

HENRIQUE PAULA MENDONÇA

A INFLUÊNCIA DO PERFECCIONISMO NA COMORBIDADE DO
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNOS ALIMENTARES:
UMA REVISÃO NARRATIVA

UBERLÂNDIA - MG

2025

HENRIQUE PAULA MENDONÇA

A INFLUÊNCIA DO PERFECCIONISMO NA COMORBIDADE DO
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNOS ALIMENTARES:
UMA REVISÃO NARRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Nutrição da
Universidade Federal de Uberlândia como
requisito para conclusão do curso de
Graduação em Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Vianna
Montagnero.

UBERLÂNDIA - MG

2025

RESUMO

A revisão narrativa reúne 39 artigos publicados entre 2005 a 2025 sobre a relação entre TOC e TAs e analisa o papel do perfeccionismo na comorbidade entre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtornos Alimentares (TAs), além de seu impacto na evitação desadaptativa ou patológica. O perfeccionismo é identificado como um traço psicológico comum e relevante em indivíduos com TOC e TAs e se manifesta em duas dimensões principais: preocupação perfeccionista (foco em evitar erros e autocritica severa) e esforço perfeccionista (busca por padrões elevados). A preocupação perfeccionista está mais associada a sintomas de ansiedade e rigidez cognitiva, enquanto o esforço perfeccionista pode ser adaptativo em alguns contextos. Esse traço contribui para a gravidade dos sintomas, alimentando comportamentos obsessivos e compulsivos (OC) relacionados à alimentação, peso e imagem corporal. A alta prevalência de TOC em pacientes com TAs é bem documentada, e essa comorbidade está associada a fatores como impulsividade, rigidez e traços perfeccionistas. Essa relação sugere que ambos os transtornos compartilham mecanismos etiológicos, como traços de personalidade e padrões de pensamento obsessivo. O perfeccionismo frequentemente leva à evitação patológica, onde os indivíduos evitam situações que possam expor suas falhas ou desafiar seus padrões elevados. Essa evitação se manifesta em comportamentos como restrição alimentar extrema, isolamento social e ritualização obsessiva em torno da alimentação. A evitação desadaptativa não apenas perpetua os sintomas, mas também dificulta o tratamento, criando um ciclo de ansiedade e rigidez comportamental. Os sintomas de TOC, como obsessões e compulsões, são frequentemente exacerbados pelo perfeccionismo. Indivíduos com altos níveis de perfeccionismo tendem a apresentar maior dificuldade em controlar pensamentos intrusivos e comportamentos compulsivos, o que intensifica os sintomas de ambos os transtornos. Essa interação reforça a necessidade de abordagens terapêuticas que considerem o perfeccionismo como um fator central. Os estudos sugerem que intervenções terapêuticas devem abordar o perfeccionismo e a evitação desadaptativa para melhorar os resultados no tratamento de TOC e TAs. Técnicas como terapia cognitivo-comportamental (TCC) podem ajudar os pacientes a desafiar crenças perfeccionistas, reduzir comportamentos de evitação e desenvolver estratégias de enfrentamento mais saudáveis. Além disso, a triagem para perfeccionismo e sintomas OC pode ser útil na identificação precoce de indivíduos em risco. O perfeccionismo desempenha um papel crucial na comorbidade entre TOC e TAs, influenciando a gravidade dos sintomas e perpetuando padrões de evitação desadaptativa. Compreender essa dinâmica é essencial para desenvolver intervenções mais eficazes e personalizadas, que abordem tanto os aspectos cognitivos quanto os comportamentais desses transtornos. Pesquisas futuras devem explorar mais profundamente os mecanismos subjacentes e considerar fatores culturais e individuais para aprimorar o diagnóstico e o tratamento.

Palavras-chave: transtorno alimentar; transtorno obsessivo-compulsivo; perfeccionismo.

ABSTRACT

This narrative review brings together 39 articles published between 2005 and 2025 on the relationship between OCD and EDs and analyzes the role of perfectionism in the comorbidity between Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Eating Disorders (EDs), as well as its impact on maladaptive or pathological avoidance. Perfectionism is identified as a common and relevant psychological trait in individuals with OCD and EDs and manifests itself in two main dimensions: perfectionistic preoccupation (focus on avoiding mistakes and harsh self-criticism) and perfectionistic striving (striving for high standards). Perfectionistic preoccupation is more associated with symptoms of anxiety and cognitive rigidity, while perfectionistic striving can be adaptive in some contexts. This trait contributes to symptom severity, fueling obsessive-compulsive (OC) behaviors related to eating, weight, and body image. The high prevalence of OCD in patients with EDs is well documented, and this comorbidity is associated with factors such as impulsivity, rigidity, and perfectionistic traits. This relationship suggests that both disorders share etiological mechanisms, such as personality traits and obsessive thought patterns. Perfectionism often leads to pathological avoidance, where individuals avoid situations that might expose their flaws or challenge their high standards. This avoidance manifests in behaviors such as extreme dietary restriction, social isolation, and obsessive ritualization around food. Maladaptive avoidance not only perpetuates symptoms but also hinders treatment, creating a cycle of anxiety and behavioral rigidity. OCD symptoms, such as obsessions and compulsions, are often exacerbated by perfectionism. Individuals with high levels of perfectionism tend to have greater difficulty controlling intrusive thoughts and compulsive behaviors, which intensifies the symptoms of both disorders. This interaction reinforces the need for therapeutic approaches that consider perfectionism as a central factor. Studies suggest that therapeutic interventions should address perfectionism and maladaptive avoidance to improve treatment outcomes for OCD and EDs. Techniques such as cognitive behavioral therapy (CBT) can help patients challenge perfectionistic beliefs, reduce avoidance behaviors, and develop healthier coping strategies. Furthermore, screening for perfectionism and OC symptoms can be helpful in early identification of at-risk individuals. Perfectionism plays a crucial role in the comorbidity between OCD and EDs, influencing symptom severity and perpetuating patterns of maladaptive avoidance. Understanding this dynamic is essential to developing more effective and personalized interventions that address both the cognitive and behavioral aspects of these disorders. Future research should further explore underlying mechanisms and consider cultural and individual factors to improve diagnosis and treatment.

Keywords: eating disorder; obsessive compulsive disorder; perfectionism.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1. Transtornos Alimentares.....	6
1.1.2. Anorexia Nervosa.....	6
1.1.3. Bulimia Nervosa.....	7
1.1.4. Transtorno de Compulsão Alimentar.....	7
1.1.5. Outros Transtornos Alimentares.....	8
1.1.6. Aspectos Culturais e Sociais dos Transtornos Alimentares.....	9
1.1.7. Epidemiologia dos Transtornos Alimentares.....	9
1.2. Ortorexia Nervosa.....	10
1.3. Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	11
1.3.1. Epidemiologia do Transtorno Obsessivo-Compulsivo.....	12
1.4. Traço de personalidade perfeccionista (perfeccionismo).....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	14
3. OBJETIVOS.....	15
3.1. Objetivos Gerais.....	15
3.2. Objetivos Específicos.....	15
4. METODOLOGIA.....	15
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
5.1. Comorbidade de TOC e Transtornos Alimentares: O Papel do Perfeccionismo e da Evitação Patológica.....	23
5.2. A Ortorexia Nervosa no Espectro da Comorbidade: Perfeccionismo e o Ciclo de Evitação em Transtornos Alimentares e	

TOC.....	28
5.3. A Fuga do Ideal: Perfeccionismo e Evitação Patológica na Dinâmica dos Sintomas de TOC e Transtornos Alimentares.....	34
5.4. Perfeccionismo e Evitação Patológica: Os Motores Ocultos por Trás dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos e dos Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência.....	42
5.5. Relatos de Casos em Transtornos Alimentares: A Relação da Evitação Patológica e do Perfeccionismo na manutenção do Ciclo de Sintomas Obsessivo-Compulsivos.....	50
5.6. A Complexidade do Perfeccionismo: O Papel da Inflexibilidade Cognitiva em TAs e TOC e a Busca por Tratamentos Eficazes.....	53
5.7. A Corrida pela Perfeição e o Exercício como Fuga: A Relação entre Dependência do Exercício, TAs e TOC sob a Lente do Perfeccionismo e Evitação.....	55
5.8. Perfeição, Fuga e Compulsão: A Interligação de Sintomas Obsessivo-Compulsivos, Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica e Adição Alimentar.....	57
5.9. Perfeccionismo Desadaptativo e Evitação: O Vínculo Central na Vulnerabilidade aos Transtornos Alimentares e Obsessivo-Compulsivos.....	58
 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 71
 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 75

1. INTRODUÇÃO

1.1. Transtornos Alimentares

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), os transtornos alimentares (TAs) são condições psiquiátricas caracterizadas por padrões persistentes e severos de comportamento relacionado à alimentação, que comprometem a saúde física e o funcionamento psicossocial do indivíduo. Esses transtornos envolvem uma perturbação na ingestão, rejeição ou restrição de alimentos, podendo manifestar-se por meio de atitudes compulsivas, restritivas ou ritualizadas, frequentemente associadas a preocupações excessivas com o peso, a forma do corpo e a imagem corporal. De acordo com o manual, os TAs compreendem várias categorias diagnósticas, incluindo anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar, transtorno alimentar restritivo/evitativo, pica e transtorno de ruminação, cada um com critérios clínicos específicos. Essas condições podem afetar indivíduos de todas as idades, sendo mais comuns em adolescentes e adultos jovens, e têm potencial de causar sérios prejuízos à saúde física, como desnutrição, desequilíbrios eletrolíticos e complicações cardíacas, além de impactar negativamente o funcionamento psicológico e social. Esses transtornos representam uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo frequentemente associados a questões de autoestima, percepção corporal, conflitos emocionais e padrões culturais de idealização da imagem corporal. Sua compreensão exige uma abordagem multidisciplinar, visando não somente o tratamento dos sintomas, mas também a compreensão das causas subjacentes e fatores de risco envolvidos (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2. Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar caracterizado por uma restrição alimentar severa, que resulta em um peso corporal significativamente abaixo do esperado para a idade, sexo e desenvolvimento do indivíduo. Essa condição costuma estar associada a uma preocupação obsessiva com a imagem corporal, o medo intenso de ganhar peso e uma distorção na percepção de si mesmo, levando os indivíduos a manterem comportamentos de restrição alimentar mesmo diante de um peso extremamente baixo. Segundo os critérios diagnósticos do DSM-5, a AN envolve a restrição contínua da ingestão calórica suficiente, o que pode levar a consequências físicas graves, como desnutrição, alterações nos níveis hormonais, ossificação e comprometimento do funcionamento fisiológico geral. Além disso, muitas vezes há comportamentos compensatórios, como vômitos, uso de laxantes ou exercícios excessivos, especialmente em casos do tipo bulímico, embora nem todos os indivíduos apresentem esses comportamentos de forma regular. A doença impacta profundamente o funcionamento psicológico, podendo estar relacionada a características obsessivo-compulsivas, perfeccionismo, ansiedade e baixa autoestima. Do ponto de vista clínico, a AN representa um desafio, pois sua severidade e consequências podem ser potencialmente fatais, com risco elevado de complicações físicas e psíquicas, além de um elevado risco de suicídio. O entendimento da AN requer uma abordagem

multidisciplinar, que envolva estratégias médicas, psicológicas e nutricionais, visando a reabilitação do peso, a correção dos distúrbios emocionais e a promoção de uma relação mais saudável com a alimentação e a própria imagem corporal (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.3. Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa (BN) é um transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos de compensação utilizados para evitar o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos ou enemas, jejum prolongado ou exercício físico excessivo. Esses episódios de compulsão envolvem consumos de grande quantidade de alimentos em um curto período de tempo, associados a uma sensação de perda de controle sobre a alimentação durante esses momentos. De acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5, a BN também está associada a uma preocupação excessiva com a forma e o peso do corpo, que desempenham papel central na avaliação que o indivíduo faz de si. Ao contrário da AN, aqueles com bulimia geralmente mantêm um peso corporal dentro ou acima da faixa normal, embora possam estar com peso variável devido aos episódios de compulsão e comportamentos de compensação. A frequência dos episódios de compulsão deve ocorrer, pelo menos, uma vez por semana durante três meses, para que seja considerado o diagnóstico de bulimia nervosa. A condição pode levar a complicações médicas graves, como desequilíbrios eletrolíticos, problemas gastrointestinais, dores de garganta, erosões dentárias e complicações cardíacas, além de impactar significativamente o funcionamento psicológico, frequentemente associado a questões de baixa autoestima, vergonha e depressão. A BN tem um risco elevado de mortalidade, com uma taxa de mortalidade estimada de aproximadamente 2% por década, devido, muitas vezes, ao risco de suicídio ou às complicações físicas graves. O tratamento geralmente envolve abordagens psicoterapêuticas específicas, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), além de intervenções nutricionais e, em alguns casos, medicações, buscando a redução dos episódios de compulsão, o controle dos comportamentos de compensação e a melhora da autoimagem do indivíduo. Portanto, a BN é uma condição complexa que requer atenção multidisciplinar devido às suas implicações físicas e psicológicas (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.4. Transtorno de Compulsão Alimentar

O transtorno de compulsão alimentar é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, nos quais o indivíduo ingere uma quantidade de alimento significativamente maior do que a maioria das pessoas faria em situações semelhantes, acompanhado de perda de controle durante esses episódios. Esses episódios não são seguidos por comportamentos compensatórios regulares, como vômitos ou uso de laxantes, diferentemente da BN, embora alguns indivíduos possam eventualmente realizar tentativas de controle ou de fazer dieta em resposta aos episódios de compulsão. Segundo os critérios diagnósticos do DSM-5, para o diagnóstico de transtorno de

compulsão alimentar, esses episódios devem ocorrer, no mínimo, uma vez por semana durante três meses, e devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Clinicamente, os indivíduos com transtorno de compulsão alimentar frequentemente apresentam um padrão de preocupação excessiva com o peso e a forma corporal, embora a preocupação seja geralmente menos obsessiva do que na BN. Muitos deles podem estar com peso na faixa de sobrepeso ou obesidade, embora exista também uma variação, e o transtorno está associado a uma maior valorização do peso e da forma corporal em comparação com indivíduos que não têm o transtorno. Esse transtorno tem uma relação significativa com aspectos físicos e psicológicos, incluindo maior risco de obesidade, problemas metabólicos, transtornos depressivos, ansiedade, além de uma maior comorbidade psiquiátrica geral. A neurobiologia, fatores genéticos e o desenvolvimento psicossocial parecem desempenhar papéis na etiologia do transtorno, que frequentemente inicia na adolescência ou na idade adulta jovem, podendo também ocasionalmente surgir na idade adulta. Na abordagem terapêutica, intervenções psicológicas, especialmente a TCC, são bastante efetivas, complementadas por estratégias nutricionais e, em alguns casos, medicações que auxiliam na redução dos episódios de compulsão, agravando menos o funcionamento global do indivíduo e promovendo uma melhora no controle emocional e na autoimagem. Assim, o transtorno de compulsão alimentar representa uma condição clínica complexa, frequentemente associada a comorbidades psiquiátricas, que requer uma abordagem integrada para otimizar o tratamento e melhorar a qualidade de vida do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.5. Outros Transtornos Alimentares

Além da anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar, o DSM-5 inclui outros transtornos alimentares que abrangem diferentes padrões de desenvolvimento e manifestações clínicas. Incluem: Transtorno Alimentar Não Especificado: Quando sintomas característicos de um transtorno alimentar que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para diagnóstico de qualquer transtorno alimentar. Transtorno de Ruminação: caracterizado pela regurgitação repetida de alimentos, que podem ser remasticados, engolidos novamente ou cuspidos. Esse comportamento geralmente ocorre por um período prolongado, sem associação com peso ou preocupação com a imagem corporal. Pica: ingestão persistente de substâncias que não são nutritivas e nem alimentares por pelo menos um mês. Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo: manifestado por uma perda de interesse ou aversão específica a certos alimentos, levando a uma ingestão alimentar restrita, que não está associada a preocupações com a forma ou peso corporal e pode levar a deficiências nutricionais ou ganho de peso inadequado. Esse transtorno substitui e expande o diagnóstico do DSM-IV de transtorno da alimentação da primeira infância. Cada um desses TAs possui critérios diagnósticos específicos e requer avaliação cuidadosa para definir o melhor manejo clínico (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.6. Aspectos Culturais e Sociais dos Transtornos Alimentares

Segundo Oliveira e Hutz (2010), fatores sociais e culturais influenciam o desenvolvimento e a prevalência dos distúrbios alimentares. No contexto atual, onde a pressão por padrões estéticos muitas vezes é exacerbada pelas mídias sociais e pela cultura popular, os TAs têm se tornado uma preocupação crescente em diversas populações, incluindo crianças, adolescentes e até homens, desafiando a noção de que esse fenômeno é exclusivo de mulheres brancas de classe alta, como era considerado décadas atrás. As autoras discutem também que na pós-modernidade e com a influência da urbanização e modernização, houve um aumento da exposição ao ideal de beleza do corpo magro por meio dos meios de comunicação de massa, além de favorecer mudanças nos hábitos alimentares e no sedentarismo, fatores que se associam ao aumento dos transtornos alimentares em diversas regiões e classes sociais, e esse ideal do corpo magro contribui significativamente para a percepção de insatisfação corporal, levando ao aumento dos TAs, incluindo principalmente a anorexia, bulimia e compulsão alimentar. Os padrões estéticos promovidos pela mídia exercem uma forte pressão social, especialmente entre adolescentes e jovens adultos, que são influenciados desde cedo a valorizar o corpo magro como símbolo de sucesso e aceitação social.

Essa valorização cultural da magreza costuma gerar insatisfação corporal mesmo em indivíduos com peso considerado ideal, levando-os a práticas alimentares inadequadas e a comportamentos compensatórios, como dietas restritivas, uso de suplementos, atividades físicas em excesso e uso de anabolizantes. Elas ressaltam ainda que o impacto cultural não é exclusivo de países ocidentais, com registros crescentes desses transtornos em populações de diferentes etnias, níveis socioeconômicos e regiões geográficas, o que indica que o medo da obesidade e os padrões de aparência influenciados pela cultura globalizada são fenômenos universais. É necessário mais estudos interdisciplinares para compreender como os fatores culturais, sociais, econômicos e raciais moldam as representações culturais da magreza e os comportamentos alimentares, especialmente entre crianças e adolescentes, a fim de desenvolver estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes frente à influência da mídia e do contexto cultural na saúde mental e corporal dos indivíduos (Oliveira; Hutz, 2010).

1.1.7. Epidemiologia dos Transtornos Alimentares

Segundo estudos epidemiológicos de Galmiche et al. (2019), evidenciou-se que os TAs são altamente prevalentes em todo o mundo, com maior incidência entre mulheres, adolescentes e jovens adultos. Uma revisão sistemática envolvendo dados entre 2000 e 2018 indicou que a prevalência pontual média dos TAs quase dobrou, passando de 3,5% no período de 2000–2006 para 7,8% em 2013–2018, demonstrando uma tendência de aumento significativa ao longo do tempo. Diante desse cenário, compreender o contexto epidemiológico atual dos TAs é fundamental para orientar estratégias de saúde pública e intervenções clínicas eficazes. Outras estatísticas relevantes sobre TAs incluem: Prevalência Geral: Estudos com diagnóstico preciso indicam que a prevalência ponto (na população num dado momento) dos TAs é, em média, 5,7% para mulheres e 2,2% para homens, com variações entre 0,9% a 13,5% para mulheres e 0,2% a 7,3% para homens. Prevalência por Tipo de Transtorno: A prevalência estimada para transtornos específicos ao longo da vida é a seguinte: Transtornos alimentares não especificados (EDNOS): cerca de 7,4%, anorexia nervosa (AN): aproximadamente 3,6%, bulimia

nervosa (BN): em torno de 2,1% e Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP): cerca de 2%. Variação Geográfica: O continente americano apresenta a maior prevalência ponto para TAs (4,6% média), seguido pela Ásia (3,5%) e Europa (2,2%). Distribuição por Sexo: As mulheres apresentam prevalência significativamente maior que os homens, com médias na vida toda de 8,4% para mulheres e 2,2% para homens, e prevalência em 12 meses de 2,2% para mulheres e 0,7% para homens. Faixa Etária: A maioria dos estudos inclui adolescentes e jovens adultos como grupos mais atingidos, mas TAs também ocorrem em adultos. Comorbidades e Impactos: TAs estão associados a uma maior mortalidade, inclusive por suicídio, além de prejuízos significativos na qualidade de vida física e mental (Galmiche et al., 2019).

Mundialmente, estima-se que mais de 70 milhões de indivíduos sejam afetados por alguma forma de transtorno alimentar, seja anorexia, bulimia, transtorno de compulsão alimentar, entre outras. No Brasil, o maior número de transtornos alimentares inclui esses três transtornos. De acordo com o coordenador da Comissão de Transtornos Alimentares da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) José Carlos Appolinário, considerando todos os transtornos alimentares, conjuntamente, há uma prevalência em 3% a 4% da população (Gandra, 2022). Esses dados sublinham a relevância dos transtornos alimentares como uma preocupação crescente globalmente, com necessidade de políticas de saúde pública e clínicas específicas para o diagnóstico precoce e tratamento.

De acordo com o DSM-V, a prevalência em 12 meses de AN entre mulheres jovens é de cerca de 0,4%. Pouco se sabe a respeito da prevalência entre indivíduos do sexo masculino, mas o transtorno é bem menos comum no sexo masculino do que no feminino, com populações clínicas em geral refletindo uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1. Já em relação a BN, o DSM-V destaca que a prevalência em 12 meses entre mulheres jovens é de 1 a 1,5%. A prevalência é maior entre adultos, sendo que o transtorno atinge seu auge no final da adolescência e começo da fase adulta. Pouco se sabe a respeito da prevalência-ponto de bulimia nervosa no sexo masculino, porém o transtorno é bem menos comum nos homens, com uma proporção feminino-masculino também de cerca de 10:1. A prevalência em 12 meses do transtorno de compulsão alimentar entre mulheres e homens adultos norte-americanos (com idade igual ou superior a 18 anos) é de 1,6 e 0,8%, respectivamente. A taxa de gênero é bem menos assimétrica no transtorno de compulsão alimentar do que na BN. Esse transtorno é tão comum entre mulheres de minorias raciais e étnicas quanto em mulheres brancas e é mais prevalente entre indivíduos que buscam tratamento para emagrecimento do que na população em geral (American Psychiatric Association, 2013).

1.2. Ortorexia Nervosa

A Ortorexia Nervosa (ON) é um distúrbio alimentar caracterizado por uma obsessão maníaca por uma alimentação saudável e "correta", focada na qualidade dos alimentos consumidos e não na quantidade, o que a difere de transtornos como AN e BN. Essa condição leva os indivíduos a adotarem dietas restritivas, eliminando grupos alimentares completos em busca da pureza alimentar, o que pode resultar em desnutrição, isolamento social e comprometimento do estado psicofísico geral. O termo “ortorexia” origina-se do grego “orthós” (correto) e “orexis” (apetite), refletindo essa preocupação

obsessiva com a "correção" alimentar, muitas vezes motivada pelo desejo de controlar a saúde e buscar uma identidade ou espiritualidade através da alimentação. Embora não tenha sido reconhecida oficialmente no DSM-IV (Donini et al., 2004) e atualmente ainda também não no DSM-V, onde a ON não está oficialmente reconhecida como um transtorno distinto, mas classificada como um transtorno alimentar não especificado, devido à falta de critérios diagnósticos formalmente estabelecidos e de consenso científico sobre sua definição e critérios específicos, assim então não possui uma entrada própria no manual, o que reflete o estágio atual de reconhecimento clínico e científico dessa condição, ainda em discussão e estudo (Scarff, 2017), e carecendo de critérios diagnósticos universalmente aceitos, a ortorexia tem sido objeto crescente de estudos, revelando uma prevalência significativa, especialmente entre homens e indivíduos com níveis educacionais variados, acompanhada de sintomas obsessivo-compulsivos e alterações comportamentais específicas. O portador de ortorexia dedica grande parte do seu tempo ao planejamento, compra, preparo e consumo de alimentos considerados saudáveis, a ponto de que esses rituais tomem o centro de sua vida, gerando sentimento de superioridade em relação aos hábitos alimentares dos outros e levando a um isolamento social gradual (Donini et al., 2004).

No diagnóstico da Ortorexia Nervosa (ON), embora não existam instrumentos diagnósticos padronizados oficialmente, alguns instrumentos de avaliação têm sido utilizados para auxiliar na identificação da condição, como a ORTO-15, uma ferramenta que pode ajudar na avaliação clínica. Contudo, esse questionário não substitui a entrevista clínica, que é fundamental para um diagnóstico adequado. Além disso, o diagnóstico principal é realizado por meio de entrevista clínica, com coleta de informações colaterais de pessoas próximas ao paciente para embasar a avaliação. A prevalência ainda é incerta, embora estudos preliminares indiquem valores ao redor de 1% na população geral, com variações dependendo do contexto cultural, da ferramenta de avaliação usada e do grupo estudado. Algumas pesquisas sugerem que certos grupos podem apresentar maior risco. A literatura destaca que profissionais de saúde e artistas performáticos poderiam estar em grupos de maior risco, embora os dados ainda sejam limitados. Indivíduos que tenham traços de perfeccionismo, preocupação com aparência e peso, ou que estejam envolvidos em atividades que valorizem uma alimentação rigorosa, como profissionais de saúde, atletas ou artistas, podem estar mais vulneráveis ao desenvolvimento de ON (Scarff, 2017).

1.3. Transtorno Obsessivo-Compulsivo

De acordo com o DSM-V o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno de ansiedade caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões que causam sofrimento significativo e comprometimento funcional. As obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos e recorrentes, que o indivíduo percebe como indesejados e perturbadores. Já as compulsões, que também são conhecidas popularmente como "manias" (Silva, 2011), são comportamentos ou atos mentais repetitivos que a pessoa realiza em resposta às obsessões, com o objetivo de reduzir a ansiedade ou prevenir algum evento temido. Embora o conteúdo específico das obsessões e compulsões possa variar entre os pacientes, certas dimensões dos sintomas são frequentes no transtorno, incluindo as de limpeza (obsessões por contaminação e compulsões por limpeza), simetria (obsessões por simetria e compulsões de repetição,

organização e contagem), pensamentos proibidos ou tabus (obsessões agressivas, sexuais e religiosas e compulsões relacionadas) e ferimentos (medo de ferir a si mesmo ou aos outros e compulsões de verificação associadas). Segundo o DSM-5, muitos indivíduos com TOC apresentam crenças disfuncionais relacionadas à responsabilidade, perfeccionismo e intolerância à incerteza, além de um senso aumentado de responsabilidade e uma necessidade imperiosa de controlar pensamentos ou comportamentos. O TOC pode manifestar-se de diversas formas, incluindo a preocupação com ordem, limpeza, simetria, além de rituais relacionados a armazenamento e arrumação, entre outros. A sua complexidade e o impacto na rotina diária variam amplamente, podendo dificultar a realização de tarefas simples e comprometer o funcionamento social, ocupacional e familiar. A prevalência, a natureza recorrente e o potencial de resistência ao tratamento fazem do TOC uma condição clínica relevante para a compreensão da ansiedade e das perturbações obsessivo-compulsivas relacionadas, sendo objeto de crescente interesse científico e clínico (American Psychiatric Association, 2013).

As obsessões segundo a autora e psiquiatra Ana Beatriz Barbosa Silva, são desagradáveis, causam muita ansiedade e tomam uma parcela significativa do tempo dos sujeitos que sofrem dessa condição. Desse modo, as obsessões causam intenso desconforto emocional na forma de ansiedade e as compulsões tenderiam, pelo menos no início, a trazer uma sensação de alívio temporário. As obsessões são pensamentos do próprio indivíduo que desencadeiam ações, ou seja, compulsões, que muitas vezes não fazem sentido, levando a um ciclo vicioso de pensamentos obsessivos e rituais compulsivos que dificultam a liberdade e o bem-estar do indivíduo. Assim, o TOC se constitui como um dos quadros mais desafiadores e intrigantes entre profissionais da saúde mental e se torna um transtorno tão instigante: como compreender que sujeitos muitas vezes tão bem esclarecidos, com um bom status social, se tornam escravas das suas próprias ideias e ações? E que ainda convivem em conflito moral interno, na qual se envergonham de seus próprios pensamentos e atitudes e os julgam como absurdos e ridículos? Essas são perguntas que sujeitos com TOC e indivíduos que convivem com eles se fazem frequentemente (Silva, 2011).

1.3.1. Epidemiologia do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O TOC é uma condição psiquiátrica que afeta uma parcela significativa da população global, sendo objeto de diversos estudos epidemiológicos. Segundo uma revisão realizada por Torres e Lima (2005), a prevalência do TOC varia entre diferentes populações, mas estima-se que aproximadamente 2,5% da população geral seja afetada por esse transtorno ao longo da vida. No contexto epidemiológico, o estudo aponta que o TOC frequentemente apresenta início na infância ou adolescência, embora possa manifestar-se em qualquer idade, sendo mais comum na fase jovem adulta. Os estudos analisados indicam uma prevalência ligeiramente superior em indivíduos do sexo masculino durante a infância, enquanto na fase adulta, essa diferença entre gêneros tende a diminuir, refletindo uma distribuição relativamente equilibrada entre homens e mulheres.

Além disso, o artigo destaca que o TOC apresenta um impacto considerável na qualidade de vida dos indivíduos, influenciando suas atividades diárias, relacionamentos sociais e desempenho profissional. A comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, é comum, complicando o prognóstico e o manejo clínico

da condição. Em síntese, a epidemiologia do TOC revela uma condição relativamente frequente na população geral, com variações relacionadas à idade e ao sexo, além de um impacto psíquico e social expressivo. Esses dados ressaltam a importância do reconhecimento precoce e do tratamento adequado para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados, dado que o início muitas vezes ocorre na infância ou adolescência, momentos críticos para intervenção e manejo terapêutico. De modo geral, os resultados reforçam o caráter frequente e debilitante do TOC, evidenciando a importância de estratégias de saúde pública destinadas à identificação e tratamento oportunos dessa condição (Torres e Lima, 2005). A prevalência em 12 meses do TOC nos Estados Unidos é de 1,2%, com uma prevalência semelhantes em outros países (1,1 a 1,8%). As mulheres são afetadas em uma taxa um pouco mais alta do que os homens na idade adulta, embora este seja mais comumente afetado na infância (American Psychiatric Association, 2013). No Brasil, cerca de uma pessoa a cada 50 sofre de transtorno obsessivo compulsivo e em torno de 30% dos que têm se recusam a passar pelo tratamento (Pfizer, 2021).

De acordo com o psiquiatra norte-americano John Ratey, professor da Harvard Medical School, quase 4% da população em geral sofre de TOC, e esse transtorno impacta do mesmo modo homens e mulheres de diferentes países, culturas e níveis socioeconômicos. Os homens aparentam ter uma pequena desvantagem em relação ao início dos sintomas e costumam apresentá-los de forma mais precoce, na infância. Desse modo, na faixa de idade entre 4 e 10 anos, é mais comum ver meninos com sinais desse transtorno do que meninas. A partir desses dados estatísticos, pode-se dizer que o TOC não é um transtorno raro, principalmente quando se compara aos dados da prevalência de doenças crônicas comuns como asma e diabetes, que é de 2 a 3% da população mundial. Assume-se então que o TOC, que até no final da década de 1980 era estimado em apenas 0,2% da população americana, ou seja, considerado um quadro psiquiátrico raro, é na verdade mais comum que doenças clínicas de maior visibilidade e reconhecimento popular (Silva, 2011).

1.4. Traço de personalidade perfeccionista (Perfeccionismo)

O perfeccionismo é uma estruturação psicológica relacionada a definição de padrões excessivamente altos para o desempenho pessoal, acompanhada por uma tendência a avaliações críticas exageradas do próprio comportamento. Embora o estabelecimento de padrões elevados não seja, por si só, patológico, o perfeccionismo é caracterizado especialmente pela preocupação excessiva com erros e pela dúvida constante sobre a qualidade das próprias ações. Além disso, acredita-se que o perfeccionismo esteja relacionado à percepção de expectativas e críticas parentais elevadas, bem como a uma preferência por ordem e organização.

O perfeccionismo é uma característica multidimensional composta por seis dimensões principais, identificadas por meio da Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS): Preocupação Excessiva com Erros: A dimensão mais central, que envolve reações negativas a erros, a tendência a interpretar erros como fracasso absoluto e a crença de que o respeito e aceitação dos outros depende diretamente do desempenho perfeito. Padrões Pessoais Elevados: Envolve a definição de metas muito altas e a importância excessiva dada a esses padrões para a autoavaliação. Expectativas Parentais: Refere-se à percepção de que os pais estabeleceram metas muito elevadas

para o indivíduo. **Críticas Parentais:** Relaciona-se à percepção de críticas excessivas por parte dos pais. **Dúvidas sobre as Próprias Ações:** Caracteriza-se pela sensação de que as tarefas não foram concluídas de forma satisfatória, mesmo quando feitas cuidadosamente. **Organização:** Refere-se à ênfase na precisão, ordem e organização, incluindo a preferência por um ambiente arrumado e estruturado.

Essas dimensões se referem a diferentes aspectos do perfeccionismo, algumas mais relacionadas com características patológicas (como preocupação com erros e dúvidas) e outras a fatores mais próximos de serem positivos, como os altos padrões pessoais e organização. Essas características patológicas do perfeccionismo, principalmente as associadas às dimensões de "Preocupação com Erros" e "Dúvida sobre as Ações", estão relacionadas com uma maior frequência de sintomas de psicopatológicos, como depressão autocrítica, compulsividade e procrastinação. Por essas dimensões refletirem uma tendência a autoavaliações do desempenho muito críticas, o medo de errar e dúvidas persistentes sobre a qualidade do que foi feito, pode-se levar a um significativo sofrimento psicológico. Além disso, essas características patológicas do perfeccionismo foram correlacionadas com sintomas de depressão autocrítica, ansiedade, obsessões-compulsões, hostilidade, e outras formas de sofrimento psicológico.

Além disso, o perfeccionismo patológico está associado à procrastinação, que pode ser uma forma de evitar desempenhos que não sejam executados de maneira perfeita, reforçando um ciclo de medo de errar e então adiamento das tarefas. Também existe uma conexão com características compulsivas, como a tendência a comportamentos repetitivos e dúvidas obsessivas, que podem ser consideradas manifestações clínicas relacionadas com esse tipo de perfeccionismo. Desse modo, as consequências das características patológicas do perfeccionismo incluem maior vulnerabilidade a diversas formas de sofrimento psicológico, especialmente depressão autocrítica, ansiedade, compulsividade, e dificuldades funcionais como a procrastinação, que juntas podem comprometer significativamente o bem-estar e o funcionamento do indivíduo (Frost et al., 1990).

2. JUSTIFICATIVA

Os Transtornos Alimentares (TAs) e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) são condições psiquiátricas que, embora distintas, apresentam uma intersecção notável com várias características comuns, particularmente no que diz respeito ao perfeccionismo. Compreender essa relação é crucial, uma vez que o perfeccionismo é frequentemente mencionado como um fator etiológico transdiagnóstico que permeia ambos os transtornos. No entanto, a maioria dos estudos existentes que tratam da interconexão de ambas as condições reconhecem a existência do perfeccionismo como um dos aspectos compartilhados entre esses transtornos, porém não exploram esse traço de personalidade de forma suficientemente aprofundada, principalmente em relação à influência do seu papel nas dinâmicas clínicas dessas doenças e impactos na qualidade de vida dos sujeitos que apresentam TOC e TAs, especialmente nos âmbitos intra e interpessoais.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos Gerais

Investigar como o perfeccionismo atua como uma variável importante na manifestação e manutenção do TOC e dos TAs, e elucidar que ele não só é um fator em comum, mas sim um elemento que molda a experiência clínica desses transtornos.

3.2. Objetivos Específicos

Enfatizar a interdisciplinaridade do perfeccionismo, abrir espaço para discussão sobre a evitação patológica ou desadaptativa que ele leva ao risco e o seu impacto na qualidade de vida, tanto no contexto social e alimentar. Propor novas perspectivas de compreensão e de abordagens inovadoras para o tratamento do TOC e TAs e contribuir para o aprimoramento das suas estratégias terapêuticas. Integrar as interpretações dos estudos com o que é discutido sobre o perfeccionismo, conferir uma nova luz sobre o perfeccionismo na saúde mental e nutricional e incentivar mais discussões e estudos sobre o tema, entre profissionais e acadêmicos.

4. METODOLOGIA

Análise de 39 artigos, dentre eles relatos de casos, estudos transversais e longitudinais e revisões da literatura, publicados entre 2005 a 2025 sobre a relação entre TOC e TAs, nas bases de dados Portal de Periódicos da CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, a partir dos descritores “*eating disorder*”, “*obsessive compulsive disorder*” e “*perfectionism*” contidos no título. Um deles é a continuação de um estudo dessa busca, porém encontrado especificamente no PubMed, pelo nome do autor e a palavra-chave central do estudo “CRT”. A seleção de artigos para discussão foi dividida em três partes.

A primeira parte tinha o objetivo de compreender o cenário atual na literatura de revisões sobre o tema de TOC e TAs e os temas menos abordados nos últimos 10 anos nas três bases de dados. Filtrou-se por artigos de revisão de 2014 até 2025 com os descritores “*eating disorder*” (no plural pelo PubMed) e “*obsessive compulsive disorder*” contidos no título. Foram encontrados 10 na CAPES, porém dois sem acesso e três difíceis de discutir sobre o tema proposto, cinco pela BVS, sendo os mesmos da CAPES, e oito pelo PubMed, com seis também repetidos e um não disponível. Assim, dos 12 artigos de revisão encontrados, cinco estavam disponíveis e foram trabalhados.

Eles abordam em sua maioria a prevalência da comorbidade e os fatores em comum entre TOC e TAs, e até ON, incluindo e citando o perfeccionismo como um exemplo dessas características compartilhadas entre esses transtornos, porém sem tê-lo como foco da discussão ou sem trazer a contribuição dos resultados encontrados ou uma conexão que ajude na compreensão desse traço, não ao menos de forma explícita. Quando aparece, é citado na introdução, mas não reunido em vários estudos sobre ele. Assim, percebeu-se a ausência de aprofundamento desse aspecto potencialmente

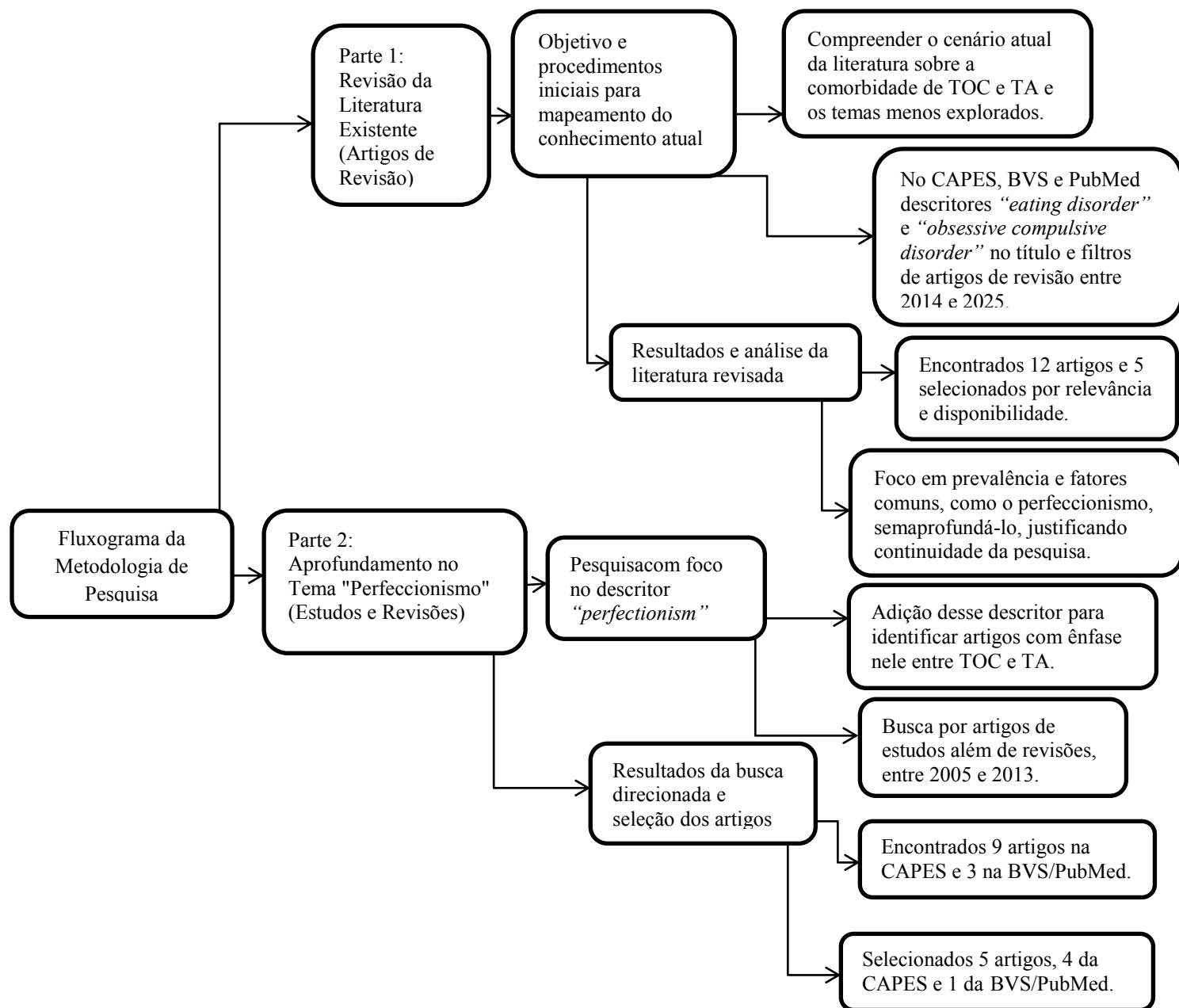
relevante e que pode influenciar o comportamento alimentar dos pacientes com esses transtornos, como por exemplo, com a evitação patológica ou desadaptativa, conceito esse abordado por alguns autores, que o perfeccionismo leva ao risco. A falta de contribuição sobre esse tema na literatura instigou-se a investigá-la mais a fundo nesse trabalho, com a união do perfeccionismo e seu risco de evitação desadaptativa dentro do que já se sabe da comorbidade de TOC e TAs.

A segunda parte tinha a intenção de encontrar artigos de revisão e estudos, porém com o foco propriamente no perfeccionismo. Colocou-se na busca o descritor “*perfectionism*” contido no título junto com os outros dois descritores. Na CAPES, o filtro para artigo de revisão não encontrou resultados, mesmo sem limitação de ano de publicação. Utilizou-se o filtro de artigo e foi encontrado nove estudos, porém dos últimos 20 anos, e assim, para evitar contar novamente os artigos que já foram selecionados anteriormente dos últimos 10 anos, foi utilizado quatro estudos do total dos nove encontrados, publicados de 2005 a 2013. Na BVS e PubMed encontrou-se três estudos em ambas, sendo um diferente da CAPES, totalizando cinco artigos selecionados.

Na terceira parte a busca foi de artigos que não fossem revisões, utilizando os descritores “*eating disorder*” e “*obsessive compulsive disorder*” contidos no título, dos últimos 10 anos (2014 – 2025). Pela CAPES foi encontrado o total de 67 artigos. O critério de inclusão foi baseado na busca da palavra-chave “*perfectionism*” dentro dos artigos e avaliou se esse termo naquele contexto seria possível de discuti-lo e trazer interdisciplinaridade com o conceito de evitação desadaptativa ou patológica com base nos achados desses estudos. Foram selecionados pela CAPES o total de 27 artigos. Na BVS foram encontrados 33 artigos e selecionados 14, porém 13 repetidos, resultando assim no total de um artigo na BVS. Já no PubMed foram encontrados nove e selecionados cinco, sendo todos os cinco já repetidos. Desse modo, foi selecionado nessa última parte 28 artigos e para esse estudo o total de 39.

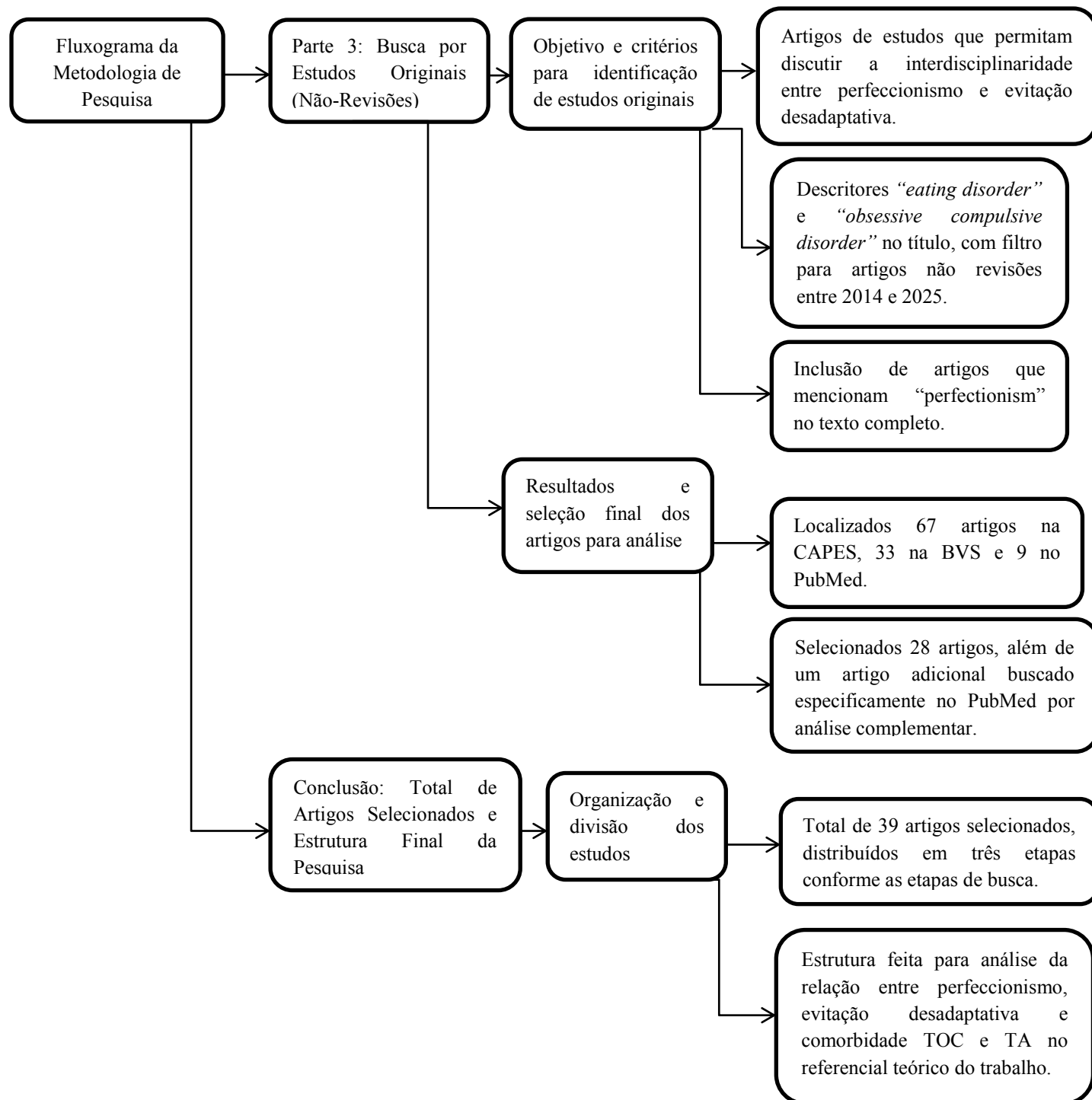
Muitos estudos apenas falam do perfeccionismo ao citá-lo como um dos fatores etiológicos transdiagnósticos compartilhado entre TOC e TAs na sua introdução, mas não o utiliza como uma variável para ser interpretada nos resultados. Vários não abordam explicitamente e focam no perfeccionismo, como, por exemplo, o termo incluído em seus títulos, porém apresentam resultados que podem auxiliar na maior compreensão do seu papel e da evitação nesses transtornos.

Figura 1 – Fluxograma da Metodologia de Pesquisa



(Continua na página seguinte)

(Continuação do Fluxograma)



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os 39 artigos seleccionados para discussão foram divididos em nove grupos com base no seu principal tema e objetivo:

Quadro 1 – Artigos sobre a Relação entre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e Transtornos Alimentares (TAs) para discussão

Grupo	Tema	Autor	Título do Artigo	Ano de Publicação	Nome da Revista
1	Comorbidade de TOC e TAs	Drakes et al.	Transtorno obsessivo-compulsivo comórbido em indivíduos com transtornos alimentares: uma meta-análise epidemiológica	2021	Revista de Pesquisa Psiquiátrica
		Lodha	Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno Alimentar: Existe uma relação?	2019	Revista Indiana de Saúde Mental
		Mandelli et al.	Taxas de transtorno obsessivo-compulsivo comórbido em transtornos alimentares: uma meta-análise da literatura	2020	Revista de Transtornos Afetivos
		Olsen e Sigvardsen	TOC e transtornos alimentares	2025	O Semanário para Médicos
		Macneil et. al	Prevalência vitalícia do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em homens com transtorno alimentar: uma meta-análise	2024	Revista de Estudos Masculinos
2	Ortorexia Nervosa	Atmaca e Durat	A relação entre tendências ortoréxicas, atitudes alimentares e sintomas obsessivo-compulsivos	2017	Revista de Ciências Humanas
		Cosh; Olson; Tully	Exploração da ortorexia nervosa e sobreposição diagnóstica com transtornos alimentares, anorexia nervosa e transtorno obsessivo-compulsivo	2023	Revista Internacional de Transtornos Alimentares
		Łucka et al.	Ortorexia nervosa - uma entidade clínica separada, parte do espectro de transtornos alimentares ou outra manifestação do transtorno obsessivo-compulsivo?	2019	Psiquiatria Polonesa
		Pontillo et al.	Ortorexia Nervosa, Transtornos Alimentares e Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Uma Revisão Seletiva dos Últimos Sete Anos	2022	Revista de Medicina Clínica
		Yilmaz et al.	Associação de tendências ortoréxicas com sintomas obsessivo-compulsivos, atitudes alimentares e exercícios	2020	Doença Neuropsiquiátrica e Tratamento
3	Relação dos Sintomas de TOC e TAs	Ay e Aytas	A relação entre atitudes alimentares e tolerância ao sofrimento em transtorno	2018	Arquivos de Psiquiatria Clínica

Grupo Tema		Autor	Título do Artigo	Ano de Publicação	Nome da Revista
4	Infância e Desenvolvimento	Bevione et al.	obsessivo-compulsivo Impulsividade cognitiva na anorexia nervosa em correlação com sintomas alimentares e obsessivos: uma comparação com controles saudáveis	2024	Nutrientes
		Kachani et al.	Checagem corporal e sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes ambulatoriais brasileiros com transtornos alimentares	2014	Transtorno Alimentar e de Peso
		Kinkel-Ram et al.	Examinando as relações semanais entre os sintomas obsessivo-compulsivos e os sintomas de transtorno alimentar	2021	Revista de Transtornos Afetivos
		Lee et al.	Transtorno obsessivo-compulsivo e fusão de pensamento-ação: relações com os resultados dos transtornos alimentares	2020	Comportamentos Alimentares
		Lewis et al.	Sintomatologia obsessivo-compulsiva em adolescentes do sexo feminino internadas com transtornos alimentares restritivos em comparação com transtornos de compulsão alimentar e purgação	2019	Revisão Europeia de Transtornos Alimentares
		Attar et al.	Associação entre maus-tratos na infância e transtorno obsessivo-compulsivo comórbido com transtornos alimentares: um estudo transversal	2024	Revista de Transtornos Alimentares
		Coelho et al.	Verificação corporal em transtornos alimentares pediátricos e transtornos obsessivo-compulsivos	2019	Revista de Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados
		Di Luzio et al.	Semelhanças e diferenças entre transtornos alimentares e transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência: uma revisão sistemática	2024	Fronteiras em Psiquiatria
		Giles et al.	Conexão entre traços de transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo na infância e sintomas de transtorno alimentar na idade adulta: uma abordagem de análise de rede	2022	Revisão Europeia de Transtornos Alimentares
		Schwarzlose	Seletividade alimentar na	2022	Revista de

Grupo	Tema	Autor	Título do Artigo	Ano de Publicação	Nome da Revista
		et al.	infância: associações com sintomas obsessivo-compulsivos		Psicologia Pediátrica
5	Relatos de Caso	Sarisakal e Yalçinkaya-Alkar	Transtornos alimentares e TOC: Formulação de caso	2020	Revista de Psicologia Clínica ESPELHO
		Tatay-Manteiga	Pica: transtorno do espectro obsessivo-compulsivo, depressão recorrente ou transtorno alimentar?	2020	Registros Espanhóis de Psiquiatria
6	Terapia Cognitiva Remediativa (CRT)	Van Passel et al.	Terapia de remediação cognitiva (TRC) como potencializadora do tratamento de transtornos alimentares e transtornos obsessivo-compulsivos: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado	2016	Psiquiatria BMC
		Van Passel et al.	Terapia de Remediação Cognitiva Não Melhora o Efeito do Tratamento no Transtorno Obsessivo-Compulsivo e na Anorexia Nervosa: Um Ensaio Clínico Randomizado	2020	Psicoterapia e Psicossomática
7	Exercício Compulsivo	Cosh et al.	Exploração da ortorexia nervosa e sobreposição diagnóstica com transtornos alimentares, anorexia nervosa e transtorno obsessivo-compulsivo	2023	Revista Internacional de Transtornos Alimentares
		Yang et al.	Relações entre traços de personalidade e transtornos alimentares entre mulheres chinesas praticantes de exercícios: o papel dos sintomas de dependência de exercícios e obsessivo-compulsividade	2022	Revista de Transtornos Alimentares
8	Adição Alimentar	Fedrigolli et al.	Relação entre transtorno de compulsão alimentar, TOC e dependência de comida	2021	Exame Médico
9	Perfeccionismo e sua relação com TAs e TOC	Bernert et al.	Transtorno alimentar e sintomas obsessivo-compulsivos em uma amostra de mulheres bulímicas: o perfeccionismo como fator mediador	2012	Personalidade e Diferenças Individuais
		Boisseau et al.	A relação entre tomada de decisão e perfeccionismo no transtorno obsessivo-compulsivo e nos transtornos alimentares	2013	Revista de Terapia Comportamental e Psiquiatria Experimental
		Claus et al.	Perfeccionismo como fator de risco para psicopatologia	2025	Terapia Cognitivo-Comportamental

Grupo Tema	Autor	Título do Artigo	Ano de Publicação	Nome da Revista
		em uma amostra comunitária de mulheres jovens: caminhos específicos do transtorno para transtornos alimentares ou sintomas obsessivo-compulsivos		
	Fekih-Romdhane et al.	Um exame multinacional da relação entre perfeccionismo e transtornos alimentares: o efeito indireto de crenças obsessivas e sintomas obsessivo-compulsivos	2024	Revista de Transtornos Alimentares
	Halmi et al.	A relação entre perfeccionismo, transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo e transtorno obsessivo-compulsivo em indivíduos com transtornos alimentares	2005	Revista Internacional de Transtornos Alimentares
	Kaczurkin et al.	A associação do transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático com o comprometimento relacionado à patologia alimentar	2021	Revista de Transtornos Obsessivo-Compulsivos e Relacionados
	Maia et al.	Perfeccionismo no transtorno obsessivo-compulsivo e nos transtornos alimentares	2009	Revista Brasileira de Psiquiatria
	Sassaroli et al.	Perfeccionismo na depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos alimentares	2008	Pesquisa e Terapia Comportamental
	Vanzhula et al.	Perfeccionismo e dificuldade em controlar pensamentos fazem a ponte entre os sintomas do transtorno alimentar e do transtorno obsessivo-compulsivo: uma análise de rede	2021	Revista de Transtornos Afetivos
	Williams e Levinson	Intolerância à incerteza e perfeccionismo desadaptativo como fatores de manutenção de transtornos alimentares e sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo	2020	Revisão Europeia de Transtornos Alimentares
	Yahghoubi et al.	Comparação do perfeccionismo e da dimensão positiva-negativa relacionada em pessoas com altos traços de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno alimentar	2015	Revista Iraniana de Psiquiatria e Ciências Comportamentais

Fonte: Elaborado pelo autor.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A citação de cada artigo traz de forma resumida o tema e o problema, a metodologia, os resultados da pesquisa, a discussão de como os autores os interpretaram e as suas conclusões.

5.1. Comorbidade de TOC e Transtornos Alimentares: O Papel do Perfeccionismo e da Evitação Patológica

Lodha (2019) traz que o TOC frequentemente coexiste com outras condições, como os TAs, que esses transtornos compartilham características comuns e muitas vezes coocorrem nos pacientes, com ambos compartilhando comportamentos obsessivos típicos. Indivíduos com TAs apresentam com frequência pensamentos obsessivos relacionados à comida e ao controle de calorias, assim como ritualísticas alimentares, como cortar alimentos de maneira simétrica, e ambos os transtornos utilizam comportamentos ritualísticos para reduzir a ansiedade. As semelhanças nos padrões comportamentais e nas obsessões relacionadas à alimentação e ao peso reforçam a ideia de que TAs podem evoluir como uma progressão do TOC, criando um ciclo vicioso entre os dois transtornos. Para indivíduos com comorbidade de TA e TOC, os alimentos são escolhidos pela sua cor, peso, forma e outros fatores, e frequentemente essas condições estão relacionadas com a tentativa de alcançar o perfeccionismo.

A conexão histórica entre o TOC e os TAs remonta a observações de características de personalidade comuns, como "neurose de compulsão", desde o início do século XX, em 1939. Estudos recentes têm identificado traços de perfeccionismo e neuroticismo como fatores compartilhados entre TOC e TAs, sugerindo que esses traços de personalidade podem contribuir para a coocorrência. Para ajudar a diferenciar o TOC dos TAs, é importante examinar os comportamentos específicos e as motivações por trás deles para um diagnóstico preciso. Pacientes com TAs geralmente alteram seus padrões alimentares devido a preocupações com a aparência física, já aqueles com TOC podem restringir a alimentação por razões diferentes, não necessariamente ligadas à imagem corporal. Quando um paciente apresenta sintomas de ambas as condições, é crucial identificar se os comportamentos são impulsionados por ambas as patologias simultaneamente. O tratamento recomendado geralmente envolve TCC, medicação antidepressiva e aconselhamento familiar, além de intervenções específicas para modificar rituais alimentares nos casos de TAs, visando aumentar a flexibilidade nas práticas alimentares e reduzir os elementos obsessivo-compulsivos (OC) (Lodha, 2019).

O artigo aborda o perfeccionismo como uma característica de personalidade frequentemente compartilhada entre o TOC e os TAs. Traços de perfeccionismo e neuroticismo são fatores comuns para a coocorrência desses transtornos. O perfeccionismo pode se manifestar em críticas excessivas a si mesmo e à pressão para atingir padrões irrealistas, presente em indivíduos com TOC e TAs. O perfeccionismo pode impulsionar, manter e agravar os sintomas de ambos os transtornos, o que pode ajudar os profissionais de saúde identificar comportamento e pensamento disfuncionais que necessitam de tratamento, com intervenções que diminuam as expectativas irreais e promovam autoaceitação.

A evitação patológica são comportamentos para evitar situações que possam levar à crítica, ao fracasso ou à ansiedade, o que é comum em quem têm traços perfeccionistas. O perfeccionismo pode impulsioná-los a evitarem situações que consideram desafiadoras ou que possam expô-los a falhas, levando a um ciclo de evitação agravando os sintomas de TOC e TAs. É uma estratégia maladaptativa para lidar com a ansiedade das expectativas perfeccionistas, resultando em comportamentos alimentares rígidos ou compulsivos, por exemplo, quando se evita certos alimentos ou situações sociais que não se alinham com seus padrões de perfeição. Compreender isso ajuda nas intervenções terapêuticas, focando em reduzir a evitação e encorajar a exposição de situações temidas de maneira controlada e gradual, quebrando assim o ciclo de perfeccionismo e evitação.

Mandelli et al. (2020) discutem que a alta comorbidade entre os TAs e o TOC é bem documentada e tem implicações significativas para os resultados clínicos e a permanência dos sintomas. As estimativas de comorbidade variam amplamente entre os estudos, o que dificulta a sua interpretação e aplicação clínica. Os autores visaram abordar essa variabilidade, com uma análise sistemática que considera vários fatores metodológicos e amostrais que podem influenciar as taxas relatadas de comorbidade, a fim de trazer melhores estimativas que possam ajudar na prática clínica e na formulação de intervenções em ambos transtornos. Foi realizada uma meta-análise focada na comorbidade entre o TOC e os TAs, com apenas artigos publicados após o DSM-IV que avaliavam amostras clínicas de pacientes com TAs, e considerou fatores como desenho do estudo (transversal versus longitudinal), idade média dos participantes, idade de início do transtorno e duração da doença.

A taxa de comorbidade de TOC em pacientes com TAs varia consideravelmente entre diferentes estudos, com uma cumulativa estimativa de 18,5% baseada em estudos transversais e 32,7% em estudos longitudinais, embora com alta heterogeneidade e evidências de viés de publicação significativa em ambos. A análise cruzada entre subtipos de TAs (como AN e BN) não teve diferenças significativas nas proporções de comorbidade de TOC, sugerindo uma suscetibilidade comum a todos os TAs. Porém, as estimativas de comorbidade aumentavam quando os estudos eram mais homogêneos, excluindo TAs não especificados. As diferenças nas taxas de comorbidade poderiam ser influenciadas pela duração e desenho do estudo, a amostra e critérios diagnósticos, necessitando de avaliação mais aprofundada das comorbidades em TAs e considerando a trajetória do transtorno nos diagnósticos e intervenções terapêuticas.

Assim, os autores refletem sobre a complexidade da relação entre TAs e TOC. Enfatizam a importância de uma avaliação cuidadosa de sintomas OC não relacionados a alimentos ou imagem corporal, para aprimorar a precisão diagnóstica e a eficácia do tratamento, uma vez que esses sintomas podem implicar em estratégias de tratamento diferentes. Há necessidade de mais pesquisas para identificar fatores de risco ou preditores que favoreçam essa comorbidade, o que poderia ajudar no reconhecimento de pacientes em risco e implementar intervenções sob medida (Mandelli et al., 2020).

A discussão sobre comportamentos repetitivos e inflexíveis relacionados ao TOC se alinha com características desse traço que podem estar no TOC e TAs. A compulsividade contribui para a perda de controle pessoal, incluindo comportamentos alimentares, que podem envolver padrões perfeccionistas. É sugerido uma avaliação cuidadosa de sintomas OC não diretamente relacionados à alimentação ou à imagem

corporal, e considerar aspectos de perfeccionismo e padrões de pensamento disfuncionais que podem influenciar ambos transtornos.

A evitação pode ser uma resposta comportamental para situações que possam ameaçar um ideal próprio ou padrões de comportamento e à busca por padrões elevados e controle excessivo. Além disso, a impulsividade com o perfeccionismo são fatores compartilhados que podem predispor indivíduos a TAs e TOC, e essa combinação pode levar a evitação. Preocupações excessivas com ordem, conformidade excessiva e rigidez são características comuns entre indivíduos com TOC e TAs, e podem se traduzir em comportamentos de evitação, já que perfeccionistas podem optar por não se expor a riscos que possam comprometer sua autoimagem ou seus padrões elevados.

Drakes et al. (2021) destacam que a comorbidade de TOC em indivíduos com TAs é uma questão clínica significativa, e que estudos anteriores demonstraram que essa coocorrência pode impactar negativamente o prognóstico e aumentar a gravidade dos sintomas. Os autores propõem que a prevalência do TOC é particularmente alta em populações de pacientes com TAs, especialmente em amostras de internação, e ressaltam a importância de entender os padrões de comorbidade e os fatores de risco associados, que podem aumentar ou diminuir o risco de TOC em indivíduos com TAs, como a idade de início do TA e o tipo de diagnóstico. O estudo teve como objetivo trazer uma estimativa meta-analítica da prevalência do TOC em indivíduos com diagnóstico primário de TA e identificar preditores de sua coocorrência, a fim de ampliar a compreensão do TOC em relação a diversos subtipos de TAs e informar práticas clínicas e estratégias de tratamento mais eficazes. Houve uma busca abrangente em bases de dados, com uma frase de pesquisa que incluiu palavras-chave relacionadas a TAs, TOC, comorbidade, prevalência e epidemiologia, complementada por referência de artigos relevantes e contato com especialistas. Os estudos deveriam ser observacionais (transversais ou longitudinais), utilizar entrevista semi-estruturada ou estruturada para diagnóstico de TOC e TAs, empregar critérios do DSM ou CID, incluir amostras de adolescentes ou adultos e relatar a prevalência de comorbidade de TOC.

A análise revelou que a prevalência da comorbidade de TOC entre indivíduos com TAs é significativamente alta, e sugere que a coocorrência de TOC é mais comum em amostras de pacientes com TAs do que na população geral. A prevalência do TOC variou consideravelmente entre o tipo de TA, com maior prevalência em indivíduos com AN do que com aqueles diagnosticados com BN e outros subtipos de TAs. As taxas de comorbidade também diferiram entre diferentes tipos de amostras (interna, ambulatorial e comunitária), indicando que o contexto de tratamento pode influenciar a presença de TOC em pacientes com TAs. Foi identificado fatores associados que podem aumentar ou diminuir o risco de TOC nos TAs, como idade de início do TA, IMC e qualidade do estudo, considerados preditores relevantes. Os resultados destacam a importância da triagem para TOC em populações de TAs, sugerindo que a presença de TOC pode agravar o quadro clínico e afetar negativamente o tratamento e a recuperação, dão base empírica para práticas clínicas e apoia a necessidade de tratamentos integrados dos TAs e TOC de forma simultânea (Drakes et al., 2021).

Traços como perfeccionismo, impulsividade e preocupação com erros são comuns entre indivíduos com TOC e TAs, o que podem explicar a alta comorbidade entre esses transtornos, especialmente em indivíduos com TA, que frequentemente apresentam comportamentos OC relacionados à alimentação e imagem corporal. O perfeccionismo

pode estar implicado em comportamentos que visam a redução da ansiedade e do desconforto emocional, o que está no centro das ações do TOC e TAs, e esse tipo de comportamento pode levar a padrões de evitação que são desadaptativos. O estudo sugere que sintomas específicos de perfeccionismo, como dúvida e autoavaliação negativa, funcionam como "sintomas ponte" entre comportamentos do TOC e TAs, e eles amplificam a consciência e a preocupação com a avaliação dos outros, intensificando comportamentos desadaptativos, como a evitação. O artigo indica que a dificuldade em controlar pensamentos é um dos principais sintomas que ligam o TOC e os TAs, com pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos como tentativas de lidar com pensamentos intrusivos e indesejados, sendo comum em ambas as condições, e a incapacidade de regular esses pensamentos contribui para a coocorrência dos sintomas dos dois transtornos e desses comportamentos desadaptativos. Os sujeitos que apresentavam níveis elevados de perfeccionismo seriam mais propensos a uma diminuição no funcionamento diário, como dificuldades sociais e emocionais, resultando em comportamento evasivo, isolamento e comprometimento funcional.

Macneil et al. (2024) destacam que, apesar da alta prevalência de TAs e TOC isoladamente, há escassez de pesquisas focadas na sua coocorrência em homens. As experiências de homens com TAs ainda são pouco compreendidas e subreportadas, o que pode prejudicar o acesso à avaliação, diagnóstico e tratamento adequado. Os autores ressaltam a importância de investigar a prevalência do TOC em homens com TAs, pois essa combinação pode indicar fatores etiológicos compartilhados ou influências específicas de gênero. O estudo preenche essa lacuna ao fornecer uma estimativa consolidada da prevalência de TOC em homens com TAs, sugerindo a necessidade de triagens rotineiras para melhorar o cuidado clínico e os desfechos para essa população. A busca foi feita em bancos de dados, referências de estudos relevantes e auxílio de um bibliotecário na busca, com combinações específicas de termos relacionados a TOC, TAs e homens. Os estudos deveriam reportar a prevalência de TOC em homens com TAs, sem restrição de idade ou localização geográfica. Considerou estudos de diferentes desenhos de pesquisa, incluindo ensaios clínicos, e seis estudos foram incluídos.

A prevalência de TOC em homens com TAs é significativa, embora os estudos tenham limitações devido ao número reduzido de pesquisas específicas. A prevalência foi estimada em aproximadamente 11%, de acordo com os estudos incluídos, considerando diferentes ferramentas diagnósticas e metodologias utilizadas nos estudos (como o SCID, Y-BOCS e MOCI). A análise revelou heterogeneidade entre os estudos, com variações nos métodos de avaliação, populações estudadas e critérios diagnósticos, como os instrumentos utilizados para diagnóstico, e os critérios de inclusão adotados. Os dados existentes sugerem uma ligação importante entre essas condições, reforçando a necessidade de avaliações rotineiras de TOC em homens com TAs para melhorar o entendimento e o tratamento dessas comorbidades. Embora essa prevalência seja uma estimativa mais precisa devido ao uso de ferramentas diagnósticas padronizadas, ainda há uma ampla faixa na previsão de futuros estudos, variando de cerca de 0,78% a 55%. Essas descobertas reforçam a necessidade de avaliações sistemáticas de TOC em homens com TAs, devido às implicações clínicas, incluindo o impacto na severidade do transtorno, no prognóstico e nas estratégias de tratamento. É importante investigar as especificidades de populações subrepresentadas, como homens trans, minorias sexuais e atletas masculinos, para melhor entendimento e cuidado com esses grupos. Também é necessário mais estudos longitudinais para determinar as relações temporais e os mecanismos etiológicos dessas condições coexistentes (Macneil et al., 2024).

Em estudos clínicos, especialmente nos homens, o perfeccionismo pode se manifestar como uma busca pela impecabilidade, controle rigoroso e padrões elevados, fatores que estão associados às obsessões do TOC e às atitudes rígidas e perfeccionistas em relação à alimentação e imagem corporal nos TAs. Homens podem experimentar esses traços de forma diferente devido às diferenças culturais, sociais e de gênero, o que pode influenciar a manifestação do perfeccionismo e, conseqüentemente, a manutenção da comorbidade. Por exemplo, eles podem tender a disfarçar seus sintomas ou resistir a procurar ajuda por questões relacionadas ao perfeccionismo, dificultando a compreensão da sua influência nessas condições. Desse modo, o perfeccionismo atua como um fator potencialmente perpetuador e mediador na coexistência de TOC e TAs na população masculina, embora estudos específicos ainda sejam necessários para compreender suas nuances e intervenções mais eficazes.

O artigo sugere que a evitação desadaptativa contribui para o agravamento dos sintomas, dificultando o avanço na terapia e reforçando a rigidez cognitiva, o que ajuda entender a resistência ao tratamento nesses transtornos, especialmente nos homens, pois o perfeccionismo e a evitação patológica podem ser barreiras no enfrentamento de pensamentos, emoções e comportamentos, reforçando o ciclo vicioso de sintomas. A tendência dos homens de resistir ou evitar buscar ajuda pode estar relacionada ao perfeccionismo, que muitas vezes está associado a um padrão de autoexigência, controle excessivo e vergonha de admitir vulnerabilidades. Homens com traços de perfeccionismo podem interpretar a busca por ajuda como fraqueza ou falha, levando a evitação, reflexo de suas dificuldades em manter uma imagem de competência e autossuficiência. Na tentativa de manter esse ideal de perfeição e controle, eles evitam situações que possam expor vulnerabilidades percebidas por eles como humilhantes ou degradantes. Muitos homens podem internalizar esse padrão, dificultando sua disposição de procurar avaliação ou tratamento, o que perpetua o quadro clínico e impede intervenções precoces e eficazes. Assim, o perfeccionismo pode atuar não apenas como fator de manutenção dos transtornos, mas como barreira interna que reforça a resistência em buscar ajuda, contribuindo para maior isolamento e piora do quadro clínico nos homens. Estratégias que abordem esses aspectos de perfeccionismo e vergonha podem ser cruciais para o acesso à assistência e melhor tratamento.

Olsen e Sigvardsen (2025) apresentam uma visão geral da comorbidade entre TOC e TAs e ressaltam que essas duas condições compartilham semelhanças epidemiológicas e psicopatológicas significativas, o que pode levar a desafios diagnósticos e atraso no tratamento. Há uma alta prevalência de TOC comórbido entre pacientes com TAs e vice-versa, indicando que eles podem representar diferentes manifestações de um transtorno subjacente. Os autores reforçam a necessidade de compreender as sobreposições entre os dois transtornos para melhor diagnóstico e tratamento, e sugerem que podem haver fatores biológicos e genéticos contribuindo para essa comorbidade, mas que mais pesquisas são necessárias para explorar melhor essas conexões. Assim, a revisão de literatura focou em diferentes aspectos dos TOC e TAs, sendo analisados artigos de pesquisa e meta-análises para identificar e comparar dados epidemiológicos, semelhanças psicopatológicas, mecanismos biológicos e abordagens de tratamento de ambos transtornos, com avaliação de estudos relevantes que abordam comorbidade, com a prevalência de TOC em relação a TAs e vice-versa. Além disso, destacou-se a identificação de sintomatologias específicas e fatores genéticos que podem ser comuns em ambas as condições, a fim de esclarecer a natureza complexa da relação entre TOC e TAs e fornecer insights sobre implicações clínicas para diagnóstico e tratamento.

Os resultados mostram uma comorbidade significativa entre TOC e TAs, com a prevalência ao longo da vida de TOC entre pacientes com AN estimada em 20-50%, e a de AN entre pacientes com TOC entre 5-10%, o que indica que pacientes que sofrem de uma dessas condições também correm alto risco de desenvolver a outra. O TOC e os TAs compartilham uma série de semelhanças psicopatológicas, como obsessões e compulsões que geralmente visam regular a ansiedade. Foi observado que obsessões relacionadas a TAs podem muitas vezes assumir uma natureza semelhante às obsessões observadas no TOC, dificultando o diagnóstico correto de ambas as condições. Ressaltou-se que fatores genéticos, ambientais e biológicos podem contribuir para o desenvolvimento de ambos os transtornos e a ligação entre eles, incluindo uma possível base comum nos sistemas de serotonina e glutamato. Há também indícios de que traços de personalidade como perfeccionismo e impulsividade podem predispor indivíduos ao TOC e TAs e atuar no desenvolvimento de ambas as condições. Essas descobertas enfatizam a importância do diagnóstico correto e da diferenciação entre os dois transtornos para o tratamento adequado. As duas condições frequentemente apresentam sintomatologia sobreposta, o que pode levar a desafios diagnósticos e que há um grau significativo de comorbidade entre TOC e TAs, sugerindo que eles podem ser manifestações diferentes de um transtorno comum subjacente. O conteúdo dos sintomas é diferente: as obsessões no TOC geralmente se relacionam com dúvidas, limpeza e medo de doenças, e nos TAs se concentram mais em comida, peso e imagem corporal. Porém, pacientes com TAs podem apresentar sintomas OC semelhantes aos do TOC e, inversamente, pessoas com TOC podem ter comportamentos alimentares disfuncionais, o que dificulta a diferenciação clara entre os transtornos. É importante estar consciente das nuances da sintomatologia para evitar comorbidades negligenciadas e garantir o tratamento adequado, com mais pesquisas para esclarecer as ligações biológicas e genéticas entre os dois distúrbios (Olsen e Sigvardsen, 2025).

O perfeccionismo pode ter papel central em como os sintomas se manifestam, já que pacientes com TOC e TAs podem tender a preferir recompensas e alívio de curto prazo em vez de metas de longo prazo, principalmente entre pacientes com TAs, nos quais padrões alimentares rigorosos são frequentemente motivados por uma preocupação com o peso e a imagem corporal. Além disso, o perfeccionismo é um elemento-chave na estrutura motivacional do paciente, podendo influenciar sua tomada de decisão e padrões de comportamento, o que muitas vezes compromete o bem-estar a longo prazo. O artigo não se concentra no perfeccionismo e na evitação desadaptativa, mas sugere esses conceitos como parte dos fatores psicológicos que podem predispor os indivíduos ao TOC e aos TAs. A discussão de traços de personalidade como o perfeccionismo serve mais para ilustrar alguns fatores subjacentes que podem contribuir para o desenvolvimento dos sintomas, em vez de focar especificamente nessas questões, percepção essa observada na maioria dos estudos discutidos, o que traz maior relevância para este trabalho proposto, ao buscar debater de forma mais específica esses aspectos do perfeccionismo e evitação patológica na comorbidade do TOC com TAs.

5.2. A Ortorexia Nervosa no Espectro da Comorbidade: Perfeccionismo e o Ciclo de Evitação em Transtornos Alimentares e TOC

Atmaca e Durat (2017) enfatizam a necessidade de entender as tendências ortoréxicas em diferentes populações, suas relações com TAs, sintomas obsessivos e fatores psicossociais, para ampliar o conhecimento nesta área emergente. Os dados da amostra de

adultos, inscritos em centros de saúde, sem diagnóstico de transtornos, foram coletados por meio de um formulário de entrevista desenvolvido pelos pesquisadores com instrumentos padronizados: o teste ORTO-15, o Teste de Atitudes Alimentares (EAT) e o Inventário Obsessivo-Compulsivo de Maudsley (MOCI). A ORTO-15 é um questionário que avalia tendências ortoréxicas, onde pontuações mais baixas indicam maior tendência à ortorexia. O EAT testa a atitude em relação à alimentação, com pontuações elevadas sugerindo distúrbios na atitude alimentar. E por fim o MOCI que avalia sintomas OC, com pontuações mais altas indicando maior severidade dos sintomas. A amostra do estudo foi composta de 56,1% de mulheres e 43,9% de homens.

Os escores do ORTO-15 indicaram que homens apresentaram uma tendência ortoréxica significativamente maior do que as mulheres, sem relação estatisticamente significativa entre a idade e a tendência ortoréxica em ambos os gêneros, podendo indicar que fatores culturais ou pessoais têm maior impacto do que a idade, e sem diferenças significativas nos escores de ORTO-15 de acordo com o estado civil ou o IMC, sugerindo que a obsessão por uma alimentação "pura" não está necessariamente relacionada ao peso corporal, reforçando a ideia de que a ON pode surgir independentemente do status de peso. Foi observada uma correlação negativa fraca entre a pontuação do ORTO-15 e a expectativa de peso ideal, indicando que indivíduos com maior tendência ortoréxica tendem a desejar um peso mais baixo, e também entre o ORTO-15 e o EAT, sugerindo que maior tendência ortoréxica está associada a atitudes alimentares mais patológicas, mas de forma moderada. Os traços de personalidade como perfeccionismo e rigidez, podem estar associados às tendências ortoréxicas, especialmente em mulheres, onde há maior relação com características obsessivas. Os autores enfatizam a necessidade de mais pesquisas para compreender melhor essa condição, já que ela ainda não está clara dentro dos critérios diagnósticos, e a importância de entender os fatores de personalidade e culturais que contribuem para a ON (Atmaca e Durat, 2017).

As tendências ortoréxicas estão associadas a traços de personalidade, especificamente ao perfeccionismo e à rigidez. Sugere-se que indivíduos com comportamentos ortoréxicos tendem a apresentar características perfeccionistas, o que indica que essa obsessão pela alimentação considerada saudável pode estar relacionada a uma busca por controle, equilíbrio e perfeição. Os resultados encontrados, principalmente a associação de características perfeccionistas e rígidas com as tendências ortoréxicas, ajudam a compreender que o perfeccionismo pode ser um fator de risco ou um componente central nesses transtornos, reforçando a hipótese de que o perfeccionismo pode influenciar o desenvolvimento de comportamentos obsessivos relacionados à alimentação e a necessidade de avaliar traços perfeccionistas em indivíduos com tendências ortoréxicas, ajudando na compreensão de sua etiologia e nos possíveis caminhos de intervenção, já que o perfeccionismo pode atuar como uma variável que mantém ou agrava o quadro clínico. Ao discutir as características de personalidades rígidas e perfeccionistas associadas às tendências ortoréxicas, pode-se inferir que o perfeccionismo pode contribuir para mecanismos de evitação patológica, como a tentativa de controlar ao máximo a alimentação e evitar qualquer risco percebido de contaminação ou "falha". Esse controle extremo, característico do perfeccionismo, pode levar à evitação de experiências, alimentos ou situações que possam desviar do padrão idealizado, uma forma de evitação comportamental muitas vezes associada ao TOC.

Llucka et al. (2019) investigaram a prevalência da ON entre adolescentes e jovens adultos e a sua classificação como condição clínica independente, parte do espectro dos

TAs ou como uma manifestação de transtornos OC. Os dados dos participantes foram coletados por meio de um questionário próprio e também três questionários diagnósticos: o ORTO-15, que mede a preocupação com a alimentação saudável, o EAT-26, que avalia atitudes alimentares, e o MOCI que examina sintomas OC.

Foi observado que 27% dos participantes apresentaram risco para a condição. Indivíduos com risco de ON apresentaram um IMC significativamente mais alto e escores significativamente mais altos no EAT-26, apontando uma associação com TAs. No MOCI, não houve correlações significativas entre os níveis de tendências OC e o risco de ON, exceto para a subescala de “verificação”, o que sugere que a ON pode ser uma questão mais ligada a TAs do que a tendências OC, com os dados indicando que há uma relação significativa entre a ON e os TAs. A ON, embora um fenômeno crescente, ainda carece de um consenso claro sobre sua definição e diagnóstico e que, apesar de ser frequentemente associada a TAs e à busca por uma alimentação saudável, não é considerada uma entidade clínica separada ou parte do espectro de transtornos OC, mas atende aos critérios do espectro de TAs. Os dados foram comparados com estudos anteriores, que haviam variações significativas na prevalência de ortorexia, sugerindo que os resultados podem depender da população e dos critérios diagnósticos. O estudo evidenciou um risco maior de ON entre adolescentes e jovens adultos, especialmente entre os que já apresentavam riscos de TAs, com a possibilidade de que aqueles com risco de TAs tivessem mais de cinco vezes mais chance de desenvolver ON. Os achados reforçam a necessidade de maior atenção e pesquisa sobre a ON e seu impacto em populações vulneráveis, como adolescentes e jovens adultos, além de considerar fatores sociais e demográficos em estudos futuros (Lucka et al., 2019).

O artigo indica uma relação entre a ON e o perfeccionismo, sugerindo que indivíduos com ON muitas vezes têm traços de perfeccionismo, se manifestando em como abordam a alimentação e a saúde. A busca por uma dieta perfeita e a obsessão por alimentos considerados "saudáveis" são comportamentos que se alinham com características perfeccionistas. Esses indivíduos tendem a ter altas expectativas em si mesmos, levando a constante insatisfação se não atingem os padrões que estabeleceram. Os resultados do estudo indicaram uma significativa prevalência de ON em participantes com também traços de perfeccionismo, refletido nos escores elevados do EAT-26, o que sugere que os seus padrões elevados sobre o que é uma alimentação "saudável" são influenciados por questões de perfeccionismo, contribuindo para a necessidade de controle sobre a dieta. Esses achados sugerem que o perfeccionismo pode ser um fator subjacente importante para comportamentos alimentares restritivos e obsessivos, observados em TAs e ortorexia, e compreender esse vínculo pode ajudar a desenvolver intervenções que abordem tanto os comportamentos alimentares quanto as questões de perfeccionismo, promovendo uma abordagem mais holística no tratamento de TAs e similares, como a ON.

O perfeccionismo pode levar a comportamentos de evitação, onde os indivíduos evitam certas situações ou alimentos que não se alinham com seus padrões rígidos de saúde e nutrição. Essa evitação está ligada à necessidade de manter um ideal de dieta perfeita, e qualquer "transgressão" pode ser percebida como uma falha pessoal. A evitação patológica é uma forma de lidar com a ansiedade e a insegurança associadas à alimentação. Indivíduos com traços perfeccionistas muitas vezes podem evitar não apenas alimentos que consideram não saudáveis, mas também situações sociais em que há risco de perder o controle sobre sua alimentação ou comprometer seus padrões de

"saudabilidade", resultando em isolamento social e deterioração das relações interpessoais, uma vez que eles tendem a focar nas suas necessidades alimentares. Os resultados encontrados mostraram que os participantes com risco de ON tendiam restringir suas interações sociais em função de suas preocupações com a alimentação. Essa evitação não apenas agrava o transtorno, mas contribui para a impressão de que a alimentação saudável é uma prioridade tão elevada ao ponto de se negligenciar relacionamentos e outras atividades do cotidiano. Portanto, o perfeccionismo pode contribuir para a ON e manter comportamentos de evitação patológica.

Yilmaz et al. (2020) destacam que indivíduos com tendências ortoréxicas frequentemente apresentam alto nível de atividade física e comportamentos de controle alimentar. Estudos anteriores apresentaram resultados conflitantes sobre a relação entre ortorexia e fatores como idade, gênero, nível de escolaridade e IMC, além de associá-la com perfeccionismo, traços OC, psicopatologia e hábitos alimentares irregulares. Os autores investigaram essas associações, especialmente a relação entre ON e sintomas OC, atitudes alimentares e características sociodemográficas, para melhor compreensão da sua posição dentro ou fora do espectro dos TAs ou OC. O estudo envolveu a inclusão de três grupos de participantes: com TOC, voluntários saudáveis que praticavam exercícios físicos regularmente e voluntários saudáveis que não praticavam. Houve entrevistas individuais e aplicação de instrumentos padronizados: Y-BOCS, para avaliar os sintomas OC, escala ORTO-11, para tendências ortoréxicas, o EAT, a Escala de Ansiedade de Hamilton e a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do DSM-5 (SCID-5 CV) para identificar diagnósticos psiquiátricos. O grupo de pacientes com TOC também respondeu ao formulário específico para a condição.

Em relação às atitudes alimentares, ambos os grupos com risco de TAs apresentaram pontuações mais altas na escala EAT-40 do que os controles saudáveis que não praticavam exercícios. Os sintomas de ON, medidos pela escala ORTO-11, foram significativamente mais elevados no grupo de controles saudáveis que praticavam exercícios regularmente do que nos outros grupos, indicando que a ON apresenta maior prevalência entre indivíduos saudáveis que fazem exercícios regularmente. Observou-se uma correlação positiva entre as pontuações de ON e atitudes alimentares disfuncionais, especialmente no grupo de controles ativos. Os achados reforçam que a ON está mais relacionada a comportamentos de busca por alimentação saudável e atividades físicas do que ao espectro OC clássico, como em pacientes com TOC. A maior tendência de ON entre indivíduos que praticam atividade física regular sugere que o exercício pode estar associado ao desenvolvimento de comportamentos obsessivos relacionados à saúde. Os resultados apoiam a ideia de que a ON compartilha características com TAs, como perfeccionismo e preocupação excessiva com a saúde, ao contrário do TOC, que tem fatores distintos. Os autores ressaltam que a forte relação entre atitudes alimentares disfuncionais e tendências de ON reforça a necessidade de reconhecer a ON como um fenômeno mais próximo dos TAs do que do espectro OC (Yilmaz et al., 2020).

O artigo indica que o perfeccionismo é comum na ON e nos TAs, associado a uma busca rigorosa por padrões de saúde e controle sobre a alimentação, que contribui para comportamentos obsessivos relacionados à alimentação e exercício físico e sua manutenção, refletindo uma necessidade de perfeição e autocontrole elevado. Os resultados indicam que há uma relação significativa entre o aumento das tendências ortoréxicas, a prática regular de exercícios físicos e atitudes alimentares disfuncionais, sugerindo que o perfeccionismo pode se manifestar na busca pela perfeição na

alimentação e na necessidade de controle total através do exercício físico. Indivíduos que praticam atividades físicas regularmente têm maior tendência à ortorexia, especialmente quando suas atitudes alimentares deterioram, o que reforça a ideia de que o perfeccionismo pode levar a comportamentos rígidos e compulsivos voltados à saúde, a fim de atingir padrões elevados de controle e pureza em relação à alimentação e ao corpo. A combinação de atitudes perfeccionistas, obsessões por controle e comportamentos compulsivos, como o exercício excessivo, parece alimentar o ciclo de rigidez e disfunção, reforçando a manutenção e eventual agravamento do transtorno.

Nesse estudo, exercícios físicos regulares e atitudes alimentares disfuncionais podem estar ligados a uma forma de evitação patológica, na qual os indivíduos buscam controlar ou evitar emoções negativas, ansiedade ou percepções de falha, por meio de comportamentos compulsivos. Por exemplo, ao aderir rigidamente à alimentação "pura" ou ao exercício intenso, o indivíduo evita confrontar emoções internas desconfortáveis, como ansiedade ou baixa autoestima, ou sentimentos de perda de controle, sendo uma estratégia de enfrentamento mal adaptativa para evitar o temor ou ansiedade relacionados ao corpo, à saúde ou à autoimagem e reforça o ciclo de perfeccionismo e compulsividade, tornando-se uma barreira ao progresso terapêutico, pois o indivíduo se prende à rotina rígida como uma forma de escapar de conflitos emocionais internos.

Pontillo et al. (2022) trazem a questão sobre a ON ter provocado um crescente interesse acadêmico, especialmente em sua relação com TAs e TOC. Assim, eles buscaram sintetizar as evidências recentes sobre a significância clínica da ON e explorar sua interrelação com TAs e TOC. Buscou-se em várias bases de dados utilizando uma combinação de termos que abrange ON, TAs, TOC e transtornos mentais, e então 10 estudos relevantes foram incluídos em uma revisão.

Os resultados indicaram uma prevalência notável de comportamentos ortoréxicos em amostras de várias populações, com uma proporção significativa de indivíduos exibindo esses comportamentos. Estudos sugerem que a ON pode se apresentar como um transtorno de alimentação completo de acordo com os critérios do DSM-5, enquanto outros argumentam que a ON e os TAs podem coocorrer. A revisão destacou que a ON possui características que se sobrepõem aos TAs e ao TOC, com sujeitos que demonstram tendências ortoréxicas também apresentando comportamentos e pensamentos obsessivos em relação à alimentação saudável. Os autores abordaram as implicações clínicas da ON e a sua relação com TAs e TOC, enfatizando que existe um debate contínuo se a ON deve ser considerada um distúrbio mental ou um fenômeno de estilo de vida. Eles argumentam que, embora a ON e os TAs compartilhem algumas características, como padrões de alimentação restritos e preocupações com a saúde, a motivação por trás desses comportamentos pode diferir significativamente. Enquanto indivíduos com ON focam na qualidade dos alimentos e na saúde, os pacientes com TAs frequentemente se concentram na quantidade de alimentos e na perda de peso. É necessária maior pesquisa longitudinal para entender o curso clínico da ON, sendo que a evidência atual sobre sua significância clínica e suas relações com outros transtornos psiquiátricos é ainda complexa e inconclusiva (Pontillo et al., 2022).

Altos níveis de perfeccionismo, incluindo perfeccionismo auto-orientado, orientado para os outros e socialmente prescrito, estão associados a tendências ortoréxicas e à maneira como os indivíduos abordam a alimentação, a saúde e a aparência, sendo o perfeccionismo um preditor significativo de ON. O estudo sugere que a busca por

padrões perfeitos em comportamentos alimentares pode levar a ON. A evitação em ON é diferenciada da atenuação da ansiedade observada em transtornos OC (TOC), onde os rituais são frequentemente utilizados para reduzir a ansiedade. No caso da ON, a relação com a alimentação pode ser percebida como condizente com a autoimagem ideal do indivíduo, tornando-se uma parte integral de sua identidade, e não apenas uma atividade para o alívio da angústia. O perfeccionismo pode intensificar o medo de ser julgado por outros, especialmente em contextos sociais que envolvem comida, e assim, para evitar esse julgamento, as pessoas podem optar por não participar dessas situações, resultando em isolamento e evitação de interações essenciais para a vida social e emocional.

A dúvida que acompanha o perfeccionismo pode levar à evitação patológica. Indivíduos perfeccionistas frequentemente enfrentam dificuldades em tomar decisões, especialmente em relação à alimentação. A constante preocupação com a escolha de alimentos "perfeitos" pode levar a uma paralisia decisória, onde a pessoa evita situações alimentares por medo de não conseguir fazer a escolha ideal. Em situações sociais que envolvem comida, a dúvida sobre quais alimentos são aceitáveis pode levar a um alto nível de estresse e ansiedade. Para evitar essa ansiedade, a pessoa pode optar por não participar de refeições, resultando em evitação patológica. Por exemplo, se alguém não tem certeza se um alimento é "saudável", pode optar por evitá-lo completamente para não correr o risco de "quebrar" suas regras alimentares autoimpostas.

Cosh; Olson; Tully (2023) abordam que a ON é reconhecida por se sobrepor teoricamente a TAs, especialmente à AN, além de ter conexões com o TOC. Eles pretendiam explorar mais a fundo a ON e suas inter-relações com TAs, AN e TOC, avaliando a capacidade de diferentes medidas de ON em detectar sintomas diagnósticos de TA, AN e TOC. Muitos estudos anteriores utilizaram instrumentações com limitações psicométricas, como a ORTO-15, dificultando a compreensão precisa da ON e suas distinções em relação a saudável ortorexia, que é a preocupação com a alimentação saudável que não causa prejuízo ou angústia. Os indivíduos foram recrutados por meio de grupos de apoio relacionados a TAs, dietas e saúde mental, e foram avaliados com instrumentos que mediam sintomas de ON e outros transtornos: Inventário de Ortorexia Nervosa (ONI) e Questionário de Hábitos Alimentares (EHQ) para avaliar sintomas de ON (incluindo subescalas de ortorexia nervosa e saudável); Questionário de Exame para Transtornos Alimentares (EDE-Q) para determinar sintomas de TAs e especificamente AN, e Inventário Obsessivo-Compulsivo Revisado (OCI-R) para avaliar sintomas de TOC e pensamentos obsessivos. Análises foram realizadas para verificar a capacidade preditiva dos sintomas de ON na detecção de sintomas de TAs, AN e TOC. Buscou-se avaliar a eficácia das medidas de ON em identificar sintomas de transtornos relacionados, explorar as intersecções entre estas condições e a validade da distinção entre ON e ortorexia saudável.

A ONI e a subescala de ON do EHQ, demonstraram boa capacidade preditiva para detectar sintomas de TAs e AN. A sensibilidade desses instrumentos foi alta na identificação de casos prováveis de AN, e a sua capacidade de detectar sintomas de TOC foi mais limitada, ou seja, os instrumentos utilizados para medir ON foram mais eficazes em prever sintomas de TAs, especialmente a AN, do que em identificar sintomas de TOC, o que sugere que, atualmente, a ON pode estar mais próxima dos TAs em suas manifestações do que do TOC. Já a subescala de ortorexia saudável do EHQ mostrou-se inadequada e ineficaz, indicando sua baixa capacidade de detectar sintomas emocionais ou comportamentais relacionados, reforçando a ideia de que a

ortorexia saudável deve ser considerada como um constructo distinto e não patológico, embora possa haver uma sobreposição moderada com sintomas de AN. Os resultados sugerem que a ON, como é hoje operacionalizada, está mais relacionada aos TAs, especialmente à AN, do que ao TOC e evidencia-se a necessidade de manter a ortorexia saudável como uma composição distinta da ON. As conclusões apontam para a potencial necessidade de tratamentos direcionados aos TAs também serem aplicáveis à ON. Os autores realçam a importância de mais investigações sobre as ferramentas de avaliação de ON, a fim de melhor orientá-las e compreender sua relação com os TAs, com a necessidade de desenvolvimento mais robusto dos critérios diagnósticos de ON, e a potencial relevância de intervenções terapêuticas voltadas para TAs, que possam ser aplicadas também aos indivíduos com ON (Cosh; Olson; Tully, 2023).

A ON, assim como a AN, é caracterizada por dietas restritivas e sentimentos de culpa em relação a transgressões alimentares, que são frequentemente exacerbados por padrões perfeccionistas. O estudo sugere que tanto a ON quanto a AN compartilham características comuns de perfeccionismo, incluindo a busca pela perfeição nas escolhas alimentares e um desejo intenso de controle sobre o comportamento alimentar. O perfeccionismo pode gerar um ciclo de comportamento disfuncional, onde o sujeito se torna excessivamente crítico consigo mesmo, levando a restrições alimentares mais severas e aumentando a angústia emocional. Essa compreensão é crucial, pois pode guiar intervenções terapêuticas que abordem os comportamentos alimentares e as crenças subjacentes que alimentam o perfeccionismo. A necessidade de evitar qualquer situação que ameace o ideal de perfeição leva a uma maior restrição alimentar e, conseqüentemente, a desnutrição e problemas psicossociais.

5.3. A Fuga do Ideal: Perfeccionismo e Evitação Patológica na Dinâmica dos Sintomas de TOC e Transtornos Alimentares

Kachani et al. (2014) enfatizam que, apesar da literatura que conecta TAs e TOC, há escassez de estudos focados na verificação corporal como uma manifestação de sintomas OC e eles propuseram avaliar essa associação em uma população brasileira, que incluiu mulheres ambulatoriais diagnosticadas com AN e BN. Elas completaram o questionário Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS), utilizado para avaliar sintomas OC, incluindo obsessões e compulsões, com foco específico em obsessões somáticas relacionadas ao corpo e rituais alimentares, e o Body Checking and Avoidance Questionnaire (BCAQ), questionário que mede a presença e a gravidade dos comportamentos de verificação corporal e de evitação em partes específicas do corpo.

Embora o grupo com BN tenha apresentado maior prevalência de sintomas OC, esses sintomas não estavam significativamente associados à verificação corporal. Já as pacientes com AN relataram que as obsessões relacionadas a partes do corpo (obsessões somáticas) e as compulsões relacionadas a rituais alimentares estavam significativamente associadas à verificação corporal, o que implica que o comportamento de verificação é um aspecto crítico que deve ser abordado no tratamento de pacientes com AN, já que pode estar ligado a maior predição de sintomas obsessivos. Destacou-se a importância de tratar o comportamento de verificação corporal, especialmente nas pacientes com AN. Os autores sugerem estudos futuros, que incluiriam populações de AN com diferentes características, como aquelas com comportamentos restritivos ou de purgação, para entender melhor a relação entre os

sintomas obsessivos e os comportamentos de verificação. Esses pontos ressaltam a complexidade das interações entre TAs e sintomas OC (Kachani et al., 2014).

O estudo indica que traços de personalidade, como o perfeccionismo e a neuroticidade, são fatores de risco para o desenvolvimento e a manutenção de TAs e podem estar relacionadas com sintomas obsessivos, como os que ocorrem em pacientes com TOC e TAs, especialmente na AN que envolve jejum e purgação. O artigo sugere que traços de perfeccionismo e neuroticismo pode aumentar o risco de desenvolvimento de sintomas OC, que, por sua vez, estão frequentemente ligados a comportamentos de verificação corporal e a preocupações excessivas com peso e forma do corpo. O estudo traz que pacientes com TAs frequentemente engajam em comportamentos ritualizados além da verificação do corpo, mas também rituais relacionados à alimentação, que podem ser exacerbados por padrões de pensamento perfeccionistas que exigem controle rígido sobre a alimentação e a imagem corporal, levando a uma maior evitação de situações que podem desafiar essas normas internas.

Pacientes que apresentam altos níveis de perfeccionismo tendem a definir padrões irrealisticamente elevados para si, o que pode levar à insatisfação corporal e comportamentos alimentares disfuncionais, e essa insatisfação muitas vezes resulta em evitação até mesmo de atividades físicas, intensificando o ciclo de restrição e controle. Ao evitar situações que possam resultar em descontentamento corporal, os indivíduos podem momentaneamente se sentir aliviados da ansiedade, mas além de temporário, reforça a evitação como estratégia de enfrentamento, o que, a longo prazo, agrava os sintomas do TA. A associação do perfeccionismo com sintomas OC sugere a presença de um ciclo vicioso de sintomas, onde a preocupação intensa com a imagem corporal e a alimentação se traduz em comportamentos compulsivos, como a verificação corporal, que pode ser um método de "checagem" para garantir que o indivíduo está atendendo a padrões que, na realidade, são inatingíveis. Tratamentos de reestruturação cognitiva e que ajudam os pacientes a desafiar e redefinir suas crenças sobre perfeição e imagem corporal podem ser mais eficazes, e intervenções que promovem a exposição gradual a situações evitadas podem ajudar a romper o ciclo de evitação e ansiedade. O reconhecimento do papel do perfeccionismo e da evitação patológica permite que os profissionais de saúde e os pacientes se concentrem em estratégias que visam desfazer os padrões de pensamento rígidos, levando a uma maior flexibilidade e aceitação, em vez de um conflito constante contra padrões inatingíveis, que podem estar por trás da gravidade e duração dos TAs.

Ay e Aytas (2018) trazem que as atitudes alimentares entre pacientes com TOC tendem a serem mais disfuncionais ou irregulares, o que podem refletir em comportamentos compulsivos e a necessidade de controle, frequentemente associados a esse transtorno. Eles focam na tolerância ao estresse ou sofrimento como um fator que pode influenciar como os sujeitos lidam com emoções e situações difíceis. A baixa tolerância ao estresse pode estar ligada a comportamentos alimentares inadequados, com implicações para a saúde mental e bem-estar. O objetivo principal foi investigar as atitudes alimentares em pacientes com TOC e a relação com a capacidade de tolerar o sofrimento em comparação com um grupo controle de indivíduos saudáveis, investigando a interação entre TOC, atitudes alimentares e tolerância ao estresse. Os dados foram coletados utilizando o Inventário de Pádua (PI), que avalia sintomas OC, EAT-26, que examina atitudes alimentares e a presença de comportamentos de risco de TAs, Escala de Tolerância ao Sofrimento (DTS), que mede a capacidade de se tolerar e lidar com o

estresse emocional, e o BDI, que avalia sintomas de depressão, permitindo analisar a interação entre depressão e TOC. Os pacientes foram subdivididos em dois subgrupos com base nos resultados do EAT-26 ($EAT-26 < 30$ e $EAT-26 \geq 30$) para permitir uma análise mais detalhada das diferenças nas atitudes alimentares e tolerância ao estresse.

Houve diferenças significativas entre pacientes com TOC e o grupo controle saudável nas atitudes alimentares e sintomas depressivos. Pacientes com TOC apresentaram pontuações significativamente mais altas no EAT-26 e no BDI, indicando mais sintomas depressivos e que as atitudes alimentares irregulares podem estar associadas a um estado mental mais frágil, agravando a situação desses pacientes, e a correlação entre as pontuações do BDI e do EAT-26 destaca essa conexão. Já na tolerância ao sofrimento, os pacientes com TOC tiveram uma pontuação total significativamente menor na DTS, indicando menor capacidade de tolerar estresse, assim como nas pontuações das subescalas de tolerância, regulação e autoeficácia do DTS, o que sugere que eles podem ter mais dificuldade em lidar com emoções negativas, contribuindo para comportamentos alimentares disfuncionais. Entre aqueles com pontuação no $EAT-26 \geq 30$ (indicando atitudes alimentares mais disfuncionais), as pontuações totais do PI e as subescalas de ruminação e impulsos foram significativamente mais altas. Eles tinham maiores escores em obsessões e compulsões e menor tolerância ao estresse, apoiando a ideia de relação entre a desregulação emocional e comportamentos alimentares. As pontuações totais do DTS e suas subescalas também estavam significativamente mais baixas neste grupo (DTS total; tolerância; regulação; autoeficácia).

Observou-se uma correlação negativa forte entre as pontuações do EAT-26 e as pontuações totais do DTS, indicando que quanto mais disfuncionais eram as atitudes alimentares, menor era a tolerância ao sofrimento, persistindo mesmo ao controlar para os efeitos dos sintomas depressivos e OC. Os resultados confirmaram a hipótese de que as atitudes alimentares de pacientes com TOC são mais desordenadas e inadequadas em comparação com indivíduos saudáveis. Os pacientes apresentaram pontuações significativamente mais altas no EAT-26, indicando mais comportamentos alimentares disfuncionais, sugerindo a importância de considerar atitudes alimentares e tolerância ao estresse no tratamento de pacientes com TOC. Intervenções que abordem os sintomas OC, desafios nas atitudes alimentares e regulação emocional, podem ser benéficas. Esses pontos refletem a complexidade da interação entre TOC, atitudes alimentares e tolerância ao estresse, enfatizando a necessidade de tratamento holístico e integrado. Destaca-se a capacidade de tolerância ao estresse como um fator crucial que pode mediar a relação entre TOC e os TAs, sugerindo que a baixa tolerância ao estresse pode contribuir para atitudes alimentares disfuncionais nos pacientes com TOC, com a tolerância ao sofrimento dos pacientes com atitudes alimentares disfuncionais significativamente menor (Ay e Aytas, 2018).

Os autores sugerem que traços de personalidade perfeccionistas podem contribuir para a severidade dos sintomas em pacientes com TOC e suas atitudes alimentares. Evidências ligam o neuroticismo a comportamentos de verificação e compulsão, além de comportamentos alimentares, como a compulsão alimentar. O neuroticismo frequentemente coexiste com o perfeccionismo, criando um ciclo negativo onde as preocupações em atender ao ideal elevado de desempenho resultam em maior carga emocional e comportamentos disfuncionais. Pacientes com TOC frequentemente têm padrões de pensamento perfeccionistas que contribuem para suas atitudes em relação à comida e ao corpo, com a busca pelo controle rígido sobre elas uma forma de lidar com

a inquietude e a necessidade de perfeição permeando suas vidas. O perfeccionismo em suas manifestações patológicas pode levar à amplificação de pensamentos obsessivos, já que os pacientes podem interpretar esses pensamentos negativos como uma falha pessoal, aumentando a necessidade de realizar rituais compulsivos para tentar aliviar a ansiedade, aperfeiçoando os pensamentos intrusivos e as compulsões.

O artigo sugere que, no TOC, a evitação patológica pode se manifestar em forma de rituais compulsivos, que são tentativas de controlar ou prevenir a ansiedade. A evitação ocorre porque os indivíduos acreditam que, ao evitar determinadas situações ou experiências (como comer certos alimentos), eles podem evitar pensamentos ansiosos ou desconfortáveis, levando a um ciclo de ansiedade e comportamento compulsivo. A evitação pode ser vista nas atitudes alimentares, onde pacientes podem adotar comportamentos restritivos de alimentação como estratégia para lidar com a ansiedade relacionada ao peso ou à imagem corporal, o que é frequentemente exacerbado por padrões perfeccionistas. O perfeccionismo pode dificultar que os indivíduos tolerem a frustração e as emoções negativas, levando a desenvolverem estratégias de evitação, em vez de encararem os desafios e imperfeições da vida, o que pode, por sua vez, intensificar a urgência de buscar comportamentos que confirmem sua autoimagem ideal, mesmo que disfuncionais. Intervenções terapêuticas, como a TCC, podem ser úteis na reestruturação de crenças perfeccionistas e na promoção de uma maior aceitação das falhas, ajudando assim os pacientes a diminuir comportamentos evitativos e a enfrentar suas ansiedades de maneira mais saudável.

Lewis et al. (2019) investigaram como os sintomas OC se expressam entre os diversos subtipos de TA, como AN com padrão restritivo (AN-R), AN com compulsão alimentar/purgação (AN-B/P) e BN, e é fundamentada em hipóteses sobre a gravidade dos sintomas OC em pacientes com AN-B/P em comparação com AN-R e BN, e que essas sintomatologias OC melhorarão durante o tratamento, embora não alcancem níveis normais. O objetivo foi de esclarecer se a gravidade das sintomatologias OC está correlacionada com a gravidade dos sintomas dos TAs, depressão e ansiedade ao longo do tratamento. Avaliou-se adolescentes do sexo feminino hospitalizadas devido a TAs entre 1998 e 2016. Elas foram divididas em três grupos: diagnosticadas com AN-R, com AN-B/P e com BN e as avaliações foram realizadas duas vezes: na admissão (fase aguda da doença) e na alta (estabilização dos sintomas). Elas foram avaliadas utilizando escalas psicométricas, incluindo a Escala de Yale-Brown Obsessivo-Compulsiva (Y-BOCS), a Escala de Yale-Brown-Cornell para Transtornos Alimentares (YBC-EDS), o EAT-26, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI). As pacientes foram submetidas a um programa de reabilitação nutricional estruturado e intervenções de tratamento multimodal durante a internação.

Na admissão as pacientes com AN-B/P tiveram escores significativamente mais altos nas escalas Y-BOCS, YBC-EDS, EAT-26 e BDI comparado aos pacientes com AN-R e BN. Observou-se uma melhora significativa em todas as variáveis psicométricas de todos os participantes do início ao fim do tratamento. Porém, os pacientes com AN-B/P e/ou BN mostraram uma maior melhora nos escores do Y-BOCS, BDI e STAI em comparação com os pacientes com AN-R. A obsessividade foi mais grave, com níveis iniciais mais elevados de obsessividade e comorbidades como depressão e ansiedade, em pacientes com AN-B/P em estado agudo, mas a melhora nos sintomas OC do início ao fim do tratamento foi também maior entre essas pacientes. Sugere-se que as características psicopatológicas associadas a TAs de tipo compulsão/purgação são mais

amenizáveis nas fases iniciais do tratamento, possivelmente devido à gravidade relativa da doença e a um ambiente de tratamento mais estruturado que beneficia esses pacientes. A relação entre duração da doença e resposta ao tratamento também foi discutida, com implicações sobre a motivação para a mudança e a gravidade dos sintomas iniciais. Os autores mencionaram que a persistência de altos níveis de obsessividade nos pacientes com AN-R, mesmo após o tratamento, pode estar relacionada a um pior prognóstico a longo prazo (Lewis et al., 2019).

O artigo sugere a relação entre o perfeccionismo e os diferentes tipos de TAs, indicando que tanto os pacientes com AN-R quanto os com AN-B/P compartilham características centrais, incluindo elevadas taxas de perfeccionismo, apesar de destacar que existem diferenças importantes entre esses grupos, como maior impulsividade e desregulação emocional em pacientes com distúrbios de tipo compulsão/purgação. Os resultados mostrando que os pacientes com AN-B/P apresentam níveis mais altos de obsessividade no início do tratamento podem sugerir que o perfeccionismo pode ser uma característica ainda mais pronunciada ou disfuncional entre esses indivíduos. A relação observada entre obsessividade e comportamento alimentar indica que o perfeccionismo pode exacerbar os sintomas compulsivos e a busca por controle nos TAs, especialmente na forma compulsão/purgação. Esses achados podem ajudar a compreender que o perfeccionismo, embora comum em ambos os tipos de TAs, pode manifestar-se de maneira diferente, e que os pacientes com distúrbios de compulsão/purgação podem ter uma predisposição maior a desenvolver uma mentalidade obsessiva e rígida. Essa compreensão pode ser crucial para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas direcionadas que considerem a individualidade dos sintomas e a gravidade das características de perfeccionismo em cada subgrupo de TAs.

O artigo aborda implicitamente a relação entre o perfeccionismo e a evitação patológica nos TAs, especialmente em relação à forma como a obsessividade e a necessidade de controle podem se manifestar em pacientes com AN e BN. O artigo sugere que altos níveis de perfeccionismo e obsessividade estão associados a padrões de comportamento que podem levar à evitação de situação e emoções desconfortáveis. Os pacientes com AN-R, por exemplo, podem evitar alimentos ou situações sociais como uma forma de lidar com suas ansiedades ligadas ao peso e à forma corporal, resultando em um ciclo de comportamento de evitação que reforça seus sintomas e agrava sua condição. Em contrapartida, os pacientes com AN-B/P podem utilizar comportamentos de compulsão/purgação como mecanismos de enfrentamento para evitar lidar com emoções difíceis ou situações percebidas como ameaçadoras.

Lee et al. (2020) enfatizam a necessidade de investigar as dimensões específicas dos sintomas de TOC e padrões cognitivos, como a Fusão Pensamento-Ação (TAF), na população com TAs e destacam que fatores como a severidade dos sintomas de TOC podem influenciar os resultados do tratamento dos TAs. Eles visaram explorar a relação específica entre a gravidade de TAs, sintomas de TOC e TAF em pacientes no pré e pós-tratamento. Avaliou-se pacientes com TA do sexo feminino, adolescentes e adultos, em uma instalação de tratamento residencial para TAs, divididas entre programas para adolescentes e adultos. Foi aplicado uma bateria de testes dentro de três dias após a admissão e ao final do tratamento, focando na gravidade dos TAs, severidade dos sintomas de TOC e níveis de TAF. As medidas de severidade foram realizadas através de instrumentos como o OCI-R e o Questionário de TAF.

Foi mostrado alterações significativas na gravidade dos sintomas de TOC, TAF e dos TAs ao longo do tratamento. Os participantes apresentaram reduções significativas nos escores do OCI-R e na severidade dos TAs de pré para pós-tratamento. A gravidade dos sintomas de TOC caiu de forma significativa e a severidade dos TAs teve uma diminuição. Os escores de TAF para as subescalas Moral e Self também diminuíram significativamente ao longo do tratamento, menos a subescala TAF-Outros sem mudança significativa. Antes do tratamento, escores de riscos de TAs mostraram correlações positivas moderadas com todos as subescalas do OCI-R e do TAF. No entanto, ao analisar as pontuações de mudanças do pré para o pós-tratamento, apenas a mudança na subescala TAF-Outros teve uma correlação significativa com a mudança nos riscos de TAs. A gravidade dos sintomas de TOC, particularmente a subescala Obcecado, previu mudanças significativas na severidade dos TAs após o tratamento. Esses resultados sugerem que a comorbidade entre TOC e TAs é complexa e que a redução dos sintomas de TOC e TAF pode estar associada a melhorias na gravidade dos TAs durante o tratamento. Os sintomas de TOC, especialmente as dimensões de obsessão, neutralização e ordenação, eram os mais elevados entre os participantes com TAs, sugerindo uma interconexão significativa entre os dois transtornos e associadas de forma positiva com a gravidade do TA no pré-tratamento. O TAF também foi positivamente correlacionado com a gravidade do TA no pré-tratamento, e níveis mais elevados de TAF no pré-tratamento previram significativamente maior gravidade do TA no pós-tratamento após o controle de todos os outros sintomas de TOC. Melhoras no TAF específico para pensamentos sobre os outros também previram melhorias na gravidade do TA após o controle de mudanças nos sintomas de TOC. Houve uma correlação positiva consistente entre a severidade dos sintomas de TA e TOC, sugerindo que indivíduos com sintomas mais graves de um transtorno tendem a apresentar também sintomas mais severos do outro. Essa interação sugere que a presença simultânea de ambos os transtornos pode intensificar a gravidade clínica geral.

Embora o tratamento resultasse em reduções significativas nos sintomas de ambos os transtornos, os autores apontaram que a comorbidade pode exacerbar os níveis de severidade, levando a desafios adicionais na recuperação. Desse modo, apenas abordagens focadas em um transtorno podem não ser suficientes para pacientes com comorbidades. Os níveis elevados de TAF sugerem que a percepção de que pensamentos poderiam influenciar ações pode ser um desafio adicional que os pacientes precisam enfrentar durante o tratamento. Os autores destacaram a necessidade de mais pesquisas que explorem a temporalidade das mudanças entre TOC e TA. Eles sugeriram o uso de medidas adaptadas que considerem especificamente os comportamentos e pensamentos associados a TAs, em vez de se basear unicamente nas medidas de sintomatologia de TOC. É importante integrar tratamentos que abordem ao mesmo tempo os sintomas de TOC e TA, em especial as dimensões de obsessão, neutralização e ordenação, dentro das abordagens terapêuticas para TAs (Lee et al., 2020).

As descobertas relacionadas ao TAF têm uma relação significativa com o perfeccionismo em pacientes com TOC e TA. O TAF refere-se à crença de que ter pensamentos obsessivos pode influenciar a realidade, levando os indivíduos a se sentirem responsáveis por eventos negativos que possam ocorrer em virtude desses pensamentos. A relação entre TAF e perfeccionismo está muito atrelada a noção de responsabilidade perfeccionista, em que sujeitos com altos níveis de perfeccionismo muitas vezes acreditam que devem ter controle absoluto sobre seus pensamentos e comportamentos. Quando combinados com o TAF, podem sentir-se excessivamente

responsáveis por evitar que seus pensamentos (por exemplo, sobre comer um alimento "proibido") se transformem em ações ou consequências indesejadas. Isso pode intensificar a ansiedade e os sintomas de TOC e TA, levando a uma rigidez de pensamento e comportamento.

O TAF pode levar à evitação patológica, uma vez que pessoas com perfeccionismo podem tentar evitar situações que possam desencadear pensamentos que consideram impróprios ou proibidos. A evitação resultante não só perpetua os padrões alimentares disfuncionais como também pode intensificar os sintomas de TOC, criando um ciclo prejudicial. Também há uma conexão com a autoimagem, na qual em indivíduos com comorbidade de TA e TOC, a TAF pode se manifestar na crença de que apenas pensar em ganhar peso ou ter uma imagem corporal negativa significa que isso se tornará realidade, que pode ser exacerbada por padrões perfeccionistas, onde a percepção de qualquer "falha" em atingir metas corporais ou comportamentais elevadas eleva a sensação de culpa, levando a comportamento de evitação para manter uma imagem idealizada. Intervenções que desafiem as crenças relacionadas ao TAF, ajudando os pacientes a entender que ter um pensamento não significa que uma ação negativa ocorrerá, podem ser cruciais. Assim, trabalhar em cima do perfeccionismo e do TAF pode diminuir a intensidade dos sintomas associados a ambos os transtornos e melhorar resultados terapêuticos. Ao tratar a comorbidade de TOC e TA, é essencial considerar o TAF como um fator que pode exacerbar o perfeccionismo, o que implica que os profissionais de saúde devem adaptar suas estratégias de tratamento para incluir intervenções direcionadas tanto ao TAF quanto ao perfeccionismo, que reduzem a rigidez cognitiva e promovem maior flexibilidade em pensamentos e comportamentos.

Kinkel-Ram et al. (2021) destacam a lacuna na pesquisa sobre a relação longitudinal entre os sintomas de TA e TOC, com a influência mútua desses sintomas ao longo do tempo. Embora existam associações significativas entre os sintomas de TA e TOC, geralmente as pesquisas se baseiam em análises retrospectivas sobre a idade de início dos transtornos, gerando evidências mistas sobre a capacidade de um transtorno prever o outro. Os autores investigaram essa relação bidirecional, testando se os sintomas de TA e as obsessões e compulsões do TOC se influenciam mutuamente ao longo do tempo, o que pode ajudar na avaliação e tratamento de indivíduos com essa comorbidade. Adultos completaram cinco questionários online ao longo de cinco semanas que avaliavam sintomas de TAs e TOC, incluindo o EDE-Q6, que é uma avaliação sobre a frequência dos sintomas de TA nos últimos 28 dias, que fornece uma pontuação geral e quatro subescalas: restrição, preocupação com a alimentação, preocupação com o peso e preocupação com a forma corporal. Os autores analisaram as relações entre os sintomas de TA, obsessões e compulsões em diferentes pontos ao longo das cinco semanas, verificando se um tipo de sintoma poderia prever o outro ao longo do tempo, buscando evidenciar uma relação bidirecional entre eles.

Os sintomas de TA e TOC, incluindo obsessões e compulsões, estavam associados em todos os cinco pontos temporais do estudo. Os sintomas de TA previam os sintomas de TOC em diversos pontos no tempo, e vice-versa. Porém, foi observado que essas associações significativas ocorreram apenas em certos momentos. Somente os sintomas de TA e as obsessões do TOC previam um ao outro ao longo dos diferentes pontos do tempo, o que não ocorreu entre as compulsões, sugerindo que os aspectos cognitivos do TOC podem ser mais relevantes em sua interação com os sintomas de TA. Aproximadamente 65% dos participantes completaram todas as cinco semanas de

questionários e a amostra apresentou níveis moderados de sintomatologia tanto para TA (com cerca de 51,8% das mulheres e 54,4% dos homens atingindo o corte clínico no EDE-Q6) quanto para TOC (com 33,1% relatando níveis moderados e 19,0% níveis severos de sintomas). Assim, os resultados oferecem evidências preliminares de uma relação bidirecional entre os sintomas de TA e TOC em uma amostra da comunidade, com ênfase maior em sintomas cognitivos (obsessões) em comparação aos sintomas comportamentais (compulsões), destacando que tanto as obsessões quanto os sintomas de TA influenciam um ao outro ao longo do tempo. Essa descoberta é significativa, pois sugere que o acompanhamento e a intervenção em um dos transtornos podem impactar positivamente o outro, e que a ênfase nos sintomas cognitivos pode ter implicações importantes para o tratamento e a avaliação de pacientes (Kinkel-Ram et al., 2021).

O estudo pode oferecer insights sobre como os traços de perfeccionismo e os comportamentos de evitação se manifestam e se inter-relacionam em diferentes contextos. Há uma relação bidirecional entre os sintomas de TAs e TOC, sugerindo que os comportamentos perfeccionistas associados a um transtorno podem influenciar e exacerbar os sintomas do outro, solidificando a ideia de que o perfeccionismo não é apenas um traço individual, mas uma característica interligada nos domínios dos dois transtornos. O estudo revela que a inter-relação significativa ocorreu principalmente entre os sintomas cognitivos (obsessões) de ambos os transtornos, em contraste com os comportamentos (compulsões), o que implica que aspectos cognitivos do perfeccionismo, como preocupações com a imagem corporal e a necessidade de controle, podem ser centrais na manutenção tanto do TA quanto do TOC, e indica que intervenções focadas em mudar esses padrões de pensamento poderiam ser eficazes.

Ao demonstrar que a presença de sintomas de uma condição pode aumentar a severidade dos sintomas da outra, o estudo ajuda a elucidar como a evitação patológica pode ser uma resposta a obsessões relacionadas ao perfeccionismo. O foco do estudo em sintomas em vez de diagnósticos pode encorajar uma abordagem mais integrada que reconhece a complexidade do perfeccionismo e da evitação. Isso pode ajudar a considerar como nuances nos sintomas podem se cruzar e interagir, possibilitando intervenções terapêuticas mais ajustadas e individualizadas, enfatizando a necessidade de considerar simultaneamente tanto os sintomas de TA quanto de TOC no tratamento.

Bevione et al. (2024) focam na impulsividade, um constructo neuropsicológico associado a diversos TAs, especialmente aqueles que apresentam sintomas de compulsão e purgação. A impulsividade é considerada um fator endofenotípico neurocognitivo compartilhado. Os autores se especificam na impulsividade cognitiva, raramente examinada em pessoas com AN, contrastando com a impulsividade motora e não planejada, mais frequentemente debatida na literatura. Eles compararam a impulsividade entre pacientes com AN e controles saudáveis, analisando como ela se relaciona com sintomas obsessivos e características alimentares, perceptíveis através de metodologias de autoavaliação. O estudo incluiu pacientes internados com AN e controles saudáveis emparelhados por idade e gênero. Eles completaram questionários para avaliar impulsividade e sintomas associados: Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11), para medir a impulsividade global e suas subescalas (atencional, motora e não planejada), OCI, para avaliar presença de pensamentos e comportamentos obsessivos, Inventário de Transtornos Alimentares — 2 (EDI-2), para examinar características específicas relacionadas a TAs, STAI, para avaliar níveis de ansiedade, e o BDI, para medir sintomatologia depressiva. O estudo visou fornecer insights sobre a relação entre

impulsividade cognitiva, sintomas obsessivos e características alimentares, para maior compreensão do perfil neuropsicológico de indivíduos com AN.

Os pacientes com AN apresentaram níveis significativamente elevados de impulsividade cognitiva, especificamente na dimensão de "instabilidade cognitiva", do que os controles saudáveis. A impulsividade total e a instabilidade cognitiva mostraram associação com sintomas obsessivos, medidos pelo OCI. A instabilidade cognitiva foi identificada como principal preditor de pensamentos e comportamentos obsessivos nos indivíduos com AN. A insatisfação com o corpo e subescalas de bulimia do EDI-2 foram preditores significativos de sintomas obsessivos. Esses resultados indicam que a impulsividade cognitiva, especialmente a instabilidade cognitiva, tem papel central na psicopatologia da AN, afetando a presença de sintomas obsessivos. Assim, o estudo confirma que, ao contrário de outros subtipos de TAs, aqueles com AN exibem níveis elevados de impulsividade cognitiva, especificamente instabilidade cognitiva. Assim, destaca-se a necessidade de reavaliar o entendimento sobre impulsividade em anorexia, que geralmente é considerada mais associada a padrões de comportamento restritivo e menos impulsivo. Essa relação sugere que a impulsividade cognitiva pode estar ligada a processos de pensamento obsessivo, similar a observações em indivíduos com TOC, ampliando a compreensão sobre a comorbidade entre AN e TOC. Embora os sintomas depressivos e de ansiedade sejam frequentemente associados a TAs, eles não se mostraram preditores significativos de obsessão, sugerindo que a obsessividade em AN pode operar independentemente dessa comorbidade. Os autores sugerem futuras investigações que considerem diferentes subtipos de AN e outras condições relacionadas, como bulimia, para entender melhor como a impulsividade cognitiva interage com a psicopatologia alimentar (Bevione et al., 2024).

O perfeccionismo pode ser um fator que contribui para a sintomatologia característica dos TAs, incluindo comportamentos obsessivos e impulsividade. O estudo identificou que a instabilidade cognitiva é um preditor significativo de pensamentos e comportamentos obsessivos em pacientes com AN, o que sugere que a tendência para o perfeccionismo, frequentemente observada nesses indivíduos, pode estar relacionada à dificuldade em regular impulsos e emoções, levando a padrões de pensamento rígidos e autocríticos. O perfeccionismo poderia estar associado a dimensões de insatisfação corporal, bulimia e subescalas de obsessão, que implica que esse traço pode exacerbar a percepção negativa de si mesmo e aumentar a vulnerabilidade a comportamentos disfuncionais de TAs. A prática de evitação patológica pode ser particularmente intensa em pacientes com AN que buscam evitar tudo que possa ameaçar sua autoimagem ou confirmar seus padrões perfeccionistas, sugerindo que a evitação pode estar relacionada à rigidez cognitiva e padrões de pensamento obsessivo.

5.4. Perfeccionismo e Evitação Patológica: Os Motores Ocultos por Trás dos Sintomas Obsessivo-Compulsivos e dos Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência

Coelho et al. (2019) referenciam a interseção entre TAs e o TOC, destacando que ambos compartilham características cognitivas e comportamentais semelhantes, além de fatores etiológicos comuns, como traços de personalidade associados à impulsividade e perfeccionismo. Eles examinaram os sintomas de TOC e de TAs em uma amostra pediátrica, incluindo três grupos: crianças e adolescentes em tratamento para TAs, aqueles em tratamento para TOC e um grupo de comparação escolar baseado em uma

amostra de estudantes. Eles completaram medidas que avaliavam sintomas OC, de TAs e comportamentos de "body checking" (verificação corporal) e evitação corporal. Essa evitação refere-se a comportamentos adotados para evitar situações, pensamentos ou estímulos que provocam ansiedade e desconforto psicológico, que no estudo é analisada em relação a preocupações sobre imagem corporal e checagem do peso, comuns em TAs e no TOC. A pesquisa sugere que a evitação, assim como a checagem obsessiva, está presente em grupos com TAs, mas pode se manifestar diferente em indivíduos com TOC, especialmente na população pediátrica.

Aqueles com TOC relataram níveis significativamente mais baixos de evitação em comparação com os outros grupos. Apenas 14,8% do grupo com TOC se engajou em comportamentos de "evitação ativa", em contraste com 39,4% do grupo escolar e 45,7% do grupo de TAs. O comportamento de evitação ativa é a prática de evitar intencionalmente situações, estímulos ou ações que são percebidos como estressantes, angustiantes ou desconfortáveis. No contexto de TAs e TOC, esse comportamento pode incluir decisões conscientes de evitar experiências relacionadas à imagem corporal ou à alimentação que possam provocar ansiedade ou obsessões. Há diferentes formas de evitação ativa, como a de ver a própria imagem, a de alimentos associados com ganho de peso, de situações sociais como festas e refeições em grupo e de pesagem. Esses comportamentos são frequentemente relacionados a uma tentativa de controlar ou diminuir a ansiedade e a angústia que surgem em resposta a pensamentos obsessivos ou à preocupação com a imagem corporal.

Em relação ao questionário de checagem e evitação corporal (BCAQ), os grupos com TAs apresentaram escores mais altos, sugerindo que a evitação de comportamentos relacionados ao corpo era mais prevalente entre eles. O estudo sugere que, ao contrário das expectativas iniciais, os adolescentes com TOC apresentaram menos comportamentos de evitação, implicando que a relação entre TOC e evitação pode ser diferente na população pediátrica. Embora que nos resultados os indivíduos com TOC relataram menos evitação, sintomas de TAs e comportamentos de checagem (verificação corporal), foi notado que a conexão entre TOC e TAs pode ser complexa, podendo se diferenciar entre populações pediátricas e adultas. Os indivíduos com TOC relataram menores sintomas de TAs é consistente com estudos que mostraram que, em algumas populações, o TOC pode estar associado a uma redução nos sintomas de TAs. Há a possibilidade de que diferentes ferramentas de avaliação possam influenciar os resultados, já que estudos que mostraram maiores preocupações alimentares em indivíduos com TOC usaram instrumentos diferentes desse estudo, além de algumas limitações do estudo, como a diversidade nas coletas de dados e a falta de confiabilidade dos diagnósticos de TOC e TAs (Coelho et al., 2019).

Embora o estudo não discorra sobre a relação específica entre perfeccionismo e evitação desadaptativa nas crianças, ele sugere que as preocupações obsessivas e a busca pela perfeição podem contribuir para comportamentos de evitação e checagem, que são comuns em ambas as condições. Além disso, a pesquisa sugere que a evitação pode reduzir o afeto negativo associado às obsessões, mas não aborda como isso se aplica especificamente ao perfeccionismo em crianças com TOC ou TAs. A relação entre essas características e os comportamentos desadaptativos pode precisar de mais pesquisa para esclarecer como o perfeccionismo contribui para a manutenção de tais padrões de evitação nas crianças. Os autores discutem a evitação como um comportamento associado ao TOC e aos TAs, que neste contexto pode manifestar-se de várias formas,

como evitar se pesar, não olhar no espelho, usar roupas largas para esconder a forma do corpo, evitar atividades onde o corpo esteja exposto, como praticar esportes, sendo considerada parecida com a evitação comportamental observada no TOC. O estudo enfatiza a necessidade de avaliação desses comportamentos no contexto clínico para um tratamento eficaz, sugerindo que a relação entre obsessões, compulsões e evitação pode evoluir ao longo do tempo, especialmente na adolescência.

Giles et al. (2022) abordam a relação entre TAs e os traços de personalidade relacionados ao TPOC e destacam que comportamentos associados à AN e BN, como perfeccionismo e rigidez, são frequentes em indivíduos com traços de TPOC, que podem ser fatores prognósticos negativos no curso desses TAs. Embora haja uma ampla literatura sobre a associação entre TAs e TPOC, a forma como dimensões específicas dos traços de TPOC se relacionam com os sintomas de TA ainda não está clara. Portanto, eles pretenderam preencher essa lacuna utilizando a análise de redes para identificar como esses traços e sintomas interagem e se conectam entre si. A pesquisa foi conduzida com mulheres com TA, visando analisar a influência de traços de TPOC da infância sobre os sintomas na vida adulta. Elas foram submetidas a uma entrevista semi-estruturada chamada EATATE e responderam ao EDI-2 para avaliação de sintomas. Os pesquisadores determinaram quais sintomas eram mais centrais dentro da rede que integra traços de TPOC e sintomas de TA, sintomas de ligação, que atuam como conexões entre traços de TPOC e sintomas de TA. A análise se concentrou em entender a inter-relação entre os sintomas e traços ao longo do tempo, buscando identificar não apenas os sintomas mais influentes, mas aqueles que desempenham um papel crucial na relação entre as duas condições, permitindo uma visão mais clara das interdependências entre os sintomas de TPOC e TA.

Os sintomas de ascetismo, insegurança social, ineficácia e impulsividade foram identificados como os nós mais centrais na rede. A desconfiança interpessoal emergiu como um possível nó de ligação entre os traços de TPOC da infância e os sintomas de TA na vida adulta. Os sintomas cognitivos, como a insegurança e a ineficácia, eram mais centrais do que comportamentos específicos de TA (como bulímicos), indicando que o foco em características cognitivas poderia ser mais eficaz para interromper a rede de sintomas. Esses achados sugerem que os traços de TPOC e os sintomas de TA estão interrelacionados, mas que podem ser melhor compreendidos e abordados através de intervenções que visem tanto os sintomas dos TAs quanto os traços mais gerais, como a ineficácia e a desconfiança interpessoal, contribuindo para o debate sobre se TPOC e TAs devem ser vistos como patologias distintas ou mais interligadas dentro de um espectro. Essas descobertas respaldam modelos teóricos que argumentam que TAs são predispostos e mantidos por uma percepção elevada de ameaça social e ansiedade social, assim como uma sensação de ineficácia no ambiente, que podem levar à adoção de rituais detalhados de controle de peso e forma.

Uma observação importante foi a baixa centralidade dos traços de TPOC na rede, sugerindo que estes podem não ser tão centrais para os sintomas de TA quanto se esperava. O traço de inflexibilidade foi o mais proeminente entre os traços de TPOC, indicando que ele tende a coocorrer com comportamentos excessivamente rígidos e dúvida excessiva. Os resultados indicam que, embora traços de TPOC estejam relacionados aos sintomas de TA, eles são representados melhor como agrupamentos de sintomas distintos, sugerindo que intervenções que foquem em características cognitivas e não específicas de TA, como a desconfiança interpessoal e ineficácia, podem ser mais

eficazes para desestabilizar a rede de sintomas e promover a recuperação dos indivíduos com TA, sendo necessária reestruturação nas abordagens terapêuticas para considerar essas conexões nas intervenções e oferecer melhores resultados (Giles et al., 2022).

Embora o perfeccionismo não tenha emergido como um dos nós mais centrais na rede de sintomas, ele está relacionado aos sintomas centrais, como inflexibilidade, ascetismo, insegurança social e desconfiança interpessoal, que são considerados mais influentes na rede de manutenção do TA. Além disso, os autores na introdução do artigo destacam a prevalência de traços de TPOC, como o perfeccionismo, nas amostras de TA e mencionam que, embora o perfeccionismo seja uma característica comum, o entendimento sobre como esses traços se inter-relacionam com os TAs ainda é limitado. Na análise de redes, o perfeccionismo apresentou correlações com esses sintomas, o que indica que ele pode contribuir de forma indireta ou modulatória na manutenção dos sintomas principais, mesmo que não seja o foco principal de centralidade na análise. A inflexibilidade, uma das características relacionadas ao perfeccionismo, esteve fortemente conectada a outros fatores, e o perfeccionismo também demonstrou alguma relação com pelo menos um sintoma de ponte, indicando possível participação na conexão entre diferentes componentes da rede, embora de forma modesta. O perfeccionismo mostrou uma correlação com a inflexibilidade, embora de forma moderada. Além disso, o perfeccionismo esteve relacionado às dificuldades interpessoais, como a desconfiança interpessoal, aprofundando sua conexão com fatores que mantêm o transtorno. No artigo é ressaltado que perfeccionismo, desconfiança interpessoal, “drive-for-order” e simetria emergiram como possíveis vias de manutenção, formando uma rede de relações entre atributos do transtorno.

Drive for order (impulso por ordem) é a necessidade intensa de organização, precisão, controle e regularidade nas atividades e no ambiente do indivíduo. Em contextos clínicos e de personalidade, esse traço é caracterizado por uma busca compulsiva por ordem e simetria, muitas vezes associada a perfeccionismo e rigidez cognitiva. No âmbito do estudo, ele é considerado uma das características relacionadas ao TPOC e à manutenção de sintomas de TAs. Como um componente que emerge na rede de sintomas, pode atuar como uma via de manutenção ou ligação entre diferentes aspectos do transtorno, especialmente por seu papel na rigidez comportamental e pensamento obsessivo. Portanto, o perfeccionismo mantém conexões relevantes com esses sintomas mais centrais, e essas relações podem ser importantes no entendimento de como os traços de personalidades, como perfeccionismo, contribuem para a manutenção de sintomas alimentares e problemas interpessoais.

De acordo com o estudo, o perfeccionismo e outros traços OC atuam como fatores que mantêm ou exacerbam os sintomas alimentares e padrões de comportamento disfuncionais ao impedir o enfrentamento adaptativo de dificuldades emocionais ou sociais. Por exemplo, a evitação de emoções negativas, em que pessoas com altos níveis de perfeccionismo tendem a evitar situações que possam gerar insegurança, vergonha ou frustração, preferindo manter o controle e a ordem como estratégias de enfrentamento. Essa evitação limita a oportunidade de processamento emocional saudável e pode reforçar dificuldades emocionais. Há também a resistência a mudanças ou incertezas, na qual a inflexibilidade e o drive for order fazem com que o indivíduo evite experiências que envolvam ambiguidade ou risco de desorganização, o que pode levar à evasão de novas experiências, desafios sociais ou emocionalmente difíceis, consolidando padrões de evitamento. E, por fim, a manutenção de rituais e compulsões, em que essas

características alimentam comportamentos compulsivos como rituais de peso, controle do corpo e rotinas rígidas, que são formas de evitação de ansiedade e desconforto emocional, impedindo a adaptação e o funcionamento flexível. Assim, esses traços, ao reforçarem estratégias de evitação, dificultam o processamento saudável de emoções, a adaptação às mudanças e o enfrentamento de dificuldades, contribuindo para a persistência e agravamento dos transtornos, incluindo os TAs. Desse modo, o perfeccionismo, inflexibilidade e drive for order elevam a tendência à evitação desadaptativa ao fortalecer padrões de controle, medo de erro e resistência à mudança, dificultando o enfrentamento de emoções e experiências desafiadoras, e potencializando a manutenção de sintomas patológicos.

Schwarzlose et al. (2022) discutem o fenômeno da alimentação seletiva, caracterizada por preferências alimentares restritas, recusa de alimentos desconhecidos e redução de ingesta alimentar, mais comum em crianças de 2 a 6 anos, com uma prevalência estimada de cerca de 30%. No entanto, a prevalência diminui para cerca de 3% a 13% em crianças entre 5 e 6 anos, permanecendo baixa na infância média. Essas crianças podem enfrentar conflitos familiares relacionados à alimentação e estão mais propensas a ter dificuldades no desenvolvimento, distúrbios comportamentais, e transtornos de ansiedade e depressão. A literatura sugere que, se a alimentação seletiva persistir após os 5 ou 6 anos de idade, é considerada não-normativa e pode estar associada a psicopatologias ou comportamentos mal-adaptativos. A alimentação seletiva extrema, que resulta em subnutrição ou provoca prejuízos significativos no funcionamento diário das crianças, pode ser classificada como um transtorno em si, especificamente o transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva. Os autores investigam como a alimentação seletiva se relaciona com sintomas de TOC e outras psicopatologias, propondo que essa condição pode ser um marcador importante para problemas mais amplos de saúde mental. O estudo recrutou uma amostra de crianças da comunidade com idades entre 5 a 6 anos, e outra com 8 a 9 anos, retiradas de estudos longitudinais, com crianças saudáveis e com tendências de autocontrole elevado, por meio de materiais divulgados em escolas e clínicas de ansiedade. A intenção foi de explorar como a alimentação seletiva e sintomas de TOC se inter-relacionam. Os pais relataram sobre os hábitos alimentares de seus filhos e sintomas de TOC.

O estudo encontrou uma correlação significativa entre a alimentação seletiva e os sintomas de TOC, em que as crianças que apresentaram comportamentos de alimentação seletiva demonstraram também níveis mais elevados de sintomas relacionados ao TOC. A análise longitudinal indicou que a alimentação seletiva em crianças de 8 e 9 anos poderia prever diagnósticos subsequentes de TOC e outros transtornos psiquiátricos, como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), o que sugere que a alimentação seletiva pode ser um indicador importante para a identificação precoce de problemas de saúde mental. Além disso, a alimentação seletiva foi associada a conflitos familiares relacionados à alimentação e a dificuldades no desenvolvimento, afetando a dinâmica social, levando a dificuldades no desenvolvimento emocional e comportamental das crianças, o que ressalta a necessidade de abordar o tema dentro de um contexto familiar e psicológico, corroborando achados anteriores sobre os impactos sociais e emocionais desse comportamento nas famílias. Os dados indicaram que os sintomas de alimentação seletiva podem persistir e não se resolver sozinhos, levando à normalização do comportamento alimentar em algumas crianças, enquanto em outras, poderia persistir e se tornar uma preocupação clínica maior.

Dado isso, os autores enfatizaram a importância de triagens nas visitas pediátricas para identificar esses comportamentos, pois intervenções precoces poderiam ajudar a atenuar potenciais efeitos negativos e promover hábitos alimentares saudáveis. Eles propõem que estudos futuros deveriam investigar as causas subjacentes da alimentação seletiva, além de analisar como diferentes intervenções podem ser eficazes na mudança desses comportamentos, explorando fatores psicológicos, sociais e até biológicos que influenciam a aceitação de alimentos e a variedade na dieta infantil. Essa discussão auxilia na compreensão da alimentação seletiva e sua relevância no contexto mais amplo da saúde mental infantil, sugerindo a necessidade de envolvimento multidisciplinar entre pediatras, psicólogos e nutricionistas (Schwarzlose et al., 2022).

O artigo propõe pensar o perfeccionismo em relação à alimentação seletiva, indicando que características de perfeccionismo podem estar associadas a comportamentos alimentares restritivos e à presença de sintomas de TOC. O estudo sugere que crianças com comportamentos alimentares seletivos muitas vezes exibem um padrão de controle e inflexibilidade, que são características frequentemente associadas ao perfeccionismo. Isso pode manifestar-se na maneira como essas crianças escolhem e consomem alimentos, demonstrando resistência a experimentar novos itens ou a alterar suas rotinas alimentares. Os achados mostram que crianças com alimentação seletiva apresentaram uma maior prevalência de sintomas de TOC, como obsessões e compulsões relacionadas a alimentos. A conexão entre perfeccionismo e TOC sugere que a busca por controle e a evitação de experiências novas podem estar na raiz desses comportamentos, trazendo à tona preocupações sobre a aceitação de novos alimentos. Profissionais poderiam desenvolver estratégias que não apenas abordem os hábitos alimentares, mas também considerem as atitudes subjacentes em relação ao controle e à ansiedade que são comuns em indivíduos perfeccionistas. Esses insights podem ser vitais para a criação de programas de triagem e intervenções direcionadas, focadas em crianças que demonstram níveis elevados de preocupação com a perfeição ou que se sentem sobrecarregadas pela necessidade de controlar suas escolhas alimentares. Ao ligar o perfeccionismo à alimentação seletiva e ao TOC, os resultados encontrados no estudo oferecem uma visão mais abrangente sobre como esses traços podem influenciar a maneira como as crianças interagem com os alimentos e como esses padrões podem ser abordados em contextos clínicos. Essa compreensão pode contribuir para estratégias de tratamento mais eficazes e adaptadas às necessidades psicológicas dessas crianças.

O artigo discute a relação entre o perfeccionismo e a evitação patológica, em especial no contexto da alimentação seletiva e do TOC. O perfeccionismo pode levar às crianças a evitarem novas experiências alimentares, resultando em um padrão restritivo de consumo. Essa evitação se manifesta em uma relutância significativa em experimentar novos alimentos ou em mudar suas rotinas alimentares, uma vez que a inflexibilidade típica do perfeccionismo contribui para a ansiedade e o medo em relação ao desconhecido. A evitação patológica é destacada como uma característica associada aos sintomas OC. Crianças que apresentam comportamentos de alimentação seletiva podem desenvolver rituais relacionados à comida, evitando não apenas certos alimentos, mas também situações que envolvam a ingestão de alimentos que não se enquadram em suas preferências restritas. Isso pode intensificar a evitação e criar um ciclo vicioso de comportamentos compulsivos e ansiedade. A evitação de novas experiências alimentares pode levar a deficiências nutricionais e comprometer o desenvolvimento social e emocional, dificultando a criação de hábitos saudáveis. Profissionais podem

trabalhar na dessensibilização de crianças em relação a novos alimentos e nas estratégias para lidar com a ansiedade associada ao perfeccionismo, ajudando assim na superação da evitação.

Di Luzio et al. (2024) destacam que a infância e a adolescência são períodos críticos do neurodesenvolvimento, em que transtornos como o TOC e os TA frequentemente se manifestam. Apesar de algumas semelhanças, esses transtornos têm também diferenças relevantes em seus aspectos psicopatológicos, neurobiológicos e etiopatogenéticos. A presença de sintomas OC relacionados a alimentação e imagem corporal nos TA é apontada como um fator de conexão entre os dois transtornos, contribuindo para as altas taxas de comorbidade. Desse modo, de acordo com os autores, compreender as semelhanças e diferenças entre eles nesse período de desenvolvimento neuropsicológico é fundamental para aprimorar diagnósticos e tratamentos. Eles fizeram uma revisão sistemática com a busca em bases de dados, envolvendo estudos publicados até 2023, com os termos de pesquisa incluindo combinações de palavras relacionadas a TAs, TOC e idade infantil ou adolescente com estudos originais que comparassem pacientes com TA e TOC em aspectos clínicos, genéticos ou neurobiológicos, com diagnóstico confirmado por critérios DSM ou CID, e que envolvessem participantes com menos de 18 anos, identificando e analisando 10 estudos que abordaram as semelhanças e diferenças entre TA e TOC na infância e adolescência.

Os estudos revelaram que sintomas OC são mais frequentes em certos tipos de TA, especialmente naqueles com perfil compulsão/purgação, do que nas formas restritivas, indicando uma possível sobreposição de mecanismos neurocognitivos. Manifestações OC aparecem como uma dimensão comum em ambos os transtornos, associadas a alterações na região do córtex cingulado anterior e a déficits na flexibilidade cognitiva, sugerindo que esses transtornos podem envolver circuitos neurais semelhantes, refletindo uma dimensão comum de disfunção neurobiológica. Alguns estudos sugeriram possíveis sobreposições genéticas que suportam a conexão neurobiológica entre TA e TOC, indicando que ambos compartilham aspectos neurocognitivos e neurobiológicos que podem influenciar o desenvolvimento e o prognóstico desses transtornos durante o período de crescimento. Apesar das diferenças clínicas e de desenvolvimento, TA e TOC compartilham aspectos comuns em termos de psicopatologia, neurobiologia e fatores genéticos, especialmente na infância e adolescência, porém ambos mantêm características específicas, que podem influenciar estratégias de diagnóstico e tratamento. Assim, uma compreensão integrada desses aspectos pode contribuir para abordagens mais efetivas e personalizadas durante o desenvolvimento (Di Luzio et al., 2024).

O artigo menciona que o perfeccionismo é uma característica significativa, especialmente em transtornos como a AN. O estudo analisa duas dimensões do perfeccionismo: a "perfeição orientada para si mesmo" (SOP) e a "perfeição orientada para os outros" (SPP). A SOP é descrita como a busca interna por padrões inatingíveis, enquanto a SPP é a percepção das altas expectativas externas. Os resultados sugerem que a SOP pode ser predominante em pacientes com AN em comparação com aqueles com TOC, e que essa busca por perfeição está relacionada a sintomas OC, depressivos e alimentares nos pacientes com AN. A busca por perfeição e a subsequente evitação podem levar a um ciclo de procrastinação ou a interferência em atividades diárias, o que, por sua vez, pode exacerbar os sintomas do TOC e de TAs.

Attar et al. (2024) mencionam a significativa comorbidade entre TA e experiências traumáticas na infância (CTE), e a ligação entre CTE e TOC. O estudo propôs que certos tipos de CTE poderiam aumentar o risco de desenvolvimento de TOC em indivíduos com TA. Por meio da exploração dessa conexão, a pesquisa visou esclarecer como fatores biológicos e ambientais poderiam contribuir para essa comorbidade, sugerindo que a presença de CTE poderia correlacionar-se com formas mais graves de TA e aumento na incidência de transtornos de ansiedade. O estudo incluiu pacientes com TAs, recrutados em uma unidade de TAs ao longo de um período de sete anos. Para a avaliação, foram utilizados os instrumentos: Questionário de Trauma Infantil (CTQ), para medir experiências de trauma na infância, EDE-Q, para avaliar as características clínicas associadas aos TAs e a Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), para categorizar os participantes em grupos com e sem TOC.

Existiram diferenças significativas entre os grupos com e sem comorbidade de TOC, destacando as pontuações do EDE-Q, a presença de transtornos de ansiedade, depressão, e o histórico de abuso sexual e negligência física na infância. Depois houveram análises para investigar como esses fatores interagem na relação entre traumas na infância e a ocorrência de TOC, permitindo o controle de potenciais fatores de confusão e avaliação da gravidade dos sintomas dos TAs. Dos participantes com TAs, a minoria foi classificada no grupo com comorbidade de TOC. Os pacientes com comorbidade de TA e TOC tiveram pontuações significativamente mais altas no EDE-Q, indicando maior gravidade dos sintomas relacionados aos TAs. Aqueles com TA e TOC tinham incidência maior de transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e TEPT.

Houve uma maior incidência de abuso sexual e negligência física em pacientes com comorbidade de TOC. Foi demonstrado que a associação entre trauma na infância e a comorbidade de TOC foi influenciada pela presença de transtornos de ansiedade e pela pontuação total no EDE-Q, com uma associação significativa também com o histórico de abuso sexual. Esses resultados indicam que traumas na infância aumentam o risco de comorbidade de TOC em pacientes com TAs, correlacionando-se com formas mais severas desses transtornos e uma maior probabilidade de transtornos de ansiedade, ou seja, a presença de traumas na infância, especialmente abuso sexual e negligência física, está fortemente associada à ocorrência de comorbidade entre TOC e TA. Esses traumas contribuem para a gravidade clínica dos TAs e aumentam a prevalência de transtornos de ansiedade nesse contexto, sugerindo uma relação de vulnerabilidade compartilhada. A identificação precoce e o tratamento direcionado desses traumas podem melhorar o prognóstico dos pacientes com TA e TOC, sendo importante o rastreamento de experiências traumáticas na infância em pacientes com TAs, especialmente aqueles com sintomas OC, a fim de oferecer uma abordagem terapêutica mais integrada e personalizada. Os autores sugerem que futuras pesquisas devem aprofundar nos mecanismos neurobiológicos e psicossociais envolvidos, para intervenções transdiagnósticas que abordem essas vulnerabilidades comuns (Attar et al., 2024).

Os resultados encontrados no estudo, ao relacionar o histórico de traumas na infância com maior gravidade dos transtornos e a presença de comorbidades, sugerem que o perfeccionismo pode atuar como um fator mediador ou vulnerabilidade facilitadora. Ou seja, indivíduos com traços de perfeccionismo podem estar mais predispostos a utilizar comportamentos rígidos e ritualísticos como mecanismos de enfrentamento diante de experiências traumáticas, perpetuando assim os sintomas obsessivos e os padrões de controle presentes nos transtornos. Assim, compreender o papel do perfeccionismo à luz

desses resultados reforça a importância de avaliar esse traço na clínica, pois ele pode indicar uma maior resistência ao tratamento, além de fomentar o ciclo de ansiedade e comportamento compulsivo. Intervenções que visem reduzir o perfeccionismo, ou trabalhar estratégias de coping mais adaptativas, podem ser benéficas no tratamento de pacientes com TA e TOC, especialmente aqueles com histórico de traumas na infância. Dessa forma, o estudo oferece uma perspectiva que aprofunda a compreensão do perfeccionismo nesses transtornos.

O perfeccionismo, ao promover uma busca por controle absoluto e precisão, pode favorecer uma postura de evitação de experiências ambíguas, imprevisíveis ou desafiadoras, contribuindo para o ciclo de manutenção dos sintomas. Embora o artigo não discorra a evitação patológica como um conceito isolado, os autores sugerem que essa característica está relacionada à resistência ao explorar novas experiências ou lidar com aspectos emocionalmente desconfortáveis, especialmente em indivíduos com histórico de trauma na infância.

5.5. Relatos de Casos em Transtornos Alimentares: A Relação da Evitação Patológica e do Perfeccionismo na manutenção do Ciclo de Sintomas Obsessivo-Compulsivos

Tatay-Manteiga (2020) traz um relato de caso de uma mulher adulta com o TA de Pica, encaminhada para uma avaliação de saúde mental devido ao hábito de comer gesso de parede durante muitos anos. Desde criança, após ser abandonada pelos pais e criada pela avó, começou a ingerir gesso em um internato, inicialmente imitando outras meninas. O comportamento se tornou um mecanismo para aliviar a ansiedade e a solidão, tornando-se compulsivo ao longo dos anos e gerando sentimentos de vergonha. Ela tem um histórico de anemia ferropriva, tratada com ferro, e apresenta distorção da imagem corporal, restringindo sua dieta e exercitando-se intensamente. Durante a avaliação mental, mostrava-se com humor hipótimo e traços de personalidade obsessiva. O tratamento incluiu ferro, fluoxetina e TCC, resultando em melhora progressiva.

Atualmente ainda come gesso, mas menos frequentemente, principalmente sob estresse. Seu emocional melhorou, e ela se tornou mais consciente dos riscos associados ao hábito. No caso abordado, a privação emocional na infância e a anemia contribuíram para o desenvolvimento do comportamento anormal. A paciente apresentava desejo compulsivo de ingerir gesso, especialmente sob estresse, o que a levava a se sentir envergonhada, mas aliviava sua ansiedade. Esse comportamento sugere uma relação com transtornos do espectro OC. A gestão adequada do estresse pode ajudar a aliviar os sintomas da pica. Pesquisas são necessárias para determinar a prevalência da pica e entender suas causas e melhores abordagens de tratamento (Tatay-Manteiga, 2020).

Menciona-se traços de personalidade obsessiva na paciente, incluindo perfeccionismo, alta autoexigência e dificuldade em falar sobre seus sentimentos, que são importantes para compreender a relação entre pica e comportamentos OC. O perfeccionismo pode contribuir para a rigidez emocional e comportamental, levando a compulsões como o consumo de substâncias não alimentares. No caso, a ingestão de gesso era utilizada como uma estratégia para aliviar a ansiedade, indicando que a necessidade de controle e perfeição pode intensificar a manifestação do transtorno. A paciente sentia vergonha por seu comportamento, o que pode ser exacerbado por sua autoexigência. A melhora com o tratamento antidepressivo e TCC sugerem que abordar esses traços de perfeccionismo e

autoexigência com a gestão do estresse pode ser crucial para o tratamento de indivíduos com pica. Ao alinhar o tratamento às necessidades emocionais e comportamentais da paciente, é possível um entendimento mais profundo do perfeccionismo em TAs e desenvolver abordagens terapêuticas mais eficazes.

A pressão interna para ser perfeito incita a evitação de até mesmo a abordagem de problemas emocionais, resultando em um ciclo de angústia e dificuldades de lidar com a realidade. Nesse caso, a paciente demonstrou dificuldade em falar sobre seus sentimentos, o que sugere uma evitação emocional, o que pode contribuir para a exacerbação de seus sintomas de pica, na medida em que ela utiliza a ingestão de gesso como mecanismo de enfrentamento para sua ansiedade, em vez de confrontá-la. O relato sugere que entender essa dinâmica entre perfeccionismo e evitação pode ser relevante para o tratamento, pois trabalhar esses aspectos pode ajudar o paciente a desenvolver estratégias mais adaptativas para lidar com a ansiedade e a tensão emocional, ao invés de recorrer a comportamentos compulsivos ou prejudiciais como o pica.

Sarısakal e Yalçinkaya-Alkar (2020) trazem o relato de caso de TA não especificado com padrão de TOC, com abordagem prática e detalhada sobre o processo de avaliação e intervenção terapêutica, sendo que apesar do aumento das evidências sobre a comorbidade de TOC e TA, é comum pacientes com dificuldades significativas por tratamento adequado. A paciente demonstra padrões de TOC associados a comportamentos alimentares.

Desde a infância, a paciente enfrentou problemas de obesidade, o que impactou sua autoimagem e relações sociais e culminou em significativa perda de peso durante a adolescência, especialmente durante os preparativos para o exame universitário, onde passou de 122 quilos para 56 quilos através de dietas rigorosas. Durante esse período, ela começou a desenvolver comportamentos relacionados ao TOC, exacerbados pela descoberta de que seu pai estava traindo sua mãe. Isso gerou sentimentos de raiva reprimidos e dificuldade em expressar suas emoções, levando a um ciclo de compulsão relacionado à alimentação, como contar calorias e restringir a ingestão de alimentos. Ela buscou terapia devido à sua insatisfação contínua com a alimentação e a sensação de não se sentir satisfeita após as refeições, questões que foram tratadas ao longo das 10 sessões de TCC propostas no estudo.

As queixas iniciais da paciente se referem a um TA caracterizado por episódios de consumo excessivo e sensação de não conseguir parar de comer. Ela descreveu percepções distorcidas de imagem corporal, se vendo como "sempre gorda" e com necessidade constante de emagrecer, levando à dietas rigorosas e exercícios em excesso. Está em conflito com suas crenças condicionais, como "Devo ser perfeita" e "Terei sucesso se me controlar" que são pensamentos automáticos de inadequação, fracasso, culpa, falha, ativados nas incertezas do dia a dia. Perfeccionismo, que surge dessas sensações que o indivíduo vê em si, traz o comportamento de autocontrole. O controle rigoroso sobre o comportamento alimentar visa recuperar o controle pela sensação de controle sobre a quantidade de comida, com sentimentos negativos ativados pela fraqueza e inadequação.

Durante o diagnóstico, foram considerados TAs, como AN, BN e Transtorno da Compulsão Alimentar, testadas através de documentação dos padrões alimentares da paciente e avaliou se as características do TA encaixavam nos critérios diagnósticos do

DSM-5. Discutiu-se a possibilidade de TA Não Especificado, dado a gravidade dos sintomas e a sua funcionalidade em diferentes áreas. Destaca-se os desafios em diagnosticá-la corretamente, além de explorar como a relação entre TAs e TOC pode influenciar o tratamento e compreensão dos problemas da paciente. É discutido os vários métodos de avaliação para diagnosticar e formular o caso, sendo um dos principais o BDI, utilizado para medir a gravidade dos sintomas depressivos, e a Y-BOCS, que avaliou a intensidade dos sintomas relacionados ao TOC. O Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI) foi empregado para obter uma compreensão mais profunda das características da personalidade da paciente e suas questões emocionais.

O BDI indicou sintomas depressivos em sério nível, que poderia interferir em sua funcionalidade em várias áreas. A Y-BOCS sugeriu a presença de sintomas OC de TOC que impactavam seu cotidiano, levando-a a ter pensamentos intrusivos e comportamentos compulsivos relacionados à sua alimentação e imagem corporal. O MMPI apresentou padrões de personalidade que sustentavam o diagnóstico de TOC e TAs. Os resultados mostraram características associadas a depressão, baixa energia e uma visão negativa de si mesma, indicando que ela estava lutando com sentimentos de isolamento e incerteza em relação ao futuro. A paciente apresentava um diagnóstico final de "TA Não Especificado com Padrão Obsessivo-Compulsivo". A alta comorbidade entre TAs e TOC foi destacada, sugerindo que a paciente se encaixava dentro do espectro de TOC. Esses resultados foram fundamentais para um tratamento que abordasse os comportamentos alimentares problemáticos e sua saúde mental, com técnicas da TCC para abordar as distorções cognitivas e promover mudança de comportamento (Sarisakal e Yalçinkaya-Alkar, 2020).

O artigo sugere o perfeccionismo como um fator relevante na patologia da paciente, associando-o diretamente ao seu TA Não Especificado e ao TOC. O perfeccionismo é apresentado como uma crença central que leva a padrões de autoexigência extremamente altos, refletidos em pensamentos como "Eu devo ser perfeita" e "Eu serei bem-sucedida se eu me controlar". O seu perfeccionismo está ligado às suas experiências de discriminação na infância, que a levaram a uma autoavaliação negativa e ao medo de recuperar peso, que é ativado em situações de incerteza e falha, onde ela se sente vulnerável e inadequada. A tentativa de controlar rigidamente seu comportamento alimentar é vista como um mecanismo para restaurar seu senso de controle e evitar sentimentos de inadequação. Sugere-se que esse perfeccionismo exacerbado contribui para seus desafios emocionais, como vergonha e culpa que geram um ciclo de comportamentos compulsivos e disfuncionais relacionados à alimentação, onde a paciente tenta alcançar padrões irreais de corpo e comportamento. O caso sugere que a compreensão do perfeccionismo nesse contexto é fundamental para o tratamento, pois permite que os profissionais abordem as crenças distorcidas que sustentam comportamentos problemáticos. A TCC pode ajudar ela a desafiar essas crenças e a desenvolver um entendimento mais saudável sobre si mesma, libertando-a da pressão de alcançar a perfeição. A paciente evita comer em situações sociais, temendo perder o controle sobre seu comportamento alimentar, o que acaba reforçando a sensação de insegurança e incapacidade. A evitação se torna um mecanismo de defesa, onde, em vez de enfrentar suas ansiedades e medos, como o medo de ganhar peso ou ser julgada, ela opta por se retrair, o que perpetua um ciclo de isolamento e sofrimento emocional.

5.6. A Complexidade do Perfeccionismo: O Papel da Inflexibilidade Cognitiva em TAs e TOC e a Busca por Tratamentos Eficazes

Van Passel et al. (2016) destacam as dificuldades que os TAs, especialmente a AN, e o TOC representam para os indivíduos e para o sistema de saúde pela sua natureza incapacitante e custo elevado, e embora haja estratégias de tratamento como a TCC e abordagens farmacológicas, a taxa de sucesso é considerada moderada. Um fator comum entre AN e TOC é a inflexibilidade cognitiva, que pode dificultar o engajamento dos pacientes no tratamento, assim, a Terapia de Remediação Cognitiva (CRT) é apresentada como uma intervenção inovadora para abordá-la e melhorar a eficácia dos tratamentos padrões. Os autores investigaram a CRT como tratamento complementar ao Tratamento como Usual (TAU), examinando a eficácia terapêutica e a relação custo-efetividade da CRT em pacientes com AN e TOC, buscando entender se ela pode melhorar resultados clínicos e contribuir para a eficiência do sistema de saúde.

O estudo envolve um ensaio clínico randomizado multicêntrico, com metade dos pacientes com AN e outra metade com TOC, para comparar os efeitos da CRT com uma condição de controle, a Terapia de Atenção Especializada (SAT), projetada para este estudo. Ambos os grupos participaram de 10 sessões de tratamento, realizadas duas vezes por semana, seguidas pelo TAU. Nas sessões de SAT, semelhantes em estrutura e duração ao CRT, o foco não está na flexibilidade cognitiva, mas envolve tarefas que ajudam os pacientes a se concentrarem em experiências positivas, pedindo suas opiniões sobre as tarefas realizadas. TAU é o tratamento padrão que os pacientes normalmente receberiam para suas condições, como TCC e medicação e é iniciado após o SAT ou o CRT. As avaliações dos pacientes aconteceriam em três momentos: no baseline (T0), logo após o término da intervenção (T1), e novamente seis meses após (T2).

O estudo investiga a eficácia da CRT em melhorar a gravidade dos sintomas específicos de cada transtorno, a qualidade de vida e a relação custo-efetividade, além de analisar moderadores (como o perfeccionismo) e mediadores dos efeitos do tratamento. Espera-se definir se a CRT pode reduzir comportamentos perfeccionistas, melhorar os desfechos clínicos, especialmente a flexibilidade cognitiva, e reduzir a sintomatologia dos transtornos. A AN e o TOC são condições difíceis de tratar, com taxas significativas de não resposta e desistência dos tratamentos recomendados. Há o reconhecimento de que as intervenções atualmente não são suficientes, o que ressalta a necessidade de novas abordagens como a CRT, que pode ajudar a superar as ineficiências cognitivas compartilhadas entre os pacientes com AN e TOC. A abordagem é transdiagnóstica, abordando problemas comuns subjacentes a múltiplos transtornos, o que poderia também levar a melhoria de outros transtornos relacionados (Van Passel et al., 2016).

O perfeccionismo é abordado como um dos componentes problemáticos que podem ser tratados através da CRT. O perfeccionismo é identificado como um estilo de pensamento disfuncional que pode contribuir para a manutenção dos transtornos, na AN e no TOC. A CRT busca melhorar a consciência dos pacientes sobre esses estilos de pensamento. Durante a terapia, os pacientes realizam exercícios cognitivos que visam reduzir comportamentos perfeccionistas. O foco é encorajar eles a refletirem sobre suas estratégias diárias que são invariavelmente rígidas e, muitas vezes, prejudiciais, levando-os a considerar praticar alternativas mais flexíveis e adaptativas. A expectativa é que, ao aumentar a flexibilidade cognitiva e reduzir a rigidez associada ao perfeccionismo, os pacientes possam melhorar sua qualidade de vida e ter melhores

resultados no tratamento. O perfeccionismo é analisado como um potencial moderador do efeito do tratamento, em que o grau de perfeccionismo de um paciente pode influenciar a eficácia da CRT e seu impacto nos desfechos do tratamento para AN e TOC. A CRT, ao ajudar os pacientes a reconhecerem e interromperem esses padrões de pensamento disfuncionais, promove maior flexibilidade cognitiva e diminui a evitação patológica. Por meio de exercícios práticos e reflexão sobre seus comportamentos, eles são incentivados a enfrentar suas dificuldades, crucial para reduzir essa evitação e promover uma melhor adaptação e funcionamento.

Van Passel et al. (2020) trazem os resultados do estudo e indicam que a CRT não mostrou superioridade em relação ao controle ativo (SAT) no fortalecimento do TAU para reduzir os sintomas de TOC e AN. Surpreendentemente, o grupo que recebeu SAT, a intervenção de controle, pode ter obtido melhorias ligeiramente melhores em pacientes com TOC, sugerindo um efeito potencial da própria intervenção de atenção especializada. Os efeitos ao longo do tempo mostraram melhorias significativas nos sintomas e na qualidade de vida em ambos os grupos, mas sem diferenças estatisticamente relevantes entre CRT+TAU e SAT+TAU. Assim, a CRT não provou ser mais eficaz do que o controle na augmentação do tratamento nessas condições, embora o efeito do SAT como potencial fator de melhora represente uma área que merece investigação futura.

Os autores avaliam que a CRT não apresentou efeitos adicionais significativos sobre os resultados principais, secundários ou trajetórias de resposta em comparação com a SAT ou o TAU em pacientes com TAs (AN) e TOC. Apesar de os tratamentos terem mostrado melhorias ao longo do tempo, não houve evidências de que a CRT oferecesse benefícios adicionais. Os autores consideram que a baixa adesão à terapia, especialmente em relação à CRT, pode ter contribuído para a ausência de efeitos positivos observados. Eles discutem que fatores como a heterogeneidade da amostra e o protocolo de intervenção podem ter influenciado os resultados e sugerem futuras pesquisas para otimizar as intervenções e compreender melhor quais pacientes poderiam se beneficiar de abordagens cognitivas específicas (Van Passel et al., 2020).

Aspectos relacionados à rigidez cognitiva, atenção aos detalhes, e inflexibilidade cognitiva estão associados ao perfeccionismo nas populações com TOC e TAs. Os exercícios de CRT e o controle ativo (SAT) focaram em modificar essas funções cognitivas, que muitas vezes sustentam padrões perfeccionistas de pensamento, como a necessidade de controle, a atenção excessiva aos detalhes e a resistência à mudança. Isso sugere que intervenções que visam a flexibilização cognitiva e a quebra de padrões perfeccionistas podem ser importantes, mas que a simples introdução de estratégias de remediação cognitiva não necessariamente é suficiente para modificar esses traços de forma robusta. Dessa forma, os resultados reforçam a importância de compreender o perfeccionismo como um obstáculo cognitivo e comportamental nesses transtornos, destacando a necessidade de focar em estratégias que reduzem a rigidez e o foco excessivo nos detalhes, o que podem orientar futuras abordagens terapêuticas mais direcionadas ao tratamento do perfeccionismo. A rigidez, inflexibilidade cognitiva e a atenção aos detalhes podem dificultar o engajamento em tratamentos e a adaptação a mudanças e fomentar a evitação de experiências desconfortáveis, aumento do medo de errar e de não alcançar padrões perfeitos, levando a um ciclo de evitamento patológico.

5.7. A Corrida pela Perfeição e o Exercício como Fuga: A Relação entre Dependência do Exercício, TAs e TOC sob a Lente do Perfeccionismo e Evitação

Yang et al. (2022) discutem a crescente preocupação com a prevalência de TAs entre mulheres que praticam exercícios regularmente. Elas apresentam um risco elevado para TAs, dependência do exercício (EXD) e TOC, que muitas vezes ocorrem em conjunto. Os traços de personalidade, especialmente os dos Cinco Grandes (Big Five), podem explicar essas comorbidades. No entanto, a maioria das pesquisas anteriores focou em populações ocidentais, deixando uma lacuna sobre essas interações em contextos como da China. Assim, o estudo investiga as relações entre os traços de personalidade e comportamentos alimentares desordenados entre mulheres praticantes de exercício físico e explora mediadores como os sintomas de EXD e TOC que podem influenciar essa relação. Incluiu mulheres que praticam exercícios, com idades variando de 18 a 67 anos e dados coletados por questionários que avaliaram os traços de personalidade pelo modelo dos Cinco Grandes (extroversão, afabilidade, conscienciosidade, estabilidade emocional e abertura à experiência), bem como os sintomas de EXD e sintomas OC.

Houve correlações negativas e significativas entre os traços de personalidade conscienciosidade, estabilidade emocional e amabilidade com comportamentos alimentares desordenados nas participantes. Tanto os sintomas de EXD quanto os sintomas OC atuam como mediadores na relação entre conscienciosidade e TA, bem como entre estabilidade emocional e TA. Para amabilidade, apenas os sintomas OC foram um mediador significativo na relação com comportamentos alimentares desordenados. Os achados sugerem que os traços de personalidade têm um impacto na severidade dos comportamentos alimentares desordenados, com mediadores como EXD e OC importantes nestas relações, contribuindo para um maior entendimento dos mecanismos psicológicos que sustentam essa associação entre traços de personalidade e TAs em mulheres praticantes de exercício. Traços como conscienciosidade, estabilidade emocional e amabilidade estão inversamente relacionados à severidade dos TAs. A conscientização foi identificada como um fator importante que pode ajudar a identificar indivíduos em risco de desenvolver TAs. A mediação dos sintomas de EXD e dos sintomas OC sugere que esses sintomas podem ser pontos de intervenção potencial. A relação entre emocionalidade e EXD é destacada, sugerindo que mulheres com baixa estabilidade emocional podem usar o exercício como um meio de lidar com emoções negativas. Outros traços de personalidade, como o perfeccionismo, também são identificados como características centrais entre esses transtornos, e então outras dimensões ou mecanismos de personalidade subjacentes a essas relações devem ser examinadas em outros estudos para conclusões mais robustas (Yang et al., 2022).

O artigo traz o perfeccionismo como uma característica central frequentemente associada aos TAs e sugere que ele pode estar relacionado aos comportamentos de dependência do exercício. Traços como a conscienciosidade, relacionada com frequência ao perfeccionismo, mostram associação negativa com a severidade dos comportamentos alimentares desordenados, sugerindo que níveis mais altos de conscienciosidade tendem a menos comportamentos alimentares desordenados, o que contrasta com a ideia de que o perfeccionismo, uma dimensão muito vinculada à conscienciosidade, poderia agravar esses comportamentos. No entanto, é preciso atenção, pois o perfeccionismo, especialmente sua forma maladaptativa, é muito associado a comportamentos alimentares disfuncionais, como o controle rígido da alimentação e preocupação excessiva com o corpo. Portanto, a relação negativa entre

conscienciosidade e comportamentos desordenados observada pode indicar que aspectos positivos da conscienciosidade (como organização e responsabilidade) podem proteger contra a severidade dos comportamentos alimentares problemáticos, enquanto que outras formas de perfeccionismo, as mais rígidas e disfuncionais, podem agravar esses comportamentos. A presença de sintomas OC serve como um mediador nessa relação, sugerindo que o perfeccionismo pode estar ligado a manifestação de sintomas OC, contribuindo para o desenvolvimento e a manutenção de TAs.

A compreensão do papel do perfeccionismo e de suas interações com outros traços de personalidade e comportamentos, como a dependência do exercício, pode ser crucial para intervenções mais eficazes e identificar indivíduos que estejam em risco de desenvolver esses transtornos. O artigo possibilita pensar a natureza complexa do perfeccionismo, sugerindo que ele pode estar associado a comportamentos de evitação, particularmente em contextos de TAs e dependência do exercício. A luta constante para atingir padrões inatingíveis pode exacerbar sintomas de TAs ou dependência do exercício, levando a uma espiral de comportamentos compensatórios e maior necessidade de controle. A evitação pode ser uma resposta a críticas internas e externas, aumentando a vulnerabilidade ao desenvolvimento de distúrbios alimentares como meios de lidar com essa pressão interna constante.

Cosh et al. (2023) discutem a falta de consenso da classificação diagnóstica do exercício compulsivo (CE), frequentemente observado em TA, e que embora o CE compartilhe teoricamente características com o TOC, a evidência sobre essa relação é mista e limitada. Assim, eles enfatizam a necessidade de explorar como o CE se relaciona com sintomas de TOC e TA para melhor entender sua classificação e destacam a complexidade do CE como um fenômeno multidimensional, sugerindo que diferentes dimensões do CE podem ter relações distintas com os sintomas de TA e TOC, com os autores se propondo a investigar se o CE é um distúrbio próprio ou parte das categorias de TA ou TOC. O estudo incluiu adultos envolvidos dieta, exercício ou que enfrentaram problemas de saúde mental. Foram recrutados através de redes sociais de fundações de saúde mental, grupos de apoio a TAs e TOC, e outros grupos relacionados, e seus dados foram coletados por um questionário online. Utilizou-se o OCI-R para avaliar sintomas de TOC e outras escalas para sintomas de CE e TA. O intuito foi examinar as relações entre diferentes dimensões do CE e os sintomas de TOC e TA e avaliar a capacidade preditiva da avaliação de CE na detecção de sintomas de TOC e TA.

A avaliação do CE teve uma capacidade preditiva limitada para detectar sintomas de TOC e TAs, como AN e transtorno da compulsão alimentar, mas capacidade moderada para identificar sintomas de TAs desordenados e BN. As associações entre CE e sintomas de TOC não foram significativas após ajustes para sintomas de TAs. O pensamento obsessivo estava associado principalmente à falta de prazer no exercício, indicando que a relação entre CE e TOC pode ser mais complexa e refletir a comorbidade entre esses transtornos e a presença de características OC em TAs. Os dados sugerem que o CE pode ser mais bem classificado como um distúrbio distinto dentro do espectro de alimentação, em vez de diretamente relacionado ao espectro de TOC, sugerindo que CE não deve ser um componente de TOC, embora compartilhe características com TOC, como comportamentos compulsivos. O CE pode ser um distúrbio distinto, separado de sintomas de TAs e TOC, mesmo com características compartilhadas entre eles. A falta de prazer associado ao exercício pode estar ligada ao pensamento obsessivo, mas a CE parece mais relacionada aos mecanismos e dinâmicas

dos TAs. Os resultados sugerem avaliações e tratamentos específicos para CE, focando em aspectos como perfeccionismo disfuncional e estratégias de enfrentamento evitativas, pois os tratamentos de CE podem trabalhar a ordem, a adesão rigorosa a horários e organização, o perfeccionismo disfuncional, o enfrentamento evitativo e a anedonia, sendo necessárias mais pesquisas para compreender melhor as nuances e a classificação do CE, com foco na exploração de suas dimensões (Cosh et al., 2023).

O perfeccionismo é indicado como um fator relacionado ao CE, TOC e TA. Os autores sugerem que o perfeccionismo disfuncional pode manifestar-se em padrões de rigidez e organização tanto no comportamento de exercício quanto na gestão dos sintomas ocupacionais de TOC e TA. Os resultados indicam que a rigidez e a manutenção de regras rigorosas no exercício (como aderir a horários inflexíveis e à organização compulsiva) podem existir tanto em CE quanto em TOC. Essa rigidez é vista como uma expressão de perfeccionismo, onde a pessoa pode sentir uma pressão interna intensa para se comportar de maneira que atenda a padrões extremamente altos. Isso implica que o tratamento de CE pode se beneficiar de abordagens que abordem o perfeccionismo e comportamentos de organização compulsiva, ajudando os sujeitos a desenvolver uma perspectiva mais flexível em relação ao exercício e à autoavaliação. Além disso, a relação entre CE e sintomas de TA reforça a ideia de que o perfeccionismo pode se manifestar em várias formas de controle e avaliação corporal.

Os CE pode ser visto como um coping evitativo, onde a prática excessiva de exercícios é utilizada não por prazer ou motivação intrínseca, mas como maneira de evitar sentimentos desconfortáveis ou situações que provocam ansiedade. A evitação patológica pode manifestar-se na forma de ruminação e anedonia, em que indivíduos se sentem obrigados a se exercitar para controlar suas emoções e evitar o enfrentamento de questões subjacentes, como insatisfação corporal ou ansiedade. A rigidez associada ao perfeccionismo pode impedir esses indivíduos de desfrutar do exercício, transformando-o em um fardo, ao invés de uma atividade prazerosa, sugerindo que essa dinâmica de evitação pode reforçar o pensamento obsessivo, perpetuando um ciclo de compulsão e desconforto emocional. Essa falta de prazer em relação ao exercício físico ligada ao pensamento obsessivo pode inclusive promover evitação em várias outras situações do dia a dia, como em contextos sociais de celebração que envolvem a alimentação, devido a essa anedonia. Além disso, os sujeitos podem evitar atividades físicas por medo de não alcançarem o que eles idealizaram como um desempenho perfeito. Para aqueles com características de TOC e perfeccionismo, pode ser útil abordagens terapêuticas que desafiem esses padrões de evitação e promovam habilidades de enfrentamento mais adaptativas, ajudando a reduzir a dependência do exercício como mecanismo de fuga.

5.8. Perfeição, Fuga e Compulsão: A Interligação de Sintomas Obsessivo-Compulsivos, Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica e Adição Alimentar

Fedrigolli et al. (2021) estabeleceram uma conexão entre o TCAP, o TOC e a adição alimentar (FA), enfatizando a importância dessa relação para o entendimento e o tratamento adequado dos pacientes, por meio de uma revisão sistemática da literatura focada nessa relação, com a maioria dos estudos sendo revisões da literatura.

O TCAP está intimamente relacionado ao TOC e à FA. O TCAP tem dois subtipos: o alimentar, que se concentra excessivamente em peso e forma do corpo, e alimentar/depressivo, associado a estados depressivos e preocupações com o peso.

Durante os episódios de compulsão do TCAP, os pacientes frequentemente relatam perda de controle, similar ao do TOC, onde ações são realizadas mesmo sem sentido. A presença de rituais alimentares e o comer em segredo são comuns entre os pacientes de TCAP. A relação com a FA é crucial, pois TCAP e FA compartilham sintomas, como comer além da saciedade e compulsão por alimentos. A distinção entre elas é importante para o tratamento mais eficaz e personalizado, visto que o TCAP pode ser mais sobre a regulação emocional, enquanto a FA envolve buscar prazer. O TCAP é caracterizado por uma fase de obsessão com preocupações sobre a imagem corporal, seguida pela compulsão, manifestada em episódios de alimentação descontrolada, atribuída a um estado de ruminação obsessiva, onde os pacientes podem se fixar em pensamentos negativos sobre o corpo ou ao estado emocional antes de se entregarem ao ato de comer.

A FA tem relação com substâncias (alimentos) e comportamentos relacionados, que reside na natureza do que está sendo buscado. A adição a substâncias (alimentos) refere-se à dependência de certos ingredientes específicos, como o açúcar, que pode provocar reações neuroquímicas no cérebro semelhante às observadas em vícios a substâncias. Nesse caso, o impulso é pela busca de um alimento ou composto alimentar que oferece prazer imediato, mas que também pode ter consequências negativas a longo prazo. Já a adição comportamental refere-se ao comportamento de comer em si, independentemente do tipo de alimento consumido, e o foco está na quantidade de alimento ingerido, como uma forma de lidar com emoções. Neste contexto, a compulsão é pelo ato de comer em grandes quantidades, muitas vezes sem um foco claro em ingredientes específicos. Essas duas formas de adição impactam o comportamento e as decisões dos indivíduos, e a diferenciação é importante para o tratamento adequado das condições associadas ao TCAP, sendo essencial diferenciar as causas subjacentes entre as diferentes apresentações do TCAP e a FA, pois isso pode influenciar significativamente as opções de tratamento. A compreensão dessas conexões pode melhorar o diagnóstico e tratamento, promovendo uma intervenção mais focada nas necessidades individuais dos pacientes, melhorando assim os resultados terapêuticos, com necessidade de mais pesquisas sobre essas associações (Fedrigolli et al., 2021).

O estudo sugere que o perfeccionismo pode ser um dos fatores associados a relação da TCAP com o TOC e que pacientes com TCAP frequentemente apresentam um tipo de ruminação que envolve uma comparação negativa entre seu estado atual e um padrão ideal não alcançado. Essa forma de ruminação pode intensificar o mau humor e desencadear episódios de compulsão alimentar como uma forma de fuga desse estado emocional negativo. As estratégias de evitação servem como um mecanismo de defesa, permitindo que os indivíduos evitem o desconforto emocional associado à comparação com padrões de aparência idealizados. É sugerido que essa evitação pode intensificar os sintomas do TCAP, uma vez que impede que os indivíduos enfrentem e processem suas ansiedades e insatisfações. Em vez de lidar com esses sentimentos, os indivíduos recorrem à alimentação como uma forma de escapar dos padrões perfeitos que não conseguem atingir, agravando o ciclo de compulsão alimentar e insatisfação corporal.

5.9. Perfeccionismo Desadaptativo e Evitação: O Vínculo Central na Vulnerabilidade aos Transtornos Alimentares e Obsessivo-Compulsivos

Halmi et al. (2005) citam em seu artigo que o perfeccionismo é uma característica central dos TAs, podendo preceder a sua manifestação, ser proeminente na fase aguda da doença e persistir mesmo após a recuperação. Os autores procuraram avaliar as

implicações do perfeccionismo, TPOC (Transtorno de Personalidade Obsessiva-Compulsiva) e TOC na vulnerabilidade aos TAs.

Os escores de perfeccionismo variaram entre os grupos, na qual o grupo que não apresentou transtorno obsessivo (com apenas TA) teve os escores mais baixos e o grupo com ambos os transtornos (com TA, TOC e TPOC) apresentou os escores mais altos de perfeccionismo. Os escores de perfeccionismo foram significativamente mais elevados em indivíduos com TPOC, destacando que esse traço se correlaciona mais com características do TPOC do que com o TOC, ou seja, o perfeccionismo se mostrou mais associado às características do TPOC do que ao TOC. A combinação de altos níveis de perfeccionismo com características de TPOC foi interpretada como um potencial fator subjacente à vulnerabilidade para o desenvolvimento de TAs (Halmi et al., 2005).

Os indivíduos com TPOC podem exibir nível mais elevado de controle e necessidade de ordem, que se manifestam em comportamentos obsessivos relacionados à dieta e à imagem corporal, reforçando a evitação de situações que possam comprometer seu padrão ideal. A associação do perfeccionismo com TPOC sugere que a necessidade de controle e resistência à incerteza podem levar a evitação de situações em que esses indivíduos possam perceber falhas ou perda de controle, como a ingestão de certos alimentos ou o engajamento em comportamentos sociais que podem resultar em julgamento, contribuindo para a vulnerabilidade aos TAs. Essa evitação pode se manifestar evitando alimentos que acredita que possam resultar em ganho de peso ou em uma percepção de falha em manter o controle. A relação do perfeccionismo com a evitação desadaptativa impacta na autoimagem do sujeito, que se baseia na busca incessante por padrões de perfeição e o medo de erros, que estão associados a sentimentos de inadequação e ansiedade, dinâmica essa que não só perpetua os TAs, mas também pode levar a comorbidades, como depressão e transtornos de ansiedade, criando um ciclo vicioso difícil de romper.

O estudo de Sassaroli et al. (2008) revelou que na subescala Preocupação com Erros da Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS) todos os três grupos clínicos (depressão maior, TOC e TAs) apresentaram pontuações significativamente mais altas do que o grupo controle, na qual o grupo com TAs obteve as pontuações mais altas, o que sugere que essa subescala é um traço de perfeccionismo particularmente relevante para a psicopatologia nos transtornos estudados, especialmente em pacientes com TAs. Os autores destacam que essa prevalência elevada entre os pacientes com TAs, TOC e depressão corroboram a ideia de que essa dimensão do perfeccionismo é comum entre essas condições e pode ser um fator contribuidor significativo para os comportamentos e pensamentos disfuncionais.

Em relação a subescala Expectativas e Crítica Parentais, o fato de que foram mais prevalentes nos grupos de TOC e depressão em comparação com controles, mas não para TAs, sugere que essas dimensões do perfeccionismo podem ter uma influência distinta na gravidade dos TAs. Essa descoberta levanta a questão de como as críticas e as expectativas dos pais afetam o desenvolvimento e a manutenção dos TAs versus outros tipos de transtornos (Sassaroli et al., 2008).

Pode-se inferir que o perfeccionismo, particularmente a sua dimensão Preocupação com Erros, é frequentemente associado a comportamentos de evitação, que pode se manifestar em procrastinação, evitação de interações sociais ou recusa de atividades que

não possam ser realizadas de forma "perfeita". Sugere-se que características do perfeccionismo, ao invés de motivadoras, podem se tornar desadaptativas. A busca constante por padrões irreais de desempenho pode levar à autoavaliação crítica e à sensação de inadequação, que pode incrementar os sintomas de depressão e ansiedade, resultando em evitação, que dificulta a recuperação e o funcionamento diário. A crítica parental e expectativas excessivamente altas, dimensões do perfeccionismo, podem exacerbar a evitação em indivíduos com TAs e outros transtornos. Quando sentem que não conseguem atender a essas expectativas, podem se isolar ou evitar situações que envolvam desempenho. A evitação e o perfeccionismo podem criar um ciclo de reforço negativo, onde a evitação da ansiedade associada a falhas reforça a crença de que não se pode tolerar a frustração ou o erro, aumentando a introspecção e o autocrítico. As intervenções devem priorizar a reavaliação dos padrões de sucesso e fracasso.

A preocupação excessiva com cometer erros é elevada em grupos com TAs e outros transtornos. A parte que discute os resultados e a covariância dos escores de Preocupação com Erros, ressaltando que esses escores são significativos entre os grupos, pode sugerir a ligação entre o perfeccionismo e a evitação, já que os indivíduos com altos níveis de preocupação frequentemente evitam situações que poderiam desencadear esses sentimentos. Embora o artigo não se dedique à evitação do perfeccionismo, a conexão pode ser estabelecida a partir da análise da relação entre perfeccionismo e psicopatologia, especialmente nos resultados discutidos sobre Preocupação com Erros e suas implicações emocionais e comportamentais.

Maia et al. (2009) encontraram em seu estudo que, em comparação com os participantes não clínicos, todos os grupos clínicos (pacientes com TOC, TAs e depressão/ansiedade) apresentaram pontuações significativamente mais altas na Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS) total, assim como nas subescalas de Perfeccionismo Auto-Orientado (SOP) e Perfeccionismo Socialmente-Prescrito (SPP), sem diferenças estatisticamente significativas nas pontuações de SOP e na pontuação total da MPS entre os três grupos clínicos. Porém, os indivíduos com TAs apresentaram níveis significativamente mais elevados de SPP em comparação aos outros grupos, o que pode estar relacionado às altas expectativas sociais que esses indivíduos podem sentir.

O perfeccionismo possui características tanto adaptativas quanto maladaptativas, com o perfeccionismo adaptativo descrito como a capacidade de estabelecer altos objetivos e sentir satisfação com o desempenho, enquanto o perfeccionismo maladaptativo é caracterizado pela definição de padrões inatingíveis, falta de prazer nas realizações e incerteza sobre as próprias capacidades. O perfeccionismo maladaptativo é muitas vezes relacionado à evitação de críticas, incertezas e situações que podem resultar em erros, caracterizando-se por uma busca intensa de controle e certeza que, paradoxalmente, não leva à satisfação, mas sim à perpetuação da ansiedade (Maia et al., 2009).

Para os pacientes com TOC, esse padrão perfeccionista pode manifestar-se como uma busca obsessiva por certeza e controle, o que os leva a evitar situações que possam causar incerteza ou que não atendam a seus altos padrões de exigência. Essa evitação pode resultar em comportamentos compulsivos que servem como tentativas de prevenir erros ou situações indesejadas, mas perpetuam a ansiedade e o ciclo obsessivo. Nos TAs, o perfeccionismo funciona de maneira semelhante, onde a busca de um corpo ideal ou de padrões alimentares perfeitos leva à evitação de situações sociais, alimentos considerados "não perfeitos" ou interações que possam resultar em críticas sobre a

aparência física ou o comportamento alimentar. Essa busca por perfeição pode acentuar a insatisfação corporal e perpetuar o comportamento alimentar disfuncional.

Compreender como o perfeccionismo contribui para a evitação patológica pode ajudar no desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais eficazes para tratar tanto o TOC quanto os TAs, ao focar na modificação de crenças perfeccionistas e na promoção de uma aceitação maior das imperfeições pessoais. Além disso, há menções ao impacto do perfeccionismo na manutenção de comportamentos disfuncionais, como as compulsões no TOC e os comportamentos alimentares disfuncionais nos TAs, indicando como essa busca por padrões impossíveis leva à evitação de situações que poderiam ser enriquecedoras socialmente ou que poderiam facilitar uma relação saudável com a alimentação e a imagem corporal. Essa análise sugere que a evitação pode ser um mecanismo de defesa que se desenvolve em resposta a expectativas perfeccionistas.

No artigo de Bernert et al. (2012) destaca-se que o perfeccionismo é frequente em pacientes com TA e pode ser um traço distinto que também está ligado ao TOC, e é mencionado que ele pode ser um fator de risco para TA e TOC. O estudo focou na mediação do perfeccionismo na relação entre os sintomas de TA e os sintomas de TOC e explora como esse traço pode explicar essa associação, propondo que ele pode influenciar tanto os sintomas de TA quanto os sintomas de TOC.

Os resultados do estudo em uma amostra de mulheres com BN indicaram várias associações significativas entre os sintomas de TA, OC e perfeccionismo. Os sintomas de TA estavam significativamente associados a sintomas OC. Os níveis mais elevados de sintomas de TA previam maior gravidade dos sintomas de OC. Os sintomas de TA também estavam associados a níveis mais elevados de perfeccionismo. O perfeccionismo mediava a relação entre sintomas de TA e OC, sugerindo que ele pode ser um fator-chave que contribui para a comorbidade entre TA e OC, ressaltando a necessidade de considerar aspectos de perfeccionismo no tratamento dessas condições. Confirmou-se a alta comorbidade entre TAs, como BN, e sintomas OC. Os dados suportam a ideia de que tanto os TA quanto os OC compartilham características fenotípicas e podem estar inter-relacionados em sua etiologia. Sugere-se que o perfeccionismo pode ser uma característica cognitiva compartilhada entre essas condições, contribuindo para a sua manifestação. Intervenções focadas em reduzir o perfeccionismo podem ser benéficas na terapia para indivíduos com comorbidade de TA e OC. A compreensão do papel do perfeccionismo pode ajudar em um tratamento mais eficaz e direcionado para esses pacientes. Os autores recomendam pesquisas futuras que explorem o papel do perfeccionismo em amostras mais diversas e ao longo do tempo, para entender melhor essas interações e suas implicações clínicas (Bernert et al., 2012).

Pode-se inferir que o perfeccionismo é muito associado a coping desadaptativos, especialmente em TAs e OC, e pode ser considerado desadaptativo quando leva a um padrão de exigências excessivas sobre si mesmo, resultando em episódios de estresse, ansiedade e dificuldades em lidar com a insatisfação e a autorreflexão, podendo exacerbar os sintomas de TA e OC. Programas de terapia, como a TCC, são projetados para abordar as crenças e os comportamentos perfeccionistas, ajudando os pacientes a reestruturar suas expectativas e adotar respostas mais adaptativas aos desafios e falhas, e podem ser fundamentais para a redução de sintomas de TA e OC, promovendo uma abordagem mais saudável em relação à autoavaliação e ao desempenho.

O estudo sugere que o perfeccionismo pode atuar como um mecanismo de defesa para evitar lidar com emoções conflituosas ou experiências negativas. Quando os indivíduos sentem que não podem atingir seus altos padrões, isso pode levar a uma evitação extrema, exacerbar a depressão e ansiedade. Os autores discutem como o perfeccionismo pode atuar como um fator de risco para a patogênese de TAs e TOC, mencionando que ele é muitas vezes elevado em indivíduos com esses transtornos e sugerindo que a busca incessante por padrões irreais pode levar a comportamentos de evitação relacionados à alimentação e a rituais OC. O perfeccionismo pode contribuir para a desregulação emocional e aumentar os sintomas de depressão e estresse, que frequentemente coocorrem com a evitação. Esse traço pode estar ligado com desempenho e autoestima, quando a insatisfação com o desempenho leva a um mecanismo de defesa onde indivíduos evitam situações que possam resultar em comparação negativa, o que pode gerar ansiedade e alimentar a evitação de situações que eles percebem como desafiadoras ou que podem desencadear sintomas.

Boisseau et al. (2013) comparam diretamente o desempenho de tomada de decisão no TOC e TAs em relação aos traços de perfeccionismo, aplicando a Iowa Gambling Task (IGT). O artigo destaca a associação desses transtornos a déficits na tomada de decisão e ao perfeccionismo desadaptativo, mas que a pesquisa comparativa entre os dois é escassa. O estudo explora como a tomada de decisão se relaciona com traços de perfeccionismo em indivíduos com TOC e TAs, pela IGT, que avalia o desempenho na tomada de decisão e decisões sob condições de ambiguidade e risco, e a FMPS que avalia o perfeccionismo, com foco nas subescalas Preocupação com Erros e Dúvidas sobre Ações, que têm associações com a psicopatologia do TOC e TAs. Envolveu mulheres, divididas em três grupos: com TOC, com TAs e controles saudáveis.

As participantes com TAs estavam mais comprometidas na tomada de decisão sob condições de risco. Embora ambas as condições clínicas mostraram níveis mais altos de perfeccionismo, houve diferenças nas suas subescalas: aquelas com TOC relataram mais dúvidas sobre ações, enquanto as com TAs mostraram mais preocupação com erros. Houve diferenças significativas no desempenho dos grupos nos quartos e quintos blocos da tarefa, sugerindo que as características de decisão se diferenciavam quando elas estavam mais familiares com as contingências de risco. A relação entre perfeccionismo e desempenho na tomada de decisão variou entre os grupos, refletindo como esses traços podem influenciar as decisões em situações de risco, mas não de forma clara em contextos ambíguos. As diferenças nas habilidades de tomada de decisão entre elas podem estar ligadas a diferentes experiências e tipos de perfeccionismo. No caso do TOC, um alto nível de dúvida está associado a uma evitação do risco, que pode, paradoxalmente, auxiliar na tomada de decisão em algumas situações. Já no TA, a preocupação com erros tende a prejudicar a tomada de decisão sob risco, exacerbando comportamentos disfuncionais relacionados à alimentação. A preocupação excessiva com erros, típica dos TAs, pode contribuir para decisões impulsivas e prejudiciais que perpetuam o ciclo de comportamentos alimentares inadequados. Assim, é importante entender o papel desses traços na dinâmica desses transtornos (Boisseau et al., 2013).

No caso do TOC, a dúvida patológica associada ao perfeccionismo pode levar à evitação de situações de risco por medo de cometer erros e evitar danos percebidos, resultando em comportamentos de segurança e adequação que, embora possam trazer alívio temporário da ansiedade, e até contraditoriamente ajudar na tomada de decisões, também perpetuam o ciclo de compulsões e evitam a resolução de conflitos na vida

cotidiana. Para os indivíduos com TAs, a preocupação excessiva com erros e a necessidade de atingir um ideal de perfeição em relação à dieta e o corpo, muitas vezes resultam em comportamentos autodestrutivos, agravando decisões impulsivas e disfuncionais, como restrição alimentar, compulsão, purgação e evitação na forma de lidar com falhas percebidas em suas dietas, intensificando o ciclo de disfunção alimentar. A preocupação excessiva com erros e a necessidade de atender a padrões perfeccionistas levam a consequências negativas nos comportamentos e na tomada de decisão. Essas decisões impulsivas, motivadas pela necessidade de evitar a sensação de falha ou insatisfação com a própria imagem, muitas vezes reforçam padrões de comportamento disfuncional que são dificultados pela evitação da verdadeira causa da angústia: o perfeccionismo. Essa interação complexa entre perfeccionismo, decisões impulsivas e evitação merece atenção em intervenções terapêuticas.

Yahghoubi et al. (2015) trazem que o perfeccionismo psicopatológico é comumente correlacionado com TA e OC. O artigo discute a relação entre o perfeccionismo, o TOC e os TAs, destacando que o traço tem aspectos positivos (organização, planejamento, busca pela excelência e altos padrões para os outros) e negativos (necessidade de aprovação, preocupação com erros, pressão parental e ruminação). Os autores investigaram o perfeccionismo em indivíduos com traços elevados de características de TOC e TA, e como a gravidade do perfeccionismo varia em indivíduos com altos traços de características OC e de TA, uma área que, segundo os autores, carece de dados suficientes, a fim de explorar a forma como o perfeccionismo se manifesta em diferentes grupos com essas características. Eles destacam a falta de dados suficientes sobre o papel do perfeccionismo em indivíduos que apresentam traços elevados, mas que não necessariamente atendem aos critérios diagnósticos para esses transtornos, introduzindo o conceito de "altos traços de perfeccionismo" nestes contextos não clínicos. O estudo envolveu estudantes de graduação avaliados pelo OCI-R e EAT, que resultou na seleção de um grupo com traços OC elevados e outro com características de TA elevados. Após isso, através do Inventário de Perfeccionismo (PI), foi avaliado as suas dimensões de perfeccionismo, tanto positivas quanto negativas.

Foi observada uma diferença significativa no perfeccionismo geral entre os dois grupos, com níveis mais altos de perfeccionismo relatados naqueles com traços OC, mas sem diferença significativa no perfeccionismo positivo entre os grupos. Houve uma diferença significativa no perfeccionismo negativo, que foi mais prevalente entre indivíduos com altos traços OC do que aqueles com características de TA. O perfeccionismo está fortemente ligado a TAs e traços OC, com o medo do fracasso podendo frequentemente alimentar, incentivar e desencadear componentes comportamentais perfeccionistas, que pretendem focar na verificação cuidadosa e excessiva, busca por garantias e consideração em excesso antes de tomar alguma decisão. As ferramentas de medição para o perfeccionismo tendem a se concentrar mais em sintomas OC do que em sintomas relacionados ao TA, o que pode explicar o menor papel do perfeccionismo em atitudes de TA. Ao analisar o perfeccionismo da perspectiva positiva-negativa, descobriu-se que o perfeccionismo negativo se correlaciona mais fortemente com sintomas de atitudes OC e de TA.

A conexão entre TAs e perfeccionismo é mais intrincada, com o traço considerado um contribuinte para a manutenção de TAs, particularmente pelo pensamento dicotômico e preocupações intensas sobre o corpo. É postulado que o perfeccionismo é essencial para o desenvolvimento de AN, levando os pacientes a equiparar dietas bem-sucedidas com

sucesso pessoal geral em meio a uma sensação mais ampla de fracasso. Houve também uma maior contribuição do perfeccionismo mal-adaptativo na previsão de características OC e atitude alimentar patológica. No geral, o perfeccionismo está mais associado a traços OC do que a TAs, pois essa maior associação do perfeccionismo com sintomas OC é coerente com sua característica fenomenológica. É necessário distinguir entre TOC e TAs durante o diagnóstico e estratégias de tratamento que abordem principalmente aspectos negativos do perfeccionismo (Yahghoubi et al., 2015).

O perfeccionismo pode levar a um medo intensificado de falhar, resultando em comportamentos de verificação excessiva, busca de garantias e preocupações extremas antes de tomar decisões. Essa necessidade de conformidade a padrões irreais pode alimentar os pensamentos obsessivos e os comportamentos compulsivos, servindo como um fator de risco para o TOC. O perfeccionismo é considerado uma condição necessária, embora não suficiente, para o desenvolvimento de TAs. Pessoas com TAs muitas vezes apresentam preocupação excessiva com a forma do corpo e o peso, onde esse traço pode mediar esse comportamento, levando a dietas rígidas e comportamentos alimentares extremos. Os estudos sugerem que as dimensões negativas do perfeccionismo estão mais associadas ao controle do peso e à insatisfação com o corpo. O perfeccionismo pode atuar então como um fator comum que intensifica os sintomas e comportamentos associados tanto ao TOC quanto aos TAs e pode intensificar o medo de cometer erros, levando à evitação de decisões ou situações que possam resultar em falhas percebidas, o que pode resultar em um funcionamento reduzido em áreas como trabalho, relacionamentos e vida social. Assim, o perfeccionismo foi identificado como uma característica transdiagnóstica que pode influenciar o desenvolvimento e a manifestação de ambos os transtornos, sugerindo ser uma dimensão relevante que deve ser considerada no tratamento de ambos transtornos.

Williams e Levinson (2020) visaram investigar como dois mecanismos potenciais, o perfeccionismo maladaptativo e a intolerância à incerteza (IU), podem contribuir para a manutenção dos sintomas de TA e TOC em indivíduos com TA, ajudando a desenvolver tratamentos que abordem essas comorbidades de maneira mais eficaz, envolvendo uma amostra clínica de sujeitos diagnosticados com TAs.

A IU estava associada aos sintomas de TAs e de TOC. O perfeccionismo maladaptativo mostrou associação com os sintomas de TA, mas não foi um fator que previsse os sintomas de TA ao longo do tempo. Em contraste, o perfeccionismo maladaptativo e a IU previram prospectivamente os sintomas de TOC, confirmando a hipótese de que esses fatores podem atuar na manutenção dos sintomas de TOC entre aqueles com TA. Esses achados sugerem que, ao tratar indivíduos com TA, pode ser útil focar na modulação do perfeccionismo maladaptativo e da IU para prevenir sintomas de TOC. Assim, a IU e o perfeccionismo maladaptativo podem contribuir para a comorbidade entre TAs e TOC. Embora a IU se mostrou um fator de manutenção importante para ambos os tipos de sintomas, o perfeccionismo maladaptativo não demonstrou um papel semelhante para os sintomas de TA. Os autores sugerem que a IU pode exacerbar os sintomas de TOC em indivíduos com TA, funcionando como um mecanismo subjacente que pode intensificar comportamentos de verificação e repetição típicos do TOC. Futuras intervenções terapêuticas, especialmente aquelas que envolvem TCC, devem considerar a redução da IU para ajudar a minimizar os sintomas de TOC nesse grupo. É necessário pesquisas futuras que explorem mais como o perfeccionismo maladaptativo e a IU se relacionam com diferentes tipos de TAs, já que a amostra do estudo era mais

composta por indivíduos com AN. Com isso, as descobertas desse estudo apontam que pode ser vantajoso focar no perfeccionismo maladaptativo e na IU em sujeitos com TA para prevenir o desenvolvimento de sintomas de TOC (Williams e Levinson, 2020).

Assim, pode-se entender que indivíduos com TAs tendem a apresentar níveis elevados de perfeccionismo maladaptativo, que envolve a autoavaliação crítica, fixação em padrões elevados e preocupação excessiva com erros. Sugere-se que o perfeccionismo maladaptativo pode ser um fator que contribui para a intensidade e a persistência dos sintomas de TOC em indivíduos com TA. É indicado que a IU pode predispor indivíduos a desenvolver e manter sintomas de TOC relacionados ao perfeccionismo. O conceito de evitação patológica está implícito nas relações entre o perfeccionismo, as expectativas elevadas e a resistência a cometer erros, que podem resultar em comportamentos de evitação, que é um mecanismo comum na comorbidade entre TA e TOC. Além disso, o estudo sugere que a combinação de perfeccionismo maladaptativo com a IU pode criar um ciclo vicioso, onde a evitação leva a um aumento da ansiedade e do sofrimento, dificultando a recuperação e o tratamento eficaz dos transtornos.

Vanzhula et al. (2021) citam que a literatura já sugere que os pensamentos obsessivos e o perfeccionismo podem ser fatores de manutenção compartilhados para TOC e TAs. O estudo dos autores usou análise de rede para identificar caminhos de ponte em uma rede de comorbidade TA-TOC e testar se os sintomas de perfeccionismo fazem a ponte entre os sintomas de TA-TOC em um modelo de rede combinado incluindo sintomas de TA, TOC e perfeccionismo. A análise de rede identifica sintomas de ponte que conectam diferentes transtornos. Ao contrário dos modelos tradicionais de comorbidade, ela oferece insights mais profundos sobre os sintomas que sustentam os TAs e o TOC comórbidos e os caminhos que ligam os sintomas de cada transtorno. A análise de rede tem sido efetivamente utilizada para identificar sintomas de ponte que conectam TAs com outros transtornos, como de ansiedade e o de estresse pós-traumático (TEPT), além de análises de rede anteriores em TAs que identificaram vários sintomas centrais, como a supervalorização do peso e da forma, medo de ganho de peso, contenção e consciência interoceptiva, e no TOC os principais sintomas incluem pensamentos intrusivos, comportamentos repetitivos e sofrimento decorrente de obsessões.

O perfeccionismo é identificado como um fator transdiagnóstico comum aos TAs e ao TOC. Indivíduos com TAs são particularmente propensos a pensamentos de TOC centrados no perfeccionismo e relatam sintomas de TOC mais elevados associados à limpeza, organização e rigidez, sugerindo que o traço pode atuar como ponte entre esses transtornos. Desse modo, é necessário explorar especificamente as inter-relações de sintomas entre TAs, TOC e perfeccionismo para identificar sintomas específicos que contribuem para a manutenção da comorbidade TA-TOC. O estudo envolveu estudantes de graduação e indivíduos com TAs, para identificar conexões entre os sintomas de TA e TOC, focando particularmente no papel do perfeccionismo. Foram utilizados os instrumentos: EDE-Q IV, OCI-R e FMPS.

A análise identificou "dificuldade em controlar pensamentos" como o sintoma de ponte mais significativo, que liga os sintomas de TA e TOC, conectando-se com preocupações e dúvidas relacionadas ao TA, com dois sintomas de perfeccionismo (dúvidas sobre coisas cotidianas e repetição) significativos na ligação de sintomas entre os transtornos. Esse sintoma com a maior centralidade de ligação entre os TAs e o TOC corroborou achados anteriores e conectou-se a preocupações relacionadas à alimentação e à forma

corporal. Observaram-se conexões adicionais, como dúvidas sobre questões cotidianas e a repetição de ações, que também serviram como caminhos entre os sintomas de TA e TOC. Foram identificadas trajetórias específicas entre TOC e dois tipos de patologia de TA: a restrição alimentar (relacionada a compulsões de verificação e rigidez em relação aos alimentos) e a compulsão alimentar (sintomas de acúmulo e episódios de compulsão alimentar). Pensamentos intrusivos e perfeccionismo desadaptativo podem contribuir para a manutenção dos sintomas coocorrentes de TA e TOC, fornecendo um entendimento inicial sobre as interações sintomáticas que podem ajudar no desenvolvimento de intervenções para desarticular essas conexões.

Os resultados reforçam a hipótese de que obsessões e perfeccionismo são fatores importantes na manutenção da comorbidade entre TAs e TOC. O estudo contribui para a literatura ao delinear caminhos distintos que conectam os sintomas de ambos os transtornos, como: a) dificuldade em controlar pensamentos e preocupações relacionadas a TA; b) compulsões de verificação e rigidez em relação à alimentação; e c) acúmulo e comportamentos de compulsão alimentar. Os autores sugerem que intervenções focadas em perfeccionismo podem ser eficazes para reduzir os sintomas de ambos os transtornos simultaneamente. Além disso, identificaram que sintomas como a preocupação em ser observado nas refeições e dificuldades de concentração relacionadas à forma corporal podem ser caminhos que interagem com a dificuldade em controlar pensamentos, destacando a possível intersecção com outros transtornos internalizantes, como transtornos de ansiedade social e TEPT. Assim, os resultados apontam para a necessidade de desenvolver intervenções direcionadas que abordem as múltiplas comorbidades envolvidas. Esses insights podem ajudar em intervenções para interromper as conexões entre esses transtornos (Vanzhula et al., 2021).

O estudo confirmou que o perfeccionismo atua como um fator transdiagnóstico compartilhado entre o TOC e os TAs, e é identificado como um importante fator de manutenção que contribui para a comorbidade entre essas condições, afetando a gravidade dos sintomas em ambos os transtornos. Sintomas específicos de perfeccionismo, como a dúvida, funcionam como "sintomas ponte" entre os comportamentos do TOC e os TAs e esses sintomas amplificam a consciência e a preocupação com a avaliação dos outros, levando a uma intensificação dos comportamentos desadaptativos. Os indivíduos que apresentavam níveis elevados de perfeccionismo eram mais propensos a experimentar uma diminuição no funcionamento diário, incluindo dificuldades sociais e emocionais, podendo resultar em comportamento evasivo, isolamento e comprometimento funcional, pois a evitação decorrente do perfeccionismo pode incluir evitar situações que possam desencadear os sintomas do TOC, como o medo de contaminação, e a necessidade de manter padrões perfeccionistas pode levar a dificuldades em situações sociais e ao comprometimento nas atividades diárias, aumentando a sensação de isolamento e desconexão.

Kaczurkin et al. (2021) abordam a relação entre o TOC e as patologias alimentares, destacando as semelhanças e intersecções entre esses transtornos, como comportamentos repetitivos, rigidez cognitiva e obsessões, e mencionam que os sintomas de depressão e perfeccionismo são comuns em TOC e TAs. Contudo, o sofrimento e o comprometimento da patologia alimentar também são altamente comórbidos com outros transtornos, o que gera questionamento se a relação com a patologia alimentar é exclusiva do TOC e se a relação entre o TOC e a angústia relacionada à alimentação é exclusiva ou é compartilhada com outros transtornos de

ansiedade. O estudo explora se a depressão e o perfeccionismo mediam essa relação entre TOC e a angústia relacionada à alimentação ou patologia alimentar, e se o TOC está associado a maior angústia em relação a hábitos alimentares, exercícios, peso e forma corporal, em comparação a outros transtornos. Houve uma análise secundária de dados coletados de uma bateria clínica de pacientes que buscavam tratamento. Eles foram triados e avaliados para sintomas de ansiedade e critérios de exclusão. Passaram por uma sessão de avaliação, onde completaram um questionário pré-tratamento. Para a análise, o estudo controlou também para outros transtornos de ansiedade e TEPT. O estudo também buscou identificar quais categorias de sintomas do TOC (como lavagem, checagem, ordenação, obsessão, acúmulo e neutralização mental) estavam mais associadas à angústia relacionada à patologia alimentar.

Os sintomas de TOC estavam associados a uma maior angústia e comprometimento relacionados a problemas alimentares, sendo que a depressão e o perfeccionismo mediam essa relação. Os sintomas de TOC, transtorno de ansiedade social (TAS) e transtorno do pânico estavam mais fortemente ligados à patologia alimentar em comparação a outros transtornos, como o transtorno de ansiedade generalizada (TAG). A angústia sobre a patologia alimentar (avaliada pela Avaliação de Deficiência Clínica, CIA) tinha uma correlação positiva significativa com os sintomas de TOC (avaliados pelo OCI-R) e os níveis de depressão (medidos pelo BDI-II) e perfeccionismo. Sugere-se que a depressão e o perfeccionismo não apenas estão presentes em pacientes com TOC, mas também desempenham um papel importante na forma como esses pacientes lidam com a angústia relacionada à alimentação, sugerindo que características comuns podem ser compartilhadas entre essas condições. Assim, a pesquisa indica que a relação entre TOC e TAS não é única. Os autores enfatizam que a relação entre o TOC e a angústia ou comprometimento relacionados à patologia alimentar não é exclusiva ao TOC, mas também se manifesta em outros transtornos de ansiedade.

Os autores abordaram a necessidade de reavaliar a categorização do TOC e dos TAS dentro dos sistemas diagnósticos, como o DSM-5, já que há uma sobreposição significativa entre os dois, com alguns pesquisadores argumentando que eles poderiam ser considerados dentro de um espectro comum de transtornos. É importante continuar a investigar essas conexões e a influência de fatores como a ruminação e o pensamento rígido, que são característicos tanto do TOC quanto dos TAS. Enfatizaram que a relação entre o TOC e a angústia alimentar foi predominantemente impulsionada por sintomas de obsessão e, em menor grau, por sintomas de ordenação. Isso sugere que as obsessões, frequentemente relacionadas a controle e pureza, podem se manifestar em preocupações sobre alimentação, forma e peso, configurando uma ligação entre TOC e os comportamentos alimentares disfuncionais. Sugere-se que intervenções para tratar a angústia alimentar em pacientes com TOC devem considerar a presença de sintomas depressivos e perfeccionistas para serem mais eficazes (Kaczkurkin et al., 2021).

O artigo sugere que padrões de pensamento e comportamento, impulsionados pelo perfeccionismo e acompanhados de sintomas de depressão, podem intensificar a angústia relacionada à patologia alimentar em indivíduos com TOC. A evitação pode assim perpetuar um ciclo de disfunção, onde a evitação de situações e a repercussão emocional associada a elas exacerba os problemas alimentares e a insatisfação corporal.

Fekih-Romdhane et al. (2024) apontam o perfeccionismo como um fator de risco significativo para o desenvolvimento e manutenção de TA, sendo um construto

multidimensional que envolve padrões pessoais excessivamente elevados e autoavaliações críticas. Apesar da abundante literatura sobre a relação entre perfeccionismo e TA, há poucas pesquisas que investigam os mecanismos subjacentes a essa relação, e também diversidade nas populações estudadas, ressaltando a importância de explorar diferentes contextos socioculturais para uma maior compreensão do fenômeno. O objetivo do estudo foi investigar as relações diretas e indiretas entre perfeccionismo e TA, considerando o papel mediador dos sintomas de TOC e crenças obsessivas em uma amostra multicultural. O estudo adotou um design transversal, examinando a relação entre perfeccionismo, TA, sintomas de TOC e crenças obsessivas em adultos de diversas origens culturais. O perfeccionismo foi medido através de escalas que capturam diferentes dimensões do perfeccionismo e os TAs avaliados por instrumentos para medir comportamentos e sentimentos relacionados à alimentação. Os sintomas de TOC e crenças obsessivas foram medidos com questionários específicos que identificam a presença e a intensidade desses sintomas. Foi observado como os sintomas de TOC e as crenças obsessivas influenciam a relação entre perfeccionismo e TA, a fim de investigar o impacto multifacetado do perfeccionismo sobre os TAs, considerando fatores culturais e psicológicos relevantes.

Encontrou-se uma associação significativa entre o perfeccionismo multidimensional e os sintomas de TOC. Os participantes com níveis mais altos de perfeccionismo apresentaram também maiores sintomas de TOC. Os sintomas de TOC e as crenças obsessivas exerceram um efeito indireto parcial na relação entre o perfeccionismo e os TAs, o que sugere que um aumento nos níveis de perfeccionismo está relacionado a maiores sintomas de TOC, que por sua vez estão associados a níveis mais elevados de TA. Houve uma correlação direta significativa entre os sintomas de TOC e os escores de TA, indicando que quanto mais intensos os sintomas de TOC, mais severos os comportamentos ou sentimentos sobre alimentação. O estudo confirmou a relação significativa entre perfeccionismo e TAs, destacando que o perfeccionismo não apenas precede o desenvolvimento dos TA, mas também se mantém ao longo do tratamento e recuperação. Os sintomas de TOC e as crenças obsessivas atuam como mediadores na relação entre perfeccionismo e TA, o que sugere que o perfeccionismo pode intensificar os sintomas de TOC, que, por sua vez, contribuem para a exacerbação dos comportamentos alimentares disfuncionais.

O estudo foi realizado em três países diferentes (Polônia, Itália e Líbano), o que proporciona uma visão mais ampla sobre o assunto. Embora os autores tenham encontrado associações similares em diferentes culturas, eles destacaram a necessidade de mais pesquisa que envolva populações diversas para compreender melhor como fatores culturais podem influenciar essas relações, e sugeriram que os estudos futuros adotem designs longitudinais, para avaliação de causalidade. Os resultados destacam a importância de incluir medidas de perfeccionismo, TOC e crenças obsessivas em avaliações clínicas de indivíduos com TA, e que intervenções que abordem esses fatores podem ser mais eficazes no tratamento, sugerindo um enfoque mais integrado no manejo dos TAs. Os autores reinteram a complexidade das interações entre perfeccionismo, TOC e TA, sugerindo que intervenções direcionadas a esses fatores podem ser úteis no tratamento de TAs, e a necessidade de uma abordagem clínica holística e culturalmente sensível nesse tratamento (Fekih-Romdhane et al., 2024).

Os resultados indicam que pessoas com altos níveis de perfeccionismo tendem a ter mais sintomas de TOC, o que, por sua vez, tem uma associação direta com

comportamentos alimentares disfuncionais, sugerindo que o perfeccionismo pode criar um ciclo de padrões de pensamento rígidos e autocríticos que alimentam os TA. Um dos resultados mais significativos foi a identificação de TOC e crenças obsessivas como mediadores no relacionamento entre perfeccionismo e TA. Isso implica que, para aqueles que são perfeccionistas, o desenvolvimento de sintomas de TOC pode ser uma via pela qual o perfeccionismo se traduz em comportamentos alimentares disfuncionais. O estudo foi realizado em três países distintos, permitindo uma comparação intercultural, e isso destaca a ideia de que o perfeccionismo pode se manifestar e ser percebido de maneira diferente em contextos culturais variados, o que é crucial para entender como este fator contribui para os TA em diferentes populações. Os resultados têm implicações clínicas, pois sugerem que o tratamento de TA pode se beneficiar significativamente ao abordar o perfeccionismo e os sintomas associados de TOC. A inclusão de avaliações de perfeccionismo em planos de tratamento pode levar a intervenções mais eficazes, pois permite que terapeutas, psicólogos, médicos, nutricionistas e outros profissionais de saúde identifiquem e trabalhem diretamente nas crenças e padrões de pensamento que sustentam tanto o TOC quanto os TA.

A evitação pode ser uma forma ou mecanismo de proteger a autoimagem e a autoestima, mas, ao mesmo tempo, se torna contraproducente, exacerbando os sintomas de TA. A relação entre perfeccionismo e evitação é vista como um ciclo onde o ato de evitar pode reforçar a necessidade de manter altos padrões. Por exemplo, o indivíduo pode evitar comer em público para não ser julgado, o que intensifica a crença de que precisa ser perfeito em seu controle sobre a alimentação. Essa automonitoração constante pode resultar em mais evitação e, conseqüentemente, agravar os TAs. O artigo também conecta a evitação patológica aos sintomas de TOC, sugerindo que os obsessivos têm uma tendência ainda maior a evitar situações que possam despertar suas ansiedades. A evitação, neste contexto, não é apenas sobre a alimentação, mas também sobre a vida social, que pode ser prejudicada por padrões de comportamento perfeccionistas. Abordar a evitação pode ajudar os indivíduos a se sentirem mais confortáveis em confrontar suas ansiedades em relação à alimentação e à avaliação social, promovendo um tratamento mais eficaz e abrangente para TAs.

Claus et al. (2025) estabelecem o perfeccionismo como um fator de risco significativo para diversos transtornos psicológicos, especialmente o TOC e os TAs. Eles destacam que, embora evidências anteriores sugiram que as preocupações perfeccionistas frequentemente preveem sintomas psicopatológicos, ainda há lacunas na compreensão de como essa relação ocorre e quais são os mecanismos subjacentes. Eles propõem um modelo transdiagnóstico, sugerindo que o perfeccionismo pode levar ao desenvolvimento de múltiplos tipos de distúrbios através de processos específicos, como a insatisfação corporal para TAs e a responsabilidade inflacionada para o TOC. A investigação é fundamentada na necessidade de explorar as relações temporais entre essas variáveis, utilizando um desenho longitudinal para mapear a dinâmica entre perfeccionismo e sintomas ao longo do tempo. O objetivo do estudo é entender como o perfeccionismo influencia os sintomas de diferentes distúrbios e quais fatores específicos podem mediar essas relações. Os participantes jovens de uma amostra comunitária completaram questionários em três pontos de medição: baseline, seis meses e doze meses após o início do estudo. As avaliações de acompanhamento foram realizadas em um período máximo de quatro semanas (em média, 180 dias entre os pontos de medição). Os objetivos principais foram mapear as relações temporais entre

perfeccionismo, insatisfação corporal e responsabilidade inflacionada e investigar as interações desses fatores na previsão dos sintomas de TAs e TOC.

O perfeccionismo, medido pelo FMPS, não previu sintomas de TAs ou TOC. Porém, foram observados efeitos positivos dos sintomas sobre o perfeccionismo, onde os sintomas de TAs e TOC no tempo inicial previram um aumento subsequente nas preocupações perfeccionistas. Os sintomas de TAs ao longo do tempo foram positivamente previstos pelos sintomas iniciais e pela insatisfação corporal após seis meses, mas não pelo perfeccionismo inicial. Para o TOC, os sintomas de base também previram sintomas subsequentes, além de serem influenciados pela responsabilidade inflacionada e pela insatisfação corporal no seguimento de seis meses. Em geral, sugere-se que, embora o perfeccionismo não atue como um precursor direto dos sintomas, há uma relação bidirecional onde os sintomas psíquicos podem exacerbar preocupações perfeccionistas ao longo do tempo, destacando a necessidade de intervenções que abordem essa dinâmica. Embora a literatura sugira que o perfeccionismo pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de TAs, os resultados deste estudo não corroboraram essa hipótese. Eles indicaram que os sintomas de TAs podem prever preocupações perfeccionistas, mas não o contrário, o que sugere que o perfeccionismo pode ser um mecanismo de enfrentamento emergente dos próprios sintomas. Os autores discutem a possibilidade de que o perfeccionismo e os sintomas alimentares possam ter uma relação bidirecional, mas os resultados do estudo suportam a ideia de que o perfeccionismo se desenvolve a partir de experiências relacionadas a comportamentos alimentares disfuncionais e não atua como um fator preditor. Este achado opõe-se a teorias anteriores que assumiam o perfeccionismo como uma causa primária para TAs. Quanto ao TOC, as preocupações perfeccionistas estavam positivamente associadas aos sintomas de TOC, enquanto as aspirações perfeccionistas tiveram uma associação negativa, indicando que a busca por padrões elevados pode não ser necessariamente prejudicial, ao contrário da preocupação em evitar erros.

As dimensões do perfeccionismo podem ser divididas em duas categorias principais: aspiração ou esforço perfeccionista e preocupação perfeccionista. Aspiração ou Esforço Perfeccionista: Refere-se à tendência de estabelecer altos padrões de desempenho e a se esforçar para alcançá-los. Está relacionado a buscar excelência e alcançar metas ambiciosas e pode ser motivador e resultar em desempenho positivo, aumentando a resiliência frente aos desafios. Os indivíduos com alta aspiração perfeccionista tendem a sentir satisfação ao atingir seus objetivos e podem experimentar um senso de realização associado ao seu desempenho. Preocupação Perfeccionista: Envolve uma preocupação excessiva com a possibilidade de cometer erros ou não atender aos altos padrões que eles próprios estabeleceram e inclui uma autocrítica severa e medo de fracasso. Está frequentemente associado a sentimentos negativos, como ansiedade, estresse e insatisfação. A insegurança relacionada a erros pode levar a comportamentos de evitação e à paralisia por dúvida. A preocupação perfeccionista pode influenciar negativamente a saúde mental, pois os indivíduos podem experimentar altos níveis de vergonha e sentimentos de inadequação mesmo quando conseguem atingir seus padrões. Assim, enquanto a aspiração perfeccionista pode ser estimulante e benéfica ao promover um desempenho elevado, a preocupação perfeccionista tende a ser debilitante e está mais associada a transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão. A compreensão dessas diferenças é crucial para intervenções terapêuticas que abordam os impactos do perfeccionismo na saúde mental. Os autores sugerem futuras pesquisas que explorem a interação entre perfeccionismo e outros fatores específicos, como insatisfação corporal e

responsabilidade inflacionada e recomendam estudos para replicar e expandir suas descobertas, dado que a ligação entre perfeccionismo e sintomas de distúrbios mentais é uma área complexa que ainda necessita de maior investigação (Claus et al., 2025).

Tratamentos que abordam especificamente a preocupação perfeccionista podem ser mais eficazes para diminuir os riscos de desenvolvimento de comorbidades, enquanto também encorajam a busca por metas de maneira mais saudável. Sugere-se que a preocupação perfeccionista pode ser um precursor de transtornos, particularmente em jovens, destacando atenção a essa dinâmica durante intervenções clínicas. O perfeccionismo, especialmente as preocupações perfeccionistas, aumenta o risco de sintomas psicológicos subsequentes, como o TOC, enfatizando que trabalhar o perfeccionismo pode ser crucial em contextos terapêuticos.

Pode-se considerar que a preocupação perfeccionista está relacionada à evitação desadaptativa ou patológica. Indivíduos com preocupação perfeccionista tendem a ter um medo intenso de cometer erros, falhas, ou não atingir os altos padrões que estabeleceram para si mesmos, o que pode levar a evitar situações nas quais possam falhar ou ser criticados, resultando em evitação de tarefas ou desafios. A preocupação excessiva com a possibilidade de não conseguir alcançar a perfeição pode levar à paralisia na tomada de decisões. Nesse estado, a pessoa pode hesitar em agir por temer que suas ações não sejam suficientemente boas, manifestando uma forma de evitação emocional e comportamento de inibição. A evitação associada à preocupação perfeccionista pode exacerbar problemas de saúde mental, como transtornos de ansiedade e depressão. Ao evitar experiências que poderiam resultar em sentimentos de inadequação, os indivíduos podem não só perder oportunidades de crescimento e aprendizado, mas também reforçar seus sentimentos negativos sobre si mesmos, criando um ciclo vicioso. A evitação pode incluir depender de comportamentos disfuncionais, como o isolamento social, como forma de lidar com a dor emocional associada ao perfeccionismo, o que é considerado uma forma de coping desadaptativo. Intervenções terapêuticas para abordar essa preocupação muitas vezes se concentram em desafiar crenças sobre a perfeição e promover a aceitação do erro e da imperfeição como parte natural do crescimento e do aprendizado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a análise dos artigos do 1º bloco o perfeccionismo e a evitação patológica são mediadores da comorbidade entre TOC e TAs. O perfeccionismo surge como um traço de personalidade compartilhado, manifestado por aspectos que reforçam os sintomas dos transtornos e funcionam como "sintomas ponte", como a dúvida e a autoavaliação negativa. A dificuldade em regular pensamentos intrusivos é amplificada por esses traços perfeccionistas. A evitação patológica é uma estratégia maladaptativa para lidar com a ansiedade gerada pelas expectativas perfeccionistas que cria um ciclo vicioso: o perfeccionismo gera o medo, o medo leva à evitação, e a evitação reforça a rigidez cognitiva e os comportamentos compulsivos. O perfeccionismo nos homens pode se manifestar na resistência em procurar ajuda terapêutica, que é frequentemente interpretada como sinal de fraqueza, dificultando o diagnóstico e a intervenção precoce.

O 2º bloco destacou a forte ligação entre a ON e o perfeccionismo, através da busca por controle, equilíbrio e perfeição. Esse traço atua no desenvolvimento e manutenção da ON e TAs. Indivíduos com ON e traços perfeccionistas tendem a evitar o que desviam

de seus padrões idealizados, e priorizam isso, negligenciando atividades sociais e resultando em isolamento. O perfeccionismo pode estar na busca pela perfeição na alimentação e necessidade de controle total pelo exercício físico. Praticantes regulares de atividades físicas podem apresentar maior tendência à ortorexia, especialmente quando suas atitudes alimentares se deterioram. Exercícios físicos regulares e atitudes alimentares disfuncionais podem estar ligados a uma forma de evitação patológica, onde os sujeitos buscam evitar emoções negativas ou percepções de falha por meio de comportamentos compulsivos, como dietas "puras" ou exercício intenso. Altos níveis de perfeccionismo, em suas diversas formas (auto-orientado, orientado para os outros e socialmente prescrito), estão associados a tendências ortoréxicas. A busca por padrões perfeitos na alimentação pode ser parte da identidade do indivíduo, diferente da atenuação da ansiedade no TOC. O traço também pode intensificar o medo de julgamento social sobre a alimentação, levando à evitação de interações sociais e a dúvida do perfeccionismo pode resultar em paralisia decisória e evitação.

O 3º bloco traz que perfeccionismo e neuroticidade desenvolvem e mantêm os TAs, e podem estar associados a sintomas obsessivos, com o perfeccionismo contribuindo principalmente no transtornos de restrição e purgação. Indivíduos com altos níveis de perfeccionismo tendem a padrões irrealistas, gerando insatisfação corporal e comportamentos alimentares disfuncionais, evitando o que pode desafiar essas normas internas, aliviando a ansiedade no início, mas agravando os sintomas a longo prazo. Esse traço no TOC contribui para as atitudes em relação à comida e corpo, com a busca por controle rígido uma forma de lidar com a inquietude. O perfeccionismo patológico pode amplificar pensamentos obsessivos, levando à necessidade de rituais compulsivos para aliviar a ansiedade, como a evitação no TOC e TAs. Pacientes com AN-R e AN-B/P compartilham alto perfeccionismo, mas os com AN-B/P podem ter maior obsessividade no início do tratamento, sugerindo que o perfeccionismo pode ser mais disfuncional nesses casos. O TAF, a crença de que pensamentos obsessivos influenciam a realidade, está ligado à "responsabilidade perfeccionista", em que os indivíduos sentem que devem controlar seus pensamentos, intensificando a ansiedade e a evitação do que pode desencadear pensamentos "proibidos". Há uma relação bidirecional entre os sintomas de TAs e TOC, onde comportamentos perfeccionistas de um transtorno podem exacerbar os do outro, principalmente sintomas cognitivos (obsessões).

O 4º bloco destaca que o perfeccionismo, direcionado a si mesmo ou aos outros, e a inflexibilidade cognitiva, contribuem para manter e exacerbar esses transtornos. O perfeccionismo, mesmo que não seja o sintoma central na análise de redes, correlaciona-se com sintomas centrais como inflexibilidade, ascetismo e desconfiança interpessoal, influenciando a rede de manutenção dos TAs. O impulso por ordem, relacionado à organização e controle, emerge como fator de manutenção, especialmente junto do perfeccionismo e rigidez cognitiva, impactando TAs e TOC. Na alimentação seletiva infantil, o perfeccionismo é associado a comportamentos restritivos, inflexibilidade e sintomas de TOC, com a busca por controle e a evitação de novidades alimentares gatilhos importantes. A evitação em crianças com alimentação seletiva pode levar a déficits nutricionais e problemas no desenvolvimento social e emocional. Sugere-se que traumas na infância podem intensificar a gravidade dos transtornos e comorbidades, com o perfeccionismo como fator mediador ou de vulnerabilidade. Aqueles com traços perfeccionistas podem usar comportamentos rígidos como enfrentamento de experiências traumáticas, perpetuando ansiedade e comportamento compulsivo.

No caso apresentado do 5º bloco, a paciente exibia traços de personalidade obsessiva, como perfeccionismo e alta autoexigência, que contribuem para a rigidez emocional e comportamental, que pode levar a compulsões, como o consumo de gesso, para aliviar a ansiedade e manter o controle. Ela evitava o que não se sentia no controle ou onde suas expectativas de perfeição não seriam atendidas, como evitação emocional, na dificuldade em se abrir, e como evitação social na alimentação, por medo de perder o controle, que contribui para a piora dos sintomas de Pica, pois a ingestão de gesso se torna um enfrentamento disfuncional para a ansiedade. O perfeccionismo foi associado a crenças centrais como "Eu devo ser perfeita" e "Eu serei bem-sucedida se eu me controlar", intensificadas por discriminação na infância. Essa busca por controle rígido sobre o comportamento alimentar é uma tentativa de senso de controle e de evitar sentimentos de inadequação, culpa e vergonha, mantendo um ciclo de comportamentos compulsivos. A TCC e o tratamento antidepressivo mostraram-se promissores.

O 6º bloco traz a proposta da CRT como uma abordagem terapêutica para melhorar padrões de pensamento disfuncional do perfeccionismo, incentivando estratégias de vida mais flexíveis e adaptativas. Ela buscava reduzir o comportamento perfeccionista através de exercícios focados na atenção excessiva aos detalhes, que visavam aumentar a flexibilidade cognitiva e diminuir a rigidez, pois sustentam os padrões perfeccionistas. O perfeccionismo seria um moderador do efeito do tratamento, influenciando a eficácia da CRT. Os resultados indicaram que, melhorar a flexibilidade cognitiva, por si só, pode não ser suficiente para modificar esses traços robustamente. No entanto, é importante intervenções que visam flexibilizar o pensamento e quebrar padrões perfeccionistas.

No 7º bloco é abordado que o perfeccionismo pode estar ligado à dependência do exercício. A conscienciosidade, mesmo relacionada ao perfeccionismo, mostrou associação negativa com a severidade dos TAs em um estudo. Porém, há o perfeccionismo maladaptativo, que está associado a comportamentos alimentares disfuncionais, como controle rígido e preocupação excessiva com o corpo, e assim, pode agravar os transtornos. Sintomas de TOC atuam como mediadores nessa relação. Sugere-se uma ligação do perfeccionismo com comportamentos de evitação, especialmente em TAs e dependência do exercício. O perfeccionismo disfuncional se manifesta na rigidez em horários de exercício, organização compulsiva no comportamento de exercício e gestão de sintomas de TOC e TAs, onde há muita pressão interna para atingir padrões elevados. O CE pode ser uma forma de coping evitativo, onde o exercício excessivo é usado para evitar sentimentos desconfortáveis, em vez de ser uma atividade prazerosa. Essa evitação patológica pode se manifestar em ruminação e anedonia, transformando o exercício em uma obrigação. Essa dinâmica pode reforçar o pensamento obsessivo, perpetuando um ciclo de compulsão e desconforto emocional.

O 8º bloco apresenta o perfeccionismo como um fator-chave na relação entre o TCAP e o TOC. Pacientes com TCAP frequentemente exibem ruminação, comparando negativamente seu estado atual com um ideal inatingível, que pode intensificar o mau humor, levando a episódios de compulsão alimentar como uma forma de defesa e evitação desse desconforto emocional. Essa evitação, no entanto, pode intensificar os sintomas do TCAP, pois impede que os indivíduos enfrentem suas ansiedades e insatisfações, recorrendo à alimentação para escapar dos padrões perfeitos que não conseguem atingir, perpetuando um ciclo de compulsão e insatisfação corporal.

Por fim, o último bloco enfatiza essa relação entre evitação patológica, o desenvolvimento e manutenção de TAs e TOC, e o perfeccionismo, especialmente as dimensões "Preocupação com Erros" e "Expectativas Excessivas", podendo esse traço ser um fator transdiagnóstico, uma característica comum que influencia a manifestação e a gravidade de TAs e TOC. As intervenções terapêuticas, como a TCC, são apontadas como essenciais, buscando desafiar as crenças perfeccionistas, reestruturar expectativas irreais, promover a aceitação do erro e da imperfeição, e encorajar a exposição gradual a situações evitadas, com a flexibilidade cognitiva um objetivo terapêutico crucial para reduzir a rigidez mental e comportamental associada ao perfeccionismo.

Esta revisão narrativa se faz relevante visto que a maioria dos estudos discutidos, embora mencionem o perfeccionismo e sugerem a evitação como fatores contribuintes, não os têm como foco principal. Assim, a análise específica desses mecanismos é fundamental para um entendimento mais completo da comorbidade entre TOC e TAs e para o desenvolvimento de estratégias clínicas mais eficazes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. **Transtorno alimentar requer cuidado multidisciplinar, diz associação.** [S. l.], 23 jun. 2022. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-06/transtorno-alimentar-requer-cuidado-multidisciplinar-diz-associacao>. Acesso em: 18 ago. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023

ATMACA, G. D.; DURAT, G. Ortorektik eğilimlerin yeme tutumu ve obsesif kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, v. 14, n. 4, p. 3571-3579, 2017. DOI: 10.14687/jhs.v14i4.4729

ATTAR, Salma et al. Association between childhood maltreatment and obsessive-compulsive disorder comorbid with eating disorders: a cross-sectional study. *Journal of Eating Disorders*, v. 12, n. 1, p. 135, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01090-0>

AY, Rukiye; AYTAS, Ozgur. A relação entre atitudes alimentares e tolerância ao sofrimento em transtorno obsessivo-compulsivo. *Arquivos de Psiquiatria Clínica*, v. 45, n. 6, p. 139-142, 2018. DOI: 10.1590/0101-60830000000176

BERNERT, R. A. et al. Eating disorder and obsessive-compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor. *Personality and Individual Differences*, v. 54, p. 231-235, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.042>

BEVIONE, Francesco et al. Cognitive Impulsivity in Anorexia Nervosa in Correlation with Eating and Obsessive Symptoms: A Comparison with Healthy Controls. *Nutrients*, v. 16, p. 1156, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu16081156>

BOISSEAU, Christina L. et al. The relationship between decision-making and perfectionism in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, v. 44, p. 316–321, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.01.006>

CLAUS, Nathalie et al. Perfectionism as a risk factor for psychopathology in a community sample of young women: disorder-specific pathways to disordered eating or obsessive-compulsive symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, v. 14, 2025. DOI: 10.1080/16506073.2025.2461472

COELHO, J. S.; ZAITSOFF, S. L.; PULLMER, R.; STEWART, S. E. Body checking in pediatric eating and obsessive-compulsive disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, v. 23, p. 100475, 2019. DOI: 10.1016/j.jocrd.2019.100475

COELHO, J. S. et al. Body checking in pediatric eating and obsessive-compulsive disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, v. 23, p. 100475, 2019. DOI: 10.1016/j.jocrd.2019.100475

COSH, S. M. et al. Classifying excessive exercise: Examining the relationship between compulsive exercise with obsessive-compulsive disorder symptoms and disordered eating symptoms. *European Eating Disorders Review*, v. 31, n. 6, p. 769–780, 2023. DOI: 10.1002/erv.3002

COSH, S. M.; OLSON, J.; TULLY, P. J. Exploration of orthorexia nervosa and diagnostic overlap with eating disorders, anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, v. 56, n. 11, p. 2155–2161, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.24051>

DI LUZIO, Michelangelo et al. Similarities and differences between eating disorders and obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, v. 15, 2024. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1407872

DONINI, L. M. et al. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating Weight Disorders*, v. 9, n. 2, p. 151–157, 2004. DOI: 10.1007/BF03325060

DRAKES, Dalainey H. et al. Comorbid obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders: An epidemiological meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, v. 141, p. 176–191, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.035>

FEDRIGOLLI, E.; RATKOVIĆ, D. Relação entre transtorno de compulsão alimentar, TOC e dependência de comida. *Medicinski Pregled*, Novi Sad, v. 74, n. 5-6, p. 174–182, 2021. DOI: <https://doi.org/10.2298/MPNS2106174F>

FEKIH-ROMDHANE, F. et al. A multi-country examination of the relationship between perfectionism and disordered eating: the indirect effect of obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Eating Disorders*, v. 12, p. 69, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01030-y>

FROST, Randy O. et al. The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, v. 14, n. 5, p. 449–468, 1990.

GALMICHE, Marie et al. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 109, p. 1402–1413, 2019. DOI: 10.1093/ajcn/nqy342

GILES, S. et al. Bridging of childhood obsessive-compulsive personality disorder traits and adult eating disorder symptoms: A network analysis approach. *European Eating Disorders Review*, v. 30, n. 2, p. 110–123, 2022. DOI: 10.1002/erv.2885

HALMI, K. A. et al. The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, v. 38, n. 4, p. 371–374, 2005. DOI: 10.1002/eat.20190

KACHANI, Adriana Trejger et al. Body checking and obsessive–compulsive symptoms in Brazilian outpatients with eating disorders. *Eat Weight Disord*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 177–182, 2014. DOI: 10.1007/s40519-014-0111-x

KACZKURKIN, A. N. et al. The association of obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and posttraumatic stress disorder with impairment related to eating pathology. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, v. 31, p. 100685, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100685>

KINKEL-RAM, Shruti S. et al. Examining weekly relationships between obsessive-compulsive and eating disorder symptoms. *Journal of Affective Disorders*, v. 298, p. 9-16, 2022. DOI: 10.1016/j.jad.2021.10.105

LEE, Eric B. et al. Obsessive compulsive disorder and thought action fusion: Relationships with eating disorder outcomes. *Eating Behaviors*, v. 37, p. 101386, 2020. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2020.101386

LEWIS, Y. D. et al. Obsessive-compulsive symptomatology in female adolescent inpatients with restrictive compared with binge-purge eating disorders. *European Eating Disorders Review*, v. 27, p. 224-235, 2019. DOI: 10.1002/erv.2638

LODHA, Pragya. Obsessive Compulsive Disorder and Eating Disorder: Is there a link? *Indian Journal of Mental Health*, v. 6, n. 2, p. 134-137, 2019. DOI: [10.30877/IJMH.6.2.2019.134-137](https://doi.org/10.30877/IJMH.6.2.2019.134-137)

LUCKA, Izabela et al. Orthorexia nervosa – a separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder?. *Psychiatria Polska*, v. 53, n. 2, p. 371-382, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/85729>

MACNEIL, B. A. et al. Lifetime Prevalence of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in Men with an Eating Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Men's Studies*, v. 33, n. 2, p. 349-371, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1177/10608265241286048>

MAIA, Berta Rodrigues et al. Perfeccionismo no transtorno obsessivo-compulsivo e nos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, n. 4, p. 322-327, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000004>

MANDELLI, L. et al. Rates of comorbid obsessive-compulsive disorder in eating disorders: A meta-analysis of the literature. *Journal of Affective Disorders*, v. 277, p. 927-939, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.003>

OLIVEIRA, Leticia Langlois; HUTZ, Cláudio Simon. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/MGVrVGGGrjn8VPDYyCqdmNLj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2025.

OLSEN, Stephanie Bøgely Bækgaard; SIGVARDSEN, Per Ejstrup. OCD og spiseforstyrrelser. *Ugeskriftet for Læger*, v. 187, 2025. DOI: 10.61409/V06240409

PFIZER BRASIL. **Transtorno obsessivo compulsivo (TOC)**. [S. l.], 2025. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/sua-saude/sistema-nervoso-central/transtorno-obsessivo-compulsivo-toc>. Acesso em: 18 ago. 2025.

PONTILLO, Maria et al. Orthorexia Nervosa, Eating Disorders, and Obsessive-Compulsive Disorder: A Selective Review of the Last Seven Years. *Journal of Clinical Medicine*, v. 11, 2022. DOI: 10.3390/jcm11206134

SARISAKAL, Ö.; YALÇINKAYA-ALKAR, Ö. Beslenme-yeme bozukluğu ve OKB: Vaka formülasyonu. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, v. 7, n. 2, p. 249-273, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31682/ayna.560620>

SASSAROLI, Sandra et al. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, v. 46, p. 757-765, 2008. DOI: 10.1016/j.brat.2008.02.007

SCARFF, J. R. Orthorexia nervosa: an obsession with healthy eating. *Federal Practitioner*, v. 36, n. 6, p. 36-38, jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370446/>. Acesso em: 27 abr. 2025. PMID: 31966673

SCHWARZLOSE, Rebecca F. et al. Picky eating in childhood: associations with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 47, n. 7, p. 816-826, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac006>

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. Mentas e Manias: entendendo melhor o mundo das pessoas sistemáticas, obsessivas e compulsivas. Porto Alegre: Artmed, 2011

TATAY-MANTEIGA, Amparo. Pica: obsessive-compulsive spectrum disorder, recurrent depression or eating disorder? *Actas Espanolas de Psiquiatria*, Valencia, v. 48, n. 2, p. 89-96, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32463916/>. Acesso em: 27 abr. 2025.

TORRES, Albina Rodrigues; LIMA, Maria Cristina Pereira. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 237-242, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000300015>

VAN PASSEL, B. et al. Cognitive remediation therapy (CRT) as a treatment enhancer of eating disorders and obsessive compulsive disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, v. 16, n. 1, p. 393, 2016. DOI: 10.1186/s12888-016-1109-x

VAN PASSEL, B. et al. Cognitive Remediation Therapy Does Not Enhance Treatment Effect in Obsessive-Compulsive Disorder and Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 89, n. 4, p. 228-241, 2020. DOI: 10.1159/000505733

VANZHULA, I.A.; KINKEL-RAM, S.S.; LEVINSON, C.A. Perfectionism and difficulty controlling thoughts bridge eating disorder and obsessive-compulsive disorder symptoms: a network analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 283, p. 302-309, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.083>

WILLIAMS, Brenna M.; LEVINSON, Cheri A. Intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism as maintenance factors for eating disorders and obsessive-

compulsive disorder symptoms. *European Eating Disorders Review*, v. 33, n. 1, p. 1-11, 2020. DOI: 10.1002/erv.2807

YAHGHOUBI, Hassan; MOHAMMAZDAEH, Ali. Comparison of perfectionism and related positive-negative dimension in people with high traits on obsessive compulsive and eating disorder characteristics. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, v. 9, n. 3, e264, 2015. DOI: 10.17795/ijpbs-264

YANG, Peiying et al. Relationships between personality traits and disordered eating among Chinese female exercisers: the role of symptoms of exercise dependence and obsessive-compulsiveness. *Journal of Eating Disorders*, v. 10, p. 169, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00679-7>

YILMAZ, Hamdi et al. Association of orthorexic tendencies with obsessive-compulsive symptoms, eating attitudes and exercise. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 16, p. 3035–3044, 2020. DOI: 10.2147/NDT.S280047