente comentado, as variáveis de caracterização do pesquisado foram analisadas, conforme exposto abaixo.

Na Tabela 2, apresentam-se os dados sociodemográficos da amostra da pesquisa, nos quais se verifica diferença significativa para $\alpha = 0,05$ na variável faixa etária, estado civil e profissão. Para as variáveis com diferença significativa, destaca-se que o percentual com idade até 29 anos foi mais elevado no grupo CNCs *versus* CCs (70,0% x 16,0%). O contrário ocorreu nas outras duas faixas etárias com percentuais correspondentemente mais elevados no grupo formado de CCs (40,0% x 20,0% na faixa 30 a 39 anos e 44,0% x 10,0% na faixa com 40 anos ou mais). Com relação ao sexo, apresentou-se uma frequência maior de mulheres, em ambos os grupos estudados CCs x CNCs (88,0% x 60,0%), principalmente no grupo de CCs, o que é altamente correlacionado com o perfil dos compradores compulsivos de maneira geral, segundo estudos sobre o tema.

O percentual dos solteiros foi mais elevado no grupo CNCs *versus* CCs (80,0% x 28,0%), enquanto que os percentuais de casados e divorciados foram mais elevados no grupo de CCs (40,0% x 20,0% de casados e 32,0% x 0,0% divorciados). Em análise adicional, a classificação profissional e anos de educação formal se mostraram

altamente correlacionadas, embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Tabela 2: Avaliação do perfil sociodemográfico segundo o grupo

Variável	Grupo			
	Compradores Compulsivos		Compradores Não compulsivos	
	n	%	n	%
TOTAL	25	100,0	10	100,0
Faixa etária				
Até 29	4	16,0	7	70,0
30 a 39	10	40,0	2	20,0
40 ou mais	11	44,0	1	10,0
Sexo				
Masculino	3	12,0	4	40,0
Feminino	22	88,0	6	60,0
Estado civil				
Solteiro	7	28,0	8	80,0
Casado	10	40,0	2	20,0
Divorciado	8	32,0	-	-
Escolaridade				
Médio completo	8	32,0	4	40,0
Superior completo	8	32,0	5	50,0
Pós-graduação	9	36,0	1	10,0
Renda				
Até 2000	7	28,0	4	40,0
2001 a 6000	10	40,0	3	30,0
6001 ou mais	8	32,0	3	30,0
Profissão				
Estudante	-	-	4	40,0
Secretária	4	16,0	-	-
Manicure	1	4,0	-	-
Médica	-	-	2	20,0
Recepcionista	-	-	1	10,0
Empresário	2	8,0	1	10,0
Auxiliar de Serviços Gerais	1	4,0	-	-
Analista de sistemas	-	-	1	10,0
Professora universitária	1	4,0	-	-
Autônoma	1	4,0	-	-
Dona de casa	1	4,0	-	-
Fisioterapeuta	1	4,0	1	10,0
Pedagoga	2	8,0	-	-
Contador	2	8,0	-	-
Assistente social	1	4,0	-	-
Administradora	2	8,0	-	-
Funcionário público	3	12,0	-	-
Promotor de justiça	1	4,0	-	-
Fonoaudiólogo	1	4,0	-	-
Vigilante	1	4,0	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2 Resultados das Escalas Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS 11 e Y-BOCS

Nos resultados contidos na Tabela 3, verifica-se que com exceção da escala Y-BOCS, na qual nenhum dos pesquisados foi classificado como portador de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), nas demais escalas comprova-se diferença significativa entre os dois grupos. Para cada escala com diferença significativa, destaca-se que, nas escalas Richmond e CBS, todos os pesquisados do grupo CCs foram classificados como compradores compulsivos e todos do grupo de CNCs foram classificados como compradores não compulsivos; na escala BIS nenhum pesquisado foi classificado como

muito controlado, no grupo dos CCs apenas um participante (4,0%) foi classificado como normal e os 96,0% restantes foram classificados como altamente impulsivos, enquanto no grupo dos CNCs, um pesquisado (10,0%) foi classificado como altamente impulsivo e todos os demais, (90,0%) como normais.

Na classificação da escala BDI, a maior diferença percentual entre os dois grupos ocorreu entre os pesquisados que tinham ausência de depressão, índice que foi mais elevado no grupo CNCs (80,0% x 24,0%). A segunda maior diferença percentual ocorreu entre os que tinham depressão moderada, o que correspondeu a 48,0% no grupo de CCs e a um índice nulo no grupo de CNCs. O percentual de pesquisados classificados com sintomas graves na escala BAI foi 100,0% no grupo de CCs e nulo no grupo de CNCs, enquanto a metade dos participantes do grupo CNCs tinha sintomas classificados como “Mínimo” e a outra metade tinha sintomas classificados como “Leve”.

Tabela 3: Avaliação das escalas Richmond e CBS, ocorrência de sintomatologia pela escala BDI, BAI e BIS 11 e diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), usando a escala Y-BOCS

Variável	Grupo				Valor de p
	Compradores Compulsivos		Compradores Não Compulsivos		
	n	%	N	%	
TOTAL	25	100,0	10	100,0	
• Richmond					
Compulsivo	25	100,0	-	-	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Não compulsivo	-	-	10	100,0	
• CBS					
Compulsivo	25	100,0	-	-	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Não compulsivo	-	-	10	100,0	
• Inventário de BECK - Classificação da escala BDI					
Ausência de depressão	4	24,0	8	80,0	p ⁽¹⁾ = 0,005*
Estado depressivo leve	5	20,0	2	20,0	
Depressão moderada	12	48,0	-	-	
Depressão grave	2	8,0	-	-	
• Inventário de BECK - Classificação da escala BAI					
Mínimo	-	-	5	50,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Leve	-	-	5	50,0	
Grave	25	100,0	-	-	
• BIS 11					
Muito controlado	-	-	-	-	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Normal	1	4,0	9	90,0	
Altamente impulsivo	24	96,0	1	10,0	
• Y-BOCKS					
Com TOC	-	-	-	-	**
Sem TOC	25	100,0	10	100,0	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(**): Não foi determinado devido à presença de apenas uma categoria.

(1): Por meio do teste Exato de Fisher.

Na Tabela 4, apresentam-se as estatísticas: média, desvio padrão e mediana das escalas Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS e Y-BOCS. Nesta tabela, verifica-se que, com exceção das subescalas da escala Y-BOCS, nas outras escalas comprova-se diferença significativa entre os dois grupos e, para as variáveis com diferença significativa, ressalta-se que, com exceção das escalas CBS e a subescala da BIS – Atencional, que apresentaram médias mais elevadas no grupo CNCs, as médias foram correspondentemente mais elevadas no grupo dos CCs do que no dos CNCs.

As estatísticas das escalas Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS e Y-BOCS confirmam categoricamente a classificação em dois grupos diferentes de CCs e CNCs. Este fato indicou que a classificação feita à priori, realizada com base na entrevista clínica e aplicação da *M.I.N.I. – Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version* (SHEEHAN *et al.*, 1998), foi confirmada.

Tabela 4: Estatísticas das escalas, Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS (11), MDQ e Y-BOCS

Variável	Grupo		Valor de p
	Compradores Compulsivos Média ± DP (Mediana)	Compradores Não Compulsivos Média ± DP (Mediana)	
Idade	40,88 ± 10,79 (38,00)	26,70 ± 7,20 (24,00)	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Richmond	38,16 ± 1,97 (39,00)	8,80 ± 2,10 (8,50)	p ⁽²⁾ < 0,001*
CBS	- 3,50 ± 1,37 (-3,35)	2,49 ± 1,14 (2,79)	p ⁽²⁾ < 0,001*
Inventário de BECK			
BDI	20,28 ± 11,29 (22,00)	4,60 ± 5,06 (2,50)	p ⁽²⁾ < 0,001*
BAI	44,16 ± 3,64 (45,00)	10,20 ± 2,30 (10,50)	p ⁽¹⁾ < 0,001*
BIS			
Impulsividade motora	29,52 ± 3,15 (30,00)	22,80 ± 2,66 (22,00)	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Atencional	19,20 ± 2,84 (19,00)	23,10 ± 1,66 (23,00)	p ⁽³⁾ < 0,001*
Não planejamento	29,60 ± 3,57 (30,00)	24,30 ± 1,77 (24,50)	p ⁽³⁾ < 0,001*
Global	78,32 ± 4,36 (79,00)	70,20 ± 2,44 (70,50)	p ⁽³⁾ < 0,001*
Y-BOCS			
Obsessão	3,96 ± 1,02 (4,00)	4,10 ± 1,52 (4,00)	p ⁽²⁾ = 0,986
Compulsão	1,76 ± 1,54 (2,00)	1,50 ± 1,27 (1,00)	p ⁽²⁾ = 0,733
Global	5,72 ± 1,54 (5,00)	5,60 ± 1,96 (5,50)	p ⁽²⁾ = 0,760

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Por meio do teste t-Student com variâncias iguais.

(2): Por meio do teste de Mann-Whitney.

(3): Por meio do teste t-Student com variâncias desiguais.

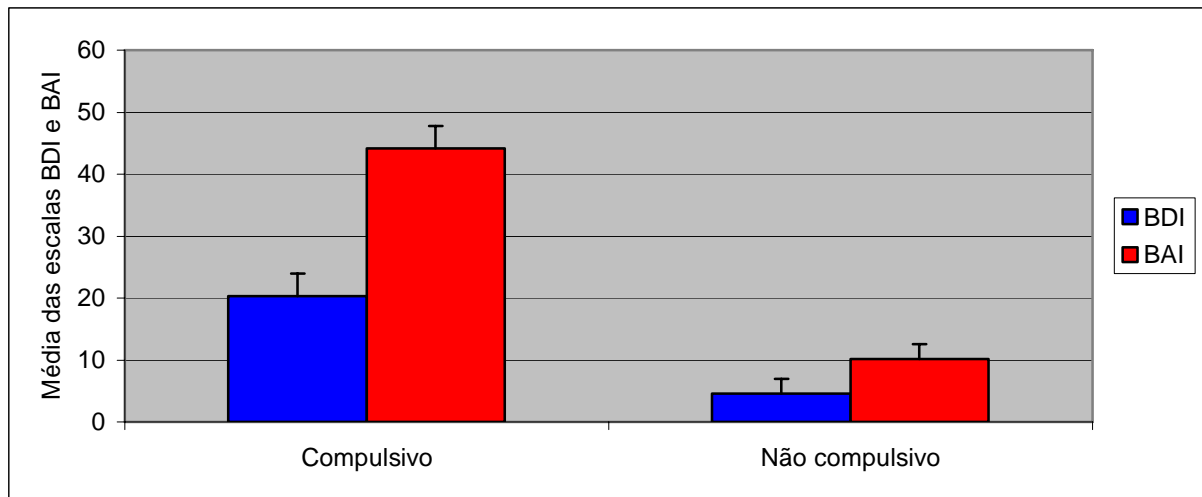


Gráfico 1 – Média e desvio padrão das escalas BDI e BAI

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3 Resultados da Tarefa IGT e EDA/SCR

Os dados dos pesquisados na tarefa IGT foram analisados segundo um breve guia interpretativo, proposto por Bechara (2007). A primeira variável dependente é o **escore global**, derivado a partir do cálculo que envolve a subtração do número de escolhas desvantajosas (cartas retiradas dos baralhos desvantajosos), das escolhas vantajosas (cartas retiradas dos baralhos vantajosos): $[(C+D)-(A+B)]$. Com base em dados normativos disponíveis para a população americana, os escores podem resultar nas seguintes classificações de desempenho: *prejudicado*, *abaixo da média* e *não prejudicado*. Tendo em vista a ausência de dados normativos para a população brasileira, os pesquisados da atual amostra tiveram seu desempenho classificado em **prejudicados**, **não prejudicados** e **limítrofes**, conforme pontos de corte a partir de uma distribuição binomial, adotados por Denburg *et al.* (2001), Denburg *et al.* (2005) e Denburg *et al.* (2006). No caso de escores acima de +18 ($>+18$), os pesquisados tiveram seu desempenho considerado não prejudicado, já entre (≥ -18) e ($\leq +18$), o desempenho foi classificado como limítrofe e de (< -18) para baixo, como prejudicado.

O segundo critério de análise, comumente mencionado na literatura (BECHARA, 2007), refere-se ao *escore por bloco*, obtido em cada um dos cinco blocos de 20 escolhas (cartas), ao longo das 100 escolhas (jogadas). O cálculo empregado para a obtenção deste resultado é o mesmo utilizado para o cálculo do *escore global* $[(C+D)-(A+B)]$, realizado a cada bloco de 20 cartas. A partir deste escore, é possível verificar se houve o desenvolvimento de uma curva de aprendizado durante a execução da tarefa.

Ainda é possível efetuar uma terceira análise descritiva dos escores alcançados na IGT, por meio do número de cartas selecionadas em cada baralho. Dentre os baralhos tidos como desvantajosos (A e B), existem diferenças na frequência e probabilidade da punição envolvida, tendo o baralho B uma punição muito menos provável, por ser esta mais infrequente. Desta maneira, este baralho, muitas vezes, não é percebido como sendo desvantajoso. O mesmo acontece com o baralho C, que embora seja classificado como vantajoso, pode, em algumas situações, ser compreendido como desvantajoso, em função da grande frequência de punições envolvida (embora estas sejam baixas em magnitudes) (CARVALHO *et al.* 2012b). Com base nestes aspectos, Bechara (2007) sugere que altas escolhas do baralho A e baixas escolhas do D são fortemente indicativas de uma tomada de decisão prejudicada.

A Tabela 5 mostra estatísticas do cálculo global e do cálculo por blocos dos *netscores* segundo os grupos. Dessa tabela, destaca-se que, no grupo de CCs, com exceção do Net 4 que apresentou média positiva, nos demais Nets, as médias foram todas negativas. No grupo de CNCs, com exceção do Net1 que apresentou média negativa, as médias dos demais *netscores* foram todas positivas. Em geral, nos demais Nets, as médias e medianas foram correspondentemente mais elevadas no grupo de CNCs; no *net score* total, a média e a mediana foram mais elevadas no grupo dos CNCs, sendo verificadas diferenças significantes ($p < 0,05$) entre os dois grupos, do Net 2 ao Net 4 e no *net score* total.

Tabela 5: Estatísticas dos *Netscores* segundo os grupos de compradores compulsivos (CCs) e o grupo de compradores não compulsivos (CNCs)

Netscores por blocos	Grupo		Valor de P
	Compradores compulsivos Média ± DP	Compradores Não compulsivos Média ± DP	
• Net 1	- 1,92 ± 5,34 (- 2,00)	- 2,60 ± 4,01 (- 4,00) ^(A)	$p^{(1)} = 0,753$
• Net 2	- 0,24 ± 5,01 (0,00)	4,80 ± 6,68 (3,00) ^(AB)	$p^{(1)} = 0,046^*$
• Net 3	- 0,88 ± 7,64 (0,00)	9,40 ± 6,80 (8,00) ^(B)	$p^{(1)} = 0,001^*$
• Net 4	0,48 ± 9,68 (2,00)	8,80 ± 7,50 (9,00) ^(B)	$p^{(1)} = 0,019^*$
• Net 5	- 1,36 ± 7,52 (- 2,00)	7,40 ± 7,49 (6,00) ^(AB)	$p^{(1)} = 0,007^*$
• Valor de p	$p^{(2)} = 0,611$	$p^{(2)} = 0,001^*$	
• Net total	- 3,92 ± 24,38 (2,00)	27,80 ± 19,33 (27,00)	$p^{(1)} = 0,002^*$

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

(2): Por meio do teste F (ANOVA) com medidas repetidas e comparações através do teste de Bonferroni.

Obs. Se as letras entre parêntesis são todas distintas existe diferença significativa entre os Nets correspondentes.

Na Tabela 6, analisa-se a classificação do desempenho individual de cada um dos pesquisados em ambos os grupos, nos quais se calculou um escore único para cada

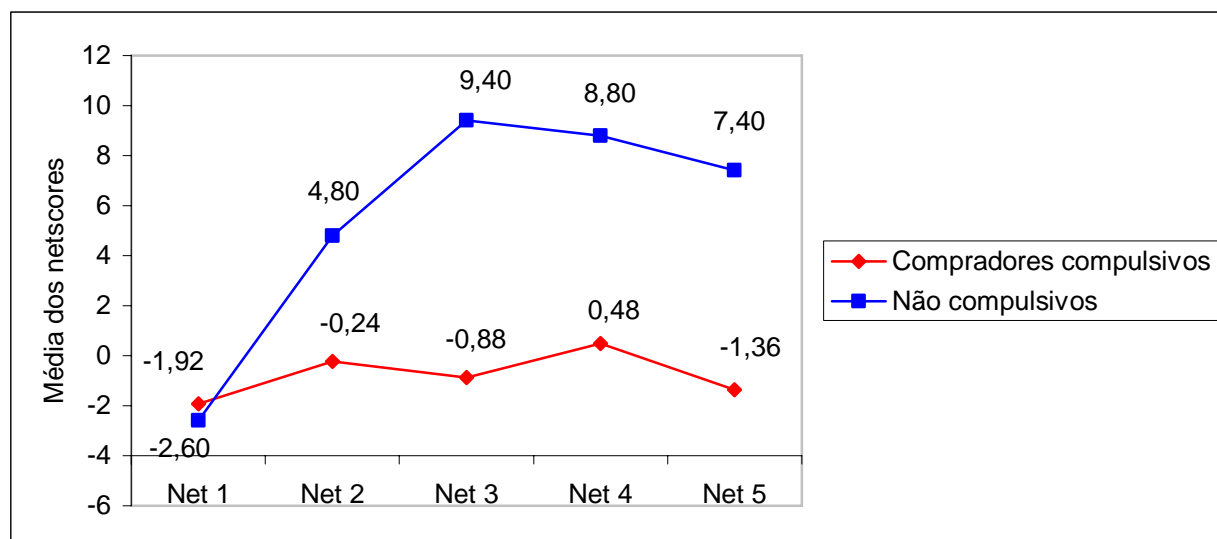
pesquisado. A partir do resultado, foram estabelecidos pontos de corte com base em uma distribuição binomial (DENBURG *et al.*, 2005; DENBURG *et al.*, 2001; DENBURG *et al.*, 2006), no intuito de classificar o desempenho dos pesquisados em prejudicados, limítrofes e não prejudicados entre os grupos. Dentre os resultados apresentados nesta tabela, ressalta-se que o percentual de pesquisados não prejudicados foi mais elevado no grupo de CNCs (60,0% x 24,0%), enquanto que os percentuais de pesquisados com resultados limítrofes e prejudicados foram correspondentemente mais elevados no grupo de CCs (52,0% x 40,0% classificados na categoria “Limítrofe” e 24,0% x 0,0% na categoria “Prejudicado”).

Tabela 6: Classificação do desempenho do escore total do IGT conforme o grupo

Resultado	Grupo				Valor de p
	Compradores compulsivos		Compradores Não compulsivos		
	n	%	n	%	
Não prejudicado (> 18)	6	24,0	6	60,0	p ⁽¹⁾ = 0,087
Limítrofe (-18 a 18)	13	52,0	4	40,0	
Prejudicado (< - 18)	6	24,0	-	-	
Total	25	100,0	10	100,0	

(1): Por meio do teste Exato de Fisher.

Quanto à análise da curva de aprendizagem, no grupo de CCs foram verificadas oscilações nos valores das médias dos *netscores*, sem diferença significativa entre os Nets ($p > 0,05$). No grupo dos CNCs, as médias aumentaram do Net 1 ao Net 3 e houve uma redução até o Net 5, sendo verificadas diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os Nets. Pelos testes de comparações múltiplas (entre pares de Nets), existe diferença significativa do Net 1 com os Nets 3 e 4. Observando a evolução do comportamento de escolhas dos dois grupos ao longo das 100 escolhas, é possível verificar que os CNCs apresentaram uma expressiva melhora do primeiro para o terceiro bloco, havendo pequena redução na aprendizagem a partir do quarto bloco e mantendo-se relativamente constante até o quinto bloco. Estes dados podem ser contemplados no Gráfico 2.

Gráfico 2: Médias de desempenho dos *netscores* em cada bloco

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 7, apresentam-se as estatísticas da análise descritiva do número de cada uma das quatro cartas retiradas por grupo. Verifica-se que no grupo de CCs, as médias mais elevadas corresponderam às cartas B (35,28) e D (29,56) e a menor média ocorreu na carta A (16,68). No grupo de CNCs, a média mais elevada correspondeu à carta D (43,20) e a menor, à carta A (13,10); as médias das cartas A e B foram correspondentemente mais elevadas nos CCs, enquanto que com as cartas C e D, as médias foram correspondentemente mais elevadas no grupo CNCs. Diferenças significativas entre os grupos foram registradas nas cartas B e D.

Tabela 7: Média e desvio padrão do número de cartas retiradas

Baralho	Grupo		Valor de P
	Compradores compulsivos Média ± DP	Compradores Não compulsivos Média ± DP	
• Carta A	16,68 ± 5,77 (17,00)	13,10 ± 6,82 (13,50)	p ⁽¹⁾ = 0,095
• Carta B	35,28 ± 13,04 (31,00)	23,00 ± 8,81 (19,50)	p ⁽¹⁾ = 0,006*
• Carta C	18,48 ± 7,62 (17,00)	20,70 ± 11,12 (19,50)	p ⁽¹⁾ = 0,783
• Carta D	29,56 ± 13,90 (29,00)	43,20 ± 14,33 (44,00)	p ⁽¹⁾ = 0,015*

Fonte: Dados da pesquisa

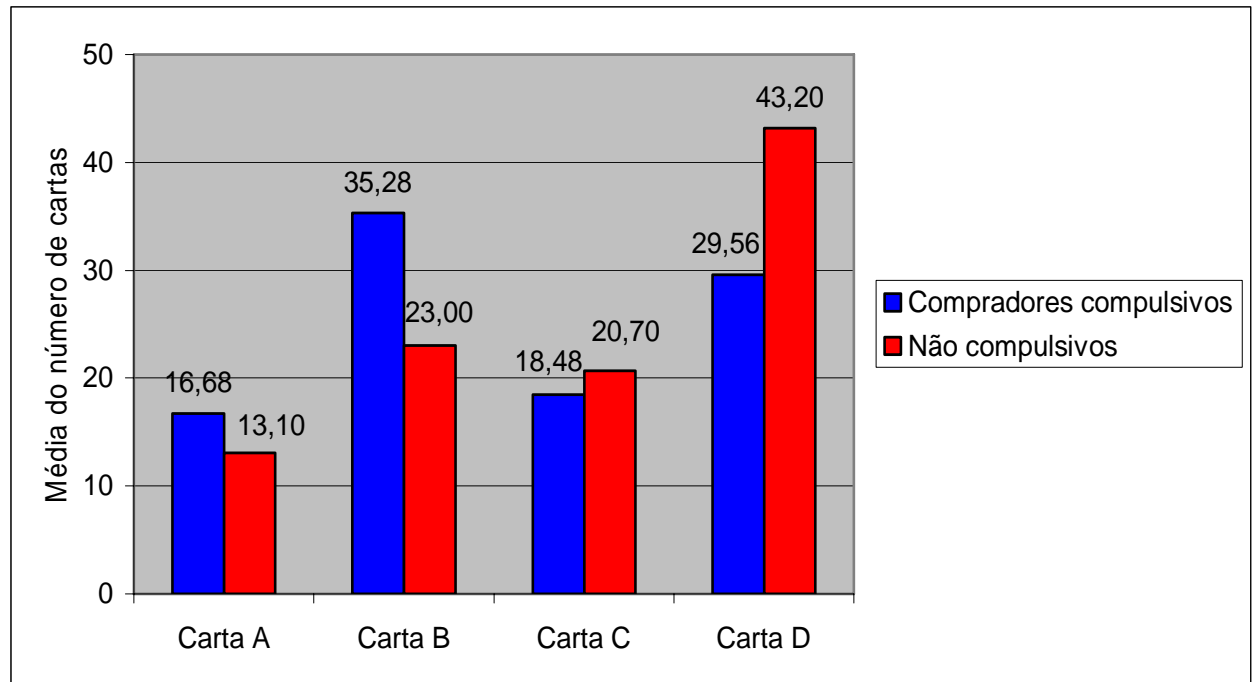


Gráfico 3: Médias do número de cartas escolhidas por pesquisado segundo o grupo

Fonte: Dados da pesquisa

4.4 Resultados da EDA/SCR

Dentre os resultados contidos na Tabela 8, verifica-se que as médias dos dados padronizados da EDA/SCRs nas pré-escolhas desvantajosas no grupo de CCs variaram de $-0,25$ a $-0,17$ nos Nets e que no grupo de CNCs, as médias variaram de $0,42$ (Nets 4 e 5) a $0,63$ (Net 3). Diferenças significativas não foram verificadas entre os grupos em nenhum dos Nets e nem entre os Nets em nenhum dos grupos.

Tabela 8: Estatísticas da EDA/SCR – *Skin conductance Response* segundo os grupos e a avaliação da pré-escolhas desvantajosas enquanto realizavam a tarefa IGT (dados padronizados)

Netscores por bloco	Grupo		Valor de P
	Compradores compulsivos Média ± DP	Compradores Não compulsivos Média ± DP	
• Net 1	$-0,24 \pm 0,48$ (- 0,37)	$0,60 \pm 1,62$ (- 0,16)	$p^{(1)} = 0,235$
• Net 2	$-0,20 \pm 0,43$ (- 0,27)	$0,51 \pm 1,70$ (- 0,09)	$p^{(1)} = 0,401$
• Net 3	$-0,25 \pm 0,46$ (- 0,25)	$0,63 \pm 1,61$ (- 0,05)	$p^{(1)} = 0,065$
• Net 4	$-0,17 \pm 0,47$ (- 0,16)	$0,42 \pm 1,71$ (- 0,04)	$p^{(1)} = 0,559$
• Net 5	$-0,17 \pm 0,52$ (- 0,24)	$0,42 \pm 1,67$ (- 0,01)	$p^{(1)} = 0,401$
Valor de p	$p^{(2)} = 0,243$	$p^{(2)} = 0,676$	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

(2): Por meio do teste F (ANOVA) com medidas repetidas.

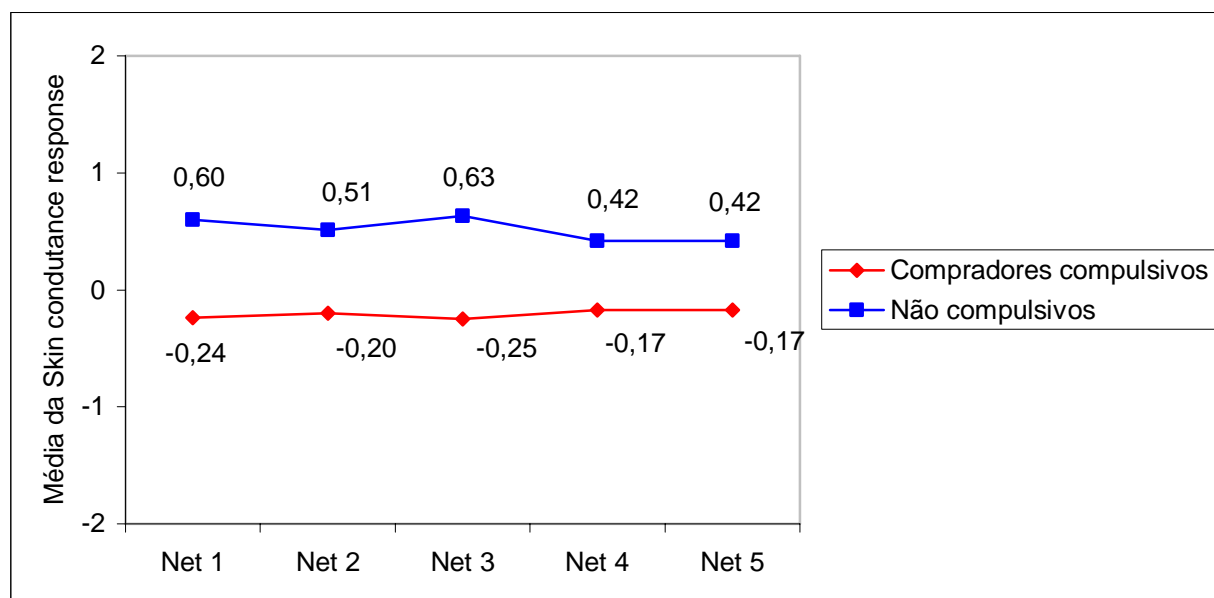


Gráfico 4: Médias da *Skin condutance response* segundo o grupo para as pré-escolhas desvantajosas (dados padronizados)

Fonte: Dados da pesquisa

Dos resultados contidos na Tabela 9, verifica-se que as médias dos dados padronizados da EDA/SCRs nas pré-escolhas vantajosas no grupo de CCs variaram de -0,27 (Net 4) a -0,21 (Net 1) e que no grupo de CNCs, as médias variaram de 0,53 (Net 1) a 0,67 (Net 4). A única diferença significativa entre os grupos foi registrada no Net 4 (-0,27 x 0,67). Diferenças significantes não foram verificadas entre os outros Nets em nenhum dos dois grupos.

Tabela 9: Estatísticas da EDA/SCR – *Skin condutance Response* segundo os grupos e a avaliação das pré-escolhas vantajosas enquanto realizavam a tarefa IGT (Dados padronizados)

Netscores por bloco	Grupo		Valor de P
	Compradores compulsivos Média ± DP	Compradores Não compulsivos Média ± DP	
• Net 1	-0,21 ± 0,54 (- 0,36)	0,53 ± 1,60 (- 0,10)	p ⁽¹⁾ = 0,289
• Net 2	-0,24 ± 0,45 (- 0,29)	0,59 ± 1,64 (- 0,06)	p ⁽¹⁾ = 0,201
• Net 3	-0,25 ± 0,46 (- 0,25)	0,62 ± 1,62 (- 0,05)	p ⁽¹⁾ = 0,071
• Net 4	-0,27 ± 0,54 (- 0,26)	0,67 ± 1,51 (0,09)	p ⁽¹⁾ = 0,033*
• Net 5	-0,24 ± 0,52 (- 0,32)	0,59 ± 1,59 (0,10)	p ⁽¹⁾ = 0,076
Valor de p	p ⁽²⁾ = 0,802	p ⁽²⁾ = 0,460	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

(2): Por meio do teste F (ANOVA) com medidas repetidas.

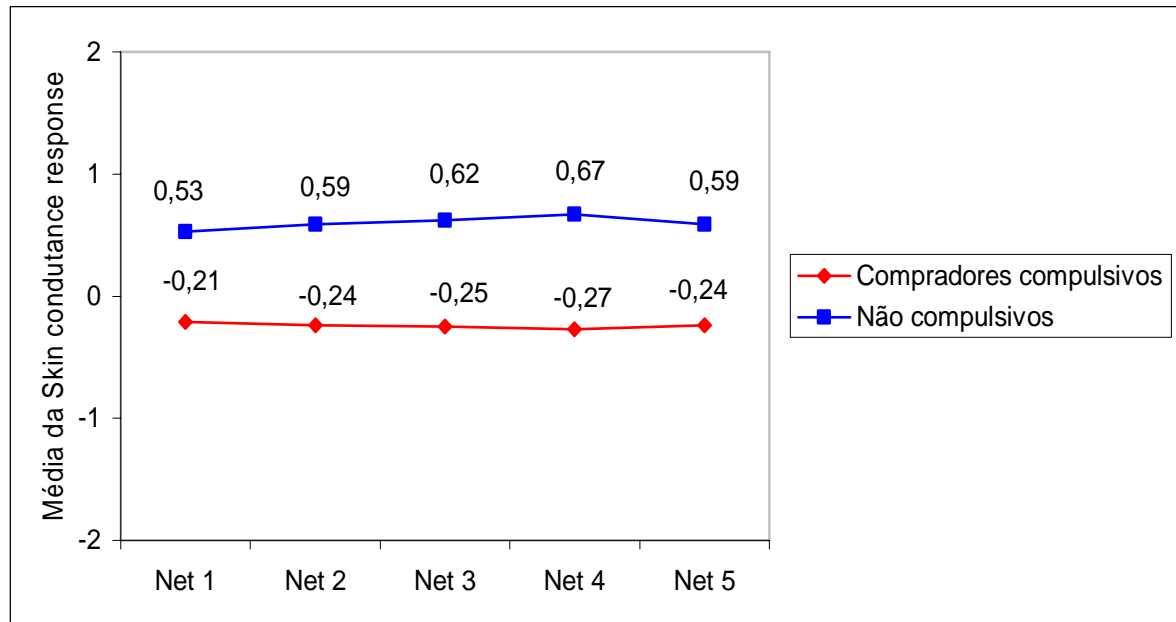


Gráfico 5: Médias da *Skin condutance response* segundo o grupo para as pré-escolhas vantajosas (dados padronizados)

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 10, verifica-se que nesses mesmos dados padronizados da EDA/SCRs nas pré-escolhas vantajosas e desvantajosas, analisados por meio do teste *Kruskal Wallis*, no grupo de CCs e no grupo de CNCs, foram verificadas diferenças significativas entre os Nets nos dois grupos, enquanto realizavam a tarefa IGT.

Tabela 10: Estatísticas da EDA/SCR – *Skin conductance Response* segundo os grupos e a avaliação das pré-escolhas vantajosas e desvantajosas, enquanto realizavam a tarefa IGT (Dados padronizados)

EDA/SCR	Grupo	N	Média	Desvio padrão	Erro Padronizado	Kruskal Wallis Test	Sig.
ZSCRpreDnet1	1 ⁽¹⁾	10	0,6000007	1,61719947	0,51140338	16,967	,000
	2 ⁽²⁾	25	-0,2400003	0,4753061	0,09506122		
ZSCRpreDnet2	1	10	0,5053365	1,70216998	0,53827341	15,710	,000
	2	25	-0,2021346	0,42565865	0,08513173		
ZSCRpreDnet3	1	10	0,5851542	1,58192072	0,50024726	11,580	,002
	2	23	-0,2544149	0,4555201	0,09498251		
ZSCRpreDnet4	1	10	0,4215288	1,70809297	0,54014642	13,184	,001
	2	25	-0,1686115	0,4678922	0,09357844		
ZSCRpreDnet5	1	10	0,4228378	1,6650684	0,52654086	7,729	,009
	2	25	-0,1691351	0,52220843	0,10444169		
ZSCRpreVnet1	1	10	0,5290508	1,60024255	0,50604113	14,714	,001
	2	25	-0,2116203	0,54139047	0,10827809		
ZSCRpreVnet2	1	10	0,5896585	1,63959012	0,51848392	13,229	,001
	2	25	-0,2358634	0,45359389	0,09071878		
ZSCRpreVnet3	1	10	0,6236447	1,61666164	0,5112333	12,151	,001
	2	25	-0,2494579	0,45792051	0,0915841		
ZSCRpreVnet4	1	10	0,6681218	1,51499119	0,47908228	7,735	,009
	2	25	-0,2672487	0,54366816	0,10873363		
ZSCRpreVnet5	1	10	0,5898438	1,59011222	0,50283763	6,736	,014
	2	25	-0,2359375	0,51531012	0,10306202		

(1): Grupo de Compradores Não Compulsivos

(2): Grupo de Compradores Compulsivos

4.5 Discussão dos Resultados

Na análise dos dados sociodemográficos desta amostra, encontramos uma proporção maior de mulheres no grupo de CCs, o que se mostra compatível com descrições prévias na literatura, que sugerem o predomínio do gênero feminino neste grupos (O'GUINN; FABER, 1989; McELROY *et al.*, 1994a; SCHLOSSER *et al.*, 1994; BLACK, 2001). Este predomínio pode ser um reflexo de uma prevalência real de CCs entre mulheres em comparação com os homens, ou pode ser atribuída ao fato de que as mulheres reconhecem mais facilmente o descontrole com as compras e, por isso, buscam mais ajuda. Pode ainda ocorrer que as mulheres são socialmente mais exigidas a dar explicação sobre seus gastos, enquanto os homens costumam utilizar a *coleção* como justificativa para o seu descontrole com as compras (BLACK *et al.*, 2010).

Outro fator que apresentou diferença foi a idade dos pesquisados nos dois grupos

da amostra, podendo esta ser explicada pelo curso específico do comportamento do comprador compulsivo. Para Black *et al.* (2010), a CC tem seu início no final da adolescência e início da fase adulta, época que coincide com a idade em que os jovens estão recebendo crédito pela primeira vez; até este comportamento ser percebido como um problema crônico, leva-se algum tempo e a busca por tratamento tipicamente começa entre os 31 e 39 anos (CHRISTENSON *et al.*, 1994; McELROY *et al.*, 1994a; BLACK, 1996).

Ademais, a considerável variabilidade da renda familiar e outros indicadores socioeconômicos da amostra confirmam relatos prévios de que a CC pode ocorrer com pessoas de qualquer renda e nível educacional (OTTER; BLACK, 2007).

4.5.1 Discussão dos Resultados das Escalas Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS 11 e Y-BOCS

Conforme já explicitado no capítulo sobre métodos, foram necessários alguns procedimentos para uma seleção mais criteriosa da amostra, devido às subsequentes análises em dois grupos distintos: um grupo de compradores compulsivos (CCs) e outro grupo de compradores não compulsivos (CNCs). Para a classificação dos dois grupos, em primeiro momento (etapa da triagem), foi utilizada a escala de Richmond, de acordo com os critérios recomendados pelos autores que desenvolveram a escala, Ridgway, Kukar-Kinney e Monroe (2008). A principal contribuição desta escala centra-se na incorporação das dimensões obsessivo-compulsivas e do controle dos impulsos no constructo, ampliando a conceituação do comportamento de compra compulsiva, com intuito de sinalizar comportamentos inadequados quanto à aquisição de bens em sujeitos sem histórico ou diagnóstico prévio para a compulsão por compras.

Na etapa da entrevista clínica, foi aplicada a escala CBS (FABER; O'GUINN, 1989). Os pesquisados que apresentaram um escore na escala Richmond maior ou igual a 25 e na escala CBS menor ou igual a -1,34 foram classificados como compradores compulsivos, o que resultou na confirmação e divisão dos dois grupos.

No que diz respeito às escalas BDI (depressão) e BAI (ansiedade), as médias foram significativamente maiores no grupo de CCs. Estes dados são congruentes com outros dados descritos na literatura como frequentes nesta população (McELROY *et al.*, 1994a; LEJOYEUX *et al.*, 1999; BLACK, 2007; MULLER; MITCHELL, 2011). O diagnóstico de depressão tem sido o mais associado a quase todo outro diagnóstico

psiquiátrico. Black (2001) sugere que, quanto mais grave o comportamento de compra compulsiva, maior a taxa de comorbidade psiquiátrica.

Indefinições quanto à ocorrência temporal da depressão (primária ou secundária) impedem a investigação do significado deste dado e o torna extremamente inespecífico, pois há muitas discussões sobre a depressão ser decorrente ou não de complicações sociais, financeiras e interpessoais, causadas pela compra compulsiva ou anterior à cronicidade deste comportamento (McELROY *et al.* 1996; KYRIOS *et al.*, 2004). Adicionalmente, Lejoyeux *et al.* (1999) relata que não é possível afirmar se a ansiedade e os sintomas depressivos deixam os indivíduos mais vulneráveis a CC ou se a CC eleva as taxas de ansiedade e depressão nesta população. Os estudos, porém, sugerem que sintomas depressivos são indicativos de gravidade da CC.

Embora a depressão pareça ter forte associação com a compra compulsiva, a natureza desta relação é complexa (FROST *et al.*, 2000). Para Faber e Christenson (1996), a compra compulsiva pode, também, constituir uma estratégia de enfrentamento para compensar os sintomas da depressão e outros estados negativos, em virtude da euforia que o ato de comprar produz. Em contrapartida, a depressão pode levar à baixa autoestima, pensamentos negativos, dificuldades cognitivas, entre outros efeitos que norteiam o comportamento de comprar compulsivo. Lee e Mysyk (2004) identificaram um índice de 32% na associação de CCs com depressão grave.

De qualquer forma, a elevada taxa de depressão encontrada em amostras de CCs confirma a importância e a necessidade de mais estudos que investiguem a relação entre CC e transtornos do humor, principalmente a depressão (LEJOYEUX *et al.*, 1996).

Em estudos que avaliaram a ansiedade nos CCs, Valence, D'Astous e Fortier (1988) defendem que o comprador compulsivo é, em geral, mais ansioso que o comprador não compulsivo. Edwards (1993) mostrou que o comprador compulsivo apresenta um nível mais elevado de ansiedade em relação ao não compulsivo, e que ele realiza compras, principalmente em períodos de estresse.

Em mais um estudo que avaliou o perfil de comorbidade psiquiátrica de 171 compradores compulsivos, realizado nos EUA e na Alemanha por Mueller *et al.* (2010), os achados foram semelhantes aos resultados de estudos anteriores descritos na literatura (CHRISTENSON *et al.*, 1994; McELROY; KECK; PHILLIPS, 1995; BLACK *et al.*, 1998). Neste estudo, 90% dos pesquisados, ou seja, quase toda a amostra, apresentou pelo menos um diagnóstico psiquiátrico ao longo da vida, sendo que os principais foram: transtorno do humor (74%), transtorno de ansiedade (57%) e

transtorno do impulso (21%). O transtorno com maior incidência entre os pesquisados foi o explosivo intermitente, sendo que metade da amostra apresentou pelo menos uma comorbidade atual, principalmente transtorno de ansiedade (44%).

Em estudos clínicos nacionais, Leite *et al.* (2012) observaram que os escores elevados nas escalas BDI e BAI podem ser relacionados à CC e ao TOC, o que é compatível com os achados nesta amostra de CCs. Filomensky *et al.* (2012), quando avaliou a associação entre CC, TOC e TAB, identificou um nível de ansiedade superior nos grupos de CCs e TOC, em comparação com o grupo de indivíduos bipolares.

Os resultados desta amostra também demonstram que a impulsividade medida pela escala BIS-11 apresenta-se com mais intensidade no grupo dos CCs, tendo uma exceção no subfator "atencional", com maior média no grupo dos CNCs. Essa sensação de falta de atenção expressada pelos CNCs pode ser superestimada para justificar frustrações em tentativas exageradas de manter o controle (TAVARES, 2000), o que difere do relatado por Filomensky *et al.* (2012), que encontraram a impulsividade como a característica mais marcante dos CCs pesquisados em todas as dimensões da *Barratt Impulsivity Scale – BIS* (BARRATT, 1993).

A relação de CC com o espectro impulsivo foi evidenciada pela elevada impulsividade, particularmente ao que se refere à falta de planejamento. Além disso, o modelo proposto por Barratt (1985), impulsividade como capacidade reduzida de reflexão e precipitação ao ato, corroborado por estudos (BARRATT, 1993; BARRATT *et al.*, 1997) demonstrou, em amostras clínicas e controles normais, uma associação entre impulsividade e a alta pontuação na escala BIS-11. Lejoyeux *et al.* (1997), em estudo realizado com compradores compulsivos e compradores não compulsivos, encontraram escores mais altos no grupo de CCs nos subfatores de impulsividade cognitiva, impulsividade motora, atividades não planejadas e também de escores totais na escala BIS-11, assim como escores mais altos na subescala de busca de experiências da *Zuckerman Sensation Seeking Scale*. Segundo Black *et al.* (2010) a CC estaria incluída no subtipo de impulsividade associada ao desejo, entre as chamadas dependências comportamentais.

Ottaviani e Vandone (2011), ao avaliar indivíduos endividados, encontraram correlação significativa de maior pontuação na escala BIS 11 com uma maior probabilidade de dívida entre os participantes da pesquisa. Estes resultados também corroboram a impulsividade como um elemento central à CC, já que uma das consequências mais comum neste tipo de comportamento é o superendividamento.

Na escala Y-BOCS, que avaliou características obsessivas e compulsivas dos pesquisados para confirmação ou exclusão de diagnóstico de TOC, os dados obtidos, que consideraram como ponto de corte oito pontos ou menos, não apresentaram nenhum pesquisado como portador do transtorno. A utilização da escala Y-BOCS, além do uso do módulo do TOC da M.I.N.I., deveu-se ao fato da exclusão de uma associação de TOC e CC. Um recente estudo desenvolvido no Ambulatório de Transtornos do Controle dos Impulsos (AMITI) no IPQ/HCFMUSP por Filomensky *et al.* (2012) concluiu que a compra compulsiva não foi especificamente associada a nenhuma categoria diagnóstica como o TOC e TAB. Alguns autores têm se apoiado em algumas semelhanças sintomatológicas entre CC e TOC, particularmente crenças irracionais, como elevados índices de ansiedade que os CCs apresentam, urgência para realização das compras e alívio da tensão após o ato, para atestar esta relação.

McElroy, Hudson e Pope (1993) menciona a ocorrência de sintomas obsessivos e compulsivos entre CCs. Contudo, Tavares (2000) contra-argumenta que impulsividade e compulsividade têm características em comum e que transtornos associados a uma ou outra podem se assemelhar devido a este componente comum, sem necessariamente guardar uma associação entre si. Vaughan e Salzman (1996) destacam que o impulso e compulsividade são estruturados como *modus operandi* diferenciados da personalidade para lidar com tensão e ansiedade. Isso significa que impulso e compulsividade teriam em comum a finalidade de capacitar o indivíduo a lidar com o estresse, porém por meio de estruturas distintas.

Nessa perspectiva, o comprador compulsivo teria tendência maior de lidar com situações de tensão recorrendo a atividades de caráter recompensador e prazeroso (ato de comprar). Observa-se a falha em resistir a um desejo, levando ao aumento da exposição ao risco. Já o indivíduo com TOC busca, nos seus rituais, dirimir as ameaças e se reassegurar de que nada de ruim ocorrerá anulando, desta forma, sua apreensão e buscando o controle do risco. Além disso, outros autores apontam que portadores de TOC gastam menos dinheiro e são menos impulsivos em relação ao comportamento de comprar quando comparados aos compradores compulsivos (LEJOYEUX; WEINSTEIN, 2010).

4.5.2 Discussão dos Resultados da Tarefa IGT e EDA/SCR

Para fins didáticos, a presente discussão dos resultados da tarefa IGT e EDA/SCR abordará, primeiramente, o padrão de escolha da atual amostra, enfatizando, posteriormente, a apresentação do escore total obtido, o qual reflete a quantidade de escolhas realizadas, sejam vantajosas ou desvantajosas. Finalmente, o processo de aprendizagem será discutido, assim como os dados obtidos da EDA/SCR e suas interpretações, contrastados com uma criteriosa análise a partir da revisão da literatura aqui defendida e das sugestões contidas no manual internacional da IGT, considerados em uma visão mais ampla.

Antes de adentrar na discussão dos dados obtidos na tarefa IGT, faz-se necessário reforçar que a tarefa IGT contempla uma situação de tomada de decisão financeira sob incerteza, que envolve escolhas monetárias em curto e longo prazo, o que permite classificar o comportamento de decisão do pesquisado em termos de aversão ou busca pelo risco. A tarefa envolve escolhas de cartas de quatro baralhos distintos, ao longo de 100 jogadas (cinco blocos de vinte jogadas cada). Uma vez que cada escolha inclui um esquema fixo e pré-programado de recompensa e punição, a partir de um processo de aprendizagem, os participantes podem criar padrões de probabilidade e inferir quais escolhas são vantajosas e quais não são, com base no risco e lucratividade envolvidos no curto e longo prazo (BECHARA, 2007; CARVALHO *et al.*, 2012b).

Os resultados do presente estudo evidenciaram uma diferença significativa na tomada de decisão entre compradores compulsivos e compradores não compulsivos, com relação ao *netscore* total na tarefa IGT. A observação dos achados referentes à avaliação da capacidade de tomada de decisão em CCs e CNCs indicou que: 1) os integrantes do grupo de CCs concentraram suas escolhas naquelas que implicavam ganhos maiores à custa de riscos de perdas maiores; 2) o grupo de CNCs concentrou suas escolhas naquelas que implicavam ganhos menores à custa de riscos de perdas menores. Tais achados mostraram-se sugestivos da ocorrência de um estilo cognitivo mais impulsivo em CCs, quando comparados a CNCs, no que tange à capacidade de tomada de decisão, ao optarem por escolhas desvantajosas a fim de obter ganhos mais imediatos, o que confirma a Hipótese 1 deste estudo.

Conforme classificação proposta por Denburg *et al.* (2001), Denburg *et al.* (2005) e Denburg *et al.* (2006), ao se dividir a amostra em subgrupos, houve mais pesquisados prejudicados no grupo dos CCs de acordo com o critério de aversão à

frequência. Ao se considerar o critério de aversão aos valores, também houve muitos pesquisados com desempenho classificado como limítrofe, no grupo de CCs. É plausível reforçar a ideia, com bases nestas informações e na conduta da amostra como um todo, de que a frequência de ganhos e perdas tenha sido o principal aspecto a guiar as escolhas da atual amostra ao longo do teste, uma vez que os escores obtidos segundo este critério situaram-se dentro de intervalos mais conclusivos e apresentaram uma menor dispersão com relação à média (BAKOS, PARENTE; BERTAGNOLLI, 2010).

Apesar da ausência de estudos que tenham utilizado o paradigma IGT com uma amostra de CCs, os achados encontrados nesta pesquisa podem estar associados a explicações distintas, porém com alguma relação. Uma delas refere-se a uma ideia sustentada na literatura que atesta que indivíduos com características impulsivas têm capacidade reduzida de reflexão e maior precipitação a um ato (BARRAT, 1985; LEJOYEUX *et al.*, 1997). De forma consistente com essa visão, estão os resultados de alguns estudos, nos quais foi encontrada ampla relação dos itens que avaliam compras compulsivas com um fator de impulsividade geral da escala BIS-11 (falta de planejamento), fator mais fortemente associado aos déficits que naturalmente acompanham a TD (GERBING; AHADI; PATTON, 1987; LEITE *et al.*, 2012; FILOMENSKY *et al.*, 2012).

Além de verificar a correlação do cálculo global na tarefa IGT, outro critério de análise utilizado neste estudo foi a correlação por *blocos*, que proporciona maior compreensão do comportamento e aprendizado dos pesquisados ao longo da tarefa. Contudo, os grupos pouco diferiram no que se refere ao aprendizado obtido ao longo da tarefa, ao se considerar o escore com base no cálculo por bloco.

A partir deste escore, é possível verificar se houve o desenvolvimento de uma curva de aprendizado, por meio dos blocos da IGT, ou seja, se o indivíduo foi capaz de apresentar sensibilidade aos marcadores somáticos ocorridos em relação às perdas e ganhos, por meio dos blocos da tarefa.

Na medida em que os primeiros blocos são guiados predominantemente por processos emocionais implícitos, em que os pesquisados ainda não conseguem obter padrão de reforços e punições, a baixa relação entre os grupos pode se dever à característica mais exploratória desse primeiro momento (BECHARA, 2007). Na medida em que a tarefa vai se tornando mais explícita, com a aprendizagem, o pesquisado vai aumentando a capacidade de discriminar os baralhos vantajosos dos desvantajosos e, dessa forma, conseguiria replicar em outro momento um

comportamento semelhante aos das outras escolhas. Observa-se, neste estudo, que as curvas de aprendizagem sugerem uma diferença sutil entre os dois grupos. O grupo de CNCs parece apresentar uma maior aprendizagem ao longo da tarefa, tendo seu desempenho gradativamente maior ao longo das jogadas, demonstrando ter aprendido mais no início, sem substancial evolução do quarto ao quinto bloco. Em contrapartida, o grupo de CCs apresentou poucas modificações em seu comportamento durante os blocos.

No entanto, a análise por blocos necessita ainda ser mais bem investigada, já que estudos atuais indicam que o primeiro bloco, principalmente, não apresenta uma correlação significativa com o cálculo global da tarefa, sugerindo um funcionamento diferenciado no processo de tomada de decisão avaliado pela IGT.

Outro aspecto aponta para o padrão de escolha da atual amostra, uma vez que os pesquisados empregaram, na maior parte das vezes, processos automáticos de assimilação da frequência da informação, apoiando-se apenas na informação *online* (na tela do computador). Tal aspecto, além de contribuir para a definição das preferências de escolha, diminuiu a demanda de recursos da memória de trabalho, contribuindo para que não houvesse disparidade significativa entre os grupos. Neste sentido, reforça-se a ideia de que a frequência de ocorrência está entre os aspectos da experiência que são continuamente registrados na memória, independente de outras variáveis que poderiam influenciá-los, tais como a motivação do indivíduo, habilidade, idade ou escolaridade (HASHER; ZACKS, 1979, 1984; BAKOS, PARENTE; BERTAGNOLLI, 2010).

Na análise descritiva das escolhas vantajosas ou desvantajosas realizadas neste estudo, as médias das cartas A e B (escolhas desvantajosas) foram correspondentemente mais elevadas no grupo dos CCs, enquanto entre as cartas C e D (escolhas vantajosas), as médias foram correspondentemente mais elevadas no grupo CNCs. Ademais, tendo em vista a ocorrência de uma alta escolha de cartas do baralho B acompanhada por uma seleção menos frequente de cartas do baralho D no grupo dos CCs, é possível cogitar que a frequência de punição e recompensa também tenha influenciado o comportamento de decisão desses pesquisados. Diferenças significativas entre os grupos foram registradas nas escolhas das cartas B e D, pois o grupo dos CCs escolheu mais cartas do baralho B e, em contrapartida, os indivíduos do grupo dos CNCs escolheram mais cartas do baralho D.

Embora a análise tradicional da IGT classifique a escolha em vantajosa e desvantajosa, conforme a preferência pelos baralhos C e D (ganhos e perdas baixas) ou

A e B (ganhos e perdas altos), respectivamente (BECHARA *et al.*, 1994), o comportamento da atual amostra demonstrou um padrão distinto, evidenciando uma predileção pelos baralhos B e D (baixas frequências de punição). A diferença entre este padrão de achados e aquele normalmente constatado em estudos anteriores pode estar associada à maneira de se analisar os resultados, por exemplo, derivar um valor único a partir do somatório do número de cartas retiradas dos baralhos A e B (dupla desvantajosa) e C e D (dupla vantajosa). Este cálculo pode omitir a formação de outros comportamentos de escolha, uma vez que a obtenção da média impossibilita a mensuração exata da seleção de cartas de cada um dos baralhos separadamente. Isto impede, ainda, que se infira acerca da influência dos distintos aspectos de vantagem e desvantagem (magnitude e frequência das recompensas e punições) envolvidos em cada baralho (LIN *et al.*, 2007).

Análises segmentadas por cartas, que avaliam a quantidade de escolha de cada carta, vêm sendo conduzidas em algumas investigações, as quais também demonstraram uma maior escolha de cartas dos baralhos B e D por indivíduos saudáveis (DUNN, 2006; MACPHERSON *et al.*, 2002; SCHNEIDER; PARENTE, 2006). Conforme alguns achados, a escolha do baralho B (que inclui ganhos altos e punições igualmente altas, porém muito infrequentes) superou àquela dos baralhos originalmente tidos como vantajosos (C e D) (LIN *et al.*, 2007). Tomados em conjunto, estes dados têm colocado em pauta o entendimento do baralho B como um baralho desvantajoso, ressaltando a importância de uma análise descritiva dos escores alcançados na IGT (BECHARA, 2007; LIN *et al.*, 2007).

No que diz respeito à discussão dos dados da atividade eletrodérmica, que é frequentemente usada como uma medida indireta da atenção ou alerta emocional, foram encontradas correlações significativas entre o desempenho de ambos os grupos avaliados na IGT e as respostas das SCRs. Em parte, este resultado contrariou as expectativas iniciais, pois as hipóteses ditavam que o grupo de CCs apresentaria um envolvimento emocional maior com as opções de escolhas mais arriscadas/desvantajosas por oferecer recompensas maiores em curto prazo, diferentemente da reação emocional nas escolhas menos arriscadas/vantajosas, nas quais as recompensas são menores. Ainda pelas hipóteses, os integrantes do grupo de CNCs apresentariam uma resposta emocional menor (magnitude menor nas SCRs) ao se depararem com escolhas mais arriscadas/desvantajosas, quando comparadas àquelas geradas nas escolhas menos arriscadas/vantajosas. Apesar de este grupo apresentar

médias maiores nas magnitudes das SCRs em escolhas vantajosas, principalmente observando-se diferença significativa no Net 4 nas escolhas vantajosas da tarefa IGT entre os grupos. Este padrão de respostas nas magnitudes das SCRs revelaria um vínculo emocional dos CNCs para com as pré-escolhas vantajosas. Diferentemente do padrão de respostas do grupo de CCs, que por não apresentarem nenhum conflito emocional, não surgiu nenhum estado somático significativo nestes pesquisados, quando se deparam com as escolhas durante a tarefa IGT, pois se sugere, no caso particular dessa amostra, que todas as situações são equivalentes.

Este achado vai ao encontro dos resultados de Ottaviani e Vandoni (2011), que também não confirmaram o papel das respostas somáticas antecipatórias (pré-escolhas) na predição da tomada de decisão em uma amostra de pesquisados saudáveis endividados.

Vale ressaltar que a tarefa IGT está baseada na hipótese do marcador somático de Damásio (1996a), na qual o autor salienta que estados afetivos intervêm para reprimir ou não reprimir tais respostas impulsivas como a busca de uma recompensa imediata, ou seja, quando um indivíduo necessita tomar uma decisão automaticamente descarta as alternativas mais arriscadas, optando, então, pela mais vantajosa. Isto é feito por meio de um mecanismo inconsciente que antecipa a escolha, desencadeando uma resposta emocional (somática) frente a cada uma das opções, ou melhor, com uma sensação corporal automática, conhecida como um conjunto de marcadores somáticos. Estas respostas somáticas são baseadas nas experiências passadas de cada indivíduo, naquilo que foi sendo registrado ao longo de sua vida, nas experiências registradas por cada um como prazerosas ou desprazerosas.

Assim, a IGT é um importante instrumento de avaliação da TD baseada nas memórias emocionais do indivíduo (DAMÁSIO, 1996a). Novamente, ressalta-se que este é o primeiro estudo a avaliar a relação entre o desempenho na IGT, em termos de orientação e avaliação das respostas somáticas antecipatórias na tomada de decisão em CCs e CNCs, sendo que anteriormente o comportamento de compra compulsiva sempre foi inferido apenas por relatórios clínicos e escalas de compras.

Ao se considerar os achados do presente estudo, é possível tecer algumas hipóteses explicativas para a atual heterogeneidade de resultados, a qual mostra tanto a ausência quanto a presença de diferença entre CCs e CNCs na IGT. Um aspecto demonstrado neste estudo refere-se à forma de se analisar os escores obtidos na tarefa, o que pode estar influenciando sobremaneira o entendimento do comportamento de

escolha.

Além disso, outros pontos importantes precisam ser considerados, como a elevada impulsividade no grupo dos CCs e a compulsão pelas compras que podem alterar o funcionamento cognitivo. Esses efeitos podem contribuir para os prejuízos evidenciados no componente decisório. Os prejuízos na TD dos CCs podem refletir perdas na percepção das consequências de suas escolhas, além da dificuldade destes indivíduos de aprenderem com seus próprios erros, manifestando certa **miopia para o futuro** (BECHARA, 2004; VIOLA *et al.*, 2012). Outro fator importante a ser considerado é o tamanho pequeno da amostra, o que pode, também, responder pela desigualdade demonstrada ao longo dos estudos. É interessante salientar, neste sentido, a necessidade da condução de mais investigações, para uma melhor verificação dos aspectos aqui aventados.

5 Conclusões

5 CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E DIRECIONAMENTOS FUTUROS

Para que se possa melhor discutir as considerações acerca do estudo realizado, estas serão divididas em quatro partes: 1) conclusões a partir da discussão dos resultados e implicações acadêmicas; 2) implicações gerenciais; 3) limitações do estudo; e 4) direcionamentos futuros.

5.1 Conclusões a partir da Discussão dos Resultados e Implicações Acadêmicas

O campo de estudo do comportamento de compra compulsiva, apesar de não ser um novo tema dentro da disciplina de Marketing, permaneceu um grande período de tempo sendo negligenciado pela academia como foco de investigação (MOWEN; SPEARS, 1999; HIRSCHMAN; STERN, 2001). Esforços realizados nas últimas décadas permitiram ter uma maior compreensão sobre o fenômeno da compra compulsiva e seus aspectos formadores. Entretanto, lacunas sobre o tema permanecem abertas, como a geração de modelos integrativos do comportamento compulsivo de compra, que tiveram com Valence, D'astous e Fortier, (1988) e Faber e O'Guinn (1989) as iniciativas mais sólidas.

Nesse sentido, buscou-se, por meio desta tese, reduzir o hiato existente entre o desenvolvimento teórico sobre o tema e o entendimento do fenômeno da compra compulsiva. Para tanto, o levantamento dos trabalhos realizados foi efetuado, bem como a análise de suas contribuições no campo teórico. Com essa revisão da literatura, foi possível observar que, apesar da pertinência e da importância do tema proposto nesta tese, poucos estudos brasileiros abordam o comportamento da compra compulsiva, assim como as formas de identificação, mensuração e diagnóstico do transtorno, uma vez que o assunto tem interface com várias outras áreas de estudo, além do comportamento do consumidor, como a Psiquiatria, a Psicologia, a Sociologia, Economia, Políticas Públicas entre outras.

Verificou-se, ainda, que a compra compulsiva pode ser entendida como um comportamento crônico e repetitivo, tornando-se uma resposta primária a sentimentos negativos, além de prover gratificação imediata e de curta duração, gerando danos aos indivíduos deste processo e aos outros indiretamente envolvidos. A partir da conceituação da compra compulsiva (FABER; O'GUINN, 1992), estudos acerca das

motivações para sua ocorrência e as consequências desse comportamento ocuparam grande parte dos esforços de pesquisa da última década. Assim, lembram Black (1996), Roberts e Jones (2001), Hoobrok (2001), Lejoyeux e Weinstein (2010), o endividamento, as falências pessoais, os problemas legais, o estresse e os problemas de convivência se destacam como consequências frequentes.

Um estudo desenvolvido por Christenson *et al.* (1994) apresentou alguns números a esse respeito: o comportamento de compra compulsiva acaba levando a grandes débitos (58,3%), dificuldades no pagamento de dívidas (41,7%), consequências financeiras e legais (8,3%) e problemas criminais (8,3%). No entanto, a carência na construção de modelos teóricos com verificações empíricas tem-se mantido. Este estudo se propôs a analisar o processo de tomada de decisão e as reações emocionais dentro de uma abordagem interdisciplinar, buscando-se algum avanço na linha de *Consumer Neuroscience/Neuromarketing* no Brasil, partindo-se do conhecimento gerado por outros estudos feitos sobre tomada de decisão e a influência das emoções na mesma. O foco do estudo esteve no indivíduo que toma a decisão; conseqüentemente, buscou-se compreender os comportamentos envolvidos nesse processo, os aspectos neurofisiológicos e a relação dos mesmos com os aspectos teóricos identificados na literatura sobre modelos econômicos e cognitivos relacionados à decisão de compra.

Conforme foi observado na revisão da literatura, o comportamento de compras compulsivas relaciona-se com altos níveis de depressão, ansiedade e impulsividade. Assim, nesse estudo foi realizada a comparação entre as médias obtidas pelos dois grupos participantes da pesquisa, nas escalas Escalas Richmond, CBS, BDI, BAI, BIS 11 e Y-BOCS. Foi possível constatar que os índices de depressão, assim como os de ansiedade e impulsividade quando apresentados, foram significativamente maiores no grupo de CCs. A impulsividade e a compulsão pela compra podem alterar o funcionamento cognitivo, e esses efeitos podem contribuir para os prejuízos evidenciados no componente decisório (VIOLA *et al.*, 2012).

As escalas de Richmond e a CBS foram aplicadas para identificar com mais acurácia o grupo de CCs e a escala Y-BOCS foi utilizada para descartar a presença de algum participante com TOC, algo que foi descartado da amostra. Com os resultados obtidos nesse trabalho, sinaliza-se que o processo de tomada de decisão e as reações emocionais no grupo dos CCs podem ser compreendidos como um estilo cognitivo mais impulsivo quando comparados ao grupo CNCs. No que tange à capacidade de tomada de decisão, normalmente apresentam um foco em consequências imediatas e/ou

hipersensibilidade a recompensas e podem representar a situação de escolhas de valores maiores como positiva, mesmo em face de futuras perdas. Contrariamente, os sujeitos com intacto funcionamento do sistema neural reflexivo e impulsivo costumam realizar estratégias vantajosas, isto é, optam por escolhas que, embora ofereçam recompensas imediatas menores, também oferecem perdas menores, tendo ao final da tarefa IGT um ganho global maior (ALMADA, 2012).

Quanto às reações emocionais, os resultados obtidos com as medidas da atividade eletrodérmica, as magnitudes das SCRs apresentaram padrão de respostas que revelaria um vínculo emocional dos CNCs para com as pré-escolhas vantajosas, o que diferiu do padrão de respostas do grupo de CCs, que não apresentou diferenças quando se deparam com as escolhas durante a tarefa IGT, sugerindo, no caso particular dessa amostra, que todas as situações causaram o mesmo nível de alerta emocional. Vale ressaltar que um estímulo emocionalmente competente tende a estar unido a um estado somático específico, sendo que é este padrão somatosensorial ou marcador somático que qualifica uma situação como boa ou má. Este estado somático conduz nossa atenção para as possíveis e eventuais consequências negativas de nossas condutas, sem qualquer exigência ou necessidade de uma prévia atividade cognitiva (ALMADA, 2012).

No estudo de Burns e Bechara (2007), que também aplicaram a tarefa IGT, os indivíduos que sofriam algum tipo de dependência se comportaram exatamente igual aos indivíduos com lesão no cérebro, assim como não geraram as SCRs que poderiam mantê-los afastados das más decisões. Essa ausência de respostas somáticas é talvez o exemplo mais claro de disfunção nos mecanismos que controlam as decisões. A mesma disfunção do sistema reflexivo pode se estender a falhas e inabilidades em nossos mecanismos de controle motor e perceptual.

De modo geral, os achados do presente estudo sugerem que o grupo de CCs apresentaram falhas no processo decisional. Além disso, o estudo mostra, pela primeira vez, que o entendimento sobre o comportamento de compra compulsiva também é sensível à congruência de informações no processo de tomada de decisão do tipo perdas e ganhos, mostrando seu potencial em novos experimentos neurofisiológicos nas áreas mercadológica, psiquiátrica e na econômica. Em suma, os resultados desse estudo são um primeiro passo para uma compreensão mais profunda dos aspectos do comprar compulsivo, podendo ajudar a superar o modelo ainda dominante do *homo economicus* e criar um conceito mais realista do ser humano na tomada de decisão econômica.

O estudo traz algumas implicações acadêmicas na área de Marketing: 1) A proposição de um experimento usando ferramenta da Neurociência para estudo das respostas neurofisiológicas que podem ser captadas durante o processo de decisão, partindo-se da constatação da existência de uma lacuna teórica, pois a maior parte dos estudos sobre decisão trabalha com a autodeclaração do sujeito, não com a redundância de seu comportamento durante situações de decisão. Esses indivíduos, usando autodeclaração, não captam a aprendizagem ao longo do processo de escolha, até porque a mesma envolve memória implícita à qual o sujeito não tem acesso de forma consciente; 2) A identificação de um padrão da tomada de decisão do comprador compulsivo usado como tarefa cognitiva.

Assim, ao compreender a capacidade de tomada de decisão e as dificuldades nesta esfera como fator agregado a comportamentos impulsivos, como os observados em compradores compulsivos, este trabalho permite também inferir que o perfil cognitivo de populações impulsivas pode diferir, dependendo da psicopatologia. Julga-se que a investigação neuropsicológica pode complementar a investigação destas diferenças e auxiliar a condução da terapêutica destes indivíduos.

Outra contribuição acadêmica que pode ser descrita a partir desse estudo está no rigor metodológico com que foram conduzidos a elaboração e o planejamento dos procedimentos. Para a sua construção foi utilizado um estudo bibliográfico que se embasou numa visão interdisciplinar do fenômeno da compra compulsiva, obtendo contribuições conceituais de áreas como a Psiquiatria, Psicologia, Sociologia, Economia, Direito do Consumidor e a Neurociência.

5.2 Implicações Gerenciais

A partir dos resultados e das conclusões acima expostas, é possível tecer algumas implicações de caráter gerencial e possíveis contribuições acerca do tema abordado. Diante do rigor metodológico aplicado a esta pesquisa, obteve-se um perfil mais preciso do comprador compulsivo, com destaque para características como a impulsividade, que consiste em um aspecto de natureza individual do consumidor compulsivo, o que pode ser determinante sobre a ocorrência de compras compulsivas. Entretanto, é reconhecido que aspectos situacionais na ocasião de compra podem também desenvolver impulsos irresistíveis que eventualmente ocasionarão compras (BAUMEISTER, 2002; HOCH; LOEWENSTEIN, 1991).

Adicionalmente, o uso da comunicação para enfatizar a promessa de gratificação imediata ao adquirir certo produto colabora para despertar a impulsividade do consumidor, principalmente no caso do CC. Estudos apontam que elementos como a facilidade de efetuar a transação, como, por exemplo o cartão de crédito, o qual é apontado como ferramenta de compra preferida pelo comprador compulsivo, assim como a concessão de benefícios de preços (descontos, promoções), são importantes instrumentos para o incremento das compras compulsivas.

Temos ainda a integração da Neurociência com a Política do Consumidor, trazendo contribuições do interesse do consumidor, o que ajuda a promover a defesa deste (KENNING; LINZMAJER, 2011; RAAB *et al.* 2010). Hubert (2010) reforça que, ao se levar em conta todas as críticas elegíveis, achados neurológicos e os métodos correspondentes, a integração entre as áreas pode tornar-se parte integrante e aceita de pesquisa e política em prol do consumidor.

A possibilidade de aplicação dos resultados do estudo se estende desde o apoio à decisão gerencial, considerando-se a preparação de relatórios para se identificar este consumidor compulsivo, levando-se em conta o perfil aqui identificado, até a discussão sobre ações que ajudem na relação equitativa entre empresas e consumidor que apresente problemas com compras compulsivas.

Além disso, os resultados colaboram com a determinação do perfil neuropsicológico deste consumidor, contribuindo na busca de alternativas terapêuticas, bem como maior disseminação do assunto e suas consequências para implementos de políticas públicas que venham a minimizar o problema da compra compulsiva, tais como ações de educação financeira na sociedade, um dos pontos essenciais para a contenção do excesso de endividamento, tido como um dos principais problemas no comportamento de compra compulsiva. Nesse sentido, uma reflexão sobre valores, estilo de vida e prioridades na nossa sociedade de consumo parece oportuna e necessária, sendo um desafio que, neste momento, se encontra além dos objetivos da presente pesquisa.

Enfim, a demonstração de diferenças neurofisiológicas entre os CCs e CNCs, em termos do controle neural no comportamento de compra, é de relevância para os consumidores e as políticas de consumo das seguintes formas: 1) A consciência pública e a compreensão da natureza problemática desse comportamento são suscetíveis de aumentar. Isso poderia levar a uma maior predisposição das instituições públicas para apoiar a investigação neste domínio e fornecer os recursos necessários para que as

práticas do mercado com este tipo de consumidor sejam mais igualitárias; 2) Apoiar o cumprimento dos regulamentos legais que ajudam a reduzir a propagação e a gravidade deste comportamento. Isso poderia, por exemplo, estabelecer o reconhecimento oficial do comprar compulsivo como uma doença; 3) Ajudar a superar o modelo ainda dominante do *homo economicus* na ciência econômica e política dos consumidores. Em vez disso, um conceito mais realista das decisões humanas pode ser criado, representando uma base científica sólida para ações no interesse dos consumidores, bem como para a sua proteção.

5.3 Limitações do Estudo

Uma das limitações desta pesquisa refere-se ao número ainda incipiente de participantes. Como não foi identificado nenhum estudo que avalie os CCs em comparação com um grupo de CNCs, com relação ao desempenho na tomada de decisão e suas reações emocionais, utilizando-se de métodos neurocientíficos (IGT e EDA/SCRs), estudos com amostras maiores podem contribuir com estes achados iniciais e estimular a realização de mais investigações neste tema.

Outro aspecto restritivo decorrente também do número reduzido de participantes examinados foi a limitação do estudo para os compradores do sexo feminino e a consequente concepção global do estudo. Porém, apesar destas limitações, os resultados deste estudo e novas pesquisas neste campo poderão contribuir para reforçar a consciência sobre o comprar compulsivo na sociedade e na política dos consumidores. Isso poderia elevar a disposição para apoiar a investigação neste campo, fornecer os recursos necessários para informação ao consumidor e gerar ações preventivas.

Cabe destacar, ainda, que as respostas das escalas aqui apresentadas podem ter sofrido influência do comportamento socialmente aceito, ou seja, os indivíduos tenderiam a responder de modo que não sofressem restrições do grupo social nos quais estão inseridos, o que Rook e Fisher (1995) denominaram de influências normativas sobre o comportamento impulsivo. Reforça-se que, apesar de tal influência, é possível avaliar a ocorrência do comportamento de compra compulsiva e quais os fatores psicológicos influenciam este comportamento (COBB; HOYER, 1986).

Apesar de a pesquisa padecer de limitações próprias de um estudo exploratório e experimental, com amostra não probabilística e intencional, ela serve como subsídio para novas investigações do comportamento de compra compulsiva. Para um maior

entendimento das relações evidenciadas neste estudo, torna-se importante a aplicação de estudos qualitativos formados por consumidores com perfis sociais, demográficos e econômicos mais heterogêneos. O uso de entrevistas, grupos de discussão e métodos mais incisivos possibilitariam um maior aprofundamento nas relações evidenciadas.

Ressalta-se que esta é uma análise focal e cabe a ampliação da amostra, da avaliação deste comportamento de compra compulsiva em um ambiente real de compra, além de um maior controle de variáveis neuropsiquiátricas e da aplicação de outras ferramentas de investigação neuropsicológica, para ampliar a generalização dos achados descritos.

5.4 Direcionamentos Futuros

Atualmente no Brasil, existem poucas pesquisas sobre compra compulsiva, muito embora este comportamento possa produzir grande sofrimento psíquico e tornar a vida do indivíduo incapacitante. Por ser um comportamento aparentemente inócuo, contemporâneo, consequência dos estímulos e facilidade em adquirir de nossa sociedade capitalista que insufla a compra, norteador noções de bem estar e qualidade de vida a este comportamento, o ato de compra/aquisição compulsiva, muitas vezes, é tratado com certa superficialidade.

O presente estudo procurou atender a essa demanda, no que concerne ao aumento da compreensão acerca desse comportamento, buscando identificar em pormenores o perfil deste consumidor, das alternativas diagnósticas, de mensuração, prevenção e tratamento desta problemática. Embora os resultados sejam conclusivos sobre a utilização e aplicabilidade das escalas e dos métodos neurocientíficos, é preciso que novos estudos ampliem o panorama sobre o comportamento de compras compulsivas, possibilitando a busca de novas estratégias de manejo do problema em questão.

Desse modo, sugere-se que novos estudos sejam conduzidos para a confirmação dos dados aqui apresentados e em busca de identificação de escores mais representativos dos subprocessos da tomada de decisão na execução da IGT, principalmente nos primeiros blocos da tarefa, buscando comparar o desempenho em CCs e CNCs, com amostras maiores, auxiliando na caracterização do processo de tomada de decisão e as reações emocionais na população de CCs. Além disso, é fundamental que outros métodos de investigações sejam promovidos a fim de buscar um

maior entendimento entre a tomada de decisão do comprador compulsivo, complementando os achados oriundos do clássico paradigma de avaliação decisional, IGT. Junto a isso, fazem-se relevantes buscas por evidências comportamentais e de neuroimagem funcional, comparando populações de CCs e CNCs, com uso de paradigmas experimentais que se aproximem ao máximo de situações reais de compra, os quais se mostram cruciais na avaliação deste comportamento.

Ademais, deve-se incentivar a avaliação neuropsicológica deste consumidor e acompanhamento posterior para que programas de reabilitação adequados possam ser desenvolvidos para contribuir com a melhor qualidade de vida desses indivíduos.

De modo geral, no âmbito clínico, a Psiquiatria também pode se beneficiar dos resultados aqui apresentados, que descrevem as disfunções cognitivas no processo de escolha do comprador compulsivo, uma vez que é a partir desse conhecimento que se permite decifrar as possíveis etiologias neuroanatômicas e a fisiopatologia deste comportamento disfuncional.

De acordo com os estudos revisados nessa pesquisa, indivíduos com a orientação no presente deveriam apresentar comportamentos considerados de risco maiores que aqueles que apresentam uma orientação para o futuro, implicando com isso uma tendência ao consumo compulsivo presente nos primeiros e não nos segundos. Foi o caso do grupo de CCs participantes desse estudo. Talvez, por isso, os CCs se envolvam tão gravemente com dívidas, denotando inabilidade na avaliação dos riscos. Considerando que o endividamento apresenta-se como uma das consequências mais nocivas à qualidade de vida dos CCs, cabem aqui reflexões sobre a disponibilidade de crédito para este consumidor em específico.

O momento econômico vivido no mercado brasileiro é de aumento do acesso ao crédito de cidadãos de diversas classes sociais, apresentando um aspecto paradoxal, com elementos positivos e negativos. De um lado, favorece a população das classes sociais mais baixas, que conseguem ter acesso a bens essenciais e que anteriormente possuíam restrição de consumo, mas, por outro lado, expande a cultura exacerbada do consumo, centralizada na importância do dinheiro no capitalismo moderno. O fator mais agravante, no caso dos consumidores compulsivos, é que o excesso de oferta de crédito aparenta ser bastante arriscada, pois, conforme outros estudos, esta população já possui altos índices de endividamento. Se os concedentes de crédito não dispuserem de ferramentas para diferenciá-los, darão mais crédito a estes consumidores compulsivos

endividados, tornando condição pessoal deles mais difícil e ampliando o risco nos negócios.

Nesse contexto, o papel do serviço de proteção ao crédito é procurar identificar o consumidor compulsivo e só incluí-lo no mercado de crédito de forma segura, favorecendo a concessão responsável do crédito e auxiliando este consumidor a ter efetivo controle sobre os seus gastos. Vale dizer que permitir que um consumidor compulsivo venha a tomar novo crédito, além da sua capacidade de pagamento, não é beneficiá-lo, mas prejudicá-lo, assim como a toda a cadeia de intermediação de crédito, com reflexos para os poupadores, empreendedores e para o mercado de consumo.

6 Referências

6 REFERÊNCIAS

ALMADA, L. F. Processos implícitos não-conscientes na tomada de decisão: a hipótese dos marcadores somático. **Ciências & Cognição**, v. 17, n. 1, p. 105-119, 2012.

AMORIM, P. Mini International neuropsychiatric interview (M.I.N.I): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.

ANDRADE, E. B. Behavioral consequences of affect: combining evaluative and regulatory mechanisms. **Journal of Consumer Research**, v. 32, n. 3, p. 355-361, dez. 2005.

ANDREASEN, A. **Social Marketing in the 21st Century**. Newbury Park, CA: Sage Publications, 2005.

_____.; MANNING, J. The dissatisfaction and complaining behavior of vulnerable consumers. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**, v. 3, p. 12-20, 1990.

AINSLIE, G. Specious Reward - Behavioral Theory of Impulsiveness and Impulse Control. **Psychological Bulletin**, v. 82, n. 4, p. 463-496, 1975.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4rd ed. text revised. Washington (DC): APA; 2000.

ARNOULD E.; PRICE, L.; ZINKHAN, G. **Consumers**. 2. ed. Boston: McGraw-Hill, 2004.

BACEN. **Perfil e Projeções do Endividamento Público**. Relatório de Inflação. Banco Central, 2011. Disponível em:<<http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2011/12/ri201112b4p.pdf>>. Acesso em 28 de Abril de 2012.

BAKER, S. M.; STEPHENS, D. L.; HILL, R. P. Marketplace experiences of consumers with visual impairments: Beyond the Americans with Disabilities Act. **Journal of Public Policy and Marketing**, v. 20, p. 215-24, 2001.

BAKOS, D. S.; PARENTE, M. A. de M.; BERTAGNOLLI, A. C. A tomada de decisão em adultos jovens e em adultos idosos: um estudo comparativo. **Psicol. cienc. prof.**, v. 30, n.1, Brasília mar. 2010.

BARRAT, E. S. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological and enviromental data. In: McCowan W, Johnson J, Shure M. **The Impulsive Client: theory, research and treatment**. Washington (DC): American Psychological Association, p. 39-56, 1993.

_____. Impulsiviness subtraits: arousal and information processing. In: Spence, JT & Izard, CE (eds). **Motivation, emotion, and personality**. North- Holland, Elsevier Science, 1985.

_____.STANFORD M. S.; KENT T. A.; FELTHOUS, A. neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. **Biol. Psychiatry**, v. 41, p. 1045-1061, 1997.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 7, 1991.

BAUMEISTER, R. F. Yielding to temptation: self-control failures, impulsive purchasing, and consumer behavior. **Journal of Consumer Research**, v. 28, p. 670-676, March, 2002.

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Trad. Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1999.

_____.**Vida para o consumo - a transformação das pessoas em mercadorias**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar E., 2008.

_____. **44 Cartas do mundo líquido moderno**. Trad. Vera pereira. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

_____. **Modernidade líquida**. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.

BECHARA, A. Risky Business: Emotion, Decision-Making, and Addiction. **Journal of Gambling Studies**, v. 19, n. 1, p. 23-50, Spring 2003a.

_____. The role of emotion in decision-making: Evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. **Brain and Cognition**, v. 55, n. 1, p. 30-40, Jun 2004.

_____. *et al.* Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. **Cognition**, v. 50, n. 1-3, p. 7-15, 1994.

_____. *et al.* Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. **The Journal of Neuroscience**, v. 19, n. 13, p. 5473- 5481, 1999.

_____.; DAMÁSIO, A. R. The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision. **Games and Economic Behavior**, v. 52, n. 2, p. 336-372, Aug 2005.

_____.; DAMÁSIO, H. Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. **Neuropsychologia**, v. 40, n. 10, p. 1675-1689, 2002.

_____. *et al.* The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis: some questions and answers. **Trends in Cognitive Science**, v. 9, n. 4, p. 159-162, 2005.

_____. **Iowa Gambling Task. Professional Manual**. Psychological Assessment Resources, Inc., 2007.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **The Beck Depression Inventory Second Edition BDI-II Manual**. San Antonio, Tx: Psychological Corporation, 1996.

_____. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893-897, Dec 1988.

_____. *et al.* An Inventory for Measuring Depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 53-63, 1961.

BERRIDGE, C. W.; WATERHOUSE, B. D. The locus coeruleus-noradrenergic system: modulation of behavioral state and state-dependent cognitive processes. **Brain Research Reviews**, v. 42, n. 1, p. 33-84, Apr 2003.

BETTMAN, J. R. **An information processing theory of consumer choice**. Reading, Addison- Wesley, 1979.

BLACK, D. W. Compulsive buying: a review. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 57z, p. 50-54, 1996.

_____. Compulsive buying disorder: definition, assessment, epidemiology and clinical management. **CNS Drugs**, v. 15, n. 1, p. 17-27, 2001.

_____. Compulsive buying disorder: A review of evidence. **CNS**, v.12:2, 2007.

_____. In: Aboujaoude, E, Koran, L. (Eds.), **Compulsive Buying Disorder**, in **Textbook of Impulse Control Disorders**. Cambridge University Press, New York, p. 5–22, 2010.

_____. *et al.* Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: Preliminary findings. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, p. 960–963, 1998.

BLEULER, E. **Textbook of psychiatry**. New York, NY: MacMillan, 1924.

BLUM, K. *et al.* Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. **J Psychoactive Drugs**. v. Nov. 32, Suppl: i-iv, 1-112, 2000.

BILLIEUX, J. *et al.* Are All Facets of Impulsivity Related to Self-Reported Compulsive Behavior? **Personality and Individual Differences**, v. 44: p. 1432–1442, 2008.

BONIFIELD, C.; COLE, C. Advertising to vulnerable segments. **The sage Handbook of advertising**, p. 430-444, 2007.

BRADLEY, M. M.; LANG, P. J. Measuring emotion: behavior, feeling, and physiology. In: Lane, R.D., Nadel, L., editors. **Cognitive Neuroscience of Emotion**. New York: Oxford University Press New York, p. 242-76, 2000.

_____.; LANG, P. J. Measuring emotion: the self-assessment Manikin and the semantic differential. **J.Behav.Ther.Exp.Psychiatry**, v. 25, n. 1, p. 49-59, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BROWN, S. B. R. E.; RIDDERINKHOF, K. R. Aging and the neuroeconomics of decision making: A review. **Cognitive Affective & Behavioral Neuroscience**, v. 9, n. 4, Dec 2009.

BURDEN, R. Vulnerable consumer groups: quantification and analysis. **Office of Fair Trading**, p.1-61, 1998.

BURNS K.; BECHARA A. Decision making and free will: a neuroscience perspective. **Behav Sci Law**. v. 25, n. 2, p. 263-80, 2007.

CACIOPPO, J. T.; PETTY, R. E. Electromyograms as Measures of Extent and Affectivity of Information-Processing. **American Psychologist**, v. 36, n. 5, 1981.

CAMPBELL, C. What is wrong with consumerism? An assessment of some common criticisms. **Anuario Filosófico**, XLIII/2, p. 279-296, 2010

CAMERER, C.; LOEWENSTEIN, G.; PRELEC, D. Neuroeconomics: How neuroscience can inform economics. **Journal of Economic Literature**, v. 43, n. 1, p. 9-64, Mar 2005.

CANCLINI, N. G. **Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização**. Trad. Maurício Santana Dias, Javier Rapp. 3.ed. Rio de Janeiro : Editora UFRJ, 1997.

CARVALHO, J. C. N. *et al.* O Papel das Variáveis Sócio-Demográficas na Tomada de Decisão: uma Revisão Sistemática sobre o *Iowa Gambling Task*. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 30, n. 1, p. 13-26, 2012b.

_____. Tomada de decisão e outras funções executivas: um estudo correlacional. **Ciências & Cognição**, v. 17, n. 1, p. 094-104, 2012a.

_____. The Effect of Age on Decision Making According to the Iowa Gambling Task. **Spanish Journal of Psychology**, v. 15, n. 2, p. 480-486, Jul 2012.

CASSANO, G. B.; DELL'OSSO, L.; FRANK, E. *et al.* The Bipolar Spectrum: a Clinical Reality in Search of Diagnostic Criteria and an Assessment Methodology. **J Affect Disord**, v. 54, p. 319-328, 1999.

CHAMBERS, R. A.; TAYLOR, J. R.; POTENZA, M. N. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, n. 6, Jun 2003.

CLARK, L.; COOLS, R.; ROBBINS, T. W. The neuropsychology of ventral prefrontal cortex: Decision-making and reversal learning. **Brain and Cognition**, v. 55, n. 1, p. 41-53, Jun 2004.

CLARK, L. *et al.* The contributions of lesion laterality and lesion volume to decision-making impairment following frontal lobe damage. **Neuropsychologia**, v. 41, n. 11, p. 1474-1483, 2003.

CÉSAR, A. M. R. V. C. *et al.* *Neuroaccounting: Um Estudo Experimental sobre Tomada de Decisão em Ambientes Contábeis.* **Advances in Scientific and Applied Accounting**. São Paulo, v.5, n.1, p. 27-53, 2012.

_____. *et al.* Estudos experimentais sobre tomada de decisão: uma revisão de literatura da parceria entre a área de negócios e a de neurociência cognitiva. **Advances in Scientific and Applied Accounting**. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 201-229, 2011.

CHRISTENSON, G. *et al.* Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. **Journal of Clinical Psychiatric**, v. 55, p. 5-11, 1994.

COBB, C. J.; HOYER, W. D. Planned versus impulse purchase behavior. **Journal of Retailing**, v. 62, p. 4, Winter, 1986.

COMINGS, D. *et al.* Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. **Mol Psychiatry**, v. 2, n. 1, p. 44-56, 1997.

COMMURI, S.; EKICI, A. An enlargement of the notion of consumer vulnerability. **Journal of Macromarketing**, v. 28, n. 2, p. 183-186, 2009.

CUSHMAN, P. Why the self is empty. Toward a historically situated psychology. **American Psychologist**, v. 45, p. 599–611, 1990.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano.** Trad. Dora Vicente e Georgina Segurado, 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996a.

_____.; BECHARA, A.; DAMÁSIO, A. R. Do somatic markers mediate decisions on the gambling task? Reply. **Nature Neuroscience**, v. 5, n. 11, p. 1104-1104, Nov 2002.

_____.; DAMÁSIO, H.; CHRISTEN, Y. *Neurobiology of decision-making*. Berlin and New York: Springer Verlag, 1996b.

_____.; Toward a neurobiology of emotion and feeling: operational concepts and hypotheses. *Neuroscience*, v. 1, p. 19- 25, 1995.

D'ASTOUS, A.; MALTAIS, J.; ROBERGE, C. Compulsive buying tendencies of adolescents consumers. *Advances in Consumer Research*, v. 17, p. 306-312, 1990.

DENBURG, N. L. *et al.* Iowa Gambling Task performance in elderly persons predicts susceptibility to the influence of misleading advertising [Abstracts]. **In Annual meeting of the Society for Neuroscience** (Ed.) (p.27). San Diego, USA: SN, 2001.

_____. *et al.* Psychophysiological anticipation of positive outcomes promotes advantageous decision-making in normal older persons. *International Journal of Psychophysiology*, v. 61, n. 1, p. 19-25, 2006.

_____.; TRANEL, D.; BECHARA, A. The ability to decide advantageously declines prematurely in some normal older persons. *Neuropsychologia*, v. 43, n. 7, p. 1099-1106, 2005.

DERCON, S. Vulnerability: A micro perspective. **Annual Bank Conference on Development Economic**, p. 1-39, 2005.

DESARBO, W. S.; EDWARDS, E. A. Typologies of compulsive buying behavior: A constrained cluster-wise regression approach. *Journal of Consumer Psychology*, 5, 231-252, 1996.

DITTMAR, H.; DRURY, J. Self image—is it in the bag? A qualitative comparison between ‘ordinary’ and ‘excessive’ consumers. *Journal of Economic Psychology*, v. 21, p. 109–142, 2000a.

_____.; The role of self-image in excessive buying. In A. Benson (Ed.), **I shop, therefore, I am** Northvale, NJ: Jason Aronson Inc., p. 105–132, 2000b.

DUNN, B. D.; DALGLEISH, T.; LAWRENCE, A. D. The somatic marker hypothesis: A critical evaluation. **Neuroscience and Behavioral Review**, v. 30, n. 2, p. 239-271, 2006.

DUQUE, M. S. A proteção do consumidor como dever de proteção estatal de hierarquia constitucional. In: MARQUES, Cláudia Lima. **Revista de Direito do Consumidor**. São Paulo: RT, pg. 149, 2009.

ERNST, M. *et al.* Choice selection and reward anticipation: an fMRI study. **Neuropsychologia**, v. 42, n. 12, p. 1585-1597, 2004.

_____.; PAULUS, M. P. Neurobiology of decision making: A selective review from a neurocognitive and clinical perspective. **Biological Psychiatry**, v. 58, n. 8, p. 597-604, Oct 2005.

ESPINOSA, F. S.; NIQUE, W. M. Experiências emocionais em situações de consumo de produtos: evidências e proposições de pesquisa. In: XXVII ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD) 2003, Atibaia. **Anais ...** Curitiba: Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 2003.

EDWARDS, E. A. Development of a New Scale for Measuring Compulsive Buying Behavior. **Financial Counseling and Planning**, v. 4, p. 67-84, 1993.

_____. **The measurement and modeling of compulsive buying behavior**. Dissertation Abstract International, v. 53, n. 11-A, University Microfilms, n.º 9308304, 1992.

EL-ANSARY, A. Towards a Definition of Social and Societal Marketing, **Academy of Marketing Science. Journal**, v. 2, n. 2, p. 316-322, 1974.

EVANS, A. H.; STRAFELLA, A. P.; WEINTRAUB, D.; STACY, M. Impulsive and compulsive behaviors in Parkinson's disease. **Mov Disord.** v. Aug 15;24, n. 11, p. 1561-70, 2009.

FABER, R. J.; O'GUINN, T. C.; KRYCH, R. Compulsive consumption. **Adv Consum Res.** v. 14, p. 132-135, 1987.

_____. Compulsive consumption and credit abuse. **Journal of Consumer Policy**, v. 11, n. 1, p. 97-109, Mar. 1988.

_____. Classifying compulsive consumers: Advances in the development of a diagnostic tool. **Advances in Consumer Research**, v. 16, p. 738–744, 1989.

_____. A Clinical Screener for Compulsive Buying. **Journal of Consumer Research**, v.19, p. 459-469, 1992.

_____. A systematic investigation into compulsive buying. In A.L. Benson, *I shop, therefore I am: Compulsive buying and the search for self* (pp. 27–53). Aronson; Northtrade, New Jersey, 2000.

_____.; VOHS, K.D. To buy or not to buy? Self-control and self-regulatory failure in purchase behavior. In R.F. Baumeister (Ed.), **Handbook of selfregulation: Research, theory, and application**, p. 509–524. New York: Guilford Press, 2004.

_____.; CHRISTENSON, G. A. In the mood to buy: Differences in the mood states experienced by compulsive buyers and other consumers. **Psychology and Marketing. Special Issue: Aberrant Consumer Behavior**, v.13, p. 803–820, 1996.

FERREIRA, A. A. **Descrição e avaliação dos modelos de comportamento do comprador: abordagens parciais e integrativas.** 1974. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERREIRA, V. R. M. **Psicologia Econômica: origens, modelos, propostas.** 2007.

Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

_____. **Psicologia Econômica: Estudo do comportamento econômico e da tomada de decisão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

FIGNER, B.; MURPHY, R. O. Using skin conductance in judgment and decision making research. In M. Schulte-Mecklenbeck, A. Kuehberger, & R. Ranyard (Eds.), **A handbook of process tracing methods for decision research** (pp. 163-184). New York, NY: Psychology Press, 2012.

FILOMENSKY, T. Z. **O comprar compulsivo e suas relações com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno afetivo bipolar**. 2011. 135 p. Dissertação (Dissertação em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____.; TAVARES, H. Cognitive restructuring for compulsive buying. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 77-8, 2009.

_____.; TAVARES, H.; CORDAS, T. A. Compras Compulsivas. Em: Abreu, C. N., Tavares H, Cordás TA (Org.). **Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos**. Porto Alegre: Artmed, p.121-136, 2008.

FJELL, A. M. et al. Cognitive function, P3a/P3b brain potentials, and cortical thickness in aging. **Human Brain Mapping**, v. 28, n. 11, Nov 2007.

FRANK, E. *et al.* Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. **Arch Gen Psychiatry**, v. 59, n. 10, p. 905-11, 2000.

_____.; TOMAZ, C. Emotion and cognition: a neuropsychological interrelationship. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 36, p. 111-18, 2000.

FRANKEN, I. Craving, cue-reactivity, attentional bias and relapse in addiction. **European Neuropsychopharmacology**, v. 17, Oct 2007.

_____. *et al.* Impulsivity is associated with behavioral decision-making deficits. **Psychiatry Research**, v.158, p. 155–163, 2008.

FROST, R. O.; STEKETEE, G.; GRISHAM, J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. **Behaviour Research and Therapy**, v. 42, p. 1163–1182, 2004.

_____. SHOWS, D. The nature and measurement of compulsive indecisiveness. **Behaviour Research and Therapy**, 31, 683–692, 1993.

_____. *et al.* R. Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive–compulsive hoarders: A comparison with clinical and non-clinical controls. **Behaviour Research and Therapy**, v. 38, 1071–1081, 2000.

GENTRY, J. W. *et al.* The vulnerability of those grieving the death of a loved one: implications for public policy. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 14, n. 1, p. 128–143, 1995.

GERBING, D. W.; AHADI, S. A.; PATTON, J. H. Toward a conceptualization of impulsivity: components across the behavioral and self-report domains. **Multi. Behav. Res.**, v. 22, p. 357-379, 1987.

GIDDENS, A.; LASH, S. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Unesp, p. 11-71, 1997.

GLIMCHER, P. W. Decisions, decisions, decisions: Choosing a biological science of choice. **Neuron**, v. 36, n. 2, p. 323-332, Oct 2002.

GOLD, J. I.; SHADLEN, M. N. Neural computations that underlie decisions about sensory stimuli. **Trends in Cognitive Sciences**, v. 5, n. 1, p. 10-16, Jan 2001.

GOLD, P. E. Acetylcholine modulation of neural systems involved in learning and memory. **Neurobiology of Learning and Memory**, v. 80, n. 3, p. 194-210, Nov 2003.

GOLDSTEIN, M. **Modelos integrativos de comportamento do consumidor: análise crítica e perspectivas**. São Paulo, 1997. 151 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.

_____.; ALMEIDA, H. S. Crítica dos modelos integrativos de comportamento do consumidor, **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 14-22, jan./mar. 2000.

GOMES, A.; MORETTI, S. L. A. **A Responsabilidade e o Social: uma Discussão sobre o Papel das Empresas**. São Paulo: Saraiva, 2007.

GOODMAN, W.K. *et al.* The Yale-Brown Obsessive- Compulsive Scale: II. Validity. **Arch Gen Psychiatry**, v. 46, p. 1012-1016, 1989a.

_____. *et al.* The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. **Arch Gen Psychiatry**, v. 46, n. 11, p.1006-1011, 1989b.

GOUDRIAAN, A. E. *et al.* Decision making in pathological gambling: A comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. **Cognitive Brain Research**, v. 23, n. 1, p. 137- 151, 2005.

GUTNIK, L. A. *et al.* The role of emotion in decision-making: A cognitive neuroeconomic approach towards understanding sexual risk behavior. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 39, n. 6, p. 720-736, Dec 2006.

HAPPANEY, K.; ZELAZO, P. D.; STUSS, D. T. Development of orbitofrontal function: Current themes and future directions. **Brain and Cognition**, v. 55, n. 1, p. 1-10, Jun 2004.

HASHER, L.; ZACKS, R. T. Automatic and effortful processes in memory. **Journal of Experimental Psychology: General**, v. 108, n. 3, p. 356-388, 1979. □

HASHER, L.; ZACKS, R. T. Automatic processing of fundamental information – The case of frequency of occurrence. **American Psychological Association**, v. 39, n. 12, p. 1372-1388, 1984.

HASSAY, D.; SMITH, M. Compulsive buying: an examination of the consumption motive. **Psychology & Marketing**, v. 13, n. 8, p. 741-752, Dec. 1996.

HAWKINS, D. I.; MOTHERBAUGH, D. L.; ROGER, J. B. **Comportamento do consumidor - construindo a estratégia de marketing** - 10ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2ª reimpressão, 2007.

HEMAIS, M. W.; CASOTTI, L. M. , ROCHA, E. P. G. Hedonismo e Moralismo: consumo na base da pirâmide. **Revista de Administração de Empresas**. v. 53, n. 2, p. 199-207, Março-Abril, 2013.

HEMETSBERGER, A. When David Becomes Goliath Ideological Discourse in New Online Consumer Movements. **Advances in Consumer Research**, v. 33, 2006.

HIRSCHFELD, R. M. A. *et al.* Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study (brief report). **Am J Psychiatry**. v.160, p. 178-180, 2003.

HIRSCHMAN, E. C. The consciousness of addiction: Toward a general theory of compulsive consumption. **Journal of Consumer Research**, v.19, p. 155–179, 1992.

_____.; Consumer behavior theories as heroic quest. **Advances in Consumer Research**, v.16, p. 639-646, 1989.

_____.; STERN, B. Do consumers' genes influence their behavior? Findings on novelty seeking and compulsive consumption. **Advances in Consumer Research**, v. 28, p. 403-410, 2001.

HOCH, S.; LOEWENSTEIN, G. Time-inconsistent preferences and consumer self-control. **Journal of Consumer Research**, v.17, p. 492-507, 1991.

HOGARTH, R. M.; KARELAIA, N. Simple models for multiattribute choice with many alternatives: When it does and does not pay to face trade-offs with binary attributes. **Management Science**, v. 51, n. 12, Dec 2005.

HOLLANDER, E.; ROSEN, J. Impulsivity. **Journal of Psychopharmacology**, v. 14, n. 2, p. S39-S44, 2000.

HOWARD, J. A.; SHETH, J. N. **The Theory of Consumer Behavior**. New York: Wiley, 1969.

HUBERT, M. Does neuroeconomics give new impetus to economic and consumer research? **Journal of Economic Psychology-Special Issue on Decision Neuroscience**, v. 31, p. 812–817, 2010.

HUETTEL, S. A.; PAYNE, J. W. Integrating Neural and Decision Sciences: Convergence and Constraints. **Journal of Marketing Research**, v. 46, n. 1, Feb 2009.

_____.; SONG, A. W.; MCCARTHY, G. Decisions under uncertainty: Probabilistic context influences activation of prefrontal and parietal cortices. **Journal of Neuroscience**, v. 25, n. 13, Mar 30, 2005.

IZARD, C. E. **Human Emotions**. Nova York: Plenum Press, 1977.

JOIREMAN, J.; KEES, J.; SPROTT, D. Concern with Immediate Consequences Magnifies the Impact of Compulsive Buying Tendencies on College Students' Credit Card Debt. **The Journal of Consumer Affairs**, v. 44, n. 1, 2010.

KABLE, J. W.; GLIMCHER, P. W. The neural correlates of subjective value during intertemporal choice. **Nature Neuroscience**, v. 10, n. 12, Dec 2007.

_____. The Neurobiology of Decision: Consensus and Controversy. **Neuron**, v. 63, n. 6, p. 733-745, Sep 2009.

KAHNEMAN, D.; TVERSKY, A. Prospect Theory - Analysis of Decision Under Risk. **Econometrica**, v. 47, n. 2, p. 263-291, 1979a.

_____. Interpretation of Intuitive Probability - Reply to Cohen, Jonathan. **Cognition**, v. 7, n. 4, p. 409-411, 1979b.

_____. The rational choice, values and frames. **Psikhologicheskii Zhurnal**, v. 24, n. 4, p. 31-42, Jul-Aug 2003.

KENNING, P.; LINZMAJER, M. Consumer neuroscience: an overview of an emerging discipline with implications for consumer policy. **Journal Fur Verbraucherschutz Und Lebensmittelsicherheit-Journal of Consumer Protection and Food Safety**, v. 6, n. 1, Mar 2011.

KUHNEN, C. M.; KNUTSON, B. The neural basis of financial risk taking. **Neuron**, v. 47, n. 5, p. 763-770, Sep 2005.

KNUTSON, B. *et al.* Neural Predictors of Purchases. **Neuron**. v. 53, p. 147-156, 2007.

_____.; COOPER, J. C. Functional magnetic resonance imaging of reward prediction. **Current Opinion in Neurology**, v. 18, n. 4, p. 411-417, Aug 2005.

_____. Distributed neural representation of expected value. **Journal of Neuroscience**, v. 25, n. 19, p. 4806-4812, May 2005.

KORAN, L. *et al.* Estimated Prevalence of Compulsive Buying Behavior in the United States. **American Journal of Psychiatry**; October, v. 163, issue 10, 2006.

KOTLER, P.; LEVI, S. Broadning the concept of Marketing. **Journal of Marketing**, v. 33, n. 1, p.10, jan. 1969.

_____.; ZALTMAN, G. Social marketing: an approach to planned social change. **Journal of Marketing**, v. 35, n. 3, p. 3-12, 1971.

KRAEPELIN, E. **Psychiatrie**. 8. ed. Leipzig: Verlag Von Johann Ambrosius Barth, 1915.

KYRIOS M.; FROST R. O.; STEKETEE G. Cognitions in Compulsive Buying and Acquisition. **Cognit Ther Res**. v. 28, n. 2, p. 241–58, 2004.

KWAK, H.; ZINKHAN, G.; CRASK, M. Diagnostic Screener for Compulsive Buying: applications to the USA and South Korea. **The Journal of Consumer Affairs**, v. 37, n. 1, p. 161-169, Summer 2003.

LANGENDERFER, J.; SHRIMP, T. A. Consumer vulnerability to scams, swindles, and fraud: A new theory on visceral influences on persuasion. **Psychology & Marketing**, v.18, n.7, p. 763-783, 2001.

LAZARUS, R. S. Cognition and motivation in emotion. **American Psychologist**. v. 46, n. 4, p. 352-367, abr. 1991.

_____. Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. **J.Pers**. v. 74, p. 9-46, 2006.

LEE, D. Neural basis of quasi-rational decision making. **Curr Opin Neurobiol**, v. 16, n. 2, p. 191-8, Apr 2006.

_____. Game theory and neural basis of social decision making. **Nature Neuroscience**, v. 11, n. 4, p. 404-409, Apr 2008.

LEE, N.; BRODERICK, A. J.; CHAMBERLAIN, L. What is 'neuromarketing'? A discussion and agenda for future research. **International Journal of Psychophysiology**, v. 63, n. 2, p. 199-204, Feb 2007a.

_____.; CHAMBERLAIN, L. Neuroimaging and psychophysiological measurement in organizational research - An agenda for research in organizational cognitive neuroscience. **Social Cognitive Neuroscience of Organizations**, v. 1118, 2007b.

LEE, J.; SOBERÓN-FERRER, H. Consumer vulnerability to fraud: Influencing factors. **The Journal of Consumer Affairs**, v. 31, n. 1, p. 70-89, 1997.

LEE, S.; MYSYK, A. The medicalization of the compulsive buying. **Social Science & Medicine**, v.58, p. 1709-1718, 2004.

LEITE, P. L. **Adaptação Transcultural e Validação das Escalas “The Richmond Compulsive Buying Scale” e “Compulsive Buying Scale**. 2011. 109 p. Dissertação (Dissertação em Psicologia) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. *et al.* Validação e aferição de fidedignidade da versão brasileira da *Compulsive Buying Scale*. **Rev. psiquiatr. clín.** v. 39, n.3, São Paulo, 2012.

LEJOYEUX. M.; WEINSTEIN, A. Compulsive Buying. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**. v. 36, n. 5, p. 248-253, set. 2010.

_____. *et al.* Prevalence of compulsive buying among customers of a Parisian general store. **Comprehensive Psychiatry**, v. 48, p. 42– 46, 2007.

_____. *et al.* Comparison of buying behavior in depressed patients presenting with or without compulsive buying. **Compr Psychiatry**. v. 40, n.1, p. 51-6, 1999.

_____. *et al.* Study of compulsive buying in depressed patients. **J Clin Psychiatry**, v. 58, p. 169- 173, 1997.

_____. *et al.* Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. **American Journal of Psychiatry**, v. 153, p.1524–1529, 1996.

LHERMITTE, F.; PILLON, B.; SERDARU, M. Human Autonomy and The Frontal Lobes .1. Imitation and Utilization Behavior - A Neuropsychological Study of 75 Patients. **Annals of Neurology**, v. 19, n. 4, p. 326-334, Apr 1986.

LIN, C.; CHIU, Y.; LEE, P.; HSIEH, J. Is deck B a disadvantageous deck in the Iowa Gambling Task? **Behavioral and Brain Functions**, v. 3, n. 16, p. 1-10, 2007.

LIPOVETSKY, G.; CHARLES, S. **Os tempos hipermodernos**. Trad. Mário Vilela. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LIVINGSTONE, S.; LUNT, P. Predicting personal debt and debt repayment: psychological, social and economic determinants. **Journal of Economic Psychology**, v. 13, p. 111- 134, 1992.

LOEWENSTEIN, G.; RICK, S.; COHEN, J. D. Neuroeconomics. In: (Ed.). **Annual Review of Psychology**, v.59, p. 647-672, 2008.

_____. *et al.* Risk as feelings. **Psychological Bulletin**, v. 127, n. 2, p. 267-286, Mar 2001.

LOHRENZ, T. *et al.* Neural signature of fictive learning signals in a sequential investment task. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 104, n. 22, p. 9493-9498, May 2007.

LOPES, E. L. “**Não te conheço bem, mas já gostei de você!**” **O Efeito da Marca na Negligência da Omissão nos Diferentes Níveis de Necessidade Cognitiva**, 2010. 187 p. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade Nove de Julho, São Paulo.

MACLEAN, P. D. Cerebral evolution of emotion. In: LEWIS, M.; HAVILAND, J. M. **Handbook of Emotion**. New York/London: The Guilford Press, 1993.

MACPHERSON, S. E.; PHILLIPS, L. H.; SALA, S. D. Age, executive function, and social decision making: A dorsolateral prefrontal theory of cognitive aging. **Psychology and Aging**, v. 17, n. 4, p. 598-609, 2002.

MAGEE, A. Compulsive buying tendency as a predictor of attitudes and perceptions. **Advances in Consumer Research**, v. 21, p. 590-594, 1994.

MALLOY-DINIZ, L.F. *et al.* Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 2, p. 99-105, 2010.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**/trad. Nivaldo Montingelli Jr. e Alfredo Alves de Farias. – 3. ed. – Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATOS, C.; BONFANTI, K. Comportamento Compulsivo de Compra: Fatores influenciadores no Público Jovem. In: XXXII ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD) 2008, Rio de Janeiro. **Anais ...** Curitiba: Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 2008.

MARTIN, L. E.; POTTS, G. F. Impulsivity in decision-making: An event-related potential investigation. **Personality and Individual Differences**, v. 46, n. 3, p. 303-308, Feb 2009.

McCLURE, S. M.; BERNIS, G. S.; MONTAGUE, P. R. Temporal prediction errors in a passive learning task activate human striatum. **Neuron**, v. 38, n. 2, p. 339-346, Apr 2003.

MCCOY, A. N.; PLATT, M. L. Risk-sensitive neurons in macaque posterior cingulate cortex. **Nature Neuroscience**, v. 8, n. 9, Sep 2005.

McELROY, S. L. *et al.* Compulsive buying: a report of 20 cases. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 55, p. 242-248, 1994a.

_____.; PHILLIPS, K.; KECK, P. Obsessive compulsive spectrum disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 55, p. 33-51, 1994b.

_____.; KECK, P. ; PHILIPS, K. Kleptomania, compulsive buying and binge-eating disorder. **J Clin Psychiatry**, v. 56, p. 14- 26, 1995.

_____. *et al.* Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? **Compr Psychiatry**, v.37, n. 4, p. 229-240, 1996.

_____. *et al.* Clinical and theoretical implications of a possible link between obsessive-compulsive and impulse control disorders. **Depression**, v. 1, p. 121-132, 1993.

McGUIRE, T. R. Emotion and behavior genetics in vertebrates and invertebrates. In: LEWIS, M.; HAVILAND, J. M. **Handbook of Emotion**. New York/London: The Guilford Press, 1993.

MEHRABIAN, A.; RUSSELL, J. A. **An Approach to Environmental Psychology**. Cambridge: MIT Press, 1974.

MITCHELL, J. E. *et al.* Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. **Behaviour Research and Therapy**, v. 44, p. 1859–1865, 2006.

MOELLER, F. G. *et al.* Psychiatric aspects of impulsivity. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 11, p. 1783-1793, Nov 2001.

_____. P300 event-related potential amplitude and impulsivity in cocaine-dependent subjects. **Neuropsychobiology**, v. 50, n. 2, p. 167-173, 2004.

MONAHAN, P.; BLACK, D. W.; GABEL, J. Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying. **Psychiatry Research**, v. 64, 59–67, 1996.

MONTAGUE, P. R.; KING-CASAS, B.; COHEN, J. D. Imaging valuation models in human choice. **Annual Review of Neuroscience**, v. 29, p. 417-448, 2006.

MORGAN, F.W.; SCHULER, D.K.; STOLTMAN, J. J. A framework for examining the legal status of vulnerable consumers. **Journal of Public Policy and Marketing**, v. 14, n. 2, p. 267-277, 1995.

MOSCHIS, G.; CHURCHILL, G. Consumer socialization: a theoretical and empirical analysis. **Journal of Marketing**, p. 40-48, Summer 1978.

MOWEN, J. C.; SPEARS, N. Understanding compulsive buying among college students: A hierarchical approach. **Journal of Consumer Psychology**, v. 8, 1999.

_____.; MINOR, M. S. **Comportamento do Consumidor**. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

MUELLER, A. *et al.* Estimated prevalence of compulsive buying in Germany and its association with sociodemographic characteristics and depressive symptoms. **Psychiatry Res**, v. 180, n. 2-3, p.137-42, 2010.

_____.; MITCHELL, J. **Compulsive buying: clinical foundations and treatment**. In: Taylor and Francis Group. New York (NY): Routledge; 2011.

NETO, A. P. S. Superendividamento do Consumidor: Conceito, Pressupostos e Classificação. **Revista da SJRJ**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 167-184, 2009

NORUM, P. S. The role of time preference and credit card usage in compulsive buying behaviour. *Internacional*. **Journal of Consumer Studies**, v. 32, p. 269-275, 2008.

NICOSIA, F. M. **Consumer decision processes: marketing and advertising implications**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1966.

NUNESMAIA, A. L. S. *et al.* Uso do Cartão de Crédito Como Regulador do Estilo de Vida na Perspectiva dos Consumidores Endividados. In: XXXII ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD) 2008, Rio de Janeiro. **Anais ...** Curitiba: Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 2008.

O'DOHERTY, J. *et al.* Abstract reward and punishment representations in the human orbitofrontal cortex. **Nature Neuroscience**, v. 4, n. 1, Jan 2001.

_____.; Reward representations and reward-related learning in the human brain: insights from neuroimaging. **Current Opinion in Neurobiology**, v. 14, n. 6, p. 769-776, Dec 2004.

_____. et al. Temporal difference models and reward-related learning in the human brain. **Neuron**, v. 38, n. 2, p. 329-337, Apr 2003.

O'GUINN, T. C; FABER, R. J. Compulsive Buying: A Phenomenological Exploration. **Journal of Consumer Research**, v. 16, p. 147-157, set 1989.

OTTAVIANI, C.; VANDONE, D. Impulsivity and household indebtedness: Evidence from real life. **Journal of Economic Psychology**, v. 32, p. 754–761, 2011.

OTTER, M.; BLACK, D. W. Compulsive buying behavior in two mentally challenged persons. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*, v. 9, p. 469-470, 2007.

PACHAURY, M. **Consumer Behavior: a literature review**. *The Marketing Review*, v. 2, p. 319-355, 2002.

PARK, H.; BURNS, L. Fashion Orientation, credit card use and compulsive buying. **Journal of Consumer Marketing**, v. 22, n. 3, p. 135-141, 2005.

PATTON, J. H.; STANFORD, M. S.; BARRATT, E. S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. **J Clin Psychol.**, v. 51, n. 6, p. 768-74, 1995.

PAULUS, M. P. Neurobiology of decision-making: Quo vadis? **Cognitive Brain Research**, v. 23, n. 1, p. 2-10, Apr 2005.

_____. *et al.* Decision making by methamphetamine-dependent subjects is associated with error-rate-independent decrease in prefrontal and parietal activation. **Biological Psychiatry**, v. 53, n. 1, p. 65-74, Jan 2003b.

_____. *et al.* Increased activation in the right insula during risk-taking decision making is related to harm avoidance and neuroticism. **NeuroImage**, v. 19, p. 1439–1448, 2003a.

_____. Prefrontal, parietal, and temporal cortex networks underlie decision-making in the presence of uncertainty. **Neuroimage**, v. 13, n. 1, Jan 2001.

PLASSMANN, H. *et al.* What can advertisers learn from neuroscience? **International Journal of Advertising**, v. 26, n. 2, 2007.

PLATT, M. L.; GLIMCHER, P. W. Neural correlates of decision variables in parietal cortex. **Nature**, v. 400, n. 6741, p. 233-238, Jul 1999.

_____. HUETTEL, S. A. Risky business: the neuroeconomics of decision making under uncertainty. **Nature Neuroscience**, v. 11, n. 4, p. 398-403, Apr 2008.

PLOUS, S. Psychological Mechanisms in the Human Use of Animals. **Journal of Social Issues**, v. 49, n. 1, Spr 1993.

PORTILHO, F. **Sustentabilidade Ambiental, Consumo e Cidadania**, 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2010

POSTIGUILHONE, A. P.; FEVERSANI, F.; ALMEIDA, M. V. A. **A necessidade da tutela jurídica do superendividamento como forma de política pública de proteção ao Consumidor.** Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8076>. Acesso em: 24 de maio de 2013.

PRELEC, D.; LOEWENSTEIN, G. The Red and the Black: Mental Accounting of Savings and Debt. **Marketing Science, Informs**, v. 17, n. 1, p. 4-28, 1998.

PREUSCHOFF, K.; BOSSAERTS, P.; QUARTZ, S. R. Neural differentiation of expected reward and risk in human subcortical structures. **Neuron**, v. 51, n. 3, p. 381-390, Aug 2006.

RAAB, G. *et al.* **The psychology of marketing**. Farnham: Gower, 2010.

_____. *et al.* A Neurological Study of Compulsive Buying Behaviour. **J Consum**

Policy, v. 34, p. 401–413, 2011.

RANGEL, A.; CAMERER, C.; MONTAGUE, P. R. A framework for studying the neurobiology of value-based decision making. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 9, n. 7, p. 545-556, Jul 2008.

RAO, V. R.; VILCASSIM, N. L. Perspectives on dynamic modeling of consumer discrete choice. Historical perspective in consumer research: national and international perspectives, Singapore. **Proceedings of the academy for consumer research**, 1985.

RICHINS, M. L. Measuring emotions in the consumption experience. **Journal of Consumer Research**, v. 24, p.127-146, 1997.

RIDGWAY, N. M.; KUKAR-KINNEY, M.; MONROE, K. B. An Expanded Conceptualization and a New Measure of Compulsive Buying. **Journal of Consumer Research**, v. 35, p. 622–639, 2008.

RIEDL, R.; HUBERT, M.; KENNING, P. Are there Neural Gender Differences in Online Trust? An Fmri Study on the Perceived Trustworthiness of Ebay Offers. **Mis Quarterly**, v. 34, n. 2, Jun 2010.

RILLING, J. K.; KING-CASAS, B.; SANFEY, A. G. The neurobiology of social decision-making. **Current Opinion in Neurobiology**, v. 18, n. 2, p. 159-165, Apr 2008.

RINDFLEISCH, A.; BURROUGHS, J.; DENTON, F. Family structure, materialism, and compulsive consumption. **Journal of Consumer Research**, v. 23, p. 312-325, Mar. 1997.

RINGOLD, D. J. Vulnerability in the marketplace: Concepts, caveats e possible solutions. **Journal of Macromarketing**, v. 25, n. 2, p. 202-214, 2005.

ROBBINS, T. W. Arousal systems and attentional processes. **Biological Psychology**, v. 45, n. 1-3, p. 57-71, Mar 1997.

ROBERTS, J. Compulsive buying among American college students: an investigation of its antecedents, consequences, and implications for public policy. **Journal of Consumer Affairs**, 32, p. 295–319, 1998.

_____; JONES, E. Money attitudes, credit card use, and compulsive buying among American college students. **The Journal of Consumer Affairs**, v. 35, n. 2, p. 213-241, Winter 2001.

_____; MANOLIS, C.; TANNER, JR. J. Adolescent Autonomy and The Impact of Family Structure on Materialism and Compulsive Buying. **Journal of Marketing Theory and Practice**, v. 14, no. 4, p. 301–314. 2006.

_____. Family structure, materialism, and compulsive buying: a reinquiry and extension. **Journal of Academy of Marketing Science**, v. 31, n. 3, p. 300-311, Summer 2003.

ROCHA, E. **A sociedade do sonho: comunicação cultura e consumo**. Rio de Janeiro: Mauad, 1995.

ROGERS, R. D. et al. Dissociable deficits in the decision-making cognition of chronic amphetamine abusers, opiate abusers, patients with focal damage to prefrontal cortex, and tryptophan-depleted normal volunteers: Evidence for monoaminergic mechanisms. **Neuropsychopharmacology**, v. 20, n. 4, p. 322-339, Apr 1999.

ROOK, D.W; FISHER, R. Normative influences on impulsive buying behavior. **Journal of Consumer Research**, v. 22, p. 305-313, December, 1995.

_____. The buying impulse. **Journal of Consumer Research**, v.14, p.189-199, September, 1987.

ROSE, P. Mediators of the association between narcissism and compulsive buying: the Roles of materialism and impulse control. **Psychology of addictive behaviors**, v. 21, n. 4, p. 576–581, 2007.

SANFEY, A. G.; CHANG, L. Multiple systems in decision making. In: TUCKER, W. T.; FERSON, S., *et al* (Ed.). **Strategies for Risk Communication: Evolution, Evidence, Experience**, v.1128, p. 53-62, 2008.

_____. *et al.* The neural basis of economic decision-making in the ultimatum game. **Science**, v. 300, n. 5626, p. 1755-1758, Jun 2003.

SANTOS, T.; PRADO, P. H. M. Emoção e Regulação Emocional no Comportamento do Consumidor. In: XXXII ENCONTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (ENANPAD) 2008, Rio de Janeiro. **Anais ...** Curitiba: Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 2008.

SCHACHTER, S. Citation Classic - Cognitive, Social and Physiological Determinants of Emotional State. **Current Contents/Social & Behavioral Sciences**, n. 1, p. 14-14, 1979.

SCHNEIDER, W.; SHIFFRIN, R. M. Controlled and Automatic Human Information-Processing - Detection, Search, and Attention. **Psychological Review**, v. 84, n. 1, 1977.

SCHNEIDER, D.; PARENTE, M. A. O desempenho de adultos jovens e idosos na Iowa Gambling Task (IGT): um estudo sobre a tomada de decisão. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, p. 442-450, 2006.

_____. **Iowa Gambling Task: considerações desenvolvimentais e implicações neuropsicológicas e psicométricas** [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

_____; PARENTE, M. A. O desempenho de adultos jovens e idosos na Iowa Gambling Task (IGT): um estudo sobre a tomada de decisão. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 19, n. 3, 442-450, 2006.

SCHULTZ, W. Getting formal with dopamine and reward. **Neuron**, v. 36, n. 2, p. 241-263, Oct 2002.

_____; DAYAN, P.; MONTAGUE, P. R. A neural substrate of prediction and reward. **Science**, v. 275, n. 5306, p. 1593-1599, Mar 1997.

SERASA EXPERIAN. **Excesso de consumo provoca aumento da inadimplência, revela Serasa Experian.** Disponível em: <http://www.serasaexperian.com.br/release/noticias/2011/noticia_00216.htm>. Acesso em 12 de agosto de 2011.

SHALLICE, T.; BURGESS, P. W. Deficits in Strategy Application Following Frontal-Lobe Damage in Man. **Brain**, v. 114, p. 727-741, Apr 1991.

SHEEHAN, D. V. *et al.* The mini international neuropsychiatry interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID-10. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 59, n. 20, p. 22-33, 1998.

SHETH, J. N.; MITTAL, B.; NEWMAN, B. I. **Costumer Behavior - consumer behavior and beyond.** Fort Worth: The Dryden Press, 1999.

_____; NEWMAN, B. I.; GROSS, B. L. **Consumption Values and Market Choices: Theory and Applications,** Cincinnati, OH: South-Western Publishing, 1991a.

_____.; _____.; _____. Why we buy what we buy: theory of consumption values. **Journal of Business Research**, v. 22, p. 159-170, 1991b.

SHIFFMAN, L. G.; KANUK, L. L. **Comportamento do Consumidor**, 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2000

SHIV, B. et al. Investment behavior and the negative side of emotion. **Psychological Science**, v. 16, n. 6, p. 435-439, Jun 2005.

SHULTZ II, C. J. Marketing as Constructive Engagement. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 26 (Fall), p. 293-301, 2007.

_____; HOLBROOK, M. B. Marketing and the Tragedy of the Commons: A Synthesis, Commentary, and Analysis for Action. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 18 (Fall), 218–29, 1999.

_____; HOLBROOK, M. B. The Paradoxical Relationships Between Marketing and Vulnerability. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 28, n.1 Spring, p. 124–127, 2009.

SIEMER, M.; MAUSS, Í.; GROSS, J. J. Same situation – different emotions: how appraisals shape our emotions. **Emotion**, v. 7, n. 3, p. 592-600, 2007.

SILVA, E. C.; MINCIOTTI, S. A.; ROMEIRO, M. C. Marketing societal: uma contribuição para o crescimento sustentável das organizações. **Revista de Administração da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 19-38, mai. 2011.

SILVA, A. P. **Ser ou Não Ser? Eis a Questão: uma investigação sobre a vulnerabilidade dos consumidores**. 2011. 139 p. Dissertação (Dissertação em Administração). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SIMONETTI, T. G. **A vulnerabilidade como princípio norteador nas relações de consumo**. Disponível em: <<http://www.ffadvogados.adv.br/detalhes.php?ID=29>>. Acesso em: 24 de maio de 2013.

SIMON, H. A. A behavioral model of rational choice. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 69, n. 1, p.99-118, Feb.1955.

_____. **Models of Man: Social and Rational**. New York: Wiley, 1957.

_____. The Information-Processing Theory of Mind, **American Psychologist**, v. 50, Issue 7, p. 507-508, July 1995.

SLOVIC, P. et al. Affect, risk, and decision making. **Health Psychology**, v. 24, n. 4, p. S35-S40, Jul 2005.

SMALL, D. M. *et al.* Changes in brain activity related to eating chocolate - From pleasure to aversion. **Brain**, v. 124, Sep 2001.

SMITH, D. V.; HUETTEL, S. A. Decision neuroscience: neuroeconomics. **Wiley Interdisciplinary Reviews-Cognitive Science**, v. 1, n. 6, p. 854-871, Nov-Dec 2010.

SMITH, K. *et al.* Neuronal substrates for choice under ambiguity, risk, gains, and losses. **Management Science**, v. 48, n. 6, Jun 2002.

STERN, H. The significance of impulse buying today. **Journal of Marketing**, v.26, p.59-62, April, 1962.

SWEITZER, M. M.; ALLEN, P. A.; KAUT, K. P. Relation of individual differences in impulsivity to nonclinical emotional decision making. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 14, p. 878–882, 2008.

TAVARES, H.; LOBO, D.; FUENTES, D.; BLACK, D. Compras compulsivas: uma revisão e um relato de caso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, p. 16-23, 2008a.

_____. *et al.* **Manual Clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos**. Porto Alegre: Artmed, 2008b.

_____. Transtornos do controle dos impulsos. In: de Alvarenga PG, de Andrade AG. **Fundamentos em Psiquiatria**. São Paulo: Manole, p. 283-311, 2008c.

_____.; ALARCÃO, G. A psicopatologia dos transtornos do impulso. In: Abreu CN, Tavares H, Cordás TA. **Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos**. Porto Alegre: Artmed, p.19-36, 2008d.

_____. **Jogo Patológico e suas Relações com o Espectro Impulsivo-Compulsivo**. 2000. 194 p. Tese (Doutorado em Psiquiatria). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____. A Neurobiologia dos Transtornos do Impulso. In: Busatto Filho G. **Fisiologia**

dos transtornos psiquiátricos. São Paulo: Atheneu, p.207-26, 2007.

TOM, S. M. et al. The neural basis of loss aversion in decision-making under risk. **Science**, v. 315, n. 5811, Jan 26 2007.

TRICOMI, E. M.; DELGADO, M. R.; FIEZ, J. A. Modulation of caudate activity by action contingency. **Neuron**, v. 41, n. 2, p. 281-292, Jan 2004.

YOON, C. et al. Decision neuroscience and consumer decision making. **Marketing Letters**, v. 23, n. 2, p. 473-485, Jun 2012.

YOUN, S.; FABER, R. Impulse buying: its relation to personality traits and cues. **Advances in Consumer Research: Association for Consumer Research**, p. 179-185, 2000.

YURCHISIN, J.; JOHNSON, K. K. P. Compulsive buying behaviour and its relationship to perceived social status associated with buying, materialism, selfesteem and apparel-product involvement. **Family and Consumer Sciences Research Journal**, v. 32, p. 291-314, 2004.

ULLMAN, L.; KRASNER, L. **A psychological approach to abnormal behavior.** Englewoods Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1969.

VALENCE, G.; D'ASTOUS, A.; FORTIER, L. Compulsive buying: concept and measurement. **Journal of Consumer Policy**, v. 11, p. 419-433, 1988.

VAUGHAN, S. C.; SALZMAN, L. **Antianxiety function of impulsivity and compulsivity.** Washington, DC: American Psychiatric Association, 1996.

VELUDO-DE-OLIVEIRA, T.; IKEDA, A.; SANTOS, R. Compra compulsiva e cartão de crédito entre universitários. **RAE. Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 89-99, 2004.

VIOLA, T. W. et al. Tomada de decisão em dependentes de crack: um estudo com o

Iowa Gambling Task. **Estudos de Psicologia**, v. 17(1), p. 99-106, janeiro-abril/2012.

WALD, A. **Sequential analysis**, Wiley, 1947.

WARNERYD, K. P. Scholars in Economics and Psychology and Little Cross-Fertilization: The Mills and Economic Psychology. In: XXX INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR RESEARCH IN ECONOMIC PSYCHOLOGY ANNUAL COLOQUIUM – Absurdity in the Economy. **Anais...** Praga, Rep. Tcheca, 2005.

WATSON, D.; CLARCK, L.; 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.

WISE, R. A. Neurobiology of addiction. **Current Opinion in Neurobiology**, v. 6, n. 2, p. 243-251, Apr 1996.

WOODRUFFE-BUTTON, H.; ECCLES, S.; ELLIOTT, R. Towards a theory of shopping: a holistic framework. **Journal of Consumer Behaviour**, v. 1, n. 3, p. 256-266, Feb. 2002.

ZALTMAN, G.; WALLENDORF, M. **Consumer Behavior: basic findings and management implications**. New York, Wiley & Sons, 1979.

ZEELLENBERG, M. Anticipated regret, expected feedback and behavioral decision making. **Journal of Behavioral Decision Making**, v. 12, n. 2, p. 93-106, Jun 1999.

7 Anexos

ANEXO A - Escala *Richmond*

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

	Discordo Plenamente						Concordo Plenamente
1. Há sacolas de compras fechadas em meu armário.	1	2	3	4	5	6	7
2. Os outros consideram que compro em excesso	1	2	3	4	5	6	7
3. Os outros consideram que compro em excesso	1	2	3	4	5	6	7
4. Considero-me um comprador impulsivo (não penso nas consequências)	1	2	3	4	5	6	7
	Nunca						Com muita frequência
5. Compro coisas que não preciso	1	2	3	4	5	6	7
6. Compro coisas que não planejei comprar	1	2	3	4	5	6	7

Some os valores obtidos em cada uma das nove questões. Um resultado maior ou igual a 25 sugere transtorno de comprar compulsivo.

Este instrumento de medida foi publicado em *Ridgway, N. Kukar-Kinney, M. and Monroe, K. An expanded conceptualization and a new measure of compulsive buying. Journal of Consumer Research, Volume 35, 4, 350-406. Dec. 2008.*

ANEXO B – Escala CBS

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

1. Indique o quanto concorda ou discorda da afirmação abaixo. Marque um X na opção que melhor indica como se sente sobre a afirmação.

	Concordo totalmente	Concordo até certo ponto	Não concordo nem discordo	Discordo até certo ponto	Discordo totalmente
a) Se sobrar algum dinheiro ao final do mês, eu tenho que gastá-lo.	1	2	3	4	5

2. Por favor, indique com que frequência você faz cada uma dessas coisas. Marque a opção mais apropriada para você.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
a) Senti que outros poderiam ficar horrorizados se soubessem dos meus hábitos de comprar	1	2	3	4	5
b) Comprei coisas, apesar de não conseguir pagar por elas	1	2	3	4	5
c) Emiti um cheque mesmo sabendo que não tinha dinheiro suficiente no banco para cobri-lo	1	2	3	4	5
d) Comprei algo para me sentir melhor comigo mesmo	1	2	3	4	5
e) Me senti ansioso ou nervoso em dias que não fui às compras	1	2	3	4	5
f) Paguei apenas o valor mínimo das faturas do cartão de crédito	1	2	3	4	5

Total: _____

Ponto de corte do *score*

$$\text{Scoring} = -9.69 + (Q1a \cdot .33) + (q2a \cdot .34) + (q2b \cdot .50) + (q2c \cdot .47) + (q2d \cdot .33) + (q2e \cdot .38) + (q2f \cdot .31)$$

If the score is less than or equal to -1.34 , the subject is classified as a compulsive buyer.

ANEXO C - Inventário de Lateralidade Manual - UFRJ

INSTRUÇÕES

As perguntas que você responderá referem-se ao número de vezes (frequência) com que você usa uma de suas mãos para executar diferentes tarefas no seu dia-a-dia, quando você tem as duas mãos livres. As suas respostas devem se basear na frequência de uso das mãos que você efetivamente realiza.

Marque:

FD – Se você usa sempre (100% das vezes) ou na grande maioria das vezes (95% ou mais) a MÃO DIREITA; raramente usa a outra mão.

FD - significa preferência muito Forte ou exclusiva pela mão Direita.

MD - Se você prefere usar a MÃO DIREITA, embora ocasionalmente use a outra mão.

MD - significa uso Moderado da mão Direita.

IG – Se você não tem preferência por qualquer mão, usando de forma aproximadamente igual ambas as mãos (40 a 60% das vezes para uso de uma das mãos).

IG - significa uso IGual para ambas as mãos.

ME – Se você prefere usar a MÃO ESQUERDA, embora ocasionalmente use a outra mão.

ME - significa uso Moderado da mão Esquerda.

FE – Se você usa sempre (100% das vezes) ou na grande maioria das vezes (95% ou mais) a MÃO ESQUERDA; raramente usa a outra mão.

FE - significa preferência muito Forte ou exclusiva pela mão Esquerda.

NS - Se você Não Sabe responder a pergunta

Exemplos de Perguntas

Os itens abaixo são exemplos de perguntas que você vai encontrar no questionário. Leia com atenção.

- a) Que mão você usa para pegar uma caneta que está sobre uma mesa?
- b) Com que mão você escreve?
- c) Com que mão você segura um pano para limpar com força um móvel muito sujo?
- d) Que mão você usa para pegar uma escova dentes que está sobre a mesa?
- e) Com que mão você segura uma escova de dente enquanto escova os dentes?
- f) Com que mão você apaga um quadro negro?
- g) Que mão você usa para pegar um pente de cima de uma mesa?
- h) Com que mão você segura um pente para se pentear?

1- Com que mão você escreve?

FD MD IG ME FE NS

2 – Com que mão você pega uma chave de abrir porta de cima de uma mesa?

FD MD IG ME FE NS

3- Com que mão você pega um livro grande e pesado de uma estante?

FD MD IG ME FE NS

4- Com que mão você pega uma moedinha de um centavo que está sobre uma mesa, sem arrastá-la para as bordas da mesa?

FD MD IG ME FE NS

5- Que mão você usa para segurar um clipe para prendê-lo em uma folha de papel?

FD MD IG ME FE NS

6- Que mão você usa para pegar uma escova de dente que está sobre a mesa?

FD MD IG ME FE NS

7- Com que mão você atarraxa um parafuso fácil de enroscar, sem usar chave de fenda?

FD MD IG ME FE NS

8- Com que mão você pega uma mala pesada?

FD MD IG ME FE NS

9- Que mão você usa para jogar uma bolinha de papel em uma cesta de lixo que está longe de você?

FD MD IG ME FE NS

10- Que mão você usa para pegar um pente de cima de uma mesa?

FD MD IG ME FE NS

11- Que mão você usa para segurar uma jarra pesada enquanto entorna água em um copo?

FD MD IG ME FE NS

12- Com que mão você enfia uma chave em uma fechadura?

FD MD IG ME FE NS

13- Que mão você usa para pegar uma caneta que está sobre uma mesa?

FD MD IG ME FE NS

14- Com que mão você pega um clipe de papel de cima de uma mesa?

FD MD IG ME FE NS

15- Com que mão você joga uma moeda para tirar a sorte?

FD MD IG ME FE NS

16- Com que mão você desenrosca uma tampa de um vidro difícil de abrir?

FD MD IG ME FE NS

17- Com que mão você pega um bolinha de papel ou uma bolinha de pingue-pongue de cima de uma mesa?

FD MD IG ME FE NS

18- Com que mão você segura uma escova de dente, enquanto escova os dentes?

FD MD IG ME FE NS

19- Que mão você usa para pegar uma bolinha de papel jogada para você?

FD MD IG ME FE NS

20- Com que mão você segura um barbeador para se barbear ou depilar?

FD MD IG ME FE NS

21- Com que mão você atarraxa um parafuso difícil de enroscar usando chave de fenda?

FD MD IG ME FE NS

22- Que mão você usa para desenhar?

FD MD IG ME FE NS

23- Com que mão você segura um palito de fósforo na hora de riscá-lo pra acender?

FD MD IG ME FE NS

24- Que mão você usa para dar adeus?

FD MD IG ME FE NS

25- Com que mão você segura um pente para se pentear?

FD MD IG ME FE NS

26- Com que mão você gira uma chave em uma fechadura para abri-la ou fechá-la?

FD MD IG ME FE NS

27- Com que mão você pega um barbeador de cima de uma mesa?

FD MD IG ME FE NS

28- Com que mão você usa uma borracha para apagar?

FD MD IG ME FE NS

29- Que mão você usa para colocar uma arruela em um pino?

FD MD IG ME FE NS

30- Que mão você usa para limpar o rosto com um lenço?

FD MD IG ME FE NS

31- Com que mão você segura um copo enquanto bebe?

FD MD IG ME FE NS

32- Com que mão você segura uma faca para cortar pão?

FD MD IG ME FE NS

33- Com que mão você segura uma tesoura para cortar papel?

FD MD IG ME FE NS

34- Com que mão você apaga um quadro negro?

FD MD IG ME FE NS

35- Que mão você usa para pegar uma arruela de cima de uma mesa?

FD MD IG ME FE NS

36- Com que mão você atarraxa uma lâmpada em um abajur?

FD MD IG ME FE NS

37- Com que mão você segura um martelo para fixar um prego na parede?

FD MD IG ME FE NS

38- Que mão você usa para ligar um eletrodoméstico em uma tomada?

FD MD IG ME FE NS

39- Com que mão você pega um copo de água de cima de uma mesa?

FD MD IG ME FE NS

40- Com que mão você segura um pano para limpar com força um móvel muito sujo?

FD MD IG ME FE NS

41- Com que mão você pega uma folha de papel de cima de uma mesa?

FD MD IG ME FE NS

42- Com que mão você abre uma torneira difícil de abrir?

FD MD IG ME FE NS

43- Com que mão você aponta um objeto distante?

FD MD IG ME FE NS

44- Que mão você usa para virar a página de um livro?

FD MD IG ME FE NS

45- Com que mão você segura um abridor para abrir uma lata?

FD MD IG ME FE NS

ANEXO D - TCLE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:.....
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE N^o:.....
 SEXO: M F
 DATA DE NASCIMENTO:/...../.....
 PROFISSÃO:.....
 ENDEREÇO:.....
 N^o.....APTO:.....
 BAIRRO:.....
 CIDADE:.....
 CEP:.....
 TELEFONE:.(.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA - Avaliação da Tomada de Decisão e as Emoções entre Compradores Compulsivos e Controles Normais.

PESQUISADOR: Maria dos Remédios Antunes Magalhães

CARGO/FUNÇÃO: Professora Universitária

INSTITUIÇÃO: Laboratório de Neurociência Aplicada - NEUROLAB BRASIL/IPESPE e Universidade Nove de Julho/São Paulo/SP

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

 RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO
 RISCO BAIXO RISCO MAIOR
3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 10 meses

01 – Desenho do estudo e objetivo(s): O objetivo deste estudo é avaliar a tomada de decisão e as reações emocionais, entre compradores compulsivos e controles normais. Os métodos de avaliação serão baseados na análise das áreas cerebrais envolvidas no sistema de recompensa cerebral detectadas por Eletroencefalograma e Condutância da Pele enquanto se executa a tarefa de avaliação decisional, a *Iowa Gambling Task* – IGT.

02 – Descrição dos procedimentos que serão realizados: Inicialmente será realizada uma entrevista semidirigida para o ingresso na pesquisa. Também será feita a apresentação da pesquisa, fornecendo maiores esclarecimentos sobre a coleta de dados. Em seguida, será realizada uma entrevista clínica com um médico. Após a aplicação da entrevista clínica e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, será agendado um dia para seu exame. No dia do exame, deverá comparecer ao local informado com acompanhante ou não e bem alimentado(a). Deverá, também, evitar a ingestão de bebidas (álcool e/ou bebidas à base de caféina) 24 horas antes do exame. Será colocada uma touca higienizada com eletrodos, cada touca contém 21 eletrodos e nos eletrodos será aplicado um gel condutor (electrogel). Os registros eletrofisiológicos serão realizados em repouso, permanecendo na posição sentada durante todo o exame. Nas instruções iniciais será solicitado que fique por três minutos com olhos fechados para captação da atividade elétrica de base, seguindo-se o registro de base com olhos abertos em frente a uma tela cinzenta com um ponto preto ao centro por um minuto.

Finalmente, na execução da tarefa neuropsicológica o *Iowa Gambling Task* (IGT), serão captados os registros da tomada de decisão e as reações emocionais. Serão feitas monitorização e registro da atividade biométrica, por meio dos sensores colocados no dedo médio para o registro da condutância da pele. Também será medida a frequência cardíaca com uma cinta colocada na região do tórax. Foi planejado um tempo médio a ser gasto na realização de cada etapa. Na Primeira Etapa, entrevista semidirigida, o tempo máximo previsto para início e término da atividade é de uma hora; na Segunda Etapa, entrevista clínica, o tempo máximo previsto para início e término da atividade é também uma hora, assim como na Terceira Etapa, exames de EEG, *Skin Conductance Response* e teste neuropsicológico (IGT). Após o término do exame, será retirada a touca e realizada a limpeza dos locais em que foram fixados os eletrodos. Os monitoradores da condutância da pele e frequência cardíaca também serão retirados. Caso nenhuma outra intercorrência possa ter ocorrido, você será liberado.

03 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados no(s) procedimento(s): Os riscos do exame são pequenos, uma vez que nenhum procedimento realizado durante o exame oferece risco para o(a) voluntário(a). O exame será interrompido no momento em que se detecte algum desconforto, seja por vontade própria ou qualquer alteração percebida no seu bem-estar.

04 – Benefícios para o(a) voluntário(a): Os dados obtidos nesta pesquisa permitirão o estudo de fatores que podem representar a vulnerabilidade dos compradores compulsivos para o desenvolvimento de quadros comportamentais e danos cognitivos, que merecem atenção terapêutica, mercadológica e intervenções de prevenção em políticas públicas, objetivando a melhora da qualidade de vida, a redução da frequência deste tipo de comportamento, bem como o impacto que o mesmo exerce negativamente na vida de cada um.

05 – Garantia de acesso: Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os principais investigadores são Maria dos Remédios Antunes Magalhães, Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, Dra. Sílvia Gomes Laurentino e Dr. Francisco Neuton de Oliveira Magalhães, que podem ser encontrados no endereço Rua das Pernambucanas, 407, Sl. 101, Graças, Recife/PE e Av. Francisco Matarazzo, 612, Barra Funda, São Paulo/SP, prédio da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado), às sextas-feiras, das 14h às 18h ou pelo telefone (81) 9917-0302, (11) 3665-9300 ou (11) 3665-9363/9364. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Nove de Julho – CEP na Rua Vergueiro nº 235/249 – Liberdade – SP, CEP. 01504-001, telefone (11)3385-9059 ou no e-mail: comitedeetica@uninove.br. Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

06 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Todos os procedimentos somente ocorrerão caso haja compreensão, anuência e assinatura do TCLE pelo(a) voluntário(a). A recusa em fazê-lo automaticamente o(a) exclui do protocolo de pesquisa, mas não o(a) impedirá de obter os benefícios disponibilizados pelo Programa Pró-Endividados, caso seja este o seu desejo. Portanto, a assinatura do TCLE não é condição necessária para sua admissão no programa Pró-Endividados do Tribunal de Justiça de Pernambuco.

07 – Direito de confidencialidade: Os dados obtidos de cada voluntário(a) permanecerão salvaguardados e só serão divulgados os números obtidos na pesquisa.

08 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores: Você terá acesso aos resultados parciais de conhecimento dos pesquisadores a qualquer tempo que sejam solicitados.

09 – Despesas e compensações: Não há despesas pessoais para o voluntário(a) em qualquer fase do estudo, incluindo exames (se forem necessários) e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa: Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados unicamente com a finalidade acadêmica, sendo publicados em conjunto com os dados dos demais voluntários, sem possibilidade de identificação pessoal.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação da Tomada de Decisão e as Emoções entre Compradores Compulsivos e Controles Normais: um estudo com métodos neuropsicofisiológicos”.

Eu discuti com Maria dos Remédios Antunes Magalhães, o Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, a Dra. Silvia Laurentino e o Dr. Francisco Neuton de Oliveira Magalhães sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados parciais quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante/representante legal Data ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

ANEXO E - Escala Y-BOCS

As questões 1 a 5 são sobre **PENSAMENTOS OBSESSIVOS**.

Obsessões são idéias, imagens ou impulsos indesejados que penetram no pensamento contra a vontade ou esforços para resistir a eles. Geralmente envolvem temas relacionados a danos, riscos ou perigos. Algumas obsessões comuns são: medo excessivo de contaminação, dúvidas recorrentes sobre perigo, preocupação extrema com ordem, simetria ou perfeição, medo de perder coisas importantes.

Por favor, responda cada questão assinalando o quadrado respectivo.

<p>1. TEMPO OCUPADO POR PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Quanto de seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?</i> = Nenhum = Menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional = 1 a 3 horas/dia ou freqüente = Mais de 3 horas até 8 horas/dia ou ocorrência muito freqüente = Mais de 8 horas/dia ou ocorrência quase constante</p>	<p>RESISTÊNCIA CONTRA OBSESSÕES P.: <i>Até que ponto você se esforça para resistir aos seus pensamentos obsessivos? Com que freqüência você tenta não ligar ou distrair a atenção desses pensamentos quando eles entram na sua mente?</i> = Faz sempre esforço para resistir, ou sintomas mínimos que não necessitam de resistência ativa. = Tenta resistir a maior parte das vezes = Faz algum esforço para resistir = Entrega-se a todas as obsessões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância = Cede completamente a todas as obsessões de modo voluntário</p>
<p>2. INTERFERÊNCIA provocada pelos PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Até que ponto seus pensamentos obsessivos interferem com seu trabalho, escola, vida social ou outras atividades importantes? Há qualquer coisa que você não faça por causa deles?</i> 0 = Nenhuma = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho geral não é prejudicado = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional = Muito grave: incapacitante</p>	<p>GRAU DE CONTROLE SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Até que ponto você consegue controlar os seus pensamentos obsessivos? É habitualmente bem-sucedido quando tenta afastar a atenção dos pensamentos obsessivos ou interrompê-los? Consegue afastá-los?</i> = Controle total = Bom controle: geralmente capaz de interromper ou afastar as obsessões com algum esforço e concentração = Controle moderado: algumas vezes capaz de interromper ou afastar as obsessões = Controle leve: raramente bem sucedido quando tenta interromper ou afastar as obsessões, consegue somente desviar a atenção com dificuldade. = Nenhum controle: as obsessões experimentadas como completamente involuntárias, raramente capaz, mesmo que seja momentaneamente, de desviar seus pensamentos obsessivos.</p>
<p>SOFRIMENTO relacionado aos PENSAMENTOS OBSESSIVOS P.: <i>Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar em você? (Na maior parte dos casos, a perturbação/mal-estar é equivalente à ansiedade; contudo, alguns pacientes podem descrever as suas obsessões como perturbadoras mas negam sentir ansiedade. (Avalie somente a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou a ansiedade associada a outras condições).</i> 0 = Nenhuma 1 = Não atrapalha muito 2 = Incomoda, mas ainda é controlável 3 = Muito incômoda 4 = Angústia constante e incapacitante</p>	<p style="text-align: center;">Uso do entrevistador</p> <p style="text-align: center;">ESCORE OBSESSÕES (parcial)</p>

As questões seguintes são sobre **COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**.

As **compulsões** são impulsos que as pessoas têm que fazer para diminuir sentimentos de ansiedade ou outro desconforto. Frequentemente, elas têm comportamentos intencionais repetitivos, propostos, chamados rituais. O comportamento em si pode parecer apropriado, mas se torna um ritual quando feito em excesso. Lavar, conferir, repetir, organizar, acumular coisas e outros comportamentos podem ser rituais. Alguns rituais são mentais. Por exemplo, pensar ou dizer coisas várias vezes em voz baixa.

<p>TEMPO GASTO COM COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS P.: <i>Quanto tempo você gasta com comportamentos compulsivos? Quanto tempo você leva a mais do que a maioria das pessoas para realizar atividades rotineiras por causa de seus rituais? Com que frequência você faz rituais?</i></p> <p>= Nenhum = Leve: menos de 1 hora/dia ou ocorrência ocasional de comportamentos compulsivos = Moderado: passa 1 a 3 horas/dia realizando as compulsões (ou execução freqüente de comportamentos compulsivos) = Grave: mais de 3 horas/dia até 8 horas/dia ou execução muito freqüente de comportamentos compulsivos = Muito grave: passa mais de 8 horas/dia realizando compulsões (ou execução quase constante de comportamentos compulsivos - muito numerosos para contar)</p>	<p>9. RESISTÊNCIA às COMPULSÕES P.: <i>Até que ponto você se esforça para resistir às suas compulsões?</i></p> <p>= Faz sempre esforço para resistir ou sintomas tão mínimos que não necessitam de resistência ativa = Tenta resistir na maior parte das vezes = Faz algum esforço para resistir = Cede a todas as compulsões sem tentar controlá-las, ainda que faça isso com alguma relutância = Cede completamente a todas as compulsões de modo voluntário</p>
<p>INTERFERÊNCIA provocada pelos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS Até que ponto suas compulsões <i>interferem em sua vida social ou profissional? Existe alguma atividade que você deixa de fazer por causa das compulsões? (se atualmente não estiver trabalhando, avalie até que ponto o desempenho seria afetado se o paciente estivesse empregado)</i></p> <p>0 = Nenhuma = Alguma: leve interferência com atividades sociais ou ocupacionais, mas o desempenho global não está deteriorado = Moderada: clara interferência no desempenho social ou ocupacional, mas conseguindo ainda desempenhar = Grave: provoca prejuízo considerável no desempenho social ou ocupacional = Muito grave: incapacitante</p>	<p>GRAU DE CONTROLE SOBRE O COMPORTAMENTO COMPULSIVO P.: <i>Com que força você se sente obrigado a executar os comportamentos compulsivos? Até que ponto consegue controlar as suas compulsões?</i></p> <p>= Controle total = Bom controle: sente-se pressionado a realizar as compulsões mas tem algum controle voluntário = Controle moderado: sente-se fortemente pressionado a realizar as compulsões e somente consegue controlá-las com dificuldade = Controle leve: pressão muito forte para executar as compulsões; o comportamento compulsivo tem que ser executado até o fim e somente com dificuldade consegue retardar a execução dessas compulsões = Nenhum controle: a pressão para realizar as compulsões é experimentada como completamente dominadora e involuntária; raramente capaz de, mesmo que seja momentaneamente, de retardar a execução das compulsões</p>
<p>SOFRIMENTO relacionado aos COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS P.: <i>Como você sentiria se fosse impedido de realizar sua(s) compulsão(ões)? Quão ansioso você ficaria?</i></p> <p>= Nenhum = Leve: ligeiramente ansioso se as compulsões forem interrompidas, ou ligeiramente ansioso durante a sua execução = Moderado: A ansiedade sobe a um nível controlável se as compulsões forem interrompidas, ou a ansiedade sobe a um nível controlável durante a sua execução = Intenso: aumento proeminente e muito perturbador da ansiedade se as compulsões forem interrompidas, ou aumento de ansiedade proeminente e muito perturbador durante sua execução = Muito intenso: ansiedade incapacitante a partir de qualquer intervenção com o objetivo de modificar as compulsões, ou ansiedade incapacitante Durante a execução das compulsões</p>	<p style="text-align: center;">Uso do entrevistador</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">ESCORE COMPULSÕES</p>

ESCORE TOTAL: _____
(OBSESSÕES +COMPULSÕES)

ANEXO F - Escala MDQ

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

POR FAVOR, RESPONDA A CADA QUESTÃO DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.

1. Alguma vez você não esteve no seu estado normal durante um período e...

... você se sentiu tão bem ou tão para cima que outras pessoas pensaram que você não estava no seu estado normal ou você estava com tanta energia que se meteu em dificuldades?	<input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
... você ficou tão irritado que gritou com outras pessoas ou começou brigas ou discussões?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
... você se sentiu muito mais autoconfiante do que se sente normalmente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
... você dormiu muito menos que o normal e achou que realmente não fez falta?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
... você estava muito mais falante ou falou muito mais rápido do que fala normalmente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
...os pensamentos passavam rapidamente na sua cabeça ou você não conseguia desacelerar sua mente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
... você se distraía tão facilmente com as coisas a seu redor que tinha dificuldade de se concentrar ou de manter o foco?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
...você teve muito mais energia do que tem normalmente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
...você ficou muito mais ativo ou fez muito mais coisas do que faz normalmente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
...você ficou muito mais sociável ou expansivo do que é normalmente, por exemplo, você telefonou para amigos no meio da noite?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
...você ficou muito mais interessado em sexo do que normalmente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
...você fez coisas que não costumava fazer ou que outras pessoas podem ter achado que eram excessivas, tolas ou arriscadas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
...gastou dinheiro a ponto de deixar você ou sua família em apuros?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	

2. Se você marcou SIM mais de uma vez nas questões acima, já aconteceu que algumas delas aconteceram numa mesma época?

Sim **Não**

3. Quanto foi que qualquer uma delas causou um problema para você, por exemplo, de não conseguir trabalhar, ter dificuldades familiares, de dinheiro ou legais, de entrar em discussões ou brigas? Por favor, assinale apenas uma resposta.

nenhum problema problema mínimo problema moderado
problema sério

4. Algum parente consanguíneo (por exemplo, filhos, irmãos, pais, avós, tios, tias) teve doença maníaco-depressiva ou transtorno bipolar?

Sim **Não**

5. Algum profissional de saúde alguma vez lhe disse que você tinha doença maníaco-depressiva ou transtorno bipolar?

Sim **Não**

ANEXO G - Escala BDI

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem igualmente adequadas, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. 2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar. 3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. 4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. 5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado. 6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido. 7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio. 8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece. 9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade. 10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira. 11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar. 12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p>	<p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões. 14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo. 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo. 3 Acredito que pareço feio. 15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes. 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho. 16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual. 1 Não durmo tão bem quanto costumava. 2 Acordo uma a duas horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir. 17 0 Não fico mais cansado do que o habitual. 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava. 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa. 18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser. 2 Meu apetite é muito pior agora. 3 Absolutamente não tenho mais apetite. 19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente. 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio. 2 Perdi mais do que 5 quilos. 3 Perdi mais do que 7 quilos. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ____ Não ____ 20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outras coisa. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa. 21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava. 2 Estou muito menos interessado por sexo agora. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

ANEXO H - Escala SI-R

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

- 1) Quão difícil é para você jogar coisas fora?
 - 0 = Nem um pouco
 - 1 = Levemente difícil
 - 2 = Moderadamente difícil
 - 3 = Bastante difícil
 - 4 = Extremamente difícil

- 2) Quão estressante é para você jogar coisas fora?
 - 0 = Não é estressante
 - 1 = Levemente estressante
 - 2 = Moderadamente estressante
 - 3 = Gravemente estressante
 - 4 = Extremamente estressante

- 3) Até que ponto seu(s) quarto(s) fica(m) amontado(s) de tantas coisas que você possui?
 - 0 = Nem um pouco
 - 1 = Levemente
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Extremamente

- 4) Com que frequência você evita se desfazer de pertences porque é muito estressante ou porque demanda muito tempo?
 - 0 = Nunca evito, consigo me desfazer de pertences facilmente
 - 1 = Raramente evito, consigo me desfazer com alguma dificuldade
 - 2 = Algumas vezes evito
 - 3 = Frequentemente evito, consigo me desfazer de pertences ocasionalmente
 - 4 = Quase sempre evito, raramente consigo me desfazer de pertences

- 5) Você fica angustiado ou desconfortável se não consegue obter algo que você queria?
 - 0 = Nem um pouco
 - 1 = Levemente, apenas um pouco ansioso
 - 2 = Moderadamente, o desconforto aumenta mas é controlável
 - 3 = Gravemente, o desconforto aumenta muito
 - 4 = Extremamente, o desconforto é incapacitante

- 6) Quanto das áreas habitáveis da sua casa está amontada por seus pertences (considere o montante de pertences na cozinha, sala de estar, sala de jantar, quartos, banheiros, corredores ou outras salas)
 - 0 = Nenhuma área da minha casa está amontada com meus pertences
 - 1 = Alguma área da minha casa está amontada com meus pertences
 - 2 = Muitas áreas da minha casa estão amontadas com meus pertences
 - 3 = A maior parte da minha casa está amontada com meus pertences
 - 4 = Toda ou quase toda minha casa está amontada com meus pertences

- 7) Quanto o amontoamento de pertences na sua casa interfere no seu funcionamento social, profissional ou diário? Pense nas coisas que não consegue fazer devido ao amontoamento?

- 0 = Nem um pouco
1 = Levemente, há uma pequena interferência, mas o funcionamento global não está prejudicado
2 = Moderadamente, há interferência definitiva, porém manejável
3 = Gravemente, causa interferência importante
4 = Extremamente, a bagunça é incapacitante
- 8) Com que frequência você se vê obrigado a obter algo que você vê (quando está comprando ou quando lhe oferecem coisas gratuitas)?
0 = Nunca me sinto obrigado
1 = Raramente me sinto obrigado
2 = Algumas vezes me sinto obrigado
3 = Frequentemente me sinto obrigado
4 = Quase sempre me sinto obrigado
- 9) Quão forte é o seu desejo de comprar ou adquirir coisas gratuitamente para as quais você não tem uso imediato?
0 = Não tenho desejo
1 = Desejo leve
2 = Desejo moderado
3 = Desejo forte
4 = Desejo muito forte
- 10) Quanto controle você tem sobre sua vontade de adquirir coisas?
0 = Controle completo
1 = Muito controle, usualmente sou capaz de controlar minha vontade
2 = Algum controle, posso controlar a vontade de adquirir coisas, mas com dificuldade
3 = Pouco controle, posso retardar a vontade de adquirir coisas, mas com imensa dificuldade
4 = Sem controle, sou incapaz de frear a vontade de adquirir coisas
- 11) Com que frequência você decide guardar coisas de que não precisa e para as quais você não tem espaço?
0 = Nunca guardo esse tipo de coisa
1 = Raramente
2 = Ocasionalmente
3 = Frequentemente
4 = Quase sempre guardo esse tipo de coisa
- 12) Até que ponto o amontoamento de pertences impede que você use partes da sua casa?
0 = Todas as partes da casa são utilizáveis
1 = Poucas partes da casa não são utilizáveis
2 = Algumas partes da casa não são utilizáveis
3 = Muitas partes da casa não são utilizáveis
4 = Quase todas as partes da casa não são utilizáveis
- 13) Quanto o amontoamento de objetos na sua casa causa sofrimento a você?
0 = Nenhum sofrimento ou desconforto
1 = Leve sofrimento ou desconforto
2 = Moderado sofrimento ou desconforto
3 = Grave sofrimento ou desconforto
4 = Extremo sofrimento ou desconforto
- 14) Com que frequência o amontoamento de objetos na sua casa impede você de convidar pessoas para uma visita?
0 = Nunca
1 = Raramente
2 = Algumas vezes

3 = Frequentemente

4 = Quase sempre

- 15) Com que frequência você compra ou obtém gratuitamente coisas para as quais não tem uso imediato ou necessidade?
- 0 = Nunca
 - 1 = Raramente
 - 2 = Algumas vezes
 - 3 = Frequentemente
 - 4 = Quase sempre
- 16) Quão forte é a sua necessidade de guardar alguma coisa que você sabe que nunca vai usar?
- 0 = Nenhuma necessidade
 - 1 = Alguma necessidade
 - 2 = Moderada necessidade
 - 3 = Forte necessidade
 - 4 = Necessidade muito forte
- 17) Quanto controle você tem sobre seu desejo de guardar coisas?
- 0 = Controle completo
 - 1 = Muito controle, frequentemente sou capaz de controlar meu desejo de guardar coisas
 - 2 = Algum controle, posso controlar meu desejo de guardar coisas, mas com dificuldade
 - 3 = Pouco controle, só consigo controlar meu desejo de guardar coisas com muita dificuldade
 - 4 = Nenhum controle, sou incapaz de controlar meu desejo de guardar coisas
- 18) Quão difícil é caminhar pela sua casa por causa do amontoamento?
- 0 = Nenhuma dificuldade para caminhar
 - 1 = Alguma dificuldade para caminhar
 - 2 = Em muitas partes da casa é difícil caminhar
 - 3 = Na maior parte da casa é difícil caminhar
 - 4 = Em toda casa é difícil caminhar
- 19) Quão preocupado ou estressado você se sente a respeito do seu hábito de adquirir coisas?
- 0 = Nem um pouco preocupado
 - 1 = Levemente preocupado
 - 2 = Moderadamente preocupado
 - 3 = Severamente preocupado
 - 4 = Extremamente envergonhado
- 20) Até que ponto o amontoamento de objetos na sua casa impede que você use partes da sua casa para seu propósito? Por exemplo: cozinhar, usar a mobília, lavar louça, limpar, etc.
- 0 = Nunca
 - 1 = Raramente
 - 2 = Algumas vezes
 - 3 = Frequentemente
 - 4 = Muito frequentemente ou quase o tempo todo
- 21) Até que ponto você se sente incapaz de controlar o amontoamento de objetos na sua casa?
- 0 = Nem um pouco incapaz
 - 1 = Levemente incapaz
 - 2 = Moderadamente incapaz
 - 3 = Consideravelmente incapaz
 - 4 = Extremamente incapaz

- 22) Até que ponto seu hábito de guardar ou comprar compulsivamente acarretou dificuldades financeiras para você?
- 0 = Não acarretou dificuldade financeira
 - 1 = Acarretou pequena dificuldade financeira
 - 2 = Acarretou alguma dificuldade financeira
 - 3 = Acarretou dificuldade financeira considerável
 - 4 = Acarretou extrema dificuldade financeira
- 23) Com que frequência você é incapaz de descartar um objeto do qual gostaria de se livrar?
- 0 = Nunca tive problema em descartar objetos
 - 1 = Raramente
 - 2 = Ocasionalmente
 - 3 = Frequentemente
 - 4 = Quase sempre sou incapaz de descartar objetos

ANEXO I - Critérios Diagnóstico para Jogo Patológico

Critérios DSM-IV-TR(APA, 2000)

1. () A vida está centrada no jogo, pensa muito em jogar, passa boa parte do tempo planejando a próxima vez que vai jogar ou fica se lembrando de experiências passadas com o jogo.
2. () A necessidade de apostar aumenta com o tempo. Percebe que precisa apostar cada vez mais em quantidade e em frequência para ter a mesma sensação de prazer que obtinha anteriormente.
3. () Tem repetidas tentativas frustradas de parar de jogar. Por exemplo, Diz que nunca mais vai jogar e no dia seguinte está jogando novamente.
4. () Quando tenta para ou diminuir o comportamento de jogo apresenta manifestações de cansaço, irritabilidade ou até mesmo sintomas físicos como insônia dor de cabeça.
5. () Usa o jogar como forma de fugir de problemas e de ter alívio de sentimentos desconfortáveis como tristeza raiva e ansiedade.
6. () Após perda financeira, volta a jogar com a justificativa de tentar recuperar o dinheiro perdido.
7. () Necessita mentir para a família, terapeuta ou outros para esconder o real envolvimento com o jogo.
8. () Chega a cometer atos ilegais como passar cheques sem fundo, roubar ou fraudar para financiar o jogo .
9. () Colocou em risco ou teve comprometimento de, relação importante, trabalho, oportunidade profissional ou de estudo em função do comportamento de jogar.
10. () Necessita de ajuda de outros para pagar dívidas ou situação financeira desesperadora.

As pessoas que apresentam jogo patológico devem preencher pelo menos cinco dos dez critérios acima.

ANEXO J - Parecer do TCLE

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde
Universidade Nove de Julho - UNINOVE

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação da Tomada de Decisão e as Emoções entre Compradores Compulsivos e Controles

Área Temática: Normais

Pesquisador: Maria dos Remédios Antunes Magalhães

Versão: 2

Instituição: Universidade Nove de Julho - UNINOVE

CAAE: 03042612.3.0000.5511

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 40475

Data da Relatoria: 20/06/2012

Apresentação do Projeto:

Em grande parte apresentado de forma clara, adequada e objetiva.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é avaliar a tomada de decisão e as reações emocionais entre compradores compulsivos e controles normais. Os métodos de avaliação serão baseados na análise das áreas cerebrais envolvidas no sistema de recompensa cerebral detectadas por Eletroencefalograma e Condutância da Pele enquanto se executa a tarefa de avaliação decisional, a *Iowa Gambling Task* (IGT).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos do exame são pequenos, uma vez que nenhum procedimento realizado durante o exame oferece risco para o(a) voluntário(a). O exame será interrompido no momento em que se detecte algum desconforto, seja por vontade própria ou qualquer alteração percebida no seu bem-estar. Benefícios: os dados obtidos nesta pesquisa permitirão o estudo de fatores que podem representar a vulnerabilidade dos compradores compulsivos para o desenvolvimento de quadros comportamentais e danos cognitivos, que merecem atenção terapêutica, mercadológica e intervenções de prevenção em políticas públicas, objetivando a melhora da qualidade de vida, a redução da frequência deste tipo de comportamento, bem como o impacto que o mesmo exerce negativamente na vida de cada um.

- Adequado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Objetivo e experimentos coerentes. Do ponto de vista ético, as sugestões foram acatadas adequadamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Adequado

Recomendações:

- Trabalho adequado do ponto de vista ético

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Do ponto de vista ético, as sugestões foram acatadas adequadamente.

Situação do Parecer:

- Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

- Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- Projeto aprovado.

SÃO PAULO, 20 de Junho de 2012

Assinado por: Stella Regina Zamuner

ANEXO L - Questionário Sociodemográfico**1. Idade**

- De 18 a 20 anos
De 21 a 25 anos
De 26 a 35 anos
De 36 a 45 anos
Acima de 50 anos

2. Estado civil

- 1- Solteiro(a)
2 - Casado(a)
3 - Divorciado(a)
4 - Viúvo(a)

3. Escolaridade

- 1 - Ensino médio completo
2 - Cursando primeiro ano do ensino superior
3 - Cursando segundo ano do ensino superior
4 - Cursando terceiro ano do ensino superior
5 - Cursando quarto ano do ensino superior
6 - Cursando quinto ano do ensino superior
7 - Superior completo
8 - Cursando pós-graduação
9 - Pós-graduação completa

4. Renda Familiar

- 1 - Até R\$ 2.000
2 - de R\$ 2.001 a R\$ 3.000
3 - de R\$ 3.001 a R\$ 4.000
4 - de R\$ 4.001 a R\$ 5.000
5 - de R\$ 5.001 a R\$ 6.000
6 - mais de R\$ 6.000

5. Profissão

1. _____

ANEXO M - Escala BIS -11

Nome: _____

Data: ____/____/____

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Isto é um teste para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda rapidamente e honestamente.

	raramente ou nunca	de vez em quando	com frequên- cia	quase sempre/ sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu faço coisas sem pensar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu sou despreocupado (confio na sorte - "desencanado")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu tenho pensamentos rápidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu planejo viagens com bastante antecedência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu sou controlado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu me concentro facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu poupo regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu acho difícil ficar sentado sem me mexer por longos períodos de tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu sou um pensador cuidadoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Eu faço planos para um trabalho seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu falo coisas sem pensar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Eu gosto de pensar em problemas complexos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Eu troco de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu ajo por impulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu fico facilmente entediado quando estou resolvendo problemas mentalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu faço <i>check-up</i> médico e odontológico regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu atuo irrefletidamente levado pelas circunstâncias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Eu sou um pensador equilibrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Eu troco de moradia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Eu compro coisas por impulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu acabo o que começo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Eu ando e me mexo rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Eu resolvo problemas por tentativa e erro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Eu falo rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Eu tenho ideias fora de contexto quando estou pensando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Eu estou mais interessado no presente do que no futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Eu fico inquieto em palestras ou conversas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Eu faço planos para o futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO N – Escala BAI

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “X” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente Não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

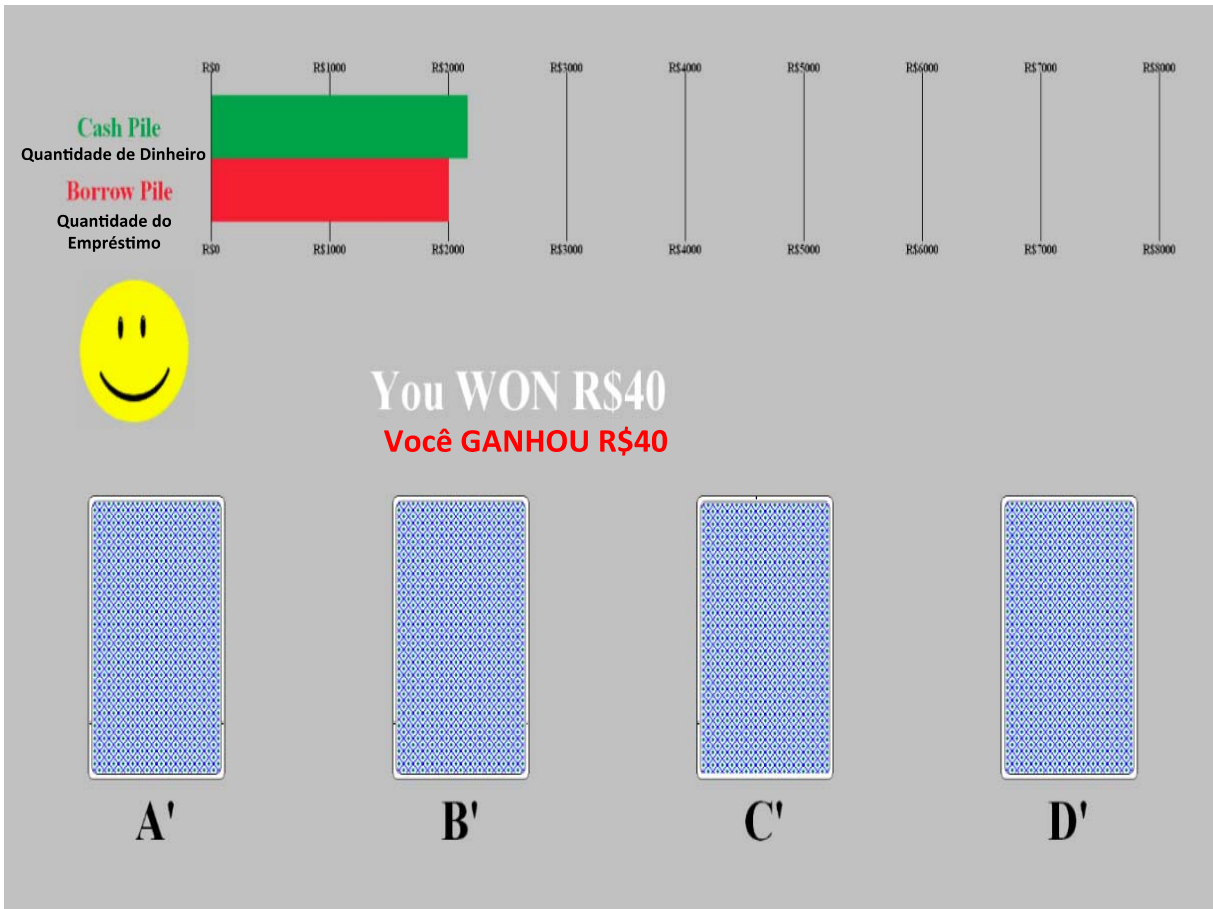
ANEXO O - Orientações para a Tarefa IGT

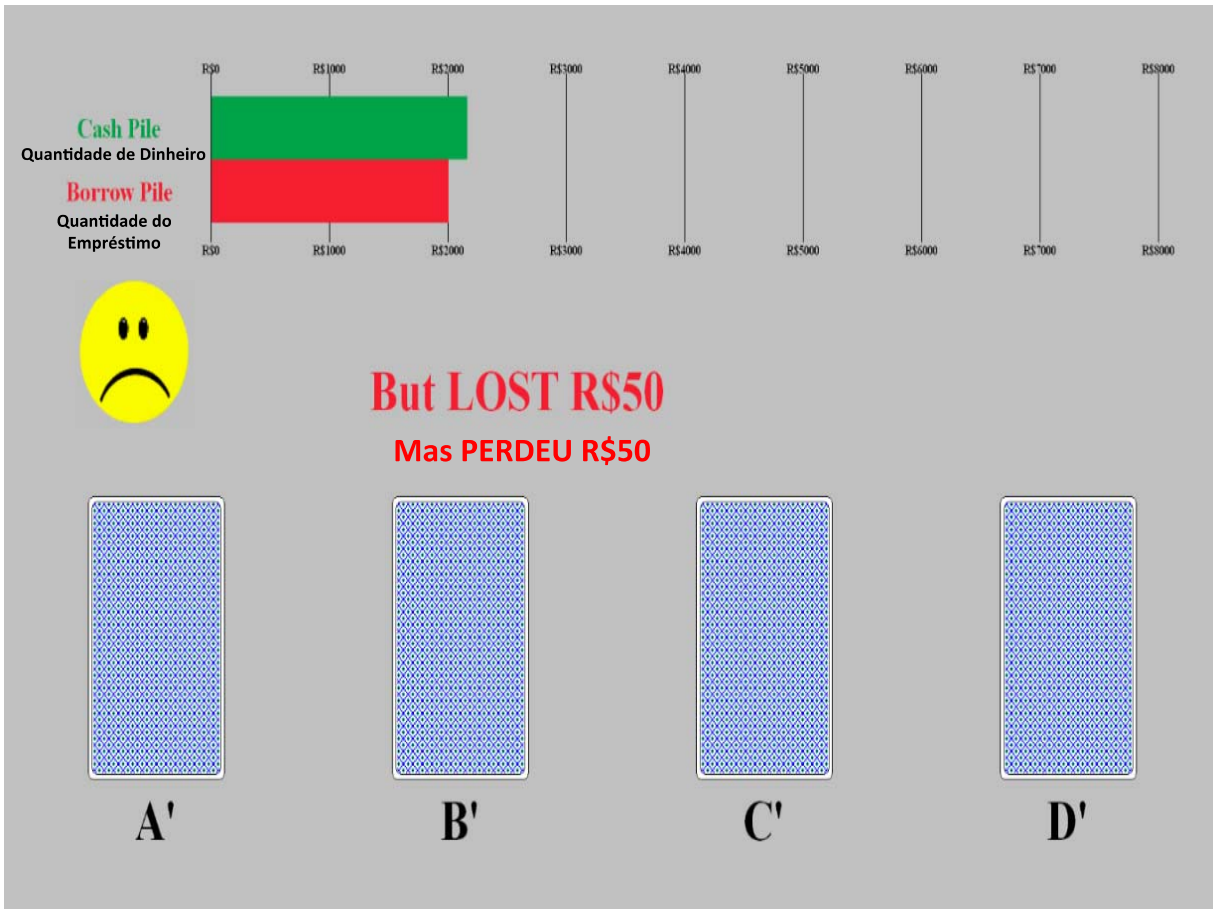
Cash Pile
Quantidade de Dinheiro

Borrow Pile
Quantidade do Empréstimo

Pick a Card !
Escolha uma Carta!

A' **B'** **C'** **D'**





Cash Pile
Quantidade de Dinheiro

Borrow Pile
Quantidade do Empréstimo

Please Wait...!
Por Favor Espere...!

A'

B'

C'

D'

Cash Pile
Quantidade de Dinheiro

Borrow Pile
Quantidade do Empréstimo

Pick a Card !
Escolha uma Carta!

A'

B'

C'

D'

ANEXO P - M.I.N.I.