

Relação Entre Anorexia Nervosa com Transtorno Dismórfico Corporal e Imagem Corporal: uma revisão sistemática da literatura

Anorexia Nervosa and Body Image: a systematic review of the literature

Maria Eduarda Teixeira Correia¹

Renata Teti Tibúrcio Maia²

¹ Graduanda em Psicologia pela Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil.

E-mail: mariaeduarda9519@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8976-9574>.

² Mestre em Psicologia da Saúde. Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde, Brasil.

E-mail: renatasteti@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0798-7226>.

Resumo

A auto percepção do peso é um aspecto importante da imagem corporal, pois reflete insatisfações e preocupações quanto ao tamanho e formas corporais além de estar associada a busca pelo padrão do corpo ideal. Com objetivo de descrever quais fatores se relacionam a modificações na percepção da imagem corporal em indivíduos com anorexia nervosa. Foram consultadas as bases de dados Medline via PubMed, SciELO, Web of Science, Portal BVS, no período de 2015 a 2021. A insatisfação corporal está correlacionada com o desfecho dos transtornos alimentares, mas seu impacto é mediado pelo impulso para a magreza, mais especificamente, mostrou que o impulso para a magreza mediou a relação entre a insatisfação corporal e os transtornos alimentares. Entre os fatores mais relacionados na modificação da percepção da imagem corporal apontou a reestruturação cognitiva, déficit na interação multissensorial, sintomas de ansiedade e depressivos.

Palavras-Chave: imagem corporal, anorexia nervosa, percepção, insatisfação.

Abstract

Self-perception of weight is an important aspect of body image, as it reflects dissatisfactions and concerns about size and body shapes and is associated with the search for the ideal body pattern. In order to describe which factors are related to changes in body image perception in individuals with anorexia nervosa, Medline databases by PubMed, SciELO, Web of Science, BVS Portal, from 2015 to 2021. Body dissatisfaction is correlated with the outcome of eating disorders, but its impact is mediated by the impulse to thinness, more specifically, it showed that the impulse for thinness measured the relationship between body dissatisfaction and eating disorders. And as factors more related in the modification of body image perception pointed to cognitive restructuring, deficit in multisensory interaction, anxiety and depressive symptoms.

Keywords: body image, anorexia nervosa, perception, dissatisfaction.

Introdução

Na sociedade contemporânea, há um culto pela imagem de um corpo perfeito, podendo gerar impactos significativos no funcionamento psíquico. Esta constante busca pela beleza exerce forte influência nos fatores que determinam o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos.

O conceito de um corpo bonito, esbelto ou saudável se transformou ao longo da história. No século passado, o corpo feminino ideal era voluptuoso e arredondado (Santrock, 2010), quadris, coxas, barriga e mamas volumosos eram considerados símbolos de uma mulher forte, com energia para proteger sua família. A partir da década de 60, percebe-se uma busca excessiva por um corpo magro, atlético e com formas bem definidas, sendo tratado como um verdadeiro objeto de consumo (Macedo *et al.*, 2015).

Nos tempos atuais, a mídia hipervaloriza corpos esbeltos, atléticos, musculosos e perfeitos, imagens que se distanciam da realidade de grande parte da população em geral. Este ideal permeia o imaginário coletivo. Segundo Morgado *et al.*, (2009), a sociedade vive em uma busca incessante por esse corpo, moldado conforme interesses de uma indústria cultural, conseqüentemente as pessoas se envolvem, mesmo que involuntariamente, em distúrbios dismórfico-corporais.

No Brasil, estudos populacionais sobre os transtornos alimentares ainda são escassos. Dentre os fatores de risco, existe uma relação clara entre a faixa etária e o sexo, sendo mais comum na adolescência e entre as mulheres. A prevalência entre jovens de ambos os sexos evidencia risco para o desenvolvimento da Anorexia Nervosa (AN) entre 0,4%. Por outro lado, segundo a American Psychiatric Association (APA, 2014), a prevalência no país entre jovens do sexo feminino é de 4%. Como já mencionado, para o gênero masculino pouco se sabe a respeito, contudo é menos comum do que no feminino, refletindo uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 2014)). Para os homens é mais comum a chamada de vigorexia, classificada (DSM-5, 2014) como subtipo do Transtorno Dismórfico-Corporal (BDD), um problema de saúde mental relacionado à imagem corporal (DSM-5, 2014).

Segundo o DSM-5 (2014) os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. A exemplo, a AN, caracterizada por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente que impõe a si mesmos um baixo peso (Sum *et al.*, 2011). Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática

excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos, com prevalência maior em mulheres adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer em homem adolescente ou jovem, como em uma criança próxima à puberdade ou em uma mulher de mais idade até na menopausa (Morgado *et al.*, 2009; DSM-5, 2014).

Segundo Santos (2016) este quadro clínico emerge não apenas pela influência excessiva e patológica dos padrões de beleza socialmente veiculados face à mulher, ausência de apetite ou volição alimentar, mas integra, também, aspectos psicológicos da história de vida afetivo-emocional inter e intrapessoais da jovem e da sua família.

O conceito de Imagem Corporal (IC) é definido como uma imagem do corpo formada na mente do indivíduo, ou seja, o modo como o indivíduo percebe seu corpo, sendo esta construção desde a infância até a puberdade. Importante ressaltar que o processo de formação desta imagem está associado às fases de todo o desenvolvimento do ser humano (Matsuo *et al.*, (2007). Os transtornos são originados e perpetuados por fatores individuais, familiares e socioculturais. Neste sentido, a auto percepção do peso é um aspecto importante da IC, pois reflete insatisfações e preocupações quanto ao tamanho e formas corporais (Pereira *et al.*, 2016), além de estar associada a busca pelo padrão do corpo ideal. Neste sentido um dos agravos deste transtorno alimentares tem sido o impacto na saúde pública, considerando que a incidência e prevalência tem aumentado ao longo dos anos, assim como, um aumento na frequência de problemas associados à percepção da IC (Ricca *et al.*, 2010). A exemplo, as desordens psiquiátricas caracterizadas por distorção da IC e comportamentos alimentares anormais, causando prejuízos biológicos, psicológicos e aumento da morbimortalidade nos indivíduos.

Considerando a vulnerabilidade do indivíduo com AN, tais como aspectos da relação interpessoal, os padrões de interação, a facilitação da autonomia afetiva emocional e a comunicação, estudos com essa população podem trazer contribuições para profissionais compreenderem melhor o impacto desse transtorno dismórfico corporal no cotidiano desses indivíduos. Nesse sentido, a presente revisão sistemática de literatura tem como objetivo descrever quais fatores se relacionam para a modificações na percepção da IC em indivíduos com AN.

Método

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura que tomou como referência a metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher *et al.*, 2009), um checklist com 27 itens e 1 fluxograma com o objetivo de melhorar a

qualidade das revisões sistemáticas.

O estudo partiu do questionamento “Quais fatores se relacionam com modificações na percepção da imagem corporal em indivíduos com AN?”, que foram baseados no modelo *Population, Intervention, Comparison, Outcome* (PICO), utilizado na Prática Baseada em Evidências e recomendado para revisões sistemáticas (Santos *et al.*, 2007). Como critério de elegibilidade foram selecionados estudos de livre acesso completos que investigaram anorexia nervosa em adultos. Foram excluídos capítulos de livros, teses e dissertações, revisão sistemática, assim como estudos cujo objetivo central fugissem aos transtornos alimentares e que não investiguem a imagem corporal na AN. Ainda excluídos estudos que reportassem transtorno depressivo maior, esquizofrenia, transtornos por uso de substâncias (drogas ilícitas), bulimia nervosa, transtorno alimentar exclusivamente restritivo/evitativo. Como estratégia de busca foram incluídos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus correspondentes em inglês Medical Subject Headings (MeSH), filtro adulto de 18-44 anos e período de 2015 – 2021. A estratégia de busca dos descritores Imagem Corporal: (*Body Image*) OR (*Body Identity*) OR (*Body Representation*) OR (*Body Schema*) OR (*Body Dissatisfaction*) OR (*Body Satisfaction*); e Anorexia: (Anorexia Nervosa) OR (Anorexia), foram adaptados a cada base: PubMed, PePSIC e BVSPsi BVS, e INDEXPSI direto. Além disso, foram utilizados os operadores booleanos AND, para os termos sem associação e as palavras chaves sinônimas, respectivamente, nos idiomas português e inglês. A identificação dos estudos foi por meio de consulta independente entre dois revisores.

O programa Rayyan QCRI foi utilizado para gerenciar, armazenar e compartilhar os estudos encontrados. Artigos em duplicata foram excluídos. Os demais foram avaliados inicialmente, e descartados os que não atendiam aos critérios de seleção. Em seguida, após leitura do texto completo, os estudos elegíveis foram selecionados com a concordância entre avaliadores e observados as seguintes informações: autor, ano, local, amostra, desenho e objetivo do estudo, e principais resultados. Os artigos analisados possuem data de publicação nos últimos cinco anos, e todos na língua inglesa.

Resultado e Discussão

Foram encontrados 213 artigos na busca pelos descritores. Após a remoção de duplicatas, 161 foram analisados pelo título. A avaliação dos títulos excluiu 161 artigos, por não atender o critério de elegibilidade. Os resumos de 50 artigos foram lidos e somente 09 foram selecionados para avaliação do texto completo e extração dos dados.

A Figura 1 apresenta o processo de inclusão dos estudos em um fluxograma.

Os estudos seccionados são predominantemente internacionais e a maioria realizado exclusivamente com mulheres. A Holanda e Reino Unido com 02 estudos, Itália com 02, e Canada, Alemanha, Irlanda, Estado Unidos, Australia, cada um com 01 estudo.

A amostragem foi outro aspecto relevante, com 08 estudos de caso controles que incluíam investigação de auto relato, exame de transtorno alimentar e escala de classificação de figuras. Todos os pacientes foram diagnosticados com AN com base nos critérios do DSM-IV (APA, 2014). A amostra variou entre 40 e 124 indivíduos, com exceção do estudo multicêntrico, com 544 indivíduos distribuídos pela República Popular da China (n = 72), Reino Unido (n = 117) e Espanha (n = 355).

Os estudos estão descritos a seguir e a Quadro 1 resume suas principais características.

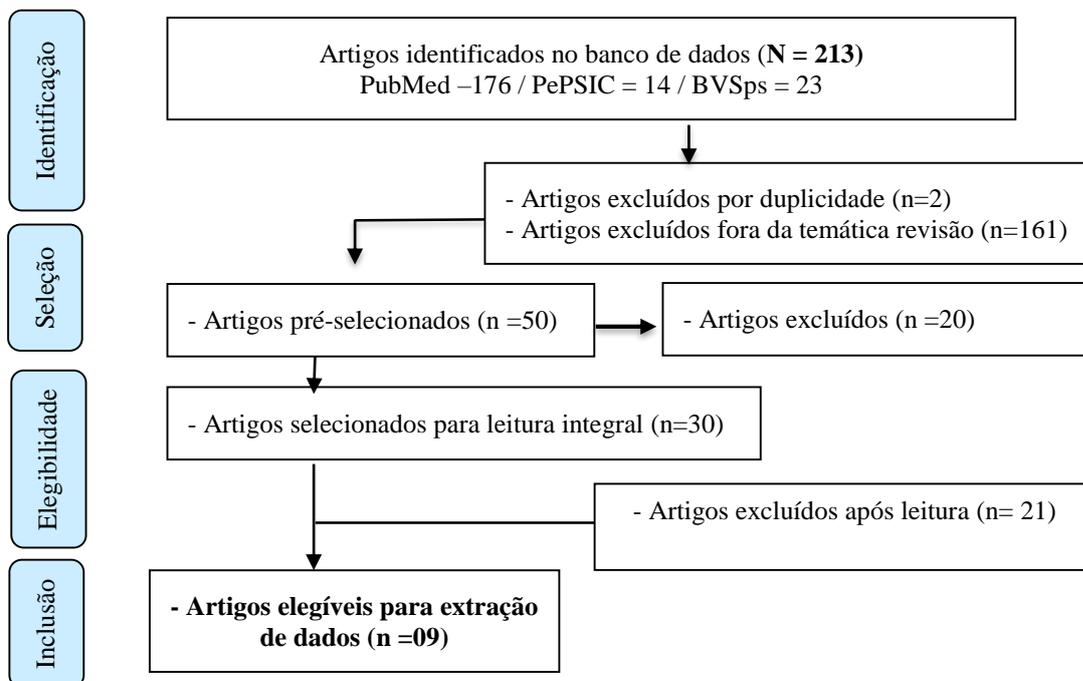


Figura 1 – Processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão, de acordo com as recomendações

Quadro 1 – Características dos estudos incluídos na revisão (N=09)

Autor/Ano	Objetivo	Participantes	Instrumentos	Resultados
Phillipou et al., 2015	Investigar a estimativa do tamanho do corpo de outras pessoas com AN; Investigar as características do caminho de varredura visual para estímulos de movimento biológico na AN, bem como verificar se as instruções da tarefa modificam os caminhos de varredura visual.	F=48 N=24 com AN N=24 controles saudáveis	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; Teste de Leitura de Adultos de Wechsler; EDE-Q - Questionário de Exame de Transtornos Alimentares; FRS -escala de classificação de figura biométricas.	Participantes com AN tendiam afixações aumentadas de menor duração (hiperscan), mas não demonstraram diferenças em como a atenção visual foi direcionada para diferentes áreas do corpo, em relação aos controles. Os grupos também não diferiram na estimativa do tamanho corporal.
Hartmann et al., 2015	Examinar as semelhanças e diferenças entre anorexia nervosa, transtorno dismórfico corporal com preocupações com a imagem corporal e crenças explícitas e implícitas de atratividade.	F=69 N=24 com AN; N=23 com transtorno dismórfico corporal (TDC); N=22 controles saudáveis.	EDE- Exame do Transtorno Alimentar; Escala de Aparência do Questionário Multidimensional de Auto relações Corporais; DSM-IV -Entrevista Clínica Estruturada; Escala Obsessiva Compulsiva Modificada para TDC.	Ambos os grupos clínicos apresentaram maior imagem corporal negativa, uma atitude mais negativa em relação aos seus físicos e estratégias de enfrentamento mais disfuncionais. Também mostrou que crenças sobre a importância da aparência (por exemplo, "é preciso ser atraente para ser bem sucedido") podem ser um alvo frutífero para a terapia em ambos os distúrbios.
Mölbert et al., 2017	Comparar a insatisfação com o peso corporal e a distorção perceptiva de mulheres com AN com uma amostra da comunidade.	N=124 F=24 com AN F=104 controles saudáveis	FRS 14-32 e FRS 18-42. Novas escalas de classificação de figuras biométricas	Mulheres com AN escolheram com precisão o corpo que melhor se alinhava ao seu peso real em ambos os FRS. Os controles subestimaram seu IMC no FRS 14-32 e foram precisos no FRS 18-42. Em ambos os FRS, mulheres AN desejavam um corpo próximo ao IMC real e os controles desejavam um corpo mais magro.
Agüera et al., 2017	Comparar alimentação e psicopatologia geral em uma grande amostra a fim de estudar as diferenças de acordo com o pertencimento a países ocidentais e a não ocidental ou o índice de individualista do país.	N=544 com AN. Rep. Popular China (n = 72); Reino Unido (n = 117); Espanha (n = 355).	EID -Inventário de transtornos alimentares; Inventário de Transtornos Alimentares e os sintomas; SCL-90-R - Lista de verificação de sintomas revisada; Instrumento de Classificação de Distúrbios Alimentares Clínicos.	Resultados sugerem que a expressão psicopatológica de AN é melhor explicada pela influência ocidental / oriental do que por valores individualistas / coletivistas. Embora o diagnóstico para o transtorno alimentar possa ser o mesmo, diferenças na comorbidade psicopatológica para os transtornos alimentares podem sugerir a necessidade de que os tratamentos sejam modificados de acordo com a cultura.
Keizer et al., 2019	Testar em uma nova intervenção para distúrbios da imagem corporal na AN e comparar sua eficácia com a terapia de imagem corporal (TIC).	F=46 n=16 AN + terapia IC + treinamento de arco; n=14 AN apenas TIC; n=20 controles saudáveis.	Teste de atitude corporal; Tarefa de Estimativa visual; Tarefa de estimativa tátil; Tarefa arco (TA).	Pacientes que completaram o treinamento com TA individual de 8 semanas, além de TIC, melhoraram mais nas tarefas de perturbação da imagem corporal desde o início até o acompanhamento do que os pacientes que completaram apenas TIC. O TA parece afetar especificamente a imagem corporal tátil e a ação em escala corporal.
Linardon et al., 2018	Examinar as associações relativas de superavaliação, preocupação, medo de ganho de peso e insatisfação em medidas de alimentação desordenada e psicopatologia geral na AN.	F=124 com AN em tratamento de imagem corporal e transtorno alimentar.	EDE-Q - Questionário Exame do Transtorno Alimentar.	Medo do ganho de peso foi o único preditor de psicopatologia do transtorno alimentar, enquanto a superavaliação e a preocupação foram os únicos preditores de psicopatologia geral.

Prost-Lehmann et al., 2018	Identificar se o impulso para a magreza (IM) media a relação entre a insatisfação corporal e os sintomas de transtorno alimentar em um estudo de acompanhamento de pacientes com AN após anos de hospitalização.	F=48 com AN grave N=73 controles pareados	EAT - Teste de Atitude Alimentar em associação com IMC; EID -Inventário de transtornos alimentares; BSQ -Questionário de forma corporal; BDI- Inventário de depressão de Beck.	Pacientes com mau resultado apresentaram maior pontuação de IM do que os controles, o que não ocorreu com os pacientes com bom resultado.
Cerea et al., 2018	Avaliar a prevalência de TDC e a presença de preocupações com a IC não relacionadas ao peso em pacientes com AN; comparar pacientes com AN e preocupações com a imagem corporal não relacionadas ao peso, pacientes com apenas preocupações com a IC relacionada ao peso e um grupo de controle saudável com relação a várias características psicológicas e psicopatológicas.	F= 61 com AN N= 39 sem questões de IC relacionadas/peso; N= 22 com questões de IC relacionadas/peso. N= 61 controle pareado	Entrevista Clínica Estruturada para Distúrbios do Eixo I - Edição do Paciente (SCID-I/P); TDC - Questionário sobre TDC; Inventário Obsessivo Compulsivo (42 (OCI-42); Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse -21 (DASS-21); Escala de Ansiedade de Interação Social (SIAS); Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES).	Pacientes com AN e preocupações com a imagem corporal não relacionada ao peso mostraram um distúrbio da imagem corporal mais grave, não relacionado a uma patologia de transtorno alimentar mais grave com exceção de recursos básicos de AN e problemas gerais.
Kazén et al., 2019	Investigar as representações da imagem corporal em pacientes com AN e controle saudáveis; explorar um método para reduzir a distorções da imagem corporal por meio da ativação do hemisfério direito.	F=42. N=20 com NA em terapia cognitivo-comportamental e medicamentos para depressão. N= 22 controles sem transtornos alimentares.	Fotos dos corpos dos participantes, mostradas nos campos visuais por 130 ms após a apresentação de palavras neutras, positivas ou negativas, auto relevantes, com a tarefa de classificar a imagem como "mais fina que", "Igual a ou "mais gordo que" o próprio corpo.	A distorção da imagem corporal "mais gordo que" foi encontrada apenas nos pacientes e somente quando uma imagem do próprio corpo apareceu no campo visual direito (hemisfério esquerdo) e foi precedida por palavras negativas auto relevantes. Essa percepção distorcida da imagem corporal dos pacientes foi reduzida após as contrações músculo esquerdo (ativação do hemisfério direito).

Nos estudos selecionados, todos os pacientes foram diagnosticados com AN com base nos critérios do DSM-IV (APA, 2014). As publicações tiveram enfoque predominantemente na metodologia quantitativa para analisar quais fatores se relacionam a modificações na percepção da imagem corporal em indivíduos com anorexia nervosa. A análise dos artigos considerou as seguintes categorias de foco:

- a) **Representações do Tamanho do Corpo para Pesquisar a Insatisfação de Imagem Corporal: 04 artigos.**
- b) **Transtorno Dismórfico Corporal: 02 artigos.**
- c) **Transtorno Alimentar na Imagem Corporal: 03 artigos.**

- Representações do Tamanho do Corpo para Pesquisar a Insatisfação de Imagem Corporal.

A característica central da AN é um distúrbio na maneira como um indivíduo experimenta sua própria forma ou peso corporal, e essa distorção da IC é de fato um critério diagnóstico para o transtorno da patologia (APA, 2014).

Já a IC é a representação mental do corpo existencial, é dinâmica, que legitima a existência singular e original do ser humano no mundo que pode ser estudada tanto na dimensão atitudinal como na perceptiva (Tavares *et al.*, 2010).

A avaliação da dimensão perceptiva do próprio corpo é um tema ainda pouco explorado no Brasil, e para alguns estudiosos, não está claro se estes indivíduos têm um distúrbio perceptivo que altera a experiência de seus próprios corpos (Tavares *et al.*, 2010). Neste caso, o distúrbio pode ser avaliado por métodos que possibilitam a distorção do tamanho das dimensões do corpo, através de aparatos distorcidos, de manipulação de luzes e compassos ou por registro em molduras ou folhas de papel. Estes métodos permitem estudar como o sujeito estima o tamanho e a forma de seu corpo (Banfield & McCabe, 2002).

Desta forma, esta abordagem foi utilizada nos quatro estudos avaliados nesta revisão.

A hipótese de Phillipou *et al.*, (2015) foi que indivíduos com AN superestimariam o tamanho dos estímulos de movimento em comparação com controles. Contudo, os resultados sugeriram que estes indivíduos foram capazes de estimar o tamanho físico dos estímulos de movimento do corpo humano com a mesma precisão dos saudáveis. Ambos os grupos atendiam visualmente às mesmas áreas do corpo, mas diferiam em seu

comportamento motor ocular, exibindo hiperscanning (fixações aumentadas de menor duração) durante as tarefas implícitas (identificação do gênero) e explícitas (estimar o tamanho corporal). Curioso que ao investigar que as características do caminho de varredura visual para estímulos de movimento biológico, não foi observado diferença no gênero ou no tamanho do estímulo do corpo, porém encontrou diferença entre as categorias de tamanho corporal dos gêneros entre os grupos AN e controle. Por outro lado, os dados recentes indicaram inibição de amplitude sacádica reduzida durante a tentativa de fixação em AN (Phillipou, *et al.*, 2014).

Ainda segundo os autores, isso implica que embora os indivíduos com AN possam se perceber como maiores, sua percepção do tamanho corporal de outros indivíduos está intacta. Estes dados não corroboraram com os relatados por Smeets (1999) e Tovée, *et al.*, (2000), onde estes indivíduos superestimaram o tamanho do corpo dos estímulos humanos em relação aos saudáveis, o que nos sugere que a percepção do tamanho do corpo físico nem sempre difere entre indivíduos saudáveis e aqueles com AN. Para os autores, esta divergência de estudos passados pode refletir a influência das características físicas do estímulo real na percepção do tamanho corporal. Além disso, pode sugerir um déficit na integração multissensorial em AN, como foi relatado em estudos que avaliaram as diferenças entre o tamanho e peso percebidos e reais em AN (Case *et al.*, 2012; Guardia *et al.*, 2012).

Entretanto, Mölbert *et al.*, (2017) ao investigar a distorção perceptiva e a insatisfação do peso corporal, observaram que mulheres com AN não relataram insatisfação com o peso corporal na Escala de Avaliação de Figura (FRS), mas insatisfação geral com o corpo, além de identificar com precisão seu IMC atual, enquanto os controles subestimaram seu Índice de Massa Corporal (IMC) no FRS. Para os autores os dados sugerem que a insatisfação com o peso corporal está associada de forma diferente em mulheres com AN aguda do que em controles. Clinicamente esta observação suporta estudos prévios sobre distúrbio de imagem em AN e caracterizado pelo não reconhecimento do próprio baixo peso (Mölbert *et al.*, 2017; Striegel-Moore *et al.*, 2004). Por outro lado, aponta para representações corporais incongruentes em AN, como consciência da gravidade do próprio peso insuficiente em conjunto com um esforço para estar abaixo do peso.

Esses dados corroboram com estudos anteriores (Gardner *et al.*, 2010; Smeets *et al.*, 2009), sugerindo que a perturbação da IC em mulheres com AN aguda provavelmente não é caracterizada pela não consciência de seu próprio peso, mas sim por fatores

cognitivo-afetivo, como a insatisfação corporal em conjunto com a idealização do baixo peso. Segundo Zipfel *et al.*, (2015) estes fatores cognitivo-afetivo refere-se à alta influência do peso corporal na autoavaliação, e o componente perceptivo refere-se a uma perturbação na forma como o baixo peso ou forma corporal é experimentado.

Como se sabe, a insatisfação corporal é distúrbio atitudinal da IC e diz respeito à avaliação negativa que se tem sobre o próprio corpo, decorrente da percepção de uma discrepância entre a avaliação do corpo atual e o corpo considerado ideal (Grogan, 2008). Segundo Horley *et al.*, (2004) esta tendência em indivíduos com AN tendem a mostrar esses comportamentos quando apresentados a estímulos de movimento do corpo humano pode ser reflexo do aumento da ansiedade a estímulos relevantes para o transtorno.

Perfeccionismo e preocupação com detalhes são relatados em AN (Tokley; Kemps, 2007), e estes indivíduos tendem a se concentrarem nos detalhes e perder de vista a visão geral. Isso é evidente em tarefas de coerência central onde indivíduos com AN demonstraram desempenho superior em tarefas que requerem processamento local e desempenho inferior em tarefas que requerem processamento global (Gillberg, *et al.*, (2007); Lopez *et al.*, 2008; Tokley; Kemps, 2007). Portanto, a superestimativa do tamanho corporal comumente relatada na AN pode estar relacionada ao aumento da atenção visual às áreas relacionadas à estimativa do peso corporal.

Importante ressaltar o estudo de Kazén *et al.*, (2019) ao apresentar formas distorcidas com 20% mais finas ou 20% mais gordas do que realmente eram, encontrou distorção da imagem corporal “mais gordo que” apenas nos AN e somente quando uma imagem do próprio corpo apareceu no campo visual direito (hemisfério esquerdo) e foi precedida por palavras negativas auto-relevantes. Interessante que essa percepção distorcida da IC foi reduzida após as contrações do músculo esquerdo (ativação do hemisfério direito), ou seja, pacientes com AN têm uma percepção distorcida de seu próprio corpo quando as imagens de seus corpos são apresentadas ao hemisfério esquerdo. Em contraste, tais distorções não ocorreram quando essas imagens foram direcionadas ao hemisfério direito. Além disso, esse efeito ocorria apenas quando essas imagens eram precedidas por palavras negativas ou positivas, segunda a escolha e auto relevantes para o paciente.

Estes resultados corroboram com o estudo de Smeets; Rosalyn (1999), que observaram também que os participantes saudáveis não tinham tais representações corporais distorcidas. Em estudo com a avaliação neuropsicológica de habilidade visual espacial (Favaro *et al.*, 2012) revelou que aspectos de processamento de detalhes e

integração global (coerência central) mostraram correlações com conectividade dessa área do cérebro no grupo de AN. Os pacientes com AN apresentaram dificuldades viso espaciais específicas e podem explicar a falha no processo de integração visual, informação perceptual, e somato sensorial que pode sustentar o distúrbio de IC.

Keiser *et al.*, (2019) argumentaram que os tratamentos atuais para distúrbios da IC ainda não são ideais, pois geralmente é tratado com alguma forma de terapia cognitivo comportamental (TCC) e/ou terapia de exposição, em que o foco é quase exclusivamente nos aspectos cognitivos, emocionais e/ou visuais, e não abordam a gama de distúrbios multissensoriais na experiência do tamanho corporal.

Pacientes que associaram a terapia de imagem corporal (TIC) com experiência multissensorial com tamanho do corpo melhoraram mais nas tarefas de perturbação da imagem corporal desde o início até o acompanhamento do que os pacientes que completaram apenas TIC. Segundo os autores, o treinamento com arcos parece afetar especificamente a imagem corporal tátil e a ação em escala corporal. Isso indica que os pacientes melhoraram na estimativa do tamanho corporal a partir de informações multissensoriais, como sinais táteis ou proprioceptivos. O treinamento com arcos se concentra explicitamente no tamanho do corpo e visa exclusivamente os aspectos de transtorno da imagem corporal que não são tratados no TIC, que geralmente é de natureza mais cognitiva. O treinamento mais direcionado à cognição, os pacientes se concentram mais em aprender a reconhecer e mudar os pensamentos desadaptativos relacionados a “sentir-se gordo”, mas não abordam diretamente os aspectos perceptivos de “se sentir gordo”.

Os métodos que permitem avaliar partes do corpo relatam maior superestimação do tamanho corporal quando comparados com os métodos que avaliam o corpo inteiro. Isso poderia explicar os resultados conflitantes achados nas diversas pesquisas (Shafran & Fairburn, 2002). Um estudo recente (McCabe, *et al.*, 2006) amplia o raio de fatores que intervêm na percepção. Acrescenta aos fatores sensoriais a integração das informações táteis e cinestésicas, não se restringindo apenas aos visuais. Considera também a intensidade do estímulo, a atenção e deficiências visuais.

- Transtorno Dismórfico Corporal.

Tal como acontece para uma grande parte das perturbações psiquiátricas, não existe uma causa ou causas definidas para o aparecimento e desenvolvimento desta patologia. No entanto, existem teorias e modelos que procuram explicar os fenômenos por detrás do

Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). Esta é uma condição psiquiátrica caracterizada por preocupações em relação a um ou mais defeitos percebidos na aparência física que não são observáveis por outras pessoas (American Psychiatric Association, 2014). Em geral a preocupação com a aparência está focada na pele, cabelo e nariz. No entanto, pode envolver quaisquer áreas do corpo (Veale, 2000).

Os estudos buscaram investigar a superavaliação da forma e do peso, a preocupação da insatisfação da IC, restrição alimentar, e sintomas depressivos e de ansiedade de medidas de auto relato.

Observamos no estudo de Hartmann *et al.*, (2015) que os dois grupos clínicos apresentaram pontuações mais altas em sintomas TDC, sintomas de transtorno alimentar e depressivos do que em relação aos grupos controles. O grupo AN mostrou que a patologia ainda maior do que o grupo TDC, no entanto, a duração da doença não diferiu entre os dois grupos clínicos. Os grupos clínicos diferiram na proporção de casos com depressão comórbida, mas não com transtorno obsessivo-compulsivo ou transtornos de ansiedade. Além disso, como esperado, o grupo com AN apresentou IMC menor do que os outros dois grupos.

Além disso, o que é novidade para a presente investigação, no que diz respeito aos aspectos dos autocuidados da IC, é que os grupos diferiram significativamente, com os grupos clínicos apresentando pior auto atitude em relação à IC. Embora os dois grupos clínicos tenham apresentado avaliação inferior da aparência, a orientação em relação à aparência, ou seja, o grau de investimento na própria aparência, foi maior do que o grupo controle. Com relação às estratégias de enfrentamento associadas às preocupações com a IC dos participantes, ambos os grupos clínicos relataram significativamente mais evitação e fixação da aparência e menos aceitação racional positiva, em comparação com o grupo controle.

Em suma, as descobertas dos autores com relação à IC em ambos os transtornos, bem como sua comparabilidade entre os transtornos, estão principalmente em linha com pesquisas anteriores e destacam a importância do distúrbio da IC e componentes comportamentais associados como um alvo no tratamento na forma de exposição ao espelho, exposição comportamental, estratégias para reduzir a verificação corporal e a reestruturação cognitiva.

AN e TDC são caracterizados por distúrbios da IC apesar das semelhanças entre esses distúrbios, poucos estudos exploraram a relação entre eles.

Cerea *et al.*, (2018) avaliou a presença de comportamentos típicos associados ao TDC, como comportamentos repetitivos, atos mentais e comportamentos de evitação relacionados a preocupações com a aparência. Em relação as preocupações com a imagem corporal não relacionadas ao peso, as mais presentes foram com o cabelo, nariz, pele, dentes e altura. Conforme relatado em estudos anteriores (Kollei *et al.*, 2013; Tyler *et al.*, 2002), a presença de preocupações com cabelo, pele e dentes pode ser parcialmente explicada pelas consequências dos sintomas básicos da AN (por exemplo, fome, vômito e abuso de laxantes e diuréticos).

Observamos que em pacientes com AN e com preocupações com a IC são mais prejudicados do que os indivíduos com apenas com AN no que diz respeito a quase todas as características psicológicas e psicopatológicas, com exceção do sofrimento geral, e níveis mais elevados de sintomas obsessivo-compulsivo e sintomas de ansiedade social. Esses resultados estão de acordo com estudos que mostraram alta presença de sintomas obsessivo compulsivo em pacientes com TDC e com estudos relatando que múltiplas preocupações sobre defeitos na aparência física podem estar associadas ao medo de avaliação negativa por outros (Bohne *et al.*, 2002; Gunstad & Phillips, 2003). Por outro lado, com relação à autoestima, o grupo de pacientes com AN e preocupações com a imagem corporal não relacionada ao peso apresentou níveis mais baixos de autoestima do que o grupo apenas AN, um resultado consistente com estudos que encontraram uma correlação entre baixa autoestima e baixa estima corporal (Bohne *et al.*, 2002).

A anorexia nervosa e Transtorno dismórfico corporal são caracterizados por imagem corporal distorcida e frequentemente comórbido entre si, embora sua relação ainda seja pouco estudada.

- Transtorno Alimentar na Imagem Corporal

Estudos na dimensão atitudinal utiliza-se de questionários, entrevistas clínicas e escalas que avaliam a dimensão atitudinal da IC na investigação os comportamentos, as emoções e as cognições do sujeito a respeito de seu corpo, de sua aparência.

Nos transtornos alimentares, a alimentação está altamente comprometida, pois são caracterizados por consumo alimentar irregular, compulsão e obsessão pela comida, dietas restritivas e comportamentos purgativos (Alvarenga; Philippi, 2011; Kotait *et al.*, 2010).

Prost – Lehnann *et al.*, (2018) partiram da hipótese de que o impulso para a magreza mediar a relação entre insatisfação corporal e transtorno alimentar em

pacientes com AN. Contudo não encontraram correlação entre insatisfação corporal e fatores correlatados, entre a idade de início do transtorno alimentar ou com o subtipo de AN no momento da internação quando comparados com o controle. O resultado de IC e transtornos alimentares e o IMC médio foi significativamente menor no grupo com AN em comparação com o controle ($p = 0,002$). Para os autores, a relação entre a IC e o impulso para a magreza em ex-pacientes com AN, acrescentou informações complementares a estudos anteriores (Sala *et al.*, 2012) que explorou esses conceitos separadamente.

Por fim, os autores sugerem que o impulso para a magreza pode estar mais associado a tendências de ação (restrição) do que à IC e que seria interessante testar intervenções terapêuticas com foco especificamente o impulso para a magreza, a fim de aumentar a eficácia da intervenção (Murphy *et al.*, 2010), diferente da terapia focada em diminuir a insatisfação corporal. A exemplo a Terapia de Aceitação e Compromisso que mostrou resultados interessantes no caminho para a magreza, mesmo após meses de tratamento (Parling *et al.*, 2016).

Em relação a Linardon *et al.*, (2018) buscou examinar as associações relativas de superavaliação, preocupação, medo de ganho de peso e insatisfação em medidas de alimentação desordenada (restrição alimentar, exercícios compulsivos) e psicopatologia geral (sintomas depressivos e de ansiedade) na AN. Em relação a restrição alimentar, os autores ressaltam o medo do ganho de peso como único componente da IC. Com relação a frequência de exercício compulsivo, o medo de ganho de peso foi o único componente da IC a indicar a variação (2,3%) na frequência de exercícios compulsivos. Já a superavaliação e a preocupação com a forma de peso, mostraram-se indicar uma variação única nos sintomas de ansiedade

Os efeitos indiretos mostraram que a preocupação mediou significativamente os efeitos do medo do ganho de peso sobre os sintomas depressivos, enquanto a superavaliação mediou significativamente os efeitos da insatisfação e do medo do ganho de peso sobre os sintomas depressivos.

O estudo de Agüera *et al.*, (2017) buscou superar as limitações da literatura, onde alguns estudos investigaram o transtorno alimentar em diferentes culturas, a maioria usa grupos étnicos não ocidentais que vivem em países ocidentais. Com isso em mente, o objetivo foi comparar alimentação e psicopatologia geral em uma grande amostra de indivíduos com diagnóstico de AN na China, Espanha e Reino Unido, a fim de estudar as diferenças de acordo com o pertencimento a ocidentais, país não ocidental ou o Índice de

Individualista do país. O que podem ser tendenciosos por não levar em conta o processo de aculturação. Para os autores, o resultado sugere que a expressão psicopatológica de AN é melhor explicada pela influência ocidental/oriental do que por valores individualistas/coletivistas. Em relação à psicopatologia, observamos que os chineses apresentaram escores significativamente menores do que os do Reino Unido e na Espanha em muitas das variáveis psicopatológicas. Além disso, os Chineses se mostraram menos obsessivo-compulsivo, depressivos, ansiedade e índice de angústia de sintomas positivos do que os do Reino Unido. Já o grupo do Reino Unido apresentou mais sintomas bulímicos do que os espanhóis (maior frequência de compulsão, vômito e uso de laxante), e os espanhóis apresentaram os maiores escores de IC em comparação com os outros dois grupos. Os resultados mostraram diferenças significativas na maioria dos índices alimentares e psicopatológicos entre os três países. Pacientes de sociedades ocidentais (Espanha e Reino Unido) compartilham mais semelhanças em relação à expressão psicopatológica de AN do que os países não ocidentais (China). Enquanto os países ocidentais mostram níveis mais elevados de insatisfação corporal, somatização e psicopatologia geral, os pacientes chineses tendem a negar ou minimizar a depressão, ansiedade e outros sintomas psicopatológicos.

Enquanto os países ocidentais mostram níveis mais elevados de insatisfação corporal, somatização e psicopatologia geral, os pacientes chineses tendem a negar ou minimizar a depressão, ansiedade e outros sintomas psicopatológicos. Além disso, o Índice de Individualista do país mostra diferenças culturais na escala de sensibilidade interpessoal, sendo pacientes com AN do Reino Unido (a sociedade mais individualista) que apresentaram níveis mais elevados de sensibilidade interpessoal (ou seja, desconforto durante as interações interpessoais e expectativas mais negativas em relação ao comportamento interpessoal).

Importante salientar as diferenças estatísticas encontradas quando comparado as características clínicas e psicopatológicas entre países ocidentais e não ocidentais. Os pacientes da sociedade ocidental apresentavam níveis mais elevados de IC. Em conclusão, o estudo mostrou um padrão claro onde a influência ocidental, e não os valores individualistas, explica melhor a expressão psicopatológica comórbida ao transtorno alimentar de acordo com os países. Os dados sugerem que tratamentos voltados para a psicopatologia comórbida podem precisar ser adaptados para levar em consideração aspectos culturais, pois alguns tratamentos baseados em evidências podem não ser adequados para todas as culturas.

Conclusão

O conjunto de resultados encontrados elucidaram os fatores que podem estar relacionados com modificações na percepção da IC em indivíduos com AN. Os achados sugerem que o impulso para a magreza pode estar mais associado a tendências de ação do que à insatisfação corporal. Essa descoberta, portanto, sublinha a importância de direcionar o impulso para a magreza ainda mais do que a insatisfação corporal, tanto em ambientes de prevenção quanto de tratamento.

O assunto como um todo é de extrema importância não só para os psicólogos atuantes na área, mas para os profissionais de áreas afins. Por isso, fazem-se necessários mais estudos sobre esse tema e área, para que se possa desmistificar e tornar mais acessível a todos, sendo discutidos e abordados de forma ampla e segura aos pacientes diagnosticados com as psicopatologias em questão.

É importante que haja a participação de equipe multi e interdisciplinar com visão holística, diga-se, biopsicossocial do ser humano, além dos aspectos pontuais de cada caso, assim como o conhecimento das influências transculturais para ajudar no tratamento e intervenções direcionadas. Pesquisas que abordam a IC no Brasil ainda têm um grande caminho a trilhar, dado a necessidade de direcionar a compreensão da importância do impulso para a magreza nas intervenções terapêuticas para pacientes com AN.

Referências

- Agüera, Z., Brewin, N., Chen, J., Granero, R., Kang, Q., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Eating symptomatology and general psychopathology in patients with anorexia nervosa from China, UK and Spain: A cross-cultural study examining the role of social attitudes. *PloS one*, 12(3): e0173781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173781>.
- Alvarenga, M. D. S., & ST, P. (2011). Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. Barueri: Manole, 17-36.
- American Psychiatric Association, (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Mental Desordens: DSM-5*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Banfield, S. & McCabe, M. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37, 373-393.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Florin, I., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry research*, 109(1), 101-104.
- Case, L. K., Wilson, R. C., & Ramachandran, V. S. (2012). Diminished size–weight illusion in anorexia nervosa:

- Evidence for visuo-proprioceptive integration deficit. *Experimental Brain Research*, 217(1), 79–87.
- Case, L. K., Wilson, R. C., & Ramachandran, V. S. (2012). Diminished size–weight illusion in anorexia nervosa: Evidence for visuo-proprioceptive integration deficit. *Experimental Brain Research*, 217(1), 79–87
- Cerea, S., Bottesi, G., Grisham, J. R., & Ghisi, M. (2018). Non-weight-related body image concerns and Body Dysmorphic Disorder prevalence in patients with Anorexia Nervosa. *Psychiatry research*, 267, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.068>.
- Favaro, A., Santonastaso, P., Manara, R., Bosello, R., Bommarito, G., Tenconi, E., & Di Salle, F. (2012). Disruption of visuospatial and somatosensory functional connectivity in anorexia nervosa. *Biological psychiatry*, 72(10), 864–870. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.04.025>
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2010). Body image assessment: A review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48, 107–111.
- Gardner, R. M., & Brown, D. L. (2010). Body image assessment: A review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 48, 107–111.
- Gillberg, I. C., Råstam, M., Wentz, E., & Gillberg, C. (2007). Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 29(2), 170–178. <https://doi.org/10.1080/13803390600584632>
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, And Children*. London: Routledge.
- Guardia, D., Conversy, L., Jardri, R., Lafargue, G., Thomas, P., & Dodin, V. (2012). Imagining one's own and someone else's body actions: Dissociation in anorexia nervosa. *PLoS ONE*, 7(8), e43241.
- Gunstad, J., Phillips, K.A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr. Psychiatry* 44, 270–276. [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00088-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00088-9).
- Hartmann, A. S., Thomas, J. J., Greenberg, J. L., Elliott, C. M., Matheny, N. L., Wilhelm, S. (2015a). Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A comparison of body image concerns and explicit and implicit attractiveness beliefs. *Body image*, 14, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.013>
- Horley, K., Williams, L. M., Gonsalvez, C., & Gordon, E. (2004). Face to face: visual scanpath evidence for abnormal processing of facial expressions in social phobia. *Psychiatry research*, 127(1-2), 43–53. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.02.016>
- Keizer, A., Engel, M. M., Bonekamp, J., & Van Elburg, A. (2019). Hoop training: a pilot study assessing the effectiveness of a multisensory approach to treatment of body image disturbance in anorexia nervosa. *Eating and weight disorders: EWD*, 24(5), 953–958. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0585-z>

- Kazén, M., Baumann, N., Twenhöfel, J. F., & Kuhl, J. (2019). When do anorexic patients perceive their body as too fat? Aggravating and ameliorating factors. *PloS one*, 14(2), e0212612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212612>.
- Kollei, I., Schieber, K., de Zwaan, M., Svitak, M., & Martin, A. (2013). Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 52-59.
- Kotait, M. S., Barillari, M. L., & Conti, M. A. (2010). Escalas de avaliação de comportamento alimentar. Cordás TA, Kachani AT. *Nutrição em psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Linardon, J., Phillipou, A., Castle, D., Newton, R., Harrison, P., Cistullo, L. L., Griffiths, S., Hindle, A., & Brennan, L. (2018). The relative associations of shape and weight over-evaluation, preoccupation, dissatisfaction, and fear of weight gain with measures of psychopathology: An extension study in individuals with anorexia nervosa. *Eating behaviors*, 29, 54–58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.03.002>.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., Booth, R., Holliday, J., & Treasure, J. (2008). An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 143–152.
- Macedo, T. T. S. D., Portela, P. P., Palamira, C. S., & Mussi, F. C. (2015). Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Escola Anna Nery*, 19, 505-510.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli... [et al.]. 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Matsuo, R. F., Velardi, M., Brandão, M. R. F., & de Jesus Miranda, M. L. (2007). Imagem corporal de idosas e atividade física. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 6(1).
- McCabe, M., Ricciardelli, L., Sitaram, G., & Mikail, K. (2006). Accuracy of body size estimation: Role of biopsychosocial variables. *Body image*, 3, 163- 71.
- Mölbart, S. C., Thaler, A., Streuber, S., Black, M. J., Karnath, H. O., Zipfel, S., Mohler, B., & Giel, K. E. (2017). Investigating Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa Using Novel Biometric Figure Rating Scales: A Pilot Study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 25(6), 607–612. <https://doi.org/10.1002/erv.2559>
- Morgado, F.F, Ferreira, M.E.C., Andrade, M.R.M., & Segheto, K. J. (2009). Analysis of the Body Image Evaluation Instruments. *Fitness & Performance Journal*. 8. 204-211. 10.3900/fpj.8.3.204.e.
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(3), 611–627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>

- Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S., & Ghaderi, A. (2016). A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC psychiatry*, 16, 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0975-6>
- Pereira, T. A., Guimarães, M., de Souza, E. C. G., & Pedro, M. A. D. (2016). Percepção da imagem corporal de adolescentes e sua relação com o índice de massa corporal. *Revista Científica da Faminas*, 5(1).
- Phillipou, A., Rossell, S. L., Castle, D. J., Gurvich, C., & Abel, L. A. (2014). Square wave jerks and anxiety as distinctive biomarkers for anorexia nervosa. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 55(12), 8366–8370.
- Phillipou, A., Rossell, S. L., Gurvich, C., Castle, D. J., Troje, N. F., & Abel, L. A. (2015). Body Image in Anorexia Nervosa: Body Size Estimation Utilising a Biological Motion Task and Eyetracking. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 24(2), 131–138. <https://doi.org/10.1002/erv.2423>.
- Prost-Lehmann, C., Shankland, R., França, L. R., Laurent, A., & Flaudias, V. (2018). Symptomatology long-term evolution after hospitalization for anorexia nervosa: Drive for thinness to explain effects of body dissatisfaction on type of outcome. *Psychiatry research*, 266, 212–217. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.024>.
- Ricca, V., Rotella, F., Mannucci, E., Ravaldi, C., Castellini, G., Lapi, F., Cangioli, L., Martini, P., & Faravelli, C. (2010). Eating behaviour and body satisfaction in mediterranean children: the role of the parents. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 6, 59–65. <https://doi.org/10.2174/1745017901006010059>.
- Sala, L., Mirabel-Sarron, C., Pham-Scottet, A., Blanchet, A., Rouillon, F., & Gorwood, P. (2012). Body dissatisfaction is improved but the ideal silhouette is unchanged during weight recovery in anorexia nervosa female inpatients. *Eating and weight disorders: EWD*, 17(2), e109–e115. <https://doi.org/10.1007/BF03325334>
- Santos, F. (2016). O papel da família sobre a anorexia nervosa: breve discussão teórica. *Clínica & Cultura*, 5(2).
- Santos, C. M., Mattos Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence searches. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(3), 508–511. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>.
- Santrock, J. W. (2009). *Psicologia educacional*. AMGH Editora.
- Shafran, R. & Fairburn, C. (2002). A new ecologically valid method to assess body size estimation and body size dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 458 – 465
- Smeets M. A. (1999). Body size categorization in anorexia nervosa using a morphing instrument. *The International journal of eating disorders*, 25(4), 451–455. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199905\)25:4<45:aid-eat10>3.0.co;2-0](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199905)25:4<45:aid-eat10>3.0.co;2-0).

- Smeets, M. A., Klugkist, I. G., Rooden, S. v., Anema, H. A., & Postma, A. (2009). Mental body distance comparison: a tool for assessing clinical disturbances in visual body image. *Acta psychologica*, 132(2), 157–165. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2009.03.011>
- Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Thompson, D., Barton, B., Schreiber, G. B., & Daniels, S. R. (2004). Changes in weight and body image over time in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 315–327. <https://doi.org/10.1002/eat.20053>.
- Sum, M., Mayer, L., & Warren, M. P. (2011). Bone mineral density accrual determines energy expenditure with refeeding in anorexia nervosa and supersedes return of menses. *Journal of osteoporosis*, 720328. <https://doi.org/10.4061/2011/720328>.
- Tavares, M. C. G. C. F., Neves, A. N. B. C., Tavares Filho, R. F., & Campana, A. N. N. B. (2011) Avaliação perceptiva da imagem corporal: história, reconceituação e perspectivas para o Brasil. *Psicologia em Estudo*. 2010, v. 15, n. 3, pp. 509-518. Disponível em: Epub 06 Jan. ISSN 1807-0329.
- Tyler, I., Wiseman, M.C, Crawford, R.I, & Birmingham, C.L. (2002). Manifestação cutânea ações de transtornos alimentares. *J. Cutan Med. Surg.* 6, 345-353. <http://dx.doi.org/10.1007/s10227-001-0054-5>
- Tovée, M. J., Emery, J. L., & Cohen-Tovée, E. M. (2000). The estimation of body mass index and physical attractiveness is dependent on the observer's own body mass index. *Proceedings. Biological sciences*, 267(1456), 1987–1997. <https://doi.org/10.1098/rspb.2000.1240>.
- Tokley, M., Kemps, E. (2007). Preoccupation with detail contributes to poor abstraction in women with anorexia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(7), 734–741.
- Veale, D., (2000). Resultado da cirurgia estética e 'faça você mesmo' cirurgia em pacientes com corpo transtorno dismórfico. *Psiquiatria* 24, 218-220 <http://dx.doi.org/10.1192/pb.24.6.218>.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet. Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9).