

CAPÍTULO 1

PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM DISTÚRBIOS DE IMAGEM CORPORAL, TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMORFIA MUSCULAR EM HOMENS

Maurício Almeida

Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Os distúrbios de imagem corporal, transtornos alimentares (TAs) e dismorfia muscular (DM) provocam consequências deletérias à saúde e qualidade de vida, além de apresentarem um alto custo de tratamento (Agh *et al.*, 2016; Akers *et al.*, 2017), altas taxas de morbidade e mortalidade (Fichter; Quadflieg, 2016; Hay; Girosi; Mond, 2015; Hay; Touyz; Sud, 2012) e um curso crônico e recidivo (Nagl *et al.*, 2016). Ademais, a maioria dos indivíduos com TAs não recebe tratamento, e quando recebe o tratamento é efetivo apenas para um subconjunto desses pacientes (Shaw; Stice, 2016; Stice; Becker; Yokum, 2013). Assim, uma prioridade em saúde pública deve ser o desenvolvimento e a disseminação de programas preventivos com eficácia e efetividade comprovadas na redução dos fatores de risco para os TAs (Dakanalis; Clerici; Stice, 2019; Shaw; Stice, 2016; Stice; Becker; Yokum, 2013; Stice *et al.*, 2019).

Programas destinados a prevenir as preocupações com a imagem corporal e os comportamentos de risco para os TAs tiveram início na década de 1980. Assim como os estudos de avaliação da imagem corporal masculina, os programas de intervenção preventiva desenvolvidos, até o momento, têm sido, quase que exclusivamente, realizados com mulheres e quando incluem homens são em formato misto (Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2016). A lógica por trás dos programas preventivos é que se os pesquisadores conhecem quais fatores e processos causam a doença ou transtorno, quais fatores tornam essas patologias menos prováveis e conhecem a idade de início, pode-se então, criar mudanças oportunas nas pessoas e seus ambientes, de modo a reduzir o

número de novos casos e atrasar o início da doença ou distúrbio (Levine; Smolak, 2006; Munoz; Mrazek; Haggerty, 1996).

Para compreender os principais aspectos desses programas preventivos, torna-se importante conhecer suas classificações. O sistema de classificação original para prevenção de doenças em saúde pública foi proposto pela *Commission on Chronic Illness* (1959). Ele consiste em três tipos de prevenção: (a) primária – as estratégias de prevenção buscam diminuir o número de novos casos de um transtorno ou doença (incidência); (b) secundária – buscam diminuir a taxa de casos já estabelecidos de um distúrbio ou doença (prevalência); e (c) terciária – busca diminuir a incapacidade associada a um transtorno ou doença (Commission on Chronic Illness, 1959).

Posteriormente, Cowen (1980) destacou que as abordagens rotuladas como prevenções primárias não atendiam a nenhum padrão rigoroso para tal definição. Assim, o autor sugeriu dois critérios para os esforços em prevenção primária: (a) os programas devem ser intencionalmente concebidos para reduzir as disfunções ou promover a saúde antes do início do distúrbio ou patologia; e (b) os programas devem estar focados na população, direcionados para toda a população ou para subgrupos com vulnerabilidades conhecidas (Cowen, 1980).

Avançando no entendimento dessas classificações, pesquisadores começaram a se atentar para a relação entre os fatores de risco, proteção e os possíveis desfechos das doenças. Dessa forma, Gordon (1983) observou que as distinções entre prevenção e tratamento são frequentemente baseadas mais em razões históricas do que racionais ou científicas. Assim, o autor reservou o termo prevenção para sujeitos que foram identificados como não sofrendo qualquer desconforto e/ou incapacidade em virtude da doença ou distúrbio a ser evitado (Gordon, 1983). Nesse sentido, o autor propôs um sistema de classificação dividido em três categorias, a saber: universal, seletiva e indicada.

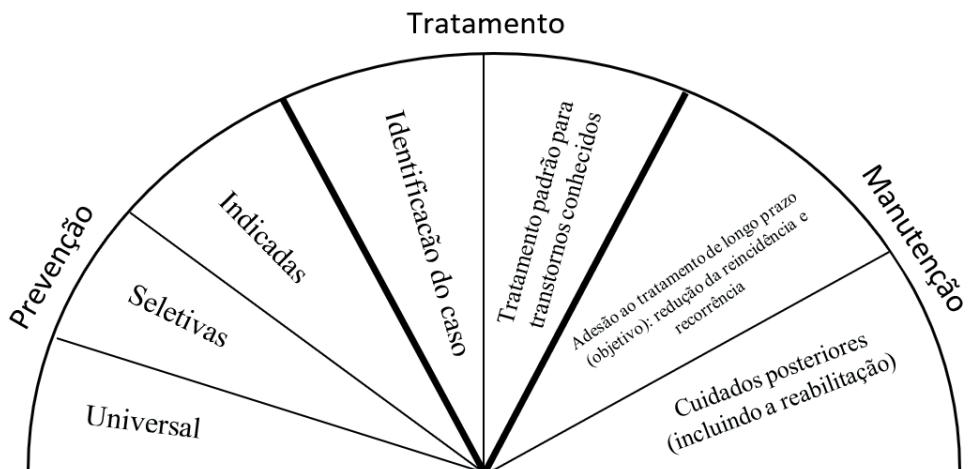
As três categorias representam os grupos populacionais aos quais as intervenções são destinadas (Gordon, 1983). A prevenção universal inclui estratégias que podem ser oferecidas para população em geral; pois, parte do pressuposto que a intervenção poderá proporcionar algum benefício a todos, reduzindo a probabilidade de desenvolver um distúrbio ou patologia (Gordon, 1983). A prevenção seletiva refere-se as estratégias que são direcionadas a subpopulações identificadas como de alto risco para um transtorno (Gordon, 1983). Por fim, a prevenção indicada inclui estratégias que são direcionadas a indivíduos que são identificados como tendo uma vulnerabilidade aumentada para um transtorno com base em alguma avaliação individual, mas que atualmente são assintomáticos (Gordon, 1983).

Autores observaram que nem a estrutura de Gordon (prevenção universal, seletiva e indicada) nem a estrutura de saúde pública (prevenção primária, secundária e terciária) foram desenvolvidas especificamente para a saúde mental (Haggerty; Mrazek, 1994; Munoz; Mrazek; Haggerty, 1996). Ao longo do tempo, houve uma mistura simplista dos

sistemas de classificação em saúde mental, com a tentativa de usar os dois sistemas supracitados de maneira intercambiável (Haggerty; Mrazek, 1994). Essas integrações entre os termos contribuíram para o aumento da confusão em relação à definição das intervenções preventivas (Levine; Smolak, 2006). Dessa forma, pesquisadores (Haggerty; Mrazek, 1994) apresentaram um sistema alternativo em que o termo prevenção é reservado apenas para as intervenções que ocorrem antes do início de um distúrbio (Figura 1). Esse sistema incorpora parte da ideia de Gordon (1983), com adaptações dos conceitos de seletivo e indicado.

Nesse sentido, segundo o Comitê de Prevenção de Transtornos Mentais Americano, as intervenções preventivas universais são direcionadas para a população em geral, mesmo que não tenham sido identificados com base em riscos individuais (Haggerty; Mrazek, 1994; Munoz; Mrazek; Haggerty, 1996). Assim, a intervenção é desejável para todos nesse grupo. Já as intervenções preventivas seletivas são direcionadas a indivíduos ou subgrupos da população cujo risco de desenvolver distúrbios é significativamente maior que a média (Haggerty; Mrazek, 1994; Munoz; Mrazek; Haggerty, 1996). Esses riscos podem ser iminentes ou vitalícios, bem como devido a aspectos biológicos, psicológicos ou socioculturais (Haggerty; Mrazek, 1994; Munoz; Mrazek; Haggerty, 1996). Por fim, as intervenções preventivas indicadas são direcionadas para indivíduos que apresentam alto risco, com sinais e sintomas iniciais, mas que não são suficientemente graves para merecer um diagnóstico de transtorno mental (Haggerty; Mrazek, 1994; Munoz; Mrazek; Haggerty, 1996).

Figura 1 – Intervenções em saúde mental dentro do espectro dos transtornos mentais



Fonte: Adaptado de Mrazek e Haggerty (1994).

Tradução: Os autores (2025).

Importa esclarecer que a diferenciação entre as intervenções indicadas e o tratamento de uma psicopatologia possui implicações éticas convincentes. O tratamento fornece benefícios rápidos, incluindo alívio dos sintomas de uma doença já diagnosticada (Haggerty; Mrazek, 1994; Levine; Smolak, 2006; Munoz; Mrazek; Haggerty, 1996). Por outro lado, as intervenções preventivas indicadas são baseadas em probabilidades, pois não existe um método de saber se a doença realmente irá ocorrer (Haggerty; Mrazek, 1994; Levine; Smolak, 2006; Munoz; Mrazek; Haggerty, 1996). Além disso, os benefícios potenciais dessa intervenção podem adiar o início de uma psicopatologia por meses ou até anos (Haggerty; Mrazek, 1994; Levine; Smolak, 2006; Munoz; Mrazek; Haggerty, 1996).

Essas classificações tornam-se importantes, ao passo que, identificar o tipo de intervenção possibilita interpretar de maneira confiável os resultados de um estudo, de acordo com a literatura existente. Nesse segmento, os primeiros programas preventivos destinados aos TAs e aos distúrbios de imagem corporal tiveram início na década 1980 (Amaral; Ferreira, 2019; O'Dea; Yager, 2011; Pearson; Goldklang; Striegel-Moore, 2002). Isso se deu, principalmente, pelo aumento da incidência e prevalência de manifestações clínicas e subclínicas dos TAs, aliado a dificuldade de tratamento dessas psicopatologias (Amaral, Ferreira, 2019; Holt, Ricciardelli, 2008). Dessa forma, os programas preventivos têm sido caracterizados de acordo com as atividades propostas, em dois grupos principais, psicoeducacionais e interativos.

Em ambos os grupos, pesquisadores tem buscando compreender a eficácia e efetividade dessas intervenções (Le *et al.*, 2017; Marchand *et al.*, 2011; Stice *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2016). Os testes de eficácia investigam se determinada intervenção funciona em condições ideais e controladas, no qual os provedores são treinados e supervisionados, as intervenções são realizadas em locais específicos e os participantes são homogêneos (Marchand *et al.*, 2011). Por outro lado, os testes de efetividade têm como objetivo avaliar se as intervenções produzem efeitos quando entregues a participantes do mundo real, por exemplo, estudos com amostras heterogêneas (Marchand *et al.*, 2011). Em geral, muitos estudos estão em um continuum entre esses dois aspectos, combinando características de controle experimental e validade externa (Marchand *et al.*, 2011).

Inicialmente, os chamados programas psicoeducacionais eram baseados na adaptação de técnicas de aconselhamento psicológico a serem implementados em ambientes escolares, com uma apresentação didática desses conhecimentos e informações (O'Dea; Yager, 2011). Muito embora esses programas tenham produzidos poucos efeitos sobre os distúrbios de imagem corporal e na redução da incidência de TAs, os programas preventivos iniciais foram fundamentais para ampliar o escopo de novas intervenções (O'Dea; Yager, 2011). Além disso, eles têm se mostrado efetivos para aumentar o conhecimento dos sujeitos sobre os recursos de prevenção e tratamento disponíveis, que por sua vez, é um passo indispensável para procurar ajuda (Tillman, Arbaugh Jr., Balaban, 2012; Tillman *et al.*, 2015).

Um dos primeiros programas psicoeducacionais a integrar a população masculina foi o “*Eating Smart, Eating for Me*” (Smolak; Levine; Schermer, 1998). Esse programa consiste de dez lições aplicadas por professores em sala de aula (professores regulares da escola), para alunos da 5^a série, e tem cinco objetivos principais: 1º) Explicar a importância de uma nutrição adequada, incluindo que a gordura é um nutriente, além de explicar como usar a pirâmide do Guia Alimentar do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América¹ para obter uma nutrição saudável; 2º) Incentivar a prática de exercícios físicos de maneira regular; 3º) Ensinar aos estudantes e pais sobre a diversidade corporal e encorajar o desenvolvimento de uma imagem corporal positiva; 4º) Incentivar uma alimentação saudável, em vez de dietas extremamente restritivas; 5º) Encorajar a avaliação crítica das mensagens da mídia sobre a forma corporal e a nutrição (Smolak; Levine; Schermer, 1998). Em relação aos meninos, a intervenção produziu um aumento não significante no conhecimento de aspectos nutricionais, nas principais causas do acúmulo de gordura corporal e conscientização acerca dos efeitos prejudiciais da realização de dietas sem necessidade (por exemplo, sem motivos médicos) e sem acompanhamento profissional. Além dessas, nenhuma outra alteração foi observada.

No Brasil, apenas dois programas psicoeducacionais com populações universais² foram desenvolvidos até o momento, a saber, “*Espelho, Espelho meu*” (Martins, 2016) e “*Todos são Diferentes*” (Moreira, 2017). O “*Espelho, Espelho meu*” foi aplicado a adolescentes de 10 a 17 anos. Trata-se de uma intervenção educacional composta por quatro sessões com duração de 45 minutos cada, baseadas em construtos das teorias sociocognitiva e crença na saúde (Martins, 2016). As sessões do programa foram conduzidas pela pesquisadora responsável em uma escola municipal de Florianópolis/Santa Catarina. Os encontros contavam com sessão de vídeo, exposição discursiva, promoção de discussões interativas, dinâmica de grupo, sessão de fotos, atividades com recortes de revistas e confecção de cartazes (Martins, 2016). As variáveis investigadas foram: a) insatisfação com o peso e a forma corporal; b) insatisfação corporal geral; c) internalização do ideal de beleza; d) autoestima; e, e) influência dos pais e amigos. Em relação à população masculina, a autora identificou uma redução significante na insatisfação corporal entre os meninos participantes, especialmente aqueles com baixo peso e peso normal. Contudo, a intervenção não apresentou melhora na internalização do ideal de beleza e autoestima dos meninos.

Por sua vez, o programa “*Todos são Diferentes*” foi aplicado a adolescentes brasileiros com idade entre 10 a 13 anos matriculados em escolas do ensino fundamental da cidade de Ribeirão Preto/São Paulo (Moreira, 2017). O programa consiste de nove

1 A pirâmide do Guia Alimentar do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América era uma ferramenta de educação nutricional amplamente reconhecida que traduzia as recomendações nutricionais nos tipos e quantidades de alimentos a serem consumidos diariamente pela população americana. Essa pirâmide foi substituída em 19 de abril de 2005 pela *MyPiramid* que posteriormente, em 2011, foi substituída pela *MyPlate*. Disponível em: <<https://www.fns.usda.gov/>>. Acesso em: 08/02/2025.

2 Classificação com base nos critérios de Haggerty e Mrazek (1994).

sessões com duração de 50 a 80 minutos cada e frequência semanal (Moreira, 2017). As sessões foram realizadas em grupo, com jogos, brincadeiras e encenações, visando criar um senso positivo de si próprio, envolvimento, troca de experiências e um ambiente no qual os participantes se sentissem capazes e valorizados (Moreira, 2017). O principal objetivo da intervenção foi aumentar a autoestima geral dos participantes, promovendo uma imagem corporal positiva e reduzindo os comportamentos de risco para TAs (Moreira, 2017). Nesse estudo, a autora investigou os efeitos da intervenção nas seguintes variáveis: a) apreciação corporal; b) autoestima; c) insatisfação corporal; d) influência sociocultural; e) atitudes alimentares; e, f) Índice de Massa Corporal (IMC). Os resultados demonstraram aumento e redução, respectivamente, das médias de resposta nas variáveis de apreciação corporal e insatisfação corporal dos participantes da intervenção, contudo esses resultados não foram significantes (Moreira, 2017).

Diversos estudos focados em intervenções psicoeducacionais começaram a identificar que havia um aumento do conhecimento acerca do conteúdo dessas intervenções pelos participantes, contudo esse conhecimento não era efetivo em reduzir os distúrbios de imagem corporal e a incidência dos TAs (O'Dea, 2000; O'Dea, 2005; O'Dea; Yager, 2011; Stice; Shaw, 2004). Partindo dessa premissa, autores uniram esforços para compreender a lógica por trás desses programas, levando a algumas considerações importantes. Primeiro, os programas psicoeducacionais eram utilizados principalmente entre populações universais, ou seja, grande parte dos indivíduos incluídos não possuía sinais e sintomas de tais psicopatologias, o que pode contribuir para os reduzidos efeitos da intervenção (O'Dea; Yager, 2011; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw *et al.*, 2006; Stice; Shaw; Marti, 2007). Segundo, o currículo dos programas psicoeducacionais tem como base modelos de educação tradicional, ou seja, as informações são passadas pelo professor (abordagem didática) e devem ser apreendidas pelo aluno, sem processos de cooperação e interação entre os participantes (Austin, 2000; O'Dea; Yager, 2011; Wade; Davidson; O'Dea, 2003). Terceiro, por limitar os processos interativos essas técnicas impedem a aplicação funcional do conhecimento adquirido durante o programa, ou seja, não existe uma aplicação real na vida dos participantes (O'Dea; Yager, 2011).

Posteriormente, visando aumentar sua eficácia, os programas preventivos começaram a incluir uma série de estratégias e abordagens, como alfabetização midiática (do original: *Media Literacy*³) (McLean *et al.*, 2017; Wade, Davidson, O'Dea, 2003; Wilksch, Wade, 2009), dissonância cognitiva (DC), atividades conduzidas em grupos reduzidos⁴, dramatizações (*role-plays*⁵) (Stice *et al.*, 2000), intervenções lideradas pelos pares (Becker;

3 No contexto das intervenções preventivas essa abordagem permite que os alunos adotem uma avaliação crítica do conteúdo disponibilizado pela mídia, para que possam identificar, analisar e, finalmente, desafiar a aparência ideal apresentada na mídia de massa (Wade; Davidson; O'Dea, 2003).

4 A grande maioria das intervenções limita o número de participantes, em geral, esse número tem variado entre oito e dez participantes (Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2016).

5 As dramatizações (do original: *role-plays*) se referem a atividades que exigem a mudança do comportamento de alguém para desempenhar e/ou interpretar um papel social, geralmente de maneira indutiva, pois, aprende-se melhor

Smith; Ciao, 2005) e uso de tecnologias da informação, com intervenções online (Celio *et al.*, 2000; Stice *et al.*, 2012; Zabinski *et al.*, 2001). Em contrapartida aos programas psicoeducacionais, os programas interativos possibilitam o contato mútuo entre os participantes e proporcionam uma troca de ideias, bem como a aprendizagem de novas habilidades de comunicação, de enfrentamento e recusa, tomada de decisões, além da resolução de problemas, levando ao comprometimento social e desenvolvimento de habilidades interpessoais (Stice, Shaw, 2004; Tobler *et al.*, 2000). Além disso, o formato interativo ajuda os participantes a se engajarem no programa, o que facilita a aquisição de conceitos e promove a mudança de atitudes e comportamentos (Stice; Shaw; Marti, 2007). Sugere-se ainda, que esses programas utilizem os princípios de persuasão e influência, ambos da psicologia social (Stice; Becker; Yokum, 2013).

Entre as abordagens e estratégias supracitadas, destaca-se a teoria da DC (Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2016). Essa teoria foi desenvolvida por Leon Festinger (1957) e tem como principal objetivo explicar o que ocorre, psicologicamente, com os seres humanos quando eles estão frente a uma inconsistência entre suas cognições (conhecimentos, opiniões ou crenças) e suas atitudes ou comportamentos. Nesse sentido, o autor sugere que todos os indivíduos possuem, internamente, um sentimento de autoproteção que tenta manter a consonância entre esses aspectos. Em outras palavras, a teoria da DC postula que as cognições contraditórias entre si estimulam a mente a produzir novos conhecimentos, opiniões ou crenças, ou modificar as já existentes, com a finalidade de reduzir a dissonância (Festinger, 1957). Uma das características da DC que a diferencia de outras teorias de inconsistência psicológica é que ela apresenta uma magnitude (Cooper, 2007). Assim, quanto maior for a discrepância entre as cognições e os comportamentos maior a magnitude da dissonância e, consequentemente, maior será a motivação do indivíduo para reduzi-la (Cooper, 2007). Nesse sentido, Cooper (2007) propôs a seguinte fórmula:

$$\text{MAGNITUDE DA DISSONÂNCIA} = \frac{\text{SOMA (todas as cognições discrepantes x importância)}}{\text{SOMA (todas as cognições consonantes x importância)}}$$

Ou seja, a magnitude da DC é proporcional às cognições discrepantes de uma pessoa e inversamente proporcional às cognições consonantes, cada uma ponderada por sua importância (Cooper, 2007). Dessa forma, a redução da DC pode ser conseguida de três maneiras: (a) o indivíduo tenta substituir uma ou mais crenças conflitantes, de modo que seja consistente com outras crenças e comportamentos; (b) o indivíduo tenta adquirir novas informações ou crenças que irão aumentar a consonância; e (c) o indivíduo tenta esquecer ou reduzir a importância daquelas cognições que mantêm a situação de dissonância (Festiger, 1957; Cooper, 2007).

assuntos complexos a partir de comportamentos unitários que levam a generalizações (Corsini, 2017). Essas atividades dependem de três características: simultaneidade, espontaneidade e veracidade (Corsini, 2017).

Posteriormente à descoberta de Festinger (1955), Brehm (1956), seu aluno de doutorado, desenvolveu um “paradigma da livre escolha” (do original: “*free-choice paradigm*”), que corroborou com o entendimento da DC. O estudo esclareceu diversos aspectos sobre essa teoria, como: 1º) a DC ocorre após as decisões; 2º) a DC é reduzida pela mudança de atitude relacionada à atratividade das alternativas escolhidas (por exemplo, a alternativa escolhida se torna mais atraente e a alternativa não escolhida se torna menos atraente); 3º) quanto mais difícil a decisão, maior a DC; e 4º) a DC é um fenômeno onipresente, ou seja, os indivíduos fazem escolha a todo momento. Em consonância com essas descobertas, Festinger (1957) preconizou ainda que quando a DC está presente, adicionalmente as tentativas de reduzi-la, os indivíduos vão evitar situações e informações que poderiam aumentá-la. Contudo, novos eventos podem acontecer ou novas informações podem surgir, criando um estado de dissonância momentânea com os conhecimentos, opiniões e crenças já adquiridas (Festinger, 1957).

No contexto das intervenções preventivas destinadas aos TAs e distúrbios de imagem corporal, a teoria da DC propõe que envolver-se em uma série de atividades (verbais, escritas e comportamentais) que confrontam a aparência ideal ajudam a aumentar o desconforto psicológico vivenciado pelos participantes, o que, por sua vez, promove uma redução da internalização e dos fatores de risco para o desenvolvimento dessas psicopatologias (Stice, Becker, Yokum, 2013; Stice *et al.*, 2019). Buscando compreender essa relação Stice, Becker e Yokum (2013) usaram a ressonância magnética para testar possíveis alterações neurais ocasionadas pela participação em uma intervenção (*Body Project* [BP]) baseada na DC em comparação a um GC, que recebeu apenas um livro educacional. As participantes, jovens mulheres, foram expostas a imagens de modelos (mulheres com a aparência normolínea) e afirmativas pró-aparência ideal. A interação do tempo entre as condições demonstrou que os participantes da intervenção baseada na DC tiveram reduções significantes na ativação do sistema de recompensa do cérebro (região caudal) em comparação ao GC. Além disso, as participantes do grupo baseado na DC demonstraram uma significante redução da ativação do córtex cingulado anterior (principal responsável pela atenção humana) em comparação ao GC. Os resultados fornecem evidências biológicas de que as intervenções baseadas na DC podem alterar respostas neurais aos estímulos pró-aparência ideal. Assim, após completarem o programa, os participantes não percebem essa aparência como representando um objetivo desejável e podem alocar automaticamente menos atenção a esse ideal (Stice; Becker; Yokum, 2013).

Estudos de metanálise têm destacado que os programas mais efetivos são em formato interativo, utilizando múltiplas sessões, com maior número de participantes e destinados a sujeitos com alto risco (adolescentes ou adultos jovens) (Stice, Shaw, 2004; Stice, Shaw, Marti, 2007). Revisões mais recentes têm demonstrado que para populações universais, maiores efeitos são encontrados nos programas que utilizam a alfabetização midiática, como o *Media Literacy* (Le *et al.*, 2017; Watson, Dreher, Steele, 2010; Watson *et*

al., 2016). Já para populações seletivas, os programas baseados na DC têm apresentado maior efetividade, com redução de prática de dietas restritivas, internalização do ideal do corpo magro, afeto negativo, sintomas de TAs, insatisfação corporal e preocupações com o peso e a forma corporal em mulheres, com efeitos mantidos em seguimentos de até três anos (Le et al., 2017; Shaw, Stice, 2016; Watson, Dreher, Steele, 2010; Watson et al., 2016). Por fim, populações indicadas têm sido mais beneficiadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental (Le et al., 2017; Watson, Dreher, Steele, 2010; Watson et al., 2016).

Em relação à idade, a extensa maioria das intervenções preventivas tem sido direcionada para crianças, adolescentes e jovens adultos, cuja idade tem sido menor para populações universais (11 a 14 anos), em comparação às intervenções seletivas e indicadas (16 a 24 anos) (Le et al., 2017). Outro fator que tem recebido atenção é o tempo dedicado as sessões de intervenção. Dessa forma, intervenções conduzidas em formato de multi-sessões tem se apresentado mais efetivas do que aqueles com apenas um encontro (Stice et al., 2019). Essas diferenças nos resultados podem estar relacionadas, principalmente, ao maior tempo que os participantes têm para internalizar o conteúdo, bem como para colocar em prática as novas habilidades adquiridas, possibilitando o retorno ao grupo para resolução de possíveis problemas (Stice et al., 2019; Stice, Shaw, Marti, 2007).

Em relação à população masculina, a grande maioria dos estudos desenvolvidos tem como foco populações universais de adolescentes (Le et al., 2017; Watson et al., 2016). Pesquisadores da Austrália (Dunstan, Paxton, McLean, 2017; McCabe, Ricciardelli, Salmon, 2006; Richardson, Paxton, Thompson, 2009; Wade, Davidson, O'Dea, 2003; Wilksch, 2015; Wilksch, Wade, 2009, 2013), Estados Unidos (Austin et al., 2007; Elliot et al., 2004; Huang et al., 2007; Jones et al., 2008; Smolak, Levine, Schermer, 1998; Varnado-Sullivan et al., 2001), Venezuela (Anuel et al., 2012), México (De León; Díaz; Ruiz, 2008), Espanha (Espinoza, Penelo, Raich, 2013; González et al., 2011; Mora et al., 2015), Canadá (McVey; Tweed; Blackmore, 2007), Suécia (Ghaderi; Mårtensson; Schwan, 2005), Inglaterra (Kater; Rohwer; Londre, 2002), Suíça (Buddeberg-Fischer et al., 1998) e Israel (Golan; Hagay; Tamir, 2013) têm buscado desenvolver intervenções a partir da abordagem coeducacional, ou seja, em turmas compostas por adolescentes de ambos os sexos. Contudo, alguns estudos não têm apresentado os resultados separadamente por sexo (Espinoza, Penelo, Raich, 2013; Golan, Hagay, Tamir, 2013; Mora et al., 2015; Varnado-Sullivan et al., 2001), limitando a compreensão sobre os efeitos das intervenções, uma vez que a imagem corporal apresenta distinções entre homens e mulheres, que respondem de forma diferente às ações da intervenção (Watson et al., 2016).

Notadamente, para populações universais, o programa preventivo *Media Literacy* tem mostrado os efeitos mais significantes para população masculina (González et al., 2011; Wade, Davidson, O'Dea, 2003; Wade et al., 2017; Wilksch, 2015; Wilksch et al., 2015; Wilksch, Wade, 2009, 2014). Esse programa é composto por cinco sessões projetadas com base em elementos de alfabetização, ativismo e advocacia (Wade; Davidson; O'Dea, 2003). O resumo das atividades desenvolvidas no programa, bem como o tópico principal de cada sessão pode ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Resumo das sessões do programa “*Media Literacy: GO GIRLS!*”

Sessão	Tópico principal	Materiais e atividades
1	Consequências de uma imagem corporal negativa e o impacto que a mídia (tanto negativa quanto positiva) pode exercer na nossa imagem corporal.	(a) Definição da imagem corporal; (b) Resultados da imagem corporal negativa usando “ <i>Full Monty</i> ”/ “ <i>Center Stage</i> ”; (c) Liste 3 coisas que influenciam a maneira como você pensa na sua aparência.
2	Histórias que os anúncios nos transmitem (boas e ruins) e como esses anúncios podem ser alterados para inventar algumas histórias.	(a) Trabalho em pequenos grupos: seleção de anúncios e histórias que eles estão tentando contar - eles são realistas?; (b) “ <i>The Famine Within</i> ” - benefícios de incentivar insatisfação dos consumidores com a aparência; (c) O antes e depois de anúncios: competição para adivinhar alterações.
3	Tornando-se um visualizador crítico da mídia: consumo ativo usando e-mails e cartas para se comunicar com as empresas sobre sua publicidade.	(a) Definir o termo “ativismo” e tornar-se um visualizador crítico da mídia; (b) Pensar em diferentes maneiras pelas quais podemos praticar o ativismo; (c) Selecionar um anúncio de uma empresa e enviar um e-mail ou uma carta, elogiando ou protestando.
4 e 5	Construir uma conscientização da mídia abordando a questão: “A publicidade é prejudicial?”. Podem ser utilizados <i>posters</i> , jogos ou debates.	(a) Trabalho em pequenos grupos, com o formato de apresentação decidido por cada grupo; (b) Apresentação do trabalho em aula seguido de <i>feedback</i> e discussão; (c) <i>Feedback</i> das respostas por e-mail; (d) Tarefas para o futuro.

Fonte: Wade, Davidson e O’Dea (2003).

Tradução: Os autores (2025).

Estudos de intervenção utilizando a *Media Literacy* têm identificado melhora da autoestima, além da redução de sintomas depressivos, preocupações com peso e a forma, restrição dietética, internalização midiática, pressões percebidas e insatisfação corporal (González *et al.*, 2011; Wade, Davidson, O’Dea, 2003; Wade *et al.*, 2017; Wilksch, 2015; Wilksch *et al.*, 2015; Wilksch, Wade, 2009, 2014). Além disso, os resultados em relação às preocupações com o peso e a forma corporal, restrição dietética e insatisfação corporal perduraram por até seis meses de *follow-up* (Wilksch; Wade, 2009).

Ao se falar em populações seletivas, as intervenções que utilizam a DC têm se mostrado como as mais efetivas para mulheres (Le *et al.*, 2017; Watson, Dreher, Steele, 2010; Watson *et al.*, 2016). Corroborando com esses achados, estudos já comprovaram que participantes que foram alocados em grupos com alta dissonância demonstraram maiores reduções nos sintomas de TAs comparados aqueles em grupos de baixa dissonância (Green *et al.*, 2005; McMillan, Stice, Rohde, 2011).

Dentre as intervenções que utilizam a DC, destaca-se o *Body Project* (BP), um programa de prevenção seletiva com o público-alvo de meninas e mulheres jovens com

6 “*The Famine Within*” é um documentário canadense, dirigido por Katherine Gilday e lançado em 1990. O filme explora a questão da imagem corporal das mulheres e a prevalência de distúrbios alimentares. Disponível em: <<https://vimeo.com/ondemand/faminewithin>>. Acesso em: 08/02/2025.

alto risco de desenvolver TAs devido à insatisfação corporal (Stice *et al.*, 2000). Este programa tem como base o modelo etiológico de via dupla proposto por Stice (1994), posteriormente avaliado por Stice, Marti e Durant (2011). Este modelo explica a relação causal dos fatores que conduzem ao desenvolvimento dos TAs em mulheres. Dessa forma, a internalização e a exposição ao ideal magro conduzem a insatisfação corporal, pois este ideal é extremamente difícil de obter, especialmente em culturas ocidentais (Stice, Marti, Durant, 2011; Stice, Rohde, Shaw, 2013).

O modelo postula ainda que pressões elevadas da família, dos pares e da mídia para ser magra conduzem à insatisfação corporal (Stice, Marti, Durant, 2011; Stice, Rohde, Shaw, 2013). Teoricamente, esse aumento na insatisfação corporal incita mulheres a comportamentos de dieta e afeto negativo, o que aumenta o risco para o desenvolvimento dos TAs (Stice, Marti, Durant, 2011; Stice, Rohde, Shaw, 2013). Além disso, a insatisfação corporal mantém relação com a prática de restrições dietéticas, pois existe uma crença comum de que essa atitude é uma técnica efetiva para controle do peso, além de comportamentos extremos, como jejum por longos períodos de tempo (Stice, Marti, Durant, 2011; Stice, Rohde, Shaw, 2013).

No BP os pesquisadores tentam induzir as participantes a adotar uma postura contra o ideal magro, reduzindo sua internalização (Stice *et al.*, 2000). Assim, essa intervenção sugere que as participantes se reúnem em grupos de cinco a oito pessoas, realizando atividades escritas, verbais e comportamentais criticando o ideal de aparência magro (Stice; Rohde; Shaw, 2013). Dessa forma, quando terminam o programa as participantes não percebem o ideal magro como representando um objetivo desejável e podem automaticamente dispensar menos atenção a este ideal (Stice, Becker, Yokum, 2013; Stice, Yokum, Waters, 2015). Além disso, esse programa tem ganhando notável destaque por sua eficácia e efetividade comprovada por diversos estudos (Becker, Smith, Ciao, 2005; Becker *et al.*, 2008; Mcmillan, Stice, Rohde, 2011; Stice *et al.*, 2000; Stice, Marti, Spoor *et al.*, 2008; Stice, Rohde, Butryn *et al.*, 2015, Stice *et al.*, 2017, Stice, Rohde, Shaw *et al.*, 2020; Stice, Yokum, Waters, 2015), com seus resultados perdurando de três a quatro anos de *follow-up* (Stice, Marti, Spoor *et al.*, 2008; Stice, Marti, Rohde *et al.*, 2011; Stice, Rohde, Butryn *et al.*, 2015, Stice, Rohde, Shaw *et al.*, 2020).

Recentemente, Amaral (2015) adaptou o BP para população de adolescentes brasileiros de ambos os sexos (15 a 16 anos). A autora nomeou o programa de “O Corpo em Questão”, visto que a tradução literal da expressão (“Projeto Corpo”) não daria a ideia exata da extensão do programa (Amaral, 2015). Assim como o BP, esse programa tem como objetivo reduzir o nível de insatisfação corporal e ocorrência de sintomas de TAs, a partir da diminuição da internalização do ideal de magreza e da muscularidade no caso dos meninos (Amaral, 2015). Embora a versão da intervenção disponibilizada para populações masculinas constarem de apenas duas sessões⁷, a pesquisadora optou inicialmente por manter as quatro sessões originais do programa desenvolvidas para a população feminina,

7 Segundo descrição encontrada no trabalho de Amaral (2015) em comunicação pessoal com o Dr. Eric Stice a autora foi informada que pesquisadores estavam trabalhando na versão masculina do projeto. Assim, ao entrar em contato com a Dra. Tiffany Brown recebeu o roteiro preliminar da intervenção: *Body Project: More Than Muscles*.