

A INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO, ANSIEDADE E DA IMPULSIVIDADE NA COMPRA POR IMPULSO

THE INFLUENCE OF DEPRESSION, ANXIETY AND IMPULSIVITY OVER IMPULSE PURCHASES

Claudia Rosa Acevedo

Graduada em Economia pela USP e doutorada em Administração de Empresas pela FGV - SP. Atualmente é professora no curso de Marketing da EACH-USP e do Programa de Pós-graduação em Administração na PPGA/FMU.

David Anderson Américo

Bacharel em Marketing pela EACH-USP.

Bruno Catão

Bacharel em Marketing pela EACH-USP.

Resumo

Este estudo analisou o efeito de transtornos depressivos e de ansiedade, usando impulsividade como variável moderadora, na compra por impulso. Após uma pesquisa exploratória levantando detalhes sobre os distúrbios da depressão e ansiedade, foi realizada uma pesquisa quantitativa em uma amostra de 157 respondentes, sendo 52,2% do gênero feminino, 45,9% masculino, 6% outro, entre as idades de 18 aos 58 anos, foi possível medir os efeitos através do modelo, confirmando as hipóteses de que os transtornos depressivos e de ansiedade, quando moderados pela impulsividade, possuem um forte efeito na compra por impulso, levando indivíduos em estados psicológicos vulneráveis a realizarem compras por impulso, isto é, compras de produtos de atributos hedônicos, realizadas sem maiores reflexões por parte do consumidor.

Palavras-chave: Comportamento do consumidor, depressão, ansiedade, compras por impulso, marketing.

Abstract

This study aimed to analyze the effect of depressive and anxiety disorders, using impulsivity as a moderating variable, on impulse buying. After an exploratory survey raising details about depression and anxiety disorders, a quantitative survey was carried out on a sample of 157 respondents, 52.2% female, 45.9% male, 6% other, between the ages of 18 at age 58, it was possible to measure the effects through the model, confirming the hypotheses that depressive and anxiety disorders, when moderated by impulsivity, have a strong effect on impulse buying, leading individuals in vulnerable psychological states to make impulse purchases, that is, purchases of products with hedonic attributes, made without further reflection on the part of the consumer.

Keywords: Consumer behavior, depression, anxiety, impulse purchases, marketing.

Discussão

Com objetivo de analisar o comportamento de compra do brasileiro em produtos de supermercado e vestuário, a pesquisa do SPC Brasil em conjunto com o Meu Bolso Feliz (2015) mostrou que 28,6% das últimas cinco compras de vestuário e 43% das últimas cinco de supermercado dos entrevistados foram por impulso. As principais motivações relatadas foram “a aversão à perda da oportunidade de um bom preço e à ansiedade dos consumidores para ter o produto em mãos assim que o veem”.

Segundo Hartley (2012), é possível que pessoas com maior ansiedade possam ter maior aversão à perda em determinadas circunstâncias. Dessa forma, as respostas coletadas pela pesquisa do SPC Brasil com o Meu Bolso Feliz (2015) podem ser um indicativo de que esse transtorno tenha influência em situações de compra por impulso.

Além disso, de acordo com uma pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas ([CNDL] Brasil, 2021), 44% dos entrevistados não costumam fazer o planejamento das suas compras online. Neste caso, os motivos mais frequentes foram “as promoções (61%), ficar navegando nas lojas (43%) e o recebimento de ofertas de lançamento (28%)”.

Algumas das justificativas apresentadas, como promoções ou o recebimento de ofertas, podem estar também associadas com a aversão à perda (PARASCHIV & L'HARIDON, 2008). Contudo, sabendo que 36% dos brasileiros fazem compras para aliviar o estresse (SPC Brasil, 2016), é possível que também existam efeitos de transtornos, como a depressão, no próprio ato de navegar pelas lojas, tal como existe na própria ação de compra (Ahmed et al., 2020).

Não obstante, segundo a pesquisa “Os Influenciadores das Compras por Impulso” (SPC Brasil & CNDL, 2015), 41% dos brasileiros que compram por impulso estão inadimplentes, enquanto 23.3% dos respondentes afirmam estarem com o nome sujo em serviços de proteção ao crédito. Isso pode ser um indicativo de que as compras por impulso têm alguma relação com o endividamento, um problema que, em abril de 2023, atinge 78,3% das famílias brasileiras, sendo 29,1% famílias inadimplentes (Pesquisa de Endividamento e Inadimplência do Consumidor, 2023).

Também se sabe que existe uma relação entre dívidas e problemas de saúde mental (LENTON, 2008), porém, os estudos sobre o assunto são frequentemente transversais, o que não possibilita tirar conclusões sobre causalidade, seja da dívida gerando o problema de saúde ou vice-versa (Fitch et al., 2011). Apesar disso, unicamente o fato de existir essa relação já pode sugerir alguma influência entre transtornos estudados e a compra por impulso.

Tais dados, ao serem confrontados com o fato de que 280 milhões e 301 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtornos depressivos e de ansiedade respectivamente (World Health Organization et al., 2022), demonstram relevância do tema na vida cotidiana das pessoas e na implementação de políticas públicas. Vale ressaltar que o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina (MARTINS, 2022) e com maior número de pessoas ansiosas do mundo (Conselho

Nacional de Saúde, 2023).

A partir dessas possíveis relações e dada a relevância do tema, este estudo tem como finalidade testar, de maneira quantitativa, a influência das variáveis independentes “depressão” e “ansiedade”, na variável dependente “compra por impulso”, usando como variável moderadora a “impulsividade”. As escalas utilizadas para cada um dos constructos serão devidamente abordadas no Método.

1.1 Transtornos Depressivos

As duas principais fontes de classificação dos transtornos depressivos são o DSM-V, feito pela American Psychiatric Association et al. (2014) e o ICD-11, feito pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2022). Não existem diferenças significativas entre as duas formas de se diagnosticar (First, 2021), contudo, os detalhes que divergem serão abordados ao longo da revisão da literatura, caso sejam relevantes para o tema abordado pelo artigo.

Segundo a American Psychiatric Association et al. (2014), os transtornos depressivos possuem como característica comum a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. A diferença entre eles está relacionada com a duração, momento ou etiologia presumida.

Essa classificação inclui o transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (American Psychiatric Association et al., 2014).

Nestes pontos existem diferenças entre o ICD-11 e o DSM-V, a primeira consiste

na divisão entre o transtorno depressivo persistente e o transtorno distímico na versão da OMS, que tem como finalidade proporcionar diagnósticos mais precisos (First, 2021). Já a segunda diz respeito ao maior detalhamento e atenção, no momento do diagnóstico, à presença ou não de luto no paciente (First, 2021).

De acordo com a American Psychiatric Association et al. (2014), o transtorno disruptivo da desregulação do humor é comum entre crianças que são atendidas em clínicas pediátricas de saúde mental e, portanto, não será relevante para a análise que esta pesquisa se propõe a fazer.

Quanto ao transtorno depressivo maior, os principais sintomas que podem estar presentes são: humor deprimido, acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para se concentrar ou pensar, indecisão e pensamentos recorrentes de morte (American Psychiatric Association et al., 2014).

Para que seja classificado como transtorno depressivo maior, ainda segundo a American Psychiatric Association et al. (2014), os sintomas dos critérios de diagnóstico, exceto a alteração de peso e ideação suicida, devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias e por pelo menos duas semanas. Esse transtorno pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade, mas tem mais probabilidade após a puberdade (American Psychiatric Association et al., 2014).

Caso os sintomas do transtorno depressivo maior se mantenham presentes por pelo menos 2 anos, ele pode ser diagnosticado como transtorno depressivo persistente (distímia). Tal transtorno tem como característica essencial, segundo o American Psychiatric Association et al. (2014), o humor depressivo que ocorre na maior parte do

dia, na maioria dos dias e por pelo menos dois anos (no caso de crianças e adolescentes é considerado um ano). Ele pode ser precedido pelo transtorno depressivo maior e episódios deste também podem ocorrer ao longo do transtorno depressivo persistente (American Psychiatric Association et al., 2014).

Seguindo a classificação da ICD-11 (World Health Organization, 2022), tal como dito anteriormente, o transtorno disfórico tem como característica: humor deprimido persistente acompanhado de sintomas depressivos adicionais durante a maior parte do dia, na maior parte dos dias, sem episódios depressivos completos durante os dois primeiros anos.

Já o transtorno disfórico pré-menstrual “são a expressão de labilidade do humor, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade que ocorrem repetidamente durante a fase pré-menstrual do ciclo e remitem por volta do início da menstruação ou logo depois” (American Psychiatric Association et al., 2014). Os sintomas podem se assemelhar, em intensidade, a outros transtornos mentais (como o depressivo maior ou de ansiedade generalizada), porém difere em duração.

Também de acordo com o DSM-V da American Psychiatric Association et al. (2014), o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento possui características diagnósticas que incluem os sintomas de transtornos depressivos, porém sendo diferenciado a partir da “consideração do início, do curso e de outros fatores associados ao uso da substância”.

O transtorno depressivo devido a outra condição médica compartilha, também, dos sintomas comuns das outras classificações, contudo diverge pela presença de uma outra doença como variável relevante para a existência do transtorno em questão (American Psychiatric Association et al., 2014).

Em situações nas quais o paciente possui sintomas característicos de um

transtorno depressivo - vivenciando sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social -, porém sem que todos os critérios sejam suficientes para classificar como algum dos transtornos citados anteriormente, ele pode ser diagnosticado de duas formas: “outro transtorno depressivo especificado” ou “outro transtorno depressivo não especificado” (American Psychiatric Association et al., 2014).

Essas categorias se destoaam unicamente pela decisão do médico de especificar ou não as razões para o transtorno do paciente não poder ser classificado como algum transtorno depressivo definido (American Psychiatric Association et al., 2014).

De modo geral, os transtornos de depressão e de ansiedade podem ter influência um sobre o outro. Segundo Cole et al. (1998), pessoas com alguns tipos de ansiedade tanto podem ter sintomas de depressão, quanto o fato de sofrer desse transtorno pode ser um precursor para o desenvolvimento de alguns tipos de depressão.

1.2 Transtornos de Ansiedade

Assim como é o caso dos transtornos depressivos, as duas principais fontes de informações sobre as características dos transtornos de ansiedade são o ICD-11 e o DSM-V, as quais serão usadas como base para descrever os sintomas e as particularidades neste tópico. As diferenças, novamente, serão abordadas conforme os assuntos forem tratados, dependendo da relevância para o tema estudado.

As principais características que estão presentes nos transtornos de ansiedade são o medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas a isso. O medo é uma emoção que aparece quando uma ameaça real ou percebida se aproxima, enquanto a ansiedade é a antecipação de uma ameaça que ainda virá (American Psychiatric Association et al., 2014).

Esses dois estados se sobrepõem, estando o medo frequentemente associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga. Já a ansiedade costuma ser associada à tensão muscular e vigilância para que o indivíduo se prepare para acontecimentos futuros (American Psychiatric Association et al., 2014).

Os transtornos de ansiedade, segundo a American Psychiatric Association et al. (2014) costumam se diferenciar entre si “nos tipos de objetos e situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada”. Eles se diferem do medo e ansiedade adaptativos ou provisórios pela duração. Além disso, as pessoas com esses transtornos costumam superestimar os perigos das situações que temem ou evitam.

Tanto no DSM-V quanto no ICD-11 os critérios de diagnóstico são muito semelhantes, tendo apenas diferenças em relação ao período considerado da presença de alguns dos sintomas (First, 2021). Além disso, o ICD-11 adiciona uma categoria para diagnosticar pessoas que possuem o transtorno, porém não é direcionado a nenhuma circunstância específica (First, 2021).

Dessa forma, os transtornos de ansiedade detalhados no DSM-V são: transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento e transtorno de ansiedade devido à outra condição médica (American Psychiatric Association et al., 2014).

O transtorno de ansiedade de separação é o medo e ansiedade persistentes de perder, ser separado ou algo acontecer com figuras de apego. Isso inclui sintomas físicos de sofrimento e pesadelos, além de relutância em se afastar dessas pessoas.

Esse transtorno é mais comumente desenvolvido na infância, porém também pode aparecer na vida adulta (American Psychiatric Association et al., 2014).

Já o mutismo seletivo é caracterizado pela dificuldade constante em falar nas situações sociais em que existe expectativa para que se comunique, mesmo que a pessoa seja capaz de falar em outros contextos. Esse obstáculo pode trazer prejuízos na vida acadêmica e profissional (American Psychiatric Association et al., 2014).

No caso de indivíduos com fobia específica, essas pessoas se sentem apreensivas, ansiosas ou evitam objetos e determinadas situações. O medo e a ansiedade são desencadeados quase que imediatamente pela situação fóbica, sendo desproporcionais ao perigo real (American Psychiatric Association et al., 2014).

Em relação ao transtorno de ansiedade social (fobia social), o indivíduo sente medo, ansiedade ou evita interações e situações sociais que envolvam a possibilidade de ser avaliado. Isso inclui encontrar pessoas desconhecidas, ser observado enquanto come ou bebe, e realizar atividades diante de outras pessoas. As preocupações cognitivas presentes nesse transtorno estão ligadas ao temor de ser julgado de forma negativa, vivenciar constrangimentos, enfrentar humilhação, rejeição ou causar desconforto aos demais (American Psychiatric Association et al., 2014).

Pessoas que sofrem de transtorno de pânico costumam apresentar ataques de pânico recorrentes e inesperados. O indivíduo vive em um estado constante de apreensão ou preocupação em relação a ter novos ataques de pânico ou a mudanças desadaptativas em seu comportamento devido a esses ataques. Os ataques de pânico são caracterizados por episódios repentinos de medo intenso ou desconforto, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos (American Psychiatric Association et al., 2014).

Quanto aos indivíduos com agorafobia, eles sentem medo ou ansiedade em

relação a duas ou mais situações, como usar transporte público, estar em espaços abertos, lugares fechados, ficar em filas ou no meio de multidões, ou estar fora de casa sozinho. Esses medos são motivados pelo receio de não conseguir escapar ou obter ajuda caso ocorra um ataque de pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores. Essas situações geralmente provocam medo ou ansiedade e podem ser evitadas ou requerer a presença de um acompanhante (American Psychiatric Association et al., 2014).

As principais características do transtorno de ansiedade generalizada são a presença persistente de ansiedade e preocupação excessiva em várias áreas da vida, incluindo desempenho acadêmico e profissional, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, podem ocorrer sintomas físicos, como inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e distúrbios do sono (American Psychiatric Association et al., 2014).

Referente ao transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, ele ocorre quando a ansiedade está relacionada à intoxicação ou abstinência de substâncias ou ao uso de certos medicamentos. Já no transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, os sintomas de ansiedade são consequência fisiológica de uma condição médica subjacente (American Psychiatric Association et al., 2014).

1.3 Impulsividade

Uma das definições mais utilizadas para a impulsividade é a de MOELLER et al. (2001): “uma predisposição para reações rápidas e não planejadas a estímulos internos ou externos, sem considerar as consequências negativas dessas reações para o indivíduo impulsivo ou para os outros”. Ela pode ter relação com transtornos de comportamento disruptivo (Dougherty et al. 2000), transtornos de personalidade

(MULDER et al., 1999), abuso de substâncias (Allen et al. 1998), agressão (BARATT et al., 1999), suicídio (Corruble, Damy e Guelfi, 1999), transtorno bipolar (Swann et al., 2001), depressão (Granö et al., 2007; Swann et al., 2008) e outros comportamentos potencialmente autodestrutivos (Brady, Myrick e McElroy, 1998).

Além disso, segundo Patton, Stanford e Barratt (1995) na elaboração da escala BIS-11, a impulsividade como uma combinação de três fatores distintos: a impulsividade motora, caracterizada por agir impulsivamente no momento e ter um estilo de vida inconsistente; a impulsividade atencional, manifestada pela incapacidade de se concentrar na tarefa em questão e uma tendência a ter pensamentos acelerados e interrompidos; e a impulsividade não planejada, que se refere à falta de habilidade para planejar e pensar de forma cuidadosa, juntamente com a ausência de prazer em atividades mentais desafiadoras.

No caso de transtornos depressivos, a impulsividade atencional e a impulsividade não planejada possuem uma relação mais forte do que a impulsividade motora (Swann et al., 2008). Essa variável, inclusive, pode ser um fator influente no risco de suicídio (Dumais et al., 2005).

Já em relação aos transtornos de ansiedade, a impulsividade também possui forte correlação (PERUGI et al., 2011), especialmente a impulsividade motora, que tem mais influência do que as outras duas dimensões (Yu, Yu e Lin, 2020).

1.4 Compra por Impulso

Desde a década de 1950, estudos a respeito da compra por impulso vêm sendo feitos, os quais tinham como foco o produto na determinação de uma compra por impulso (MURUGANANTHAM & BHAKAT, 2013). Isso passou a mudar a partir da pesquisa de Rook (1993), que trouxe a ideia de que, durante uma compra por impulso,

o indivíduo sente um desejo persistente, instantâneo e poderoso, trazendo ao centro da discussão do construto o fator comportamental e psicológico.

Rook (1993) também traz à tona alguns aspectos relevantes, como a sensação de uma força avassaladora vinda do produto, um sentimento intenso de ter que comprar o produto imediatamente, a tendência de ignorar quaisquer consequências negativas da compra, os sentimentos de excitação e/ou de euforia e o conflito entre controle e indulgência. Ele trata a compra por impulso como “hedonicamente complexa”.

Após essa mudança de paradigma, outras definições passaram a surgir ao longo dos anos. Rook et al. (1993) trouxeram a ideia de que as compras por impulso são um comportamento não planejado que envolve uma tomada de decisão rápida e tende a ser uma aquisição imediata do produto. Já Beatty e Ferrel (1998) disseram que se tratam de compras imediatas que não possuíam inicialmente a intenção de se comprar a categoria específica do produto ou satisfazer alguma necessidade específica.

Para Beatty e Ferrell (1998), a compra por impulso ocorre quando o indivíduo sente um desejo de comprar e age sem muita reflexão. No entanto, a compra de um item que acontece quando um produto está fora de estoque ou quando se é lembrado dele no local de compra não é considerada uma compra por impulso.

Segundo Bayley e Nancarrow (1998), ao estudar pesquisas realizadas por pares, foram definidas quatro principais categorias de compra por impulso: impulso acelerador, impulso compensatório, impulso de ruptura e impulso cego. Essas categorias relacionam, em quatro quadrantes, os aspectos “self-willed openness” e “captivated” (no eixo x) com “high functional benefits” e “high symbolic benefits” (no eixo y).

No que diz respeito ao impulso acelerador, ele ocorre quando surge um desejo

repentino de estocar para satisfazer uma necessidade futura. Essa compra traria uma sensação de autoestima por saber administrar bem o próprio dinheiro. Se ela acaba não tendo essa utilidade, seja por desperdício ou uma negociação ruim, o indivíduo justificaria a culpa como um efeito colateral da busca por uma boa pechincha (Bayley & Nancarrow, 1998).

Tais erros raramente têm impacto na mudança desse comportamento no futuro. O impulso acelerador não surge como uma resposta compensatória à falta de autoestima, mas sim como um comportamento que reforça uma percepção positiva já existente de si mesmo (Bayley & Nancarrow, 1998).

Quanto ao impulso compensatório, ele consiste em adquirir algo como uma compensação ou recompensa. Pelos estudos analisados no artigo, existe um comportamento recorrente em comprar coisas desnecessárias, mas que ajudam a suprir uma sensação de falta de autoestima. Também está relacionada ao estado de ânimo, sendo uma maneira de elevar o espírito em momentos de baixa emocional ou então de se recompensar por ter concluído tarefas árduas ou desagradáveis (Bayley & Nancarrow, 1998).

Ainda segundo os estudos analisados por Bayley e Nancarrow (1998), existe reconhecimento que as compras por impulso, nesses casos, se aproximam de um comportamento compulsivo, tendo as pessoas entrevistadas relatado que já enfrentaram discussões com parceiros e problemas financeiros como resultado.

Apesar disso, há um nível de autoconsciência presente ao longo da experiência de compra. É um comportamento duradouro que proporciona uma sensação intensa de satisfação, e existe relutância em abrir mão dele. Os entrevistados disseram sentir que estão liberando um lado mais indulgente, egoísta e privado de si mesmos, escapando temporariamente das responsabilidades e restrições habituais do trabalho, lar ou

família (Bayley & Nancarrow, 1998).

Já o impulso de ruptura está relacionado a itens de alto valor, como jóias, obras de arte, carros, móveis e casas. Essas compras costumam ter um significado especial em termos de status social, representando simbolicamente o lugar do indivíduo na comunidade (Bayley & Nancarrow, 1998).

Não obstante, muitas dessas compras também possuem uma função prática relevante, fazendo com que as justificativas após a compra possam ser interpretadas como expressões de um desejo ou necessidade subjacentes. Muitas vezes, ela é vista como uma forma de resolver um conflito interno e impulsionar o indivíduo para um novo estágio, simbolizando uma mudança significativa na vida. Essas aquisições se tornam símbolos de uma transformação no status e da necessidade de se redefinir (Bayley & Nancarrow, 1998).

Por fim, o impulso cego representa os casos em que os itens possuem características irresistíveis, despertam uma sensação de urgência e emoção, mas, ao olhar retrospectivamente, a compra tende a ser mais disfuncional do que funcional. Elas podem estar relacionadas ao desejo do indivíduo de vivenciar sua identidade ou status social, mas não está diretamente relacionado à autoestima. As compras podem ser simplesmente uma atração passageira e disfuncional por uma ideia ou aspecto estético do produto (Bayley & Nancarrow, 1998).

Método

Foi realizada uma pesquisa conclusiva descritiva transversal única contendo as questões demográficas, seguidas por questões sobre os constructos “depressão”, “ansiedade”, “impulsividade” e “compra por impulso”.

As perguntas relacionadas à depressão utilizam como referência o questionário

PHQ-9 (KROENKE, Spitzer e WILLIAMS, 2001), as de ansiedade usam o questionário GAD-7 (Spitzer et al., 2006), as de impulsividade usam a escala BIS-11 (PATTON, STANFORD e BARRATT, 1995), enquanto a escala de compra por impulso é a de Rook e Fisher (1995) .

A amostra mínima foi definida como 74 por meio do software G*Power 3.1.9.7, utilizando para o cálculo os parâmetros sugeridos no artigo de Ringle, da Silva e de Souza Bido (2014). No texto, os autores tiveram como base as recomendações de Hair et al. (2014), propondo um f^2 mediano = 0,15 e poder de 0,80. O α foi inserido como 0,05 por convenção, enquanto o número de preditores é de 3.

Para aumentar as chances de uma amostra mais representativa, foram coletadas 157 respostas pelo método Amostragem Não Probabilística por Acessibilidade, enquanto a aplicação foi realizada por meio das redes sociais Facebook, Instagram, Whatsapp, Telegram e Discord, com um questionário criado no Google Forms.

A intenção da pesquisa foi testar as seguintes hipóteses:

H1: A depressão afeta a impulsividade de forma significativa

H2: A ansiedade afeta a impulsividade de forma significativa

H3: A impulsividade afeta a compra por impulso de forma significativa H4: A ansiedade afeta a depressão de forma significativa

H5: A depressão afeta a compra por impulso de forma significativa H6: A ansiedade afeta a compra por impulso de forma significativa

Por fim, os dados foram analisados estatisticamente a partir da técnica de Regressão por meio do processo condicional, utilizando o método PROCESS do SPSS.

Resultados

Dos 157 respondentes, 52,2% disseram se identificar com o gênero feminino, 45,9% masculino, 6% com outro e 1,3% preferiram não dizer. Houve respondentes dos 18 aos 58 anos, tendo a maioria entre 20 e 29 (70,7%). A maior parte das pessoas da amostra possuíam, no mínimo, ensino médio completo (94,3%), tendo 42,7% já concluído ensino superior e 34,4% superior incompleto.

A renda teve uma boa distribuição, sendo: 10,2% entre R\$0 até R\$1.726,01; 12,7% entre R\$1.726,01 até R\$2.589,02; 21% entre R\$2.589,02. até R\$4.315,04; 24,8% entre R\$4.315,04. até R\$8.630,07; 21% entre R\$8.630,07. até R\$17.260,14; e 10,2% acima de R\$17.260,14.

A partir dos resultados e parâmetros da PHQ-9 sobre depressão, é possível dizer que 29 respondentes estariam na categoria “nenhuma-mínima” quanto ao grau de severidade, 49 em “leve”, 47 em “moderado”, 20 em “moderadamente severo” e 12 em “severo”. Quanto aos resultados e parâmetros da GAD-7 sobre ansiedade, temos que 35 respondentes estariam em “ansiedade mínima”, 54 em “ansiedade leve”, 34 em “ansiedade moderada” e 34 em “ansiedade severa”.

Para os cálculos de regressão e correlação, uma média entre as subquestões foi calculada dentro de cada uma das variáveis usando as respostas dos formulários preenchidos, transformando as questões de depressão, ansiedade, impulsividade e compra por impulso em quatro variáveis únicas.

Ao realizar uma Correlação de Pearson entre as variáveis demográficas e as variáveis principais do modelo que será aplicado, foi obtido o que observa na Tabela 1 ao final do documento.

É possível observar que nenhuma variável demográfica teve uma relação significativa em relação às variáveis do modelo. A única que demonstrou uma

correlação negativa fraca foi idade e depressão. Talvez isso mude com uma amostragem maior.

Além disso, também é interessante o fato de que as variáveis depressão e ansiedade possuem uma correlação mais forte com a impulsividade do que com a compra por impulso, o que pode ser indicativo de assertividade na escolha dessa variável como moderadora.

Vale se atentar ao fato de que a ansiedade e depressão possuem uma relação forte, o que corrobora com a escolha do seguinte modelo de regressão por processo condicional como demonstrado na Imagem 1 ao final do documento.

Dessa forma, seguindo o modelo da Imagem 1, a variável X seria a depressão, Mi a ansiedade, W seria a impulsividade e Y seria a compra por impulso. Após rodar no SPSS, foi obtida a Tabela 2.

O modelo, como pode ser visto na Tabela 2, teve um R-sq de 0,3364, indicando que, para a amostra coletada, os indicadores conseguiriam explicar em torno de 33% a variável compra por impulso.

Não obstante, o p da constante é muito acima de 0,05, enquanto os de depressão, impulsividade e os produtos de depressão x impulsividade e ansiedade x impulsividade são todos menores que 0,05. Isso indica que, a partir da amostra coletada, as variáveis em questão possuem uma influência significativa na compra por impulso.

A única variável cujo p ficou um pouco acima de 0,05 foi a de ansiedade, quando observada sozinha em relação à compra por impulso. Isso pode ter relação com o baixo número de pessoas de baixa renda na amostra coletada, podendo talvez se tornar significativa caso mais respostas desse grupo sejam coletadas ou uma estratificação seja feita para medir essa relação com uma maior proporção dessas

pessoas.

Outra tabela importante gerada foi a de efeito condicional da impulsividade na variável depressão, cujos resultados são observáveis na Tabela 3.

Na tabela 3 é interessante perceber que a significância entre impulsividade e depressão ocorre apenas a partir de um determinado nível de impulsividade, que é 2,6033 para um p de 0,0649. Isso pode ser observado quando se mede ansiedade e impulsividade também na Tabela 4.

Contudo, neste caso foi necessário um nível menor de impulsividade para que o efeito passasse a ser significativo com a variável de ansiedade.

Discussão dos resultados

Os resultados obtidos por meio do modelo puderam trazer conclusões relevantes para o tema. A princípio, a Tabela 1 demonstrou que a ansiedade afeta a depressão, a partir da amostra coletada, de forma significativa. Dessa forma, H4 não foi rejeitada a partir dessa análise, corroborando com os estudos de Cole et al. (1998).

Essa confirmação, além de possibilitar o uso do modelo estatístico escolhido, traz à tona a possibilidade de que outros transtornos psicológicos também possam estar relacionados com as variáveis estudadas, tais como os transtornos bipolares. Isso poderia aumentar o quanto esse modelo consegue explicar estatisticamente a variável de compra por impulso, ou até mesmo possuir uma relação ainda mais significativa com a impulsividade.

Adicionalmente, a Tabela 1 também corrobora com H1, H2 e H3, já que todas as variáveis envolvidas no modelo afetam umas às outras, de modo a estar de acordo com Granö et al. (2007), Swann et al. (2008), Perugi et al. (2011), Yu, Yu e Lin (2020).

Isso pode ser ainda mais detalhado a partir de uma análise do efeito de cada um

dos três tipos de impulsividade (PATTON, STANFORD e BARRATT, 1995) na variável compra por impulso, ou até mesmo atuando como moderadora para as variáveis depressão, ansiedade e de algum outro transtorno relacionado.

Outro fator importante é que a Tabela 2 corroborou com H5 e H6, já que as variáveis depressão e ansiedade possuem um forte efeito na compra por impulso quando moderada pela impulsividade. Isso pode indicar uma eventual convergência entre as emoções envolvidas em alguns dos tipos de compra por impulso descritas por Bayley e Nancarrow (1998), os sintomas psicossociais e biológicos dos transtornos de ansiedade e depressão e as dimensões da impulsividade estudadas por Patton, Stanford e Barratt (1995).

Além do que foi mencionado, o fato de que a ansiedade teve um efeito menor na compra por impulso quando não foi moderada pela impulsividade pode revelar que alguma característica do indivíduo que sofre desse transtorno (como o medo excessivo ou paralisante em alguns tipos de ansiedade) pode inibir a compra por impulso quando a característica de impulsividade não é tão fortemente presente.

Por fim, as Tabelas 3 e 4 levantam a possibilidade de alguma outra variável, dimensão ou influência demográfica da amostra estar envolvida na relação entre impulsividade e depressão/ansiedade, isso por conta da mudança de significância existir somente a partir de certo nível, conforme observado.

Considerações finais

Em resumo, os resultados obtidos por meio do modelo forneceram conclusões relevantes para o tema abordado. A análise corroborou com a ideia de que a ansiedade tem um impacto significativo na depressão, estando de acordo com outras pesquisas dessa área de estudo. Também corroborou com as relações entre essas duas variáveis

e impulsividade, demonstrando a relevância significativa da impulsividade como moderadora para a compra por impulso.

Alguns temas ainda precisam ser trabalhados mais profundamente, como a relação entre os efeitos dos três tipos de impulsividade na variável de compra por impulso; as emoções envolvidas em diferentes tipos de compra por impulso; os sintomas psicossociais e biológicos dos transtornos de ansiedade e depressão e as dimensões de impulsividade; as relações entre as características de pessoas com transtorno de ansiedade com o que reduz a tendência à compra por impulso; e a possibilidade de outras variáveis, dimensões ou influências demográficas terem envolvimento na relação entre impulsividade e depressão/ansiedade, uma vez que a significância dos resultados varia em determinados níveis.

Por fim, o modelo utilizado pode ser útil para a análise de outros transtornos psicológicos em relação à compra por impulso, talvez abrindo espaço inclusive para outras variáveis além desse escopo que ajudem a compreender melhor esse comportamento em pesquisas futuras.

Referências

Ahmed, R. R. et al. The COVID-19 Pandemic and the Antecedents for the Impulse Buying Behavior of US Citizens. *Journal of Competitiveness*, v. 12, n. 3, p. 5–27, 30 set. 2020.

Allen, Terry J. et al. Impulsivity and history of drug dependence. *Drug and alcohol dependence*, v. 50, n. 2, p. 137-145, 1998.

American Psychiatric Association et al. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora, 2014.

Bayley, Geoff; Nancarrow, Clive. Impulse purchasing: a qualitative exploration of

the phenomenon. *Qualitative Market Research: An International Journal*, v. 1, n. 2, p. 99-114, 1998.

Beatty, Sharon E.; Ferrel, M. Elizabeth. Impulse buying: Modeling its precursors. *Journal of retailing*, v. 74, n. 2, p. 169-191, 1998.

Brady, Kathleen T.; Myrick, Hugh; McElroy, Susan. The relationship between substance use disorders, impulse control disorders, and pathological aggression. *American Journal on Addictions*, v. 7, n. 3, p. 221-230, 1998.

CNDL Brasil. *Notificações de aplicativos de lojas são os principais canais que levam às compras por impulso, aponta estudo CNDL/SPC Brasil*. CNDL, 11 out. 2021. Recuperado em 07 de março de 2024, de <<https://is.gd/US1Ozp> />

Cole, David A. et al. A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 66, n. 3, p. 451, 1998.

Conselho Nacional de Saúde. *CNS promoverá live sobre a saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras no Brasil*. Ministério da Saúde, 24 abr. 2023. Recuperado em 07 de março de 2024, de: <<https://is.gd/rCQ2tu>.>

Corruble, Emmanuelle; Damy, C.; Guelfi, Julien-Daniel. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts?. *Journal of affective disorders*, v. 53, n. 3, p. 211-215, 1999.

Dougherty, Donald M. et al. A comparison between adults with conduct disorder and normal controls on a continuous performance test: differences in impulsive response characteristics. *The Psychological Record*, v. 50, n. 2, p. 203-219, 2000.

Dumais, Alexandre et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*, v. 162, n. 11, p. 2116-2124, 2005.

First, Michael B. et al. An organization-and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, v. 20, n. 1, p. 34-51, 2021.

Fitch, Chris et al. The relationship between personal debt and mental health: a systematic review. *Mental Health Review Journal*, v. 16, n. 4, p. 153-166, 2011.

Granö, Niklas et al. Health and Disability. *Impulsivity as a predictor of newly diagnosed depression*. 2007.

Hair, J.F.; Hult, T.M.; Ringle, C.M.; SARSTEDT, M. *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Los Angeles: SAGE, 2014.

HARTLEY, C. A.; PHELPS, E. A. Anxiety and Decision-Making. *Biological Psychiatry*, v. 72, n. 2, p. 113–118, jul. 2012.

HAYES, Andrew F. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications, 2017.

IMPACTOS DAS EMOÇÕES NAS COMPRAS POR IMPULSO. [s.l.] SPC Brasil, jan. 2016. Recuperado em 07 de março de 2024, de: <<https://is.gd/TTGmJM>>.

KROENKE, Kurt; Spitzer, Robert L.; WILLIAMS, Janet BW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, v. 16, n. 9, p. 606-613, 2001.

LENTON, Pamela; MOSLEY, Paul. *Debt and health*. 2008.

MARTINS, F. *Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão*. Ministério da Saúde, 22 set. 2022. Recuperado em 07 de março de 2024, de: <<https://is.gd/WyYzvm>>.

MOELLER, F. Gerard et al. Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, v. 158, n. 11, p. 1783-1793, 2001.

MURUGANANTHAM, Ganesan; BHAKAT, Ravi Shankar. A review of impulse

buying behavior. *International journal of marketing studies*, v. 5, n. 3, p. 149, 2013.

MULDER, Roger T. et al. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defenses. *Psychological Medicine*, v. 29, n. 4, p. 943-951, 1999.

Os Influenciadores das Compras por Impulso. [s.l.] SPC Brasil e CNDL, dez. 2015. Recuperado em 07 de março de 2024, de: <<https://is.gd/UeQmaZ>>.

PARASCHIV, Corina; L'HARIDON, Olivier. Loss aversion: origin, components and marketing implications. *Recherche et Applications en Marketing (English Edition)*, v. 23, n. 2, p. 67-82, 2008.

PATTON, Jim H.; STANFORD, Matthew S.; BARRATT, Ernest S. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, v. 51, n. 6, p. 768-774, 1995.

PERUGI, Giulio et al. Impulsivity in anxiety disorder patients: is it related to comorbid cyclothymia?. *Journal of affective disorders*, v. 133, n. 3, p. 600-606, 2011.

Pesquisa de Endividamento e Inadimplência do Consumidor (Peic). [s.l.] Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC), 4 maio 2023. Acesso em: 2 jun. 2023.

Retrato do Consumo Impulsivo no Brasil. [s.l.] SPC Brasil e Meu Bolso Feliz, ago. 2015. Recuperado em 07 de março de 2024, de: <<https://is.gd/hxglJx>>

Ringle, Christian M.; Da Silva, Dirceu; De Souza Bido, Diógenes. Modelagem de equações estruturais com utilização do SmartPLS. *REMark-Revista Brasileira de Marketing*, v. 13, n. 2, p. 56-73, 2014.

Rook, Dennis W.; FISHER, Robert J. Normative influences on impulsive buying behavior. *Journal of consumer research*, v. 22, n. 3, p. 305-313, 1995.

Rook, Dennis W. et al. In the mood: Impulse buying's affective antecedents.

Research in consumer behavior, v. 6, n. 7, p. 1-28, 1993.

Roy, Amy Krain; Lopes, Vasco; Klein, Rachel G. Disruptive mood dysregulation disorder: a new diagnostic approach to chronic irritability in youth. *American Journal of Psychiatry*, v. 171, n. 9, p. 918-924, 2014.

Spitzer, Robert L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, v. 166, n. 10, p. 1092-1097, 2006.

Swann, Alan C. et al. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, v. 106, n. 3, p. 241-248, 2008.

Swann, Alan C. et al. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry research*, v. 101, n. 2, p. 195-197, 2001.

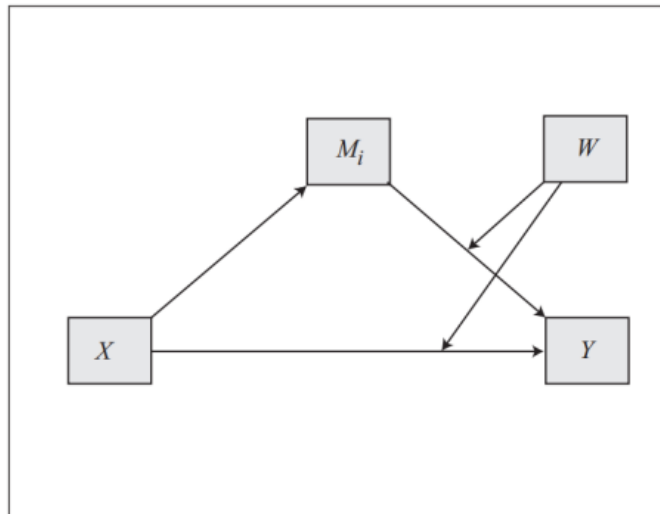
World Health Organization. *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. Geneva, 2022.

World Health Organization et al. *World mental health report: transforming mental health for all*. 2022.

Yu, Yongjuan; Yu, Yongju; Lin, Yigang. Anxiety and depression aggravate impulsiveness: the mediating and moderating role of cognitive flexibility. *Psychology, health & medicine*, v. 25, n. 1, p. 25-36, 2020.

IMAGENS

Imagem 1: Modelo utilizado



Fonte: Hayes (2017)

Tabelas

Tabela 1

Correlação com as variáveis demográficas

Correlações

		Depressão	Ansiedade	Impulsividade	Compra IMP	Idade	Escolaridade	Renda
Depressão	Correlação de Pearson	1	,762**	,464**	,308**	-,254**	-0,089	-0,086
	Sig. (2 extremidades)		0	0	0	0,001	0,256	0,287
	N	157	157	157	157	157	157	157
Ansiedade	Correlação de Pearson	,762**	1	,372**	,321**	-,199*	-0,094	-0,095
	Sig. (2 extremidades)	0		0	0	0,012	0,239	0,237
	N	157	157	157	157	157	157	157
Impulsividade	Correlação de Pearson	,464**	0,372	1	0,541**	-0,64	-0,158	-,174*
	Sig. (2 extremidades)	0	0		0	0,425	0,048	0,029
	N	157	157	157	157	157	157	157
Compra IMP	Correlação de Pearson	,308**	,321**	0,541**	1	-0,024	-0,53	0,097
	Sig. (2 extremidades)	0	0	0		0,761	0,507	0,228
	N	157	157	157	157	157	157	157
Idade	Correlação de Pearson	-,254**	-,199*	-0,64	-0,024	1	-0,422	0,05
	Sig. (2 extremidades)	0,001	0,012	0,425	0,761		0	0,454

	N	157	157	157	157	157	157	157
Escolaridade	Correlação de Pearson	-0,089	-0,094	-0,158	-0,53	-0,422	1	,311**
	Sig (2 extremidades)	0,256	0,239	0,048	0,507	0		0
	N	157	157	157	157	157	157	157
Renda	Correlação de Pearson	-0,086	-0,095	-,174*	0,097	0,05	,311**	1
	Sig (2 extremidades)	0,287	0,237	0,029	0,228	0,454	0	
	N	157	157	157	157	157	157	157

Fonte: Própria

Tabela 2:
Modelo D x A x I x CI

OUTCOME
VARIABLE:

CI

Model
Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
0,58000	0,33640	1,87720	15,30810	5,00000	151,00000	0,00000

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	-2,0717	1,2706	-1,6306	0,1051	-4,5821	0,4386
D	2,9322	1,4405	2,0356	0,0435	0,0861	5,7782

A	-2,2602	1,201	-1,8809	0,0619	-4,6344	0,114
I	1,9668	0,6143	3,2017	0,0017	0,7531	3,1806
Int_1	-1,3775	0,623	-2,2109	0,0285	-2,6085	-0,1465
Int_2	1,2113	0,5428	2,2315	0,0271	0,1388	2,2838

**Product
terms
key:**

Int_1 D x I

Int_2 A x I

Fonte: Própria

Tabela 3:

D x I

Conditional effect of focal predictor at values of the moderator

I	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,13330	1,37100	0,76080	1,80220	0,07350	-0,13210	2,87410
1,23830	1,22640	0,70040	1,75090	0,08200	-0,15760	2,61030
1,34330	1,08180	0,64110	1,68730	0,09360	-0,18500	2,34850
1,44830	0,93710	0,58310	1,60710	0,11010	-0,21500	2,08920
1,55330	0,79250	0,52680	1,50420	0,13460	-0,24840	1,83340
1,65830	0,64780	0,47290	1,36990	0,17270	-0,28650	1,58220
1,76330	0,50320	0,42230	1,19170	0,23520	-0,33110	1,33750

1,86830	0,35860	0,37620	0,95320	0,34200	-0,38470	1,10180
1,97330	0,21390	0,33660	0,63560	0,52600	-0,45110	0,87890
2,07830	0,06930	0,30600	0,22650	0,82110	-0,53520	0,67380
2,18330	-0,07530	0,28720	-0,26230	0,79350	-0,64280	0,49220
2,28830	-0,22000	0,28280	-0,77790	0,43780	-0,77860	0,33870
2,39330	-0,36460	0,29320	-1,24360	0,21560	-0,94390	0,21470
2,49830	-0,50920	0,31710	-1,60610	0,11030	-1,13570	0,11720
2,60330	-0,65390	0,35160	-1,85950	0,06490	-1,34860	0,04090
2,67160	-0,74780	0,37850	-1,97580	0,05000	-1,49570	0,00000
2,70830	-0,79850	0,39410	-2,02600	0,04450	-1,57720	-0,01980
2,91830	-1,08780	0,49440	-2,20040	0,02930	-2,06450	-0,11100
2,91830	-1,08780	0,49440	-2,20040	0,02930	-2,06450	-0,11100
3,02330	-1,23240	0,54930	-2,24360	0,02630	-2,31770	-0,14710
3,12830	-1,37710	0,60640	-2,27100	0,02460	-2,57510	-0,17900
3,23330	-1,52170	0,66490	-2,28850	0,02350	-2,83550	-0,20790

Fonte: Própria

Tabela 4:

A x I

Conditional effect of focal predictor at values of the moderator

I	Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
1,13330	-0,88740	0,60780	-1,46010	0,14640	-2,08820	0,31350

1,23830	-0,76020	0,55510	-1,36950	0,17290	-1,85700	0,33660
1,34330	-0,63300	0,50340	-1,25750	0,21050	-1,62760	0,36160
1,44830	-0,50580	0,45290	-1,11680	0,26590	-1,40070	0,38910
1,55330	-0,37860	0,40420	-0,93670	0,35040	-1,17730	0,42000
1,65830	-0,25140	0,35800	-0,70240	0,48350	-0,95870	0,45580
1,76330	-0,12430	0,31530	-0,39420	0,69400	-0,74710	0,49860
1,86830	0,00290	0,27770	0,01050	0,99160	-0,54580	0,55160
1,97330	0,13010	0,24770	0,52520	0,60020	-0,35930	0,61950
2,07830	0,25730	0,22820	1,12730	0,26140	-0,19370	0,70830
2,18330	0,38450	0,22210	1,73120	0,08550	-0,05430	0,82330
2,23150	0,44280	0,22410	1,97580	0,05000	0,00000	0,88560
2,28830	0,51170	0,23030	2,22140	0,02780	0,05660	0,96670
2,39330	0,63880	0,25150	2,53970	0,01210	0,14180	1,13590
2,49830	0,76600	0,28280	2,70840	0,00750	0,20720	1,32490
2,60330	0,89320	0,32130	2,78030	0,00610	0,25850	1,52800
2,70830	1,02040	0,36460	2,79870	0,00580	0,30000	1,74080
2,81330	1,14760	0,41130	2,79040	0,00590	0,33500	1,96020
2,91830	1,27480	0,46030	2,76960	0,00630	0,36540	2,18420
3,02330	1,40200	0,51090	2,74390	0,00680	0,39250	2,41150
3,12830	1,52910	0,56280	2,71700	0,00740	0,41710	2,64120
3,23330	1,65630	0,61560	2,69060	0,00790	0,44000	2,87260