

**QUALIDADE E DURAÇÃO DO SONO NA COMPULSÃO ALIMENTAR: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

SLEEP QUALITY AND DURATION ON THE DEVELOPMENT OF BINGE EATING

Título abreviado: Sono e Compulsão Alimentar

Autor correspondente:

Winy Caroll Lima Pontes¹

Contribuição autoral: Concepção e desenho, análise e interpretação de dados.

E-mail: wclpontes@gmail.com

Orcid: 0009-0003-0558-958X

(Acadêmica de Nutrição; Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Goiânia, Goiás, Brasil)

Autor correspondente:

Allys Vilela de Oliveira²

Contribuição autoral: concepção, revisão e aprovação da versão final

E-mail: allysvilela@gmail.com

Orcid: 0000-0001-9533-844X

(Mestre; Pontifícia Universidade Católica de Goiás; Goiânia, Goiás, Brasil)

RESUMO

Introdução: A relação entre sono e transtorno de compulsão alimentar é complexa e bidirecional, demandando abordagens integradas. Objetivo: Investigar a influência da qualidade e duração do sono na compulsão alimentar. Métodos: Uma revisão de literatura foi elaborada utilizando estudos observacionais e clínicos na base de dados da PubMed, com indivíduos >18 anos diagnosticados com transtorno de compulsão alimentar (DSM-5), avaliados por métodos objetivos ou subjetivos do sono. A busca foi realizada a partir dos termos "*binge eating*" AND *sleep*, "*binge eating*" AND *sleep*, "*binge eating*" AND "*sleep disorder*", "*binge eating*" OR "*food addiction*" AND *sleep*, "*binge eating disorder*" and *sleep*, "*binge eating disorder*" AND "*sleep disorders*", "*binge eating disorder*" AND "*sleep quality*", "*binge eating disorder*" AND "*sleep duration*", "*food addiction*" AND *sleep*, "*food addiction*" AND "*sleep disorders*", "*food addiction*" AND "*sleep quality*", "*food addiction*" AND "*sleep duration*". Resultados: Foram selecionados cinco estudos, que abrangeram mais de 1.616 participantes. Resultados mostram que a privação de sono compromete o controle inibitório, aumentando a vulnerabilidade ao transtorno de compulsão alimentar, enquanto o transtorno de compulsão alimentar agrava distúrbios do sono por fatores neurobiológicos e emocionais. Conclusão: A privação do sono, mesmo que moderada, está associada a redução significativa no controle dos impulsos alimentares. Devido as limitações na quantidade e qualidade de estudos sobre o tema, ainda são necessárias mais investigações clínicas para melhor compreensão dessas associações.

PALAVRAS-CHAVE

Sono. Transtorno de Compulsão Alimentar. Transtornos do Sono-Vigília.

INTRODUÇÃO

O sono é um estado de inconsciência essencial para funções cerebrais e fisiológicas, o qual envolve uma série de processos fisiológicos regulados pelo cérebro, como alterações hormonais, metabólicas e neurológicas. A boa qualidade do sono pode ser definida com a percepção individual, que envolve critérios como latência, eficiência e duração, sendo fundamental para o bem-estar físico e mental. No Brasil, cerca de 66% dos brasileiros não possuem níveis adequados de sono.¹

Adultos de 18 a 60 anos devem ter pelo menos sete horas de sono por noite para promover uma saúde ideal². A arquitetura do sono é um processo cíclico e rítmico que alterna entre três estágios de sono sem movimento rápido dos olhos (NREM) e um estágio de sono com movimento rápido dos olhos (REM). Uma boa noite de sono é composta por 4 a 5 ciclos, cada um com duração de aproximadamente 90 minutos. Esses ciclos incluem tanto sono leve, quanto profundo, culminando em um episódio de sono REM³. Alterações na qualidade ou na quantidade desses ciclos, como a privação de sono, têm sido associadas ao desenvolvimento de Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), sugerindo que distúrbios no sono podem intensificar comportamentos alimentares desregulados.⁴

Dentre os transtornos alimentares, TCA é uma condição psicológica complexa, caracterizada por episódios recorrentes de consumo excessivo de alimentos em períodos curtos, geralmente inferiores a duas horas. O diagnóstico requer a ocorrência de episódios de compulsão alimentar com uma frequência mínima de uma vez por semana durante três meses, sem a presença de comportamentos compensatórios como purgação ou exercícios excessivos. O TCA está associado a comportamentos específicos como comer rapidamente, ingerir alimentos até sentir-se desconfortavelmente cheio, consumir grandes quantidades sem fome física.⁵

A epidemiologia do TCA revela uma prevalência significativa na população geral, com variações importantes entre diferentes grupos demográficos. Este transtorno afeta aproximadamente 1,5% a 3,5% da população adulta, com uma incidência maior nas mulheres e nos indivíduos com sobrepeso ou obesidade. Observa-se uma distribuição etária ampla, com início frequente na adolescência ou no início da idade adulta, embora possa se desenvolver em qualquer fase da vida.⁶

Diante da alta prevalência do TCA e da significativa proporção de indivíduos com distúrbios do sono, faz-se necessário investigar a influência da qualidade e da duração do sono no desenvolvimento da compulsão alimentar, contribuindo para o entendimento e manejo dessa condição.

MÉTODOS

Uma revisão integrativa de literatura com base em estudos observacionais e clínicos foi conduzida conforme as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). A estratégia PICO foi empregada para orientar a questão de pesquisa, conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1 – Local reservado para o Quadro 1, disponível no final do documento.

As buscas foram realizadas na base de dados eletrônica PubMed. Após consulta aos *Medical Subject Headings* (MeSH) foram selecionados os seguintes descritores para a busca eletrônica: "binge eating" AND sleep, "binge eating" AND sleep, "binge eating" AND "sleep disorder", "binge eating" OR "food addiction" AND sleep, "binge eating disorder" and sleep, "binge eating disorder" AND "sleep disorders", "binge eating disorder" AND "sleep quality", "binge eating disorder" AND "sleep duration", "food addiction" AND sleep, "food addiction" AND "sleep disorders", "food addiction" AND "sleep quality", "food addiction" AND "sleep duration".

Para inclusão de artigos na revisão, foram utilizados os seguintes critérios: estudos observacionais e clínicos com homens ou mulheres acima de 18 anos, diagnosticados com TCA segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), que avaliassem parâmetros do sono por métodos objetivos ou subjetivos, com dados coletados antes e após intervenções ou observações e comparação entre grupos experimentais e controles, sem restrições de etnia ou sexo. Foram excluídos estudos com dados não controlados, artigos com informações insuficientes, revisões, metanálises, relatos de caso, artigos de opinião, diretrizes, livros, publicações técnicas, estudos com crianças ou adolescentes.

A seleção dos estudos envolveu três etapas: inicialmente, os títulos foram lidos para verificar sua relevância ao tema, em seguida, os resumos foram avaliados quanto à

adequação aos critérios de inclusão, por fim, os artigos pré-selecionados foram lidos integralmente para confirmar sua contribuição ao objetivo da revisão, sendo incluídos apenas aqueles que atendiam a todos os critérios.

Os dados extraídos dos artigos selecionados incluíram informações sobre a amostra (idade, gênero, índice de massa corporal (IMC), diagnóstico de TCA, comorbidades), tipo de estudo, parâmetros do sono avaliados, métodos de avaliação, resultados como evolução do TCA e frequência de episódios, além de ano de publicação, autores, nacionalidade e tempo de acompanhamento na pesquisa. Essas informações foram organizadas em um quadro para facilitar a análise comparativa. A análise dos dados envolveu a avaliação qualitativa dos métodos utilizados nos estudos, com comparação das características das amostras, parâmetros do sono e desfechos reportados.

RESULTADOS

No total, cinco artigos foram selecionados a partir da busca, conforme é possível verificar na Figura 1. Houve quatro estudos observacionais e um quase experimental, que avaliaram a relação entre o sono e o TCA. O número total de participantes nesses estudos foi de 1.616, com uma predominância de mulheres (70%).

Figura 1 – Local reservado para a Figura 1, disponível no final do documento.

Em um dos estudos, havia apenas participantes do sexo feminino, que é o público mais acometido pelo TCA. A média etária dos participantes dos estudos ficou abaixo dos 40 anos, conforme pode ser visualizado no Quadro 2. Um estudo revelou que o envelhecimento tende a melhorar a qualidade do sono, o que pode sugerir que pessoas mais jovens podem ser mais suscetíveis a uma pior qualidade do sono.⁷

Quadro 2 – Local reservado para o Quadro 2, disponível no final do documento.

Em duas das pesquisas analisadas, a média do IMC classificou os participantes com obesidade ou sobrepeso. Em outras duas, a média indicou apenas sobrepeso, enquanto em apenas uma das pesquisas, os participantes apresentaram IMC médio que os classificava como eutróficos. O TCA foi avaliado em associação com outros transtornos alimentares (TA), como síndrome da alimentação noturna (SAN), bulimia e anorexia, para entender as diferentes formas que a TCA se comporta, até mesmo com outros TA.

Houve uma grande diversidade de instrumentos utilizados para analisar tanto o humor quanto o sono. Dentre os instrumentos para análise do humor, apenas o PHQ-2 e o EDQ foram repetidos em dois estudos; os demais utilizaram questionários distintos e adaptados pelos autores. Na análise do sono, embora o PSQI tenha sido empregado em três dos cinco estudos, os demais adotaram técnicas diferentes. Três estudos utilizaram instrumentos de mensuração objetivos (Fitbit Charge HR, Actigrafia e dispositivo portátil Zeo), enquanto dois empregaram critérios subjetivos.

Em geral, os estudos apresentaram um curto período de acompanhamento, com três classificados como de curto prazo e dois como de longo prazo. Dentre estes, destacou-se um estudo de longa duração, com 11 anos de acompanhamento, enquanto os outros tiveram menor duração. O estudo mais breve foi um quase experimental, no qual os participantes foram submetidos à privação de sono, que teve a duração de dois dias⁷.

Apenas dois estudos investigaram o impacto do tempo de sono no comportamento alimentar desordenado. No estudo de Barnes, Ivezaj e Grilo⁸, encontraram que 6,5 horas de sono por noite já estaria associada a esses comportamentos⁸, porém no estudo de Ceroline et al.⁷ foi observado que a associação ocorria com tempo de sono menor, apenas cinco horas de sono⁷.

O IMC pode estar associado à interferência do sono no TCA⁹. Essa associação é corroborada por outros três estudos, que evidenciam a relação entre IMC elevado, pior qualidade do sono e menor qualidade de vida. Adicionalmente, os resultados de um dos estudos sugerem que tanto a depressão quanto o IMC podem atuar como fatores mediadores nessa complexa interação.⁸

Quatro estudos relatam a depressão como a comorbidade mais prevalente entre os participantes do TCA. Três deles encontraram que a presença de sintomas depressivos estava significativamente associada a má qualidade do sono e a maior severidade do TCA. Ao avaliar indivíduos com boa e má qualidade do sono, verificou-se que o grupo com menos horas de sono relatou maior psicopatologia alimentar, maior frequência de episódios de compulsão e maior perda de controle alimentar.⁸

Três artigos encontraram relação entre pior qualidade do sono e maior psicopatologia alimentar. Indivíduos com escores mais altos no PSQI apresentam maiores sintomas de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), indicando que a insatisfação com o sono pode estar ligada a padrões alimentares disfuncionais. Em um dos artigos, foi avaliado medidas objetivas (Fitbit) e subjetivas (escala SATED e diário de sono) e revelaram que,

apesar dos indivíduos com TCA relatarem pior qualidade de sono e preferência por atividades noturnas, as medidas objetivas de sono não confirmaram essas percepções¹⁰. A psicopatologia alimentar global apresentou uma correlação negativa com a sensação de descanso, sugerindo que a percepção subjetiva do sono, influenciada por fatores não mensurados objetivamente, pode ser um fator importante na relação entre sono e transtornos alimentares.

A relação entre jejum, compulsão alimentar e qualidade do sono foi investigada por um autor⁹. Esses fatores podem estar interligados, ambos podem estar associados a uma pior qualidade do sono em adultos. Essa relação leva a prejuízos físicos e psicológicos, podendo piorar os comportamentos alimentares desordenados.

DISCUSSÃO

A literatura mais recente sobre a influência da qualidade e da duração do sono no desenvolvimento da compulsão alimentar indica que essa relação é complexa e influenciada por diversos fatores. Os estudos indicam que, pessoas que dormem menos parecem ter uma dificuldade inibitória que aumenta os impulsos alimentares característicos do TCA. E a percepção que pessoas têm da qualidade do sono parece ser um forte indicativo de modulação do TCA.

Conforme foi verificado por um autor, em uma análise de adultos diagnosticados com TCA, dormir por apenas 6,5 horas por noite de sono está associado a uma maior perda de controle na alimentação resultando em compulsão alimentar⁸. Esses resultados corroboram evidências prévias, que demonstraram que mesmo uma única noite de privação de sono para indivíduos saudáveis podem estimular o apetite e a ingestão de alimentos^{11,12}. A consistência desses achados entre populações distintas, como indivíduos com TCA e pessoas sem transtornos alimentares, sugere que a privação de sono atua como um fator de risco significativo para o comer transtornado, independentemente do contexto clínico.

Uma explicação plausível reside nos mecanismos hormonais regulados pelo sono. A má qualidade do sono pode levar à redução dos níveis de leptina (um hormônio que suprime o apetite) e ao aumento dos níveis de grelina (um hormônio que estimula o apetite), potencialmente resultando em aumento do apetite e redução da saciedade.^{13,14}

Além do sistema homeostático, outro mecanismo relevante é o sistema hedônico, investigado por autores^{15,16}. Esses autores demonstraram que o sistema hedônico, responsável por regular os mecanismos de recompensa e as preferências alimentares, quando afetado pela privação de sono, pode aumentar a sensibilidade cerebral a alimentos de alto teor calórico, o que pode levar a escolhas alimentares inadequadas e comportamentos alimentares compulsivos.

Essa alteração na resposta hedônica não atua isoladamente, mas interage com a função cognitiva, outro fator fundamental nessa dinâmica. Foi verificado por autores^{14,17} que a privação de sono pode prejudicar a função cognitiva, levando a escolhas alimentares piores e ao aumento do consumo de alimentos ricos em calorias e gorduras. Isso pode contribuir ainda mais para o ganho de peso e um IMC mais elevado⁷. Ao verificar que a privação de sono parece exacerbar a vulnerabilidade cognitiva à compulsão alimentar em indivíduos predispostos. Esses achados sugerem uma ligação entre sono, controle cognitivo e comportamento alimentar em populações de risco.

Na relação entre privação de sono e compulsão alimentar, o controle inibitório emerge como um mecanismo central, sendo uma função executiva essencial para a regulação dos comportamentos alimentares. Do ponto de vista neural, o sono adequado promove a conectividade funcional entre redes cerebrais envolvidas no controle inibitório, como o córtex pré-frontal e o sistema límbico, que regulam as emoções e os impulsos. A privação de sono, no entanto, reduz a ativação dessas áreas, como demonstrado em estudos de neuroimagem.¹⁸

Nesse contexto, o estudo conduzido por um autor⁷, oferece evidências fundamentais ao demonstrar que a privação parcial de sono, limitada a 5 horas por noite, resulta em uma redução significativa do controle inibitório em indivíduos com TCA. Utilizando o paradigma de troca de tarefas (*Task Switching Paradigm* – TSP), os autores compararam o desempenho após uma noite de sono habitual e após privação parcial de sono limitada a 5 horas. Os resultados sugerem que indivíduos com TCA apresentam uma redução significativa no controle inibitório em condições de sono insuficiente.

O sono, como fator fundamental para a regulação do controle inibitório, foi investigado um estudo que analisou 25 indivíduos saudáveis submetidos a uma privação total de sono de 36 horas¹⁹. Os autores constataram prejuízos significativos no controle inibitório, acompanhados de aumento do esforço cognitivo e redução da conectividade

cerebral, reforçando que a duração do sono é crítica para a manutenção dessa função executiva, mesmo em populações sem TCA.

Essa relação entre sono insuficiente e impulsividade é reforçada por estudos como o que analisou 1.190 indivíduos do *Human Connectome Project* e constataram que aqueles com sono habitual inferior a 6 horas exibiam maior preferência por recompensas imediatas em detrimento de benefícios adiados²⁰. No contexto do TCA, essa tendência pode se traduzir em escolhas impulsivas, como consumir alimentos calóricos e perda de autocontrole. Esse comportamento está intimamente ligado ao controle inibitório prejudicado, uma vez que ambos refletem falhas na regulação de respostas automáticas, como o desejo por alimentos hipercalóricos. Assim, a privação de sono parece comprometer ainda mais a capacidade de regular os comportamentos alimentares, potencialmente agravando os sintomas do TCA.

A perda de funcionalidade do córtex pré-frontal emerge como o principal mediador dos efeitos do sono na compulsão. Autores sugerem que a falta de sono compromete a capacidade dessa região de exercer controle inibitório ao reduzir sua eficiência na supressão de respostas impulsivas, um processo fundamental para evitar o consumo desregulado de alimentos calóricos no TCA²¹. Essa disfunção pré-frontal intensifica a vulnerabilidade a comportamentos compulsivos, complementando a tendência a escolhas imediatistas observada em contextos de sono insuficiente. Além disso, a privação de sono também desregula a interação com o sistema límbico, elevando a reatividade emocional a estímulos, o que pode agravar ainda mais o descontrole alimentar ao aumentar a sensibilidade a gatilhos emocionais.

A revisão sistemática e meta-análise de um autor⁴ demonstrou que pacientes com TA, como Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e TCAP, apresentam uma qualidade de sono fisiológica e subjetiva significativamente comprometida em comparação com controles saudáveis, esse comprometimento é caracterizado por sono fragmentado e

menos eficiente. Esses achados estão em consonância com os resultados apresentados neste trabalho que identificou uma associação entre a redução na duração do sono e maior frequência de compulsões e perda de controle alimentar.

Tanto a revisão do autor⁴ quanto o presente estudo destacam a influência do IMC na piora da qualidade do sono. Além disso, a depressão, identificada como uma comorbidade agravante, intensifica esse impacto negativo sobre o sono. Outro ponto relevante é a discrepância observada em pacientes com transtornos alimentares, enquanto a percepção subjetiva de sono insatisfatório é comum, os exames objetivos nem sempre revelam grandes alterações na qualidade do sono.

Esses achados convergem para evidenciar a importância do sono no contexto dos transtornos alimentares, destacando a interação entre fatores fisiológicos e psicológicos nessa população. Contudo, é necessário considerar a heterogeneidade dos estudos, que utilizam diferentes instrumentos de avaliação, períodos de acompanhamento variados e amostras de tamanho reduzido. Além disso, os instrumentos empregados para a medida objetiva do sono apresentaram limitações em sua eficácia, o que reforça a necessidade de cautela na interpretação dos resultados.

Os achados desta revisão sistemática destacam a relação entre a privação de sono e o TCA. Em que, a privação de sono compromete o controle inibitório e aumenta a vulnerabilidade ao TCA. Esses resultados indicam que o tratamento do TCA pode se beneficiar de abordagens multidisciplinares, como estratégias cognitivo-comportamentais, que melhoram o controle inibitório, especialmente quando combinadas com práticas de higiene do sono e análises subjetivas da percepção do sono, que parecem mais relevantes para a psicopatologia do TCA do que dados objetivos. Essa percepção, identificada por relatos de noites não reparadoras ou cansaço, pode intensificar o estresse e desencadear episódios de compulsão.

Para pesquisas futuras, recomenda-se utilizar tamanhos de amostra maiores, para obter resultados mais robustos e maior poder estatístico, realizar ensaios clínicos randomizados para testar se a melhoria da qualidade do sono reduz os sintomas de TCA, além de realizar estudos longitudinais que auxiliem na compreensão dos efeitos de longo prazo da privação de sono no controle inibitório e no TCA. Pesquisas futuras também poderiam combinar métodos objetivos, como polissonografia, e subjetivos, como o PSQI, para ampliar a compreensão da relação entre sono e TCA e esclarecer como ambos influenciam a psicopatologia alimentar e a prática clínica.

CONCLUSÃO

A privação do sono, mesmo que moderada, está associada a redução significativa no controle dos impulsos alimentares. Indivíduos que dormem cerca de 6,5 horas por noite já apresentam maior vulnerabilidade a comportamentos alimentares desordenados. A privação aguda de sono, com apenas 5 horas por noite, demonstrou resultados ainda mais comprometedores, como, a redução da capacidade de inibição em indivíduos com TCA, tornando-os mais suscetíveis a episódios de compulsão.

Adicionalmente, a percepção subjetiva da qualidade do sono exerce papel fundamental na modulação dos TCA. A forma como o indivíduo avalia sua experiência de sono, parece influenciar diretamente a psicopatologia alimentar. Uma noite percebida como não reparadora, marcada por cansaço e dificuldade em adormecer, pode desencadear mecanismos como o aumento do estresse e a diminuição do controle inibitório, elevando a vulnerabilidade a episódios de compulsão e perda de controle alimentar.

REFERÊNCIAS

- 1.Brinkman JE, Reddy V, Sharma S. Physiology, sleep. StatPearls [Internet]. 2024;NBK482512
- 2.Lamberg L. Adults need 7 or more hours of sleep every night. Psychiatr News. 2015;50(18):1. doi:10.1176/appi.pn.2015.9b12
- 3.Baranwal N, Yu PK, Siegel NS. Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. Prog Cardiovasc Dis. 2023;66:79-97. doi:10.1016/j.pcad.2023.02.005
- 4.Degasperi L, Azevedo CV, Esaki M, Barbalho SM, Bechara MD, Laurindo LF, et al. Sleep quality in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2024;74:101897. doi:10.1016/j.smr.2023.101897
- 5.Marte JA, Iqbal A, Rehman A. Binge eating disorder. StatPearls [Internet]. 2024;NBK551700
- 6.Lqbal A, Marte JA, Rehman A. Epidemiology of binge eating disorder. StatPearls [Internet]. 2023;NBK587714
- 7.Cerolini S, Ballesio A, Lucidi F, Rodgers RF, Lombardo C. The relationship between sleep and eating: an experimental study in women with binge eating disorder. PeerJ. 2020;8:e9252. doi:10.7717/peerj.9252
- 8.Barnes RD, Ivezaj V, Grilo CM. Sleep and eating psychopathology: a narrative review of the interplay between sleep and binge eating disorder. Eat Weight Disord. 2023;28(1):92. doi:10.1007/s40519-023-01610-y
- 9.Irish LA, Christensen Pacella KA, Nation MB, Barnes RD. Engagement in binge eating and fasting associated with poorer sleep quality in an online sample of adults. J Eat Disord. 2024;12(1):76. doi:10.1186/s40337-024-01028-6
- 10.Mason TB, Smith KE, Crosby RD, Engel SG, Wonderlich SA, Crow SJ. Sleep and eating disorders: a narrative review. Eat Weight Disord. 2019;24(4):595-605. doi:10.1007/s40519-019-00664-1

11. Spiegel K, Tasali E, Penev P, Van Cauter E. Brief communication: sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin, elevated ghrelin, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med.* 2004;141(11):846-50. doi:10.7326/0003-4819-141-11-200412070-00008
12. Broussard JL, Kilkus JM, Deleon A, Penev PD, Tasali E, Van Cauter E. Elevated ghrelin and reduced leptin following sleep deprivation: implications for appetite regulation. *Obesity (Silver Spring).* 2015;23(5):1019-25. doi:10.1002/oby.21321
13. Jaqua EE, Elsea K, Halalau A. Appetite regulation and the role of hormones: a review. *J Fam Pract.* 2023;72(8):E1-E7. doi:10.12788/jfp.0674
14. Fatima Y, Craig BM, Mamun AA. Sleep and obesity: mechanisms and management. In: Bagchi D, editor. *Global perspectives on childhood obesity.* 2nd ed. London: Academic Press; 2020. p. 107-19. doi:10.1007/978-3-030-35358-2_9
15. Leon AC, Hanlon EC. Hedonic eating and sleep deprivation: neural mechanisms and implications. In: Preedy VR, Patel VB, editors. *Handbook of substance misuse and addictions.* London: Academic Press; 2019. p. 497-512. doi:10.1016/B978-0-12-816658-1.00023-5
16. Copinschi G, Leproult R, Spiegel K. The important role of sleep in metabolism. *Front Horm Res.* 2014;42:59-72. doi:10.1159/000358858
17. Vernarelli JA, Bodzio JR, Imperatore G, Papas MA. Sleep, diet, and cardiometabolic health: a review. *Obes Sci Pract.* 2024;10(3):e781. doi:10.1002/osp4.781
18. Chuah LY, Dolcos F, Chen AK, Zheng H, Parimal S, Chee MW. Sleep deprivation and interference by emotional distracters. *J Neurosci.* 2006;26(42):10740-5. doi:10.1523/JNEUROSCI.0906-06.2006
19. Lian Y, Xiao J, Liu Y, Yang G, Zhang Y, Sun J. Effects of sleep deprivation on cognitive and inhibitory control: an EEG study. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(5):4663. doi:10.3390/ijerph20054663

20.Curtis BJ, Williams PG, Anderson JS. Objective and subjective sleep duration and impulsive choice: evidence from the human connectome project. *Sleep*. 2019;42(8):zsy115. doi:10.1093/sleep/zsy115

21.Peng L, Xu L, Zhang Z, Wang Z, Chen J, Zhong X, et al. Effects of total sleep deprivation on functional connectivity of the anterior cingulate cortex: insights from resting-state fMRI in healthy adult males. *Int J Psychophysiol*. 2024;204:112460. doi:10.1016/j.ijpsycho.2024.112460

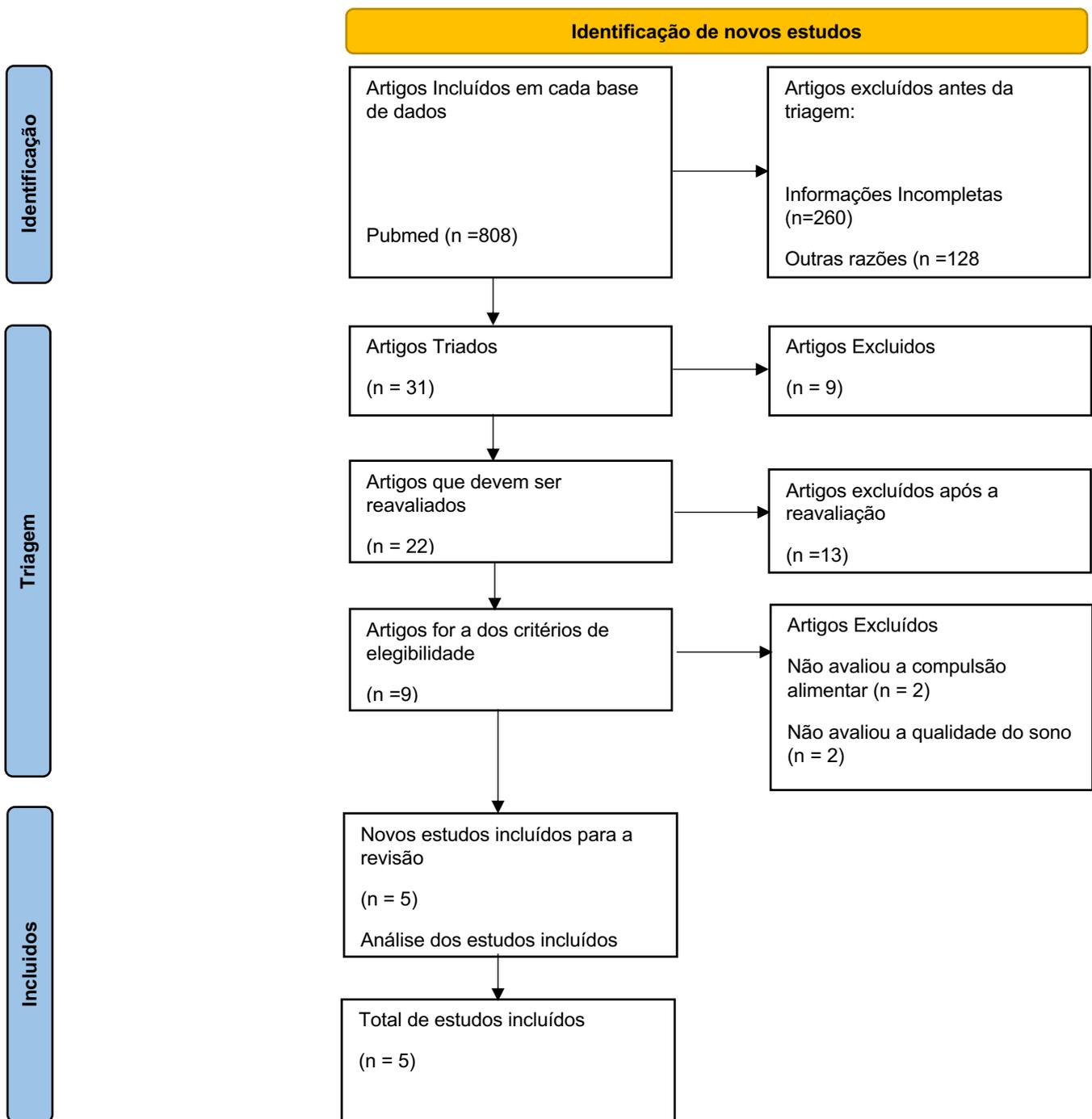


Figura 1. Fluxograma da Seleção dos Estudos

QUADRO 1

Abreviação	Descrição	Exemplo
P	População/Pacientes	Indivíduos com compulsão alimentar
I	Intervenção/Exposição	Avaliação de parâmetros fisiológicos do sono
C	Comparação	Indivíduos com sono normal ou grupo controle
O	Desfecho (Outcome)	Frequência de episódios de compulsão e impacto na qualidade de vida

QUADRO 2

AUTOR/ANO	No. PARTICIPANTES (M/F)	IDADE	INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE HUMOR	INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE SONO	DURAÇÃO	DESFECHOS PRIMÁRIOS
Barnes et al., 2023	648	37,5+- 12,3 DP	PHQ-2, ELOCS, SDS, EDE-Q	PSQI, PHQ-2	30 dias	Comportamentos Alimentares Desordenados: 6,5 horas por noite. Maior psicopatologia alimentar, qualidade do Sono (PSQI): Média de 6,5 (DP = 4,0). Sintomas Depressivos: boa qualidade do Sono: PHQ-2 média de 0,67. Má qualidade: PHQ-2 média de 2,00.
Cerolini et al., 2020	27	23,8 +- 4,03 DP	Inventário de Depressão de Beck BDI-II	Índice de Gravidade da Insônia ISI, diários do sono, dispositivo portátil Zeo	2 dias	5 horas de sono= redução do controle inibitório no grupo com TCA, grupo de controle não apresentou essa diminuição. Enquanto a flexibilidade cognitiva, avaliada pelo Switch Cost Index, não apresentou alterações significativas.
Tzischinsky et al., 2021	170	18 a 68 +-13,3 DP	BDI, BSI, STAI, BSQ e PHI, EDI-2, MINI- IV	PSQI e Actigrafia	11 anos	Eficiência de sono maior no grupo Be- Only (95%), NES- NI (90,6%) e NES+BE(89,7%). Duração de sono maior, 7,68 horas,36 minutos a mais que os outros grupo. Grupo BE-only: maior qualidade subjetiva do sono (PSQI-total = 8,57 ± 2,91) em comparação com os grupos NES+BE e NES-NI-only. Depressão: NES-NI com menos sintomas depressivos.
Irish et al., 2024	648	37,5 +- 12,25 DP	EDE-Q e PHQ-2	PSQI	6 meses	IMC: aumento de uma unidade, aumenta 0,08 no PSQI, indicando pior qualidade do sono. Depressão: coeficiente 1,16 associado a pior qualidade de sono. Uso de laxantes: não significativo. Exercício compulsivo: não significativo. Comer compulsivo: 1,38 significativo, associado a pior qualidade do sono. Jejum: 1,04, significativo, associado a pior qualidade do sono.
Mason et al., 2019;	125	44,28 +- 12,54 DP	EDDS, CSM	Fitbit Charge HR, (Pittsburgh modificado), SATED	1 semana	SATED: BN e BED pior saúde do sono vs. grupo sem TA; Médias: BN = 6,36; BED = 6,88; Sem TA = 7,69. Psicopatologia Alimentar Global: Correlação negativa com saúde do sono.