

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Maurício Almeida

**Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e
dismorfia corporal de jovens adultos: um ensaio clínico controlado randomizado em
homens brasileiros**

Juiz de Fora

2020

Maurício Almeida

**Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e
dismorfia corporal de jovens adultos: um ensaio clínico controlado randomizado em
homens brasileiros**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora, em parceria com a Universidade Federal de Viçosa, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física. Área de concentração: Exercício e Esporte.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Almeida, Maurício.

Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia corporal de jovens adultos : um ensaio clínico controlado randomizado em homens brasileiros / Maurício Almeida. -- 2020.
240 p. : il.

Orientador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Viçosa, Faculdade de Educação Física. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2020.

1. Intervenção preventiva. 2. Dissonância cognitiva. 3. Imagem corporal. 4. Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. 5. Dismorfia muscular. I. Carvalho, Pedro Henrique Berbert de , orient. II. Título.

Maurício Almeida

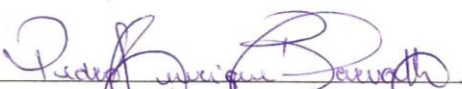
**Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e
dismorfia corporal de jovens adultos: um ensaio clínico controlado randomizado em
homens brasileiros**

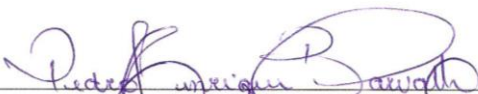
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora, em parceria com a Universidade Federal de Viçosa, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física. Área de concentração: Exercício e esporte.

Aprovado em 24 de julho de 2020.

BANCA EXAMINADORA


Doutor. Pedro Henrique Berbert de Carvalho
Universidade Federal de Juiz de Fora


p/ Doutora. Clara Meekdece Neves
Universidade Federal de Juiz de Fora


p/ Doutora. Ana Carolina Soares Amaral
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, autor e condutor da minha vida, aos meus pais, Luiz e Daise, e também aos meus irmãos Matheus e Dulcemara que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu concluísse esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, sem sua graça e misericórdia não seria possível completar mais esse sonho em minha vida. Sem dúvidas, ele colocou pessoas maravilhosas em meu caminho capazes de guiar-me até esse momento.

Ao meu pai Luiz Carlos de Almeida, homem íntegro e humilde, meu exemplo de esforço, perseverança e fé. Obrigado pai, por seu amor incondicional, por abrir mão de seus sonhos pelos seus filhos. Essa conquista é nossa, te amo.

À minha mãe Daise Mara de Paula Andrade Almeida, você é meu exemplo de vida. Mulher forte, zelosa, carinhosa, que nunca deixou de orar um dia se quer pelos meus projetos pessoais e profissionais. Obrigado por toda sua dedicação à nossa família, você é nosso pilar de sustentação. Amo você com toda minha vitalidade.

Aos meus irmãos, Matheus e Dulcemara, que sempre foram exemplos pra mim. Obrigado por cada conselho, oração e puxões de orelha. Além disso, as palavras de ânimo e incentivo emanadas foram essenciais para concluir esse projeto.

Obrigado a todos os meus familiares, que, mesmo distantes, apoiaram-me com pensamentos, palavras e orações, e principalmente, por entenderem minha ausência em vários momentos.

À minha namorada, Rebeca Duarte, sua cumplicidade, conselhos e puxões de orelha, sem dúvidas foram essenciais para conclusão desse trabalho. Nada seria possível sem sua ajuda e compreensão. Você é um anjo em minha vida.

Ao meu orientador Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho. Você é muito mais do que um professor, consegue cativar seus alunos a serem pessoas melhores e, principalmente, fomenta valores primordiais para nossa construção pessoal e profissional. Além de um orientador eu ganhei um amigo que para além do mestrado me auxiliou a me tornar um ser humano melhor. Tenho certeza que sem seus ensinamentos a conclusão desse sonho não seria possível.

À Prof^ª. Dr^ª. Tiffany Brown por ter atendido prontamente nossas solicitações, buscando meios de contribuir para realização desse trabalho.

À Priscila e Vivianny pela amizade e parceria ao longo desse trabalho e por terem me auxiliado com tanto carinho, esforço e dedicação sempre que precisei. Serei eternamente grato a vocês.

Aos meus companheiros de Mestrado pelas palavras de ânimo, conforto e pela disposição em ajudar-me sempre que precisei.

A todos os membros do Núcleo de Estudos Educação Física, Corpo e Sociedade (NECOS/CNPq), por me abraçarem tão gentilmente e compartilharem momentos de pesquisa, ensino e extensão.

À Prof^a. Me. Tassiana Aparecida Hudson por se disponibilizar a me auxiliar na construção desse trabalho, compartilhando informações, *insight* e materiais que foram vitais para conclusão do presente trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Clara Mockdece Neves e a Prof^a. Dr^a. Ana Carolina Soares do Amaral por todos os ensinamentos compartilhados e por aceitarem, sem hesitação, contribuir com o presente trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Maria Elisa Caputo Ferreira e a Prof^a. Dr^a. Karin Louise Lenz Dunker pela disponibilidade e gentileza em colaborar com esse trabalho e por todas as suas contribuições.

À Prof^a. Valéria Lima e a Prof^a. Mariana Kevin, pelas aulas de inglês ministradas e por terem fornecido o suporte necessário para nossos encontros *on-line* para sanar dúvidas com a Prof^a. Dr^a. Tiffany Brown.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Educação Física, em especial à Prof^a. Dr^a. Andréia Cristiane Carrenho Queiroz, Prof^a. Dr^a. Clara Mockdece Neves, Prof^a. Dr^a. Bianca Miarka, Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho e o Prof. Dr. Ciro José Brito, pelas disciplinas ministradas com tanto empenho e dedicação que me possibilitaram adquirir conhecimentos técnicos e pessoais imprescindíveis para minha formação humana e profissional.

Aos meus verdadeiros amigos. Seria impossível citar todos aqui. Muito obrigado por todo carinho, apoio, paciência e por me entenderem nos meus muitos momentos de ausência.

A cada aluno que participou dessa pesquisa. Cada momento e experiência compartilhada foi primordial para construção desse trabalho, bem como para minha evolução enquanto ser humano.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, essencial para a realização desta pesquisa.

“[...] será preciso despertar a experiência do mundo tal como ele nos aparece enquanto estamos no mundo por nosso corpo, enquanto percebemos o mundo com nosso corpo. Mas, retomando assim o contato com o corpo e com o mundo, é também a nós mesmos que iremos reencontrar, já que, se percebemos com nosso corpo, o corpo é um eu natural e como que o sujeito da percepção.” (MERLEAU-PONTY, 1994)

RESUMO

A imagem corporal é um construto dinâmico e multifacetado, constituído por duas dimensões: atitudinal e perceptiva. Dentre os componentes atitudinais a insatisfação corporal tem ganhado destaque, principalmente por sua relação com a etiologia dos transtornos alimentares (TAs) e dismorfia muscular (DM). Nesse processo, destaca-se a influência de aspectos mediadores como é o caso da internalização do corpo ideal. Dessa forma, os distúrbios de imagem corporal, TAs e DM apresentam prejuízos para saúde, qualidade de vida e relacionamentos sociais das pessoas. Porém, poucos programas preventivos têm sido desenvolvidos e avaliados empiricamente para ajudar homens com esses distúrbios. Além disso, são necessárias novas estratégias para implementação ampla dos programas disponíveis. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a aceitação e eficácia de uma intervenção preventiva (*Body Project: More Than Muscles*), baseada na dissonância cognitiva, com treinamento dos líderes à distância, na redução de sinais e sintomas de distúrbios de imagem corporal, TAs e DM em homens jovens adultos. Foi conduzido um ensaio clínico controlado randomizado com 180 homens jovens, com idade entre 18 e 30 anos, matriculados nos cursos de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares. Os participantes foram aleatorizados em dois grupos: grupo intervenção (GI; n = 89) e grupo controle (GC; n = 91). O GI recebeu uma intervenção que consistiu de duas sessões, com frequência semanal e aproximadamente 120 minutos de duração cada. As variáveis dependentes do estudo foram: internalização do corpo ideal, insatisfação corporal, busca pela muscularidade, apreciação corporal, bem como, comer transtornado e sintomas de DM. Escalas de autorrelato foram aplicadas em quatro momentos: pré-intervenção, pós-intervenção, em quatro e 24 semanas de *follow-up*. Além disso, avaliou-se a aceitação da intervenção entre o GI. Os resultados demonstraram altas taxas de adesão e aceitação da intervenção. Em relação à eficácia, o GI demonstrou reduções significativas em todas as variáveis dependentes no *follow-up* de quatro ($p < 0,05$; d de Cohen entre os grupos: 0,16 – 1,10) e 24 semanas ($p < 0,05$; d de Cohen entre os grupos: 0,11 – 0,78) em comparação ao GC, com exceção da subescala de Altura da *Male Body Attitudes Scale-Revised*. A apreciação corporal demonstrou um aumento significativo (GI em comparação ao GC) no pós-intervenção ($p < 0,01$; d de Cohen entre os grupos: 0,40), quatro semanas ($p < 0,001$; d de Cohen entre os grupos: 0,80) e em 24 semanas de *follow-up* ($p < 0,001$; d de Cohen entre os grupos: 0,58). Além disso, as mudanças na internalização do corpo ideal mediarão parcialmente e completamente os efeitos da intervenção sobre os sintomas de DM e o comer

transtornado, respectivamente. Os resultados suportam a aceitação e eficácia da intervenção “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos” na redução dos fatores de risco para os TAs e a DM em homens com elevada insatisfação corporal, bem como o aumento de um dos fatores de proteção (apreciação corporal). Finalmente, uma ferramenta para implementação ampla de intervenções preventivas (treinamento dos líderes à distância) foi empregada e apresentou evidências iniciais de eficácia.

Palavras-chave: Intervenção preventiva. Dissonância cognitiva. Imagem corporal. Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. Dismorfia muscular.

ABSTRACT

Body image is a dynamic and multifaceted construct, consisting of two dimensions: attitudinal and perceptual. Among the attitudinal components, body dissatisfaction has gained prominence, mainly due to its relationship with the etiology of eating disorders (TAs) and muscle dysmorphia (DM). Given the complexity of the construct, the influence of mediating factors such as body-ideal internalization has been highlighted. Body image disturbances, TAs and DM are detrimental to people's health, quality of life and social relationships. However, few prevention programs have been developed and evaluated empirically to help men with these disorders. In addition, new strategies are needed to broadly implement the available programs. Thus, the objective of the present study was to evaluate the acceptance and efficacy of a dissonance-based intervention (Body Project: More Than Muscles), with online peer-leaders training, in reducing signs and symptoms of body image disturbances, TAs and DM in young adult men. A randomized controlled clinical trial was conducted with 180 young men, aged between 18 and 30 years old, enrolled in undergraduate courses at the Federal University of Juiz de Fora, Governador Valadares campus. Participants were randomized into two groups: intervention group (GI; $n = 89$) and control group (GC; $n = 91$). The GI received an intervention consisting of two sessions, one-week interval, with approximately 120 minutes each. The dependent variables were: body-ideal internalization, body dissatisfaction, drive for muscularity, body appreciation, as well as, disordered eating and DM symptoms. Self-report scales were applied at four times: pre-intervention, post-intervention, at four and 24 weeks of follow-up. The acceptance of the intervention among the GI was also evaluated. Our results showed high rates of adherence and acceptance. Regarding efficacy, the GI showed significant reductions in all dependent variables at the 4-weeks ($p < .05$; Cohen's d between groups: 0.16 – 1.10) and 24 weeks follow-up ($p < .05$; Cohen's d between groups: 0.11 – 0.78) compared to the GC, except for the Height subscale of the Male Body Attitudes Scale-Revised. Body appreciation showed a significant increase (GI compared to GC) at post-intervention ($p < .01$; Cohen's d between groups: 0.40), 4-weeks ($p < .001$; Cohen's d between groups: 0.80) and at 24 weeks of follow-up ($p < .001$; Cohen's d between groups: 0.58). Changes in body-ideal internalization partially and completely mediated the effects of the intervention on the DM symptoms and disordered eating, respectively. The results support the acceptance and efficacy of the intervention “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos” in reducing risk factors for TAs and DM in body dissatisfied men, as well as increasing protective factors (i.e. body appreciation). Lastly, a tool for the broad implementation of

prevention programs (online training of peer-leaders) was employed and presented initial evidence of efficacy.

Keywords: Preventive intervention. Cognitive dissonance. Body image. Feeding and eating disorder. Muscle dysmorphia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo teórico para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.....	31
Figura 2 - Modelo teórico de influência dos três fatores para mulheres	32
Figura 3 - Modelo teórico de influência dos três fatores para homens brasileiros.....	45
Figura 4 - Intervenções em saúde mental dentro do espectro dos transtornos mentais.....	58
Quadro 1 - Resumo das sessões do programa “ <i>Media Literacy: GO GIRLS!</i> ”	66
Quadro 2 - Resumo das sessões do programa “O Corpo em Questão” para os meninos.....	69
Quadro 3 - Resumo das sessões do “ <i>Body Project M</i> ”	75
Quadro 4 - Resumo das sessões do programa “ <i>Body Project: More Than Muscles</i> ”	78
Figura 5 - Diagrama do CONSORT detalhando o fluxo de participantes através do estudo...	90
Figura 6 - Protocolo experimental	91
Quadro 5 - Descrição das sessões do programa “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análises descritivas dos dados sociodemográficos, nível econômico, insatisfação corporal como um todo, com a musculatura e gordura divididas entre os grupo Intervenção (GI) e Controle (GC).....	104
Tabela 2 - Médias marginais estimadas em cada momento do estudo para os grupos Intervenção (GI) e Controle (GC)	107
Tabela 3 - Estimativas de efeitos fixos e componentes da variância para as variáveis de desfecho primário	108
Tabela 4 - Análise de mediação: análise dos efeitos indiretos, intervalos de confiança de 95% corrigidos pelo bootstrapping e caminhos diretos	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Subescala <i>Appearance Intolerance</i> do <i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory</i>
AIC	<i>Akaike Information Criterion</i>
AN	Anorexia Nervosa
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BAS-2	<i>Body Appreciation Scale-2</i>
BF	Subescala <i>Low Body Fat</i> da <i>Male Body Attitudes Scale-Revised</i>
BIC	<i>Bayesian Information Criterion</i>
BN	Bulimia Nervosa
BP	<i>Body Project</i>
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CET	<i>Compulsive Exercise Test</i>
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
DC	Dissonância Cognitiva
DFS	Subescala <i>Drive for Size</i> do <i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory</i>
DM	Dismorfia Muscular
DMS	<i>Drive for Muscularity Scale</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th version</i>
EAT-26	<i>Eating Attitudes Test-26</i>
EAA	Esteroides Anabolizantes Androgênicos
EDE-Q	<i>Eating Disorder Examination-Questionnaire</i>
EDI	<i>Eating Disorder Inventory</i>
FI	Subescala <i>Functional Impairment</i> do <i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory</i>
GC	Grupo Controle
GEN	Subescala <i>Dissatisfaction with general body appearance</i> da <i>Male Body Dissatisfaction Scale</i>
GI	Grupo Intervenção
HT	Subescala <i>Height</i> da <i>Male Body Attitudes Scale-Revised</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
MBAS	<i>Male Body Attitudes Scale</i>

MBAS-R	<i>Male Body Attitudes Scale-Revised</i>
MBDS	<i>Male Body Dissatisfaction Scale</i>
MDDI	<i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory</i>
MUS	Subescala <i>Muscularity</i> da <i>Male Body Attitudes Scale-Revised</i>
OB	Subescala <i>Muscularity-oriented behavior</i> da <i>Drive for Muscularity Scale</i>
OBI	Subescala <i>Muscularity-oriented body image</i> da <i>Drive for Muscularity Scale</i>
SATAQ-4	<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4</i>
TAs	Transtornos Alimentares
TCA	Transtorno de Compulsão Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

kg	Quilograma
m ²	Metro ao quadrado
<i>d</i>	<i>d</i> de Cohen
ω	Ômega de McDonald
<i>p</i>	Valor de <i>p</i>
χ^2	Teste qui-quadrado de Pearson
<i>V</i>	Coefficiente de contingência de Cramer
<i>t</i>	Teste <i>t</i> de Student

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	26
2.1	OBJETIVO GERAL.....	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
2.3	HIPÓTESES.....	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1	IMAGEM CORPORAL E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE: INSATISFAÇÃO CORPORAL E IMAGEM CORPORAL POSITIVA.....	28
3.2	IMAGEM CORPORAL EM HOMENS	38
3.3	TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMORFIA MUSCULAR EM HOMENS	47
3.4	PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM DISTÚRBIOS DE IMAGEM CORPORAL, TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMORFIA MUSCULAR EM HOMENS.....	55
3.5	EFICÁCIA E EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS BASEADOS NA DISSONÂNCIA COGNITIVA PARA HOMENS ADULTOS	71
4	MÉTODO.....	82
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	82
4.2	AMOSTRA	82
4.2.1	Critérios de inclusão.....	83
4.2.2	Critérios de exclusão	84
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	85
4.4	PROCEDIMENTOS	85
4.4.1	Procedimentos para adaptação do programa.....	85
4.4.2	Procedimentos para treinamento dos líderes do programa	86
4.4.3	Procedimentos para divulgação e implementação do programa	88
4.5	INTERVENÇÃO.....	91

4.6	INSTRUMENTOS	935
4.6.1	Questionário sociodemográfico	93
4.6.2	Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	93
4.6.3	Internalização do corpo ideal	94
4.6.4	Comer transtornado	94
4.6.5	Sintomas de DM	95
4.6.6	Busca pela muscularidade	96
4.6.7	Insatisfação corporal como um todo	97
4.6.8	Insatisfação com a musculatura, gordura e altura corporal	98
4.6.9	Insatisfação com o peso e a forma corporal	98
4.6.10	Apreciação corporal	99
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	1002
5	RESULTADOS	102
5.1	ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	102
5.2	ACEITAÇÃO DA INTERVENÇÃO	105
5.3	EFEITOS DA INTERVENÇÃO	106
5.3.1	Internalização do corpo ideal	109
5.3.2	Comer transtornado	109
5.3.3	Sintomas de DM	109
5.3.4	Busca pela muscularidade	110
5.3.5	Insatisfação corporal	111
5.3.5.1	<i>Insatisfação corporal como um todo</i>	<i>111</i>
5.3.5.2	<i>Insatisfação com a musculatura, gordura e altura corporal</i>	<i>112</i>
5.3.5.3	<i>Insatisfação com o peso e a forma corporal</i>	<i>113</i>
5.3.6	Apreciação corporal	113
5.4	ANÁLISES DE MEDIAÇÃO	113
6	DISCUSSÃO	116

7	CONCLUSÃO	126
	REFERÊNCIAS	127
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	154
	APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico	156
	APÊNDICE C – Guia do facilitador “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”	159
	APÊNDICE D – Caderno de atividades “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”	206
	APÊNDICE E – Imagens “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”	217
	ANEXO A – Checklist do CONSORT.....	220
	ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos ...	223
	ANEXO C – Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos.....	227
	ANEXO D – Autorização para adaptação do <i>Body Project: More Than Muscles</i>	228
	ANEXO E – Folder para divulgação do programa “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”	229
	ANEXO F – Cartaz para divulgação do programa “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”	230
	ANEXO G – Escala de Avaliação do Programa.....	231
	ANEXO H – <i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4)</i>	232
	ANEXO I – <i>Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)</i>	233
	ANEXO J – <i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)</i>	235
	ANEXO K – <i>Drive for Muscularity Scale (DMS)</i>	236
	ANEXO L – <i>Male Body Dissatisfaction Scale (MBDS)</i>	237
	ANEXO M – <i>Male Body Attitudes Scale-Revised (MBAS-R)</i>	238
	ANEXO N – <i>Body Shape Questionnaire - 8 (BSQ-8)</i>	239
	ANEXO O – <i>Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)</i>	240

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a imagem corporal tem sido amplamente discutida em várias áreas de conhecimento, tais como Psicologia, Nutrição, Medicina e Educação Física, desencadeando um crescente aumento da literatura científica sobre esse tema (CASH, SMOLAK, 2011; FERREIRA *et al.*, 2014; LAUS *et al.*, 2014). Entende-se por imagem corporal um construto complexo, dinâmico e multidimensional, constituído por duas grandes dimensões: atitudinal e perceptiva (CASH, SMOLAK, 2011; CORNELISSEN *et al.*, 2019). A primeira está relacionada às crenças, sentimentos e comportamentos relacionados ao corpo, enquanto a segunda se refere à acurácia ou inacurácia dos sujeitos em perceber seu tamanho, sua forma e seus contornos corporais (CASH, SMOLAK, 2011; CORNELISSEN *et al.*, 2019).

Historicamente, dentre os componentes atitudinais, o mais estudado tem sido a insatisfação corporal, principalmente por sua associação com a etiologia dos transtornos alimentares (TAs), os quais são relacionados de maneira mais habitual ao sexo feminino (MURRAY *et al.*, 2017). Por sua vez, os TAs são caracterizados por uma perturbação persistente ao se alimentar, assim como nos comportamentos relacionados à alimentação, resultando no consumo ou na absorção alterada de alimentos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2014). Ademais, esses comportamentos comprometem significativamente a saúde física e/ou o funcionamento psicossocial (APA, 2014).

Principalmente a partir dos anos de 1990, estudos científicos têm demonstrado que os homens também experimentam preocupações com a sua imagem corporal e evidenciam sintomas de TAs (HAY, GIROSI, MOND, 2015; HUDSON *et al.*, 2007; MURRAY *et al.*, 2017; MURRAY, RIEGER, HILDEBRANDT *et al.*, 2012). Conforme demonstrado em uma recente revisão sistemática, a qual avaliou a prevalência dos TAs nos estudos publicados entre os anos de 2000 a 2018, a prevalência de TAs para os homens é de 2,2% (GALMICHE *et al.*, 2019). Mais especificamente, em relação à anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno de compulsão alimentar (TCA) e TAs não especificados a prevalência para população masculina foi de, respectivamente, 0,2%, 0,6%, 1% e 3,6%. Contudo, os autores alertaram sobre a dificuldade de estimar a prevalência dos TAs em homens, devido, principalmente, ao baixo número de estudos conduzidos com essa população. De fato, os TAs em homem têm sido subdiagnosticados, subtratados e incompreendidos (LAVENDER,

BROWN, MURRAY, 2017; MURRAY *et al.*, 2019; MURRAY *et al.*, 2017; STROTHER *et al.*, 2012).

Diversos autores argumentam que, nas últimas décadas, os homens têm recebido um aumento nas pressões sociais para obter um corpo irrealisticamente musculoso e definido (BROWN *et al.*, 2017; KARAZSIA, CROWTHER, 2009; KARAZSIA, MURNEN, TYLKA, 2017; KLIMEK *et al.*, 2018). Essas pressões têm, em parte, contribuído para o aumento da insatisfação corporal e adoção de comportamentos não saudáveis relacionados à alimentação e ao controle do peso, incluindo os sintomas de TAs e a dismorfia muscular (DM) (COMPTE, SEPÚLVEDA, TORRENTE, 2018; KARAZSIA, CROWTHER, 2010; KARAZSIA, CROWTHER, GALIOTO, 2013; MURRAY, RIEGER, HILDEBRANDT *et al.*, 2012). Sujeitos com DM acreditam possuir um corpo pouco musculoso ou pequeno, enquanto, na verdade, são muito musculosos (APA, 2014).

Além disso, a insatisfação corporal masculina está relacionada a partes corporais específicas, destacando-se os ombros, peitorais e braços (CAFRI *et al.*, 2005a; CAFRI *et al.*, 2005b; GROGAN, 2016). Ademais, vários pesquisadores ressaltam que a insatisfação corporal masculina pode gerar comportamentos insalubres e compensatórios (KILPELA *et al.*, 2016), tais como: restrição dietética (GEHRMAN *et al.*, 2006; MURRAY *et al.*, 2017), relação disfuncional com o exercício físico (CARVALHO *et al.*, 2016; GEHRMAN *et al.*, 2006; MURRAY *et al.*, 2017), uso e abuso de substâncias ergogênicas e esteroides anabolizantes androgênicos (EAA) (CAFRI *et al.*, 2005a; CARVALHO *et al.*, 2016). Além disso, podem provocar problemas como depressão e baixa autoestima (BRECHAN, KVALEM, 2015; OLIVARDIA *et al.*, 2004), condições que afetam diretamente a saúde, a qualidade de vida e os relacionamentos interpessoais.

No Brasil, um estudo de base populacional encontrou uma prevalência de 60,5% de insatisfação corporal em homens adultos (SILVA *et al.*, 2011). Os autores destacaram a associação entre a insatisfação com o peso e abuso de álcool, obesidade, idade avançada e inatividade física. Além disso, identificou-se uma associação entre a insatisfação com a muscularidade e um baixo Índice de Massa Corporal (IMC). Recentemente, pesquisadores têm identificado a associação da insatisfação corporal masculina com os TAs orientados à muscularidade (do original: *muscularity-oriented disordered eating*) (MURRAY *et al.*, 2019). Nesse sentido, estudos têm destacado que intervenções preventivas destinadas à população brasileira são necessárias, visando reduzir a insatisfação corporal em jovens deste país (AMARAL, STICE, FERREIRA, 2019; HUDSON, 2018; SILVA *et al.*, 2011).

Embora transtornos relacionados à aparência física e à alimentação tenham etiologias complexas, pesquisas enfatizam a influência da mídia ao pressionar os homens para perseguirem um corpo mais definido e musculoso, o que os pesquisadores convencionaram chamar de “ideal mesomórfico”¹ (CARVALHO *et al.*, 2016; KARAZSIA, CROWTHER, 2009; KARAZSIA, MURNEN, TYLKA, 2017; McCREARY, SASSE, 2000; TYLKA, 2011b). Por exemplo, as representações da mídia acerca do corpo masculino tido como ideal tornaram-se mais musculosas ao longo do tempo, conforme ilustrado pelo aumento irreal da massa muscular dos brinquedos de ação (BAGHURST, GRIFFITHS, MURRAY, 2018; BAGHURST *et al.*, 2006; POPE JÚNIOR *et al.*, 1999), ou pela análise das imagens de homens propagadas nos meios de comunicação (CARROTTE, PRICHARD, LIM, 2017; LEIT, GRAY, POPE JÚNIOR, 2002; LEIT, POPE JÚNIOR, GRAY, 2001).

Desta forma, essas imagens, com elevado volume muscular e gordura corporal extremamente baixa, são raramente alcançáveis sem abordagens prejudiciais, tais como uso ou abuso de EAA e excesso de exercícios físicos (POPE JÚNIOR, PHILLIPS, OLIVARDIA, 2000). Nesse caso, o indivíduo tende a praticar exercícios mesmo com a presença de dores, lesões, cansaço ou fadiga (POPE JÚNIOR, PHILLIPS, OLIVARDIA, 2000). De fato, a visualização de imagens do ideal corporal na mídia está associada à maior insatisfação corporal nos homens (BLOND, 2008; GROGAN, 2016; LEIT, GRAY, POPE JÚNIOR, 2002; LEIT, POPE JÚNIOR, GRAY, 2001; LORENZEN, GRIEVE, THOMAS, 2004).

Sob a égide da perspectiva sociocultural dos estudos em imagem corporal, Tylka (2011b) desenvolveu o *Quadripartite Influence Model*. Este modelo sugere que as pressões da mídia, em conjunto com as pressões dos amigos, par romântico e da família para alcançar um corpo mesomórfico podem conduzir os homens à internalização desse ideal. A internalização do corpo ideal, por sua vez, pode conduzir a dois caminhos: a insatisfação com a musculatura ou com a gordura corporal. Tais fatores contribuem com a adoção de comportamentos orientados para a muscularidade e comportamentos de risco para os TAs, respectivamente.

No contexto brasileiro, Carvalho e Ferreira (2020) adaptaram o modelo teórico de influência dos três fatores para homens jovens, do original: *Tripartite Influence Model* (THOMPSON *et al.*, 1999). Esse modelo postula que as influências socioculturais (pais, amigos e mídia) conduzem à comparação social e à internalização do ideal mesomórfico que, por sua vez, conduzem à insatisfação com o peso e a muscularidade. Por fim, a insatisfação

¹ Tradução literal do termo “*mesomorphic ideal*”, realizada pelo próprio autor.

com a muscularidade conduz os homens à adoção de comportamentos de mudança corporal. Adicionalmente, Bégin, Turcotte e Rodrigue (2019) avaliaram um modelo teórico de DM para jovens universitários do Canadá. Os resultados do estudo demonstraram efeitos indiretos e significantes entre as pressões sociais e a busca pela muscularidade (do original: *drive for muscularity*) via internalização do corpo ideal, bem como entre a busca pela muscularidade e os sintomas de DM, por meio dos comportamentos de mudança corporal (BÉGIN; TURCOTTE; RODRIGUE, 2019). Levando em consideração os modelos propostos, focar na internalização do corpo ideal em homens insatisfeitos poderia ser uma ferramenta importante para reduzir os sintomas relacionados à insatisfação corporal, aos TAs e à DM (BROWN *et al.*, 2017).

Com o objetivo de prevenir os TAs entre mulheres e reduzir a internalização do corpo ideal, Stice *et al.* (2000) desenvolveram uma intervenção preventiva, baseada no paradigma da Dissonância Cognitiva (DC) (FESTIGER, 1957), intitulada *Body Project* (BP). A teoria da DC, aplicada aos TAs, sugere que envolver-se em uma série de atividades que confrontam o ideal corporal ajudam a aumentar o desconforto psicológico vivenciado pelos participantes e, conseqüentemente, promove uma redução na internalização desse ideal e dos fatores de risco para os TAs. Desse modo, o programa é composto por quatro encontros, com duração de aproximadamente 60 minutos e frequência semanal. As reuniões são realizadas em pequenos grupos, compostos por cinco a oito pessoas, têm um formato dinâmico e interativo (STICE, MAZOTI *et al.*, 2000). Além disso, algumas tarefas são propostas, a fim de desenvolver maior apreciação corporal e autoestima, bem como modificar o comportamento individual e coletivo relacionados à perpetuação do ideal corporal (STICE *et al.*, 2000). Assim, segundo Stice, Becker e Yokum (2013), o programa pode alterar o modo como o indivíduo lida com as informações midiáticas que estimulam a busca por um corpo ideal. Dessa forma, depois de finalizar o programa, as participantes não percebem o ideal corporal social como representando um objetivo desejável e podem alocar menos atenção nele (STICE; BECKER; YOKUM, 2013).

Desde a sua criação, o BP tem apresentado uma série de evidências empíricas, com diversas investigações comprovando sua eficiência e eficácia na redução dos fatores de risco para os TAs em mulheres jovens (BECKER, SMITH, CIAO, 2005; BECKER, SMITH, CIAO, 2006; STICE, MAZOTI *et al.*, 2000b; STICE, SHAW *et al.*, 2006; STICE, ROHDE, GAU *et al.*, 2009). Alguns estudos destacam a efetividade e eficácia desse programa por até quatro anos de acompanhamento (STICE, MARTI, SPOOR *et al.*; STICE, MARTI, SPOOR

et al., 2008, STICE, ROHDE, BUTRYN *et al.*, 2015, STICE, ROHDE, SHAW *et al.*, 2020). Outras pesquisas sugerem que a redução da internalização do corpo ideal tem mediado parcialmente os efeitos da intervenção em mulheres jovens (SEIDEL, PRESNELL, ROSENFELD, 2009; STICE *et al.*, 2007; STICE, MARTI, ROHDE *et al.*, 2011).

Apesar do estresse e comprometimento social estarem associados à insatisfação corporal, aos TAs, à DM e os demais problemas supracitados, homens são menos propensos a buscar tratamento ou suporte social em comparação às mulheres, principalmente devido ao auto-estigma de que eles não podem buscar auxílio psicológico, ou que estariam com um transtorno tipicamente feminino (AUSTEN, GRIFFITHS, 2019; GRIFFITHS *et al.*, 2015). Nesse sentido, com o objetivo de prevenir os fatores de risco para os TAs em homens gays, Brown e Keel (2015) desenvolveram o *PRIDE Body Project*. Os participantes do estudo foram alocados em dois grupos, a saber: intervenção (GI) e controle (GC). O GI participou das sessões do programa, enquanto o GC foi considerado passivo, ou seja, não recebeu nenhum tipo de intervenção. Quando ambos os grupos foram comparados, o GI demonstrou reduções significantes ($p < 0,05$) nas variáveis de insatisfação corporal, busca pela muscularidade, internalização do corpo ideal, restrição dietética, sintomas bulímicos, auto objetificação e objetificação dos pares. Os efeitos da intervenção foram mantidos por até quatro semanas de *follow-up* ($d = 0,45 - 1,00$) (BROWN; KEEL, 2015). Adicionalmente, a internalização do corpo ideal mediou o relacionamento entre a condição de intervenção e as patologias alimentares (BROWN; KEEL, 2015).

Devido à natureza positiva dos resultados iniciais e visando compreender se esses efeitos poderiam ser generalizados para homens, Brown *et al.* (2017) desenvolveram o *Body Project: More Than Muscles*. Nesse estudo, 52 homens foram submetidos a duas sessões do programa, com duração de 120 minutos e, ao final, apresentaram diminuição significativa de variáveis como: internalização do corpo ideal, restrições dietéticas, sintomas bulímicos, insatisfação corporal, sintomas de DM, além da busca pela muscularidade. Importa ressaltar que o *Body Project: More Than Muscles* foi o primeiro programa com base na teoria da DC destinado à população de homens jovens, a direcionar especificamente os sintomas de DM.

O estudo de Brown *et al.* (2017) foi promissor ao desenvolver e avaliar uma intervenção destinada a redução dos sintomas de TAs e DM em homens. No entanto, os autores avaliaram um curto período de *follow-up* (quatro semanas) em comparação com outras intervenções baseadas na DC. Por exemplo, intervenções baseadas na DC para população feminina têm mostrado efeitos positivos que perduraram por até quatro anos de

follow-up (STICE, ROHDE, SHAW *et al.*, 2020). Além disso, uma versão do BP (*Body Project 4 All*) mista, com a inclusão de homens e mulheres, mostrou reduções significantes na insatisfação com a musculatura, gordura e com o corpo como um todo em homens submetidos a intervenção em comparação ao GC pós-intervenção, com os efeitos sendo mantidos por um período de oito e 24 semanas de *follow-up* (KILPELA *et al.*, 2016). Em conjunto, esses resultados sugerem que os programas de prevenção para homens devem avaliar períodos mais longos de acompanhamento (pelo menos 24 semanas), buscando compreender como a magnitude dos efeitos se comporta ao longo do tempo.

Outro progresso necessário é a avaliação da eficácia e efetividade das intervenções baseadas na DC para aumentar os fatores de proteção para o desenvolvimento dos sintomas de TAs e DM (GUEST *et al.*, 2019). Fatores de proteção não foram incluídos nos desfechos avaliados no estudo de Brown *et al.* (2017). Porém, torna-se necessário a inclusão de medidas de imagem corporal positiva, como por exemplo, apreciação corporal, uma vez que, ela pode ser um fator de proteção para o desenvolvimento dos distúrbios de imagem corporal, TAs e DM (BÉGIN, TURCOTTE, RODRIGUE, 2019; HE *et al.*, 2020).

Adicionalmente, outros autores têm destacado a importância de pesquisas que elucidem métodos ideais para disseminação ampla dos programas de prevenção dos TAs, como é o caso das intervenções baseadas na DC (DAKANALIS, CLERICI, STICE, 2019; STICE *et al.*, 2019). Embora a eficácia e efetividade desses programas já estejam comprovadas, poucos estudos foram realizados sobre como disseminá-los e implementá-los de maneira ampla (STICE *et al.*, 2019). Assim, estudos devem explorar novos meios de implementar amplamente programas com eficácia comprovada para prevenção dos TAs, como o uso da internet e o treinamento de líderes de pares (STICE *et al.*, 2019). Tal estratégia consiste no treinamento de pessoas leigas, da mesma comunidade em que a intervenção será disponibilizada, bem como devem apresentar características semelhantes aos grupos da intervenção que irão conduzir (KILPELA *et al.*, 2016). Essa abordagem pode reduzir significativamente os custos das intervenções, bem como aumentar a disponibilidade de provedores (líderes de pares) (KILPELA *et al.*, 2016; STICE *et al.*, 2019).

No Brasil, o BP foi adaptado para população de adolescentes de ambos os sexos (AMARAL, 2015) e posteriormente teve sua eficácia comprovada para população de jovens adultas do sexo feminino (HUDSON, 2018). Tratando-se de adolescentes do sexo masculino, as variáveis investigadas no estudo de Amaral (2015) foram: insatisfação corporal, influência sociocultural da mídia, dos pais e amigos, apreciação corporal, busca pela muscularidade,

sintomas depressivos, autoestima e insatisfação corporal. Dentre estes resultados, efeitos significantes foram observados apenas para variável busca pela muscularidade.

Todavia, para o melhor do nosso conhecimento, intervenções destinadas a jovens adultos do sexo masculino, como o *PRIDE Body Project* e o *Body Project: More Than Muscles* não foram desenvolvidas e/ou adaptadas para população brasileira. Nesse sentido, autores alertam à necessidade da implementação de programas de intervenção em realidades culturais diversas, bem como estudos que elucidem barreiras à disseminação bem-sucedida dessas intervenções (STICE, BECKER, YOKUM, 2013; STICE *et al.*, 2019). Além disso, devido à importância dada ao corpo e à aparência física no Brasil aliado à crescente identificação de insatisfação corporal em homens deste país (SILVA *et al.*, 2011) e a associação desse distúrbio com patologias que comprometem a saúde, qualidade de vida e os relacionamentos pessoais, como os TAs e a DM, deve existir uma prioridade na saúde pública através do desenvolvimento e disseminação de programas efetivos que visem minimizar ou prevenir essas psicopatologias. Em conjunto, essas características incitam o desenvolvimento desta pesquisa, visto que esse é um campo de estudos com potencial para a prevenção dos distúrbios de imagem corporal, TAs e DM em homens.

A presente dissertação foi estruturada em cinco partes: 1^a) Referencial teórico, no qual foram descritos os aspectos relevantes sobre imagem corporal e suas particularidades em homens jovens, TAs, DM, intervenções preventivas e intervenções destinadas exclusivamente a homens jovens; 2^a) Procedimentos metodológicos da pesquisa; 3^a) Resultados; 4^a) Discussão e 5^a) Conclusão.

2 OBJETIVOS

Abaixo estão descritos os objetivos geral e específicos. Na sequência são apresentadas as hipóteses relacionadas a cada um dos objetivos da presente dissertação.

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a aceitação e eficácia de uma proposta de intervenção preventiva, baseada na DC, com treinamento dos líderes a distância, na redução de sinais e sintomas de distúrbios de imagem corporal, TAs e DM, bem como no aumento da apreciação corporal em jovens adultos brasileiros.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Avaliar a aceitação da intervenção preventiva proposta para jovens adultos brasileiros;

b) Avaliar a apreciação corporal, insatisfação corporal como um todo, insatisfação com o peso e a forma corporal, insatisfação com a muscularidade, insatisfação com a gordura e altura corporal, busca pela muscularidade, influência sociocultural na imagem corporal (internalização do corpo ideal), comer transtornado e sintomas de DM em jovens adultos brasileiros em quatro momentos: pré-intervenção, logo após a intervenção, quatro semanas e 24 semanas pós-intervenção;

c) Analisar os efeitos da intervenção, comparando os escores pré-intervenção, logo após a intervenção, quatro semanas e 24 semanas pós-intervenção intragrupos (GI e GC) e entre os grupos (GI *versus* GC);

d) Investigar se as alterações na internalização do corpo ideal poderiam mediar os efeitos da intervenção na redução do comer transtornado e dos sintomas de DM.

2.3 HIPÓTESES

a) Indivíduos alocados no GI classificarão a intervenção como altamente aceitável;

b) A intervenção proposta é capaz de reduzir a insatisfação corporal como um todo, insatisfação com o peso e a forma corporal, insatisfação com a muscularidade, insatisfação

com a gordura e altura corporal, busca pela muscularidade, influência sociocultural na imagem corporal (internalização do corpo ideal), comer transtornado e sintomas de DM, bem como é capaz de aumentar a apreciação corporal de jovens adultos brasileiros;

c) Participantes do GI demonstrarão escores inferiores e significantes em comparação ao GC logo após a intervenção, quatro semanas e 24 semanas pós-intervenção em todas as variáveis avaliadas, exceto a apreciação corporal, para a qual se espera escores superiores e significantes para o GI em comparação ao GC;

d) As alterações na internalização do corpo ideal mediarão os efeitos da intervenção na redução do comer transtornado e dos sintomas de DM.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente trabalho encontra-se subdividido em tópicos, nos quais serão apresentados os principais conceitos, teorias e dados científicos disponíveis sobre os temas dessa pesquisa, a saber: a) Imagem corporal e sua relação com a saúde: insatisfação corporal e imagem corporal positiva; b) Imagem corporal em homens; c) Transtornos alimentares e dismorfia muscular em homens; d) Programas de intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtornos alimentares e dismorfia muscular em homens e e) Eficácia e efetividade dos programas baseados na dissonância cognitiva para homens adultos.

3.1 IMAGEM CORPORAL E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE: INSATISFAÇÃO CORPORAL E IMAGEM CORPORAL POSITIVA

Os estudos sobre imagem corporal aumentaram nas últimas décadas em diversas áreas de conhecimento (CASH, SMOLAK, 2011; GROGAN, 2016), destacando-se Psicologia, Psiquiatria, Nutrição e Educação Física. Além disso, as definições desse fenômeno o apresentam como um construto dinâmico e multifacetado (SCHILDER, 1994). Dessa forma, Cash e Smolak (2011) ressaltam a relevância dos estudos sobre o tema, pois se encontra atrelado ao contexto biológico, físico e social dos sujeitos, projetando a esse conceito um entendimento multidimensional.

Os primeiros estudos em imagem corporal tiveram início no século XVI, na França, com o médico e cirurgião Ambroise Paré, sob uma perspectiva neurológica (BARROS, 2005). Contudo, a maior contribuição nesta área foi dada por Paul Schilder. Ele desenvolveu suas experiências mesclando áreas distintas, como Psiquiatria, Psicologia, Sociologia e Neurologia (SCHILDER, 1994). No ano de 1935, o autor lançou sua obra intitulada “Imagem corporal: as energias construtivas da psique”, destacando que a imagem corporal não é uma construção apenas cognitiva, mas também um reflexo dos desejos, das emoções e da interação social (SCHILDER, 1994).

Em sua definição, a imagem corporal é compreendida como a “figuração do nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se representa para nós” (SCHILDER, 1994, p. 11). O autor caracteriza esse construto por uma tríade de aspectos, a saber: fisiológicos, sociológicos e libidinais. O aspecto fisiológico está relacionado à organização cerebral do esquema corporal, ou seja, a fatores neurológicos e fisiológicos do

corpo. O aspecto sociológico se refere à influência do meio na imagem corporal, indicando que existe um intercâmbio contínuo entre a nossa própria imagem corporal e a do outro. Por fim, ele caracteriza o aspecto libidinal como aquele relacionado aos impulsos, às emoções e às fantasias interiores de cada indivíduo.

A partir de uma maior valorização da imagem corporal como foco de investigações científicas, surgiram outros conceitos para esse construto, destacando-se a proposta de Slade (1994), segundo o qual a imagem corporal pode ser compreendida como a imagem que o indivíduo tem do tamanho, da forma e dos contornos corporais, bem como os sentimentos relacionados a essas características e as partes que o constituem. Corroborando com essa definição, Grogan (2016) define a imagem corporal como o conjunto de percepções, crenças e sentimentos pessoais que o indivíduo tem sobre o próprio corpo. Assim, percebe-se que as definições atuais atribuem à imagem corporal uma apresentação dinâmica e multifacetada (CASH, SMOLAK, 2011; CORNELISSEN *et al.*, 2019).

Ao longo dos anos, vários termos foram relacionados a esse construto, como: satisfação corporal, satisfação com a aparência, avaliação da aparência, orientação da aparência, estima corporal, preocupação corporal, disforia corporal, dismorfia corporal, esquema corporal, percepção do corpo, distorção corporal, imagem corporal, autoimagem, distúrbios da imagem corporal e outros (CASH; PRUZINSKY, 2002). Pioneiros na área já alertavam para como esses múltiplos conceitos envolvendo a imagem corporal contribuíram para o atraso no entendimento desse fenômeno (FISHER; CLEVELAND, 1968).

Considerando os avanços nos estudos sobre essa temática e sua apresentação multidimensional, pesquisadores concordam em denominar o construto como imagem corporal e dividi-lo, para fins de estudo e pesquisa, em duas grandes dimensões, a saber, atitudinal e perceptiva (CASH, PRUZINSKY, 2002; CORNELISSEN *et al.*, 2019; THOMPSON, 2004). A dimensão perceptiva caracteriza-se pela acurácia/inacurácia no julgamento do tamanho, do peso e da forma corporal e tem sido dividida em dois fatores, a saber, sensorial e não sensorial. O primeiro está relacionado às respostas ligadas aos sentidos (visuais, táteis e cinestésicos), já o segundo à interpretação cerebral das informações, formada por meio de fatores afetivos e cognitivos, baseados nas crenças e conhecimentos prévios acerca do próprio corpo (McCABE *et al.*, 2006; THOMPSON, GARNER, 2002). A sub ou superestimação do peso, tamanho, forma e contorno de regiões corporais específicas ou de todo o corpo tem sido descrito como distorções da imagem corporal (McCABE *et al.*, 2006; THOMPSON, GARNER, 2002). Nesse sentido, homens apresentam distorções relacionadas,

principalmente, à região superior do tronco e mulheres na região caracterizada pela cintura, glúteos e pernas (McCABE *et al.*, 2006).

Por sua vez, a dimensão atitudinal se divide nos componentes afetivo, cognitivo e comportamental (CASH, PRUZINSKY, 2002; CORNELISSEN *et al.*, 2019; THOMPSON, 2004). O componente afetivo está relacionado aos sentimentos positivos e/ou negativos em relação ao corpo, que resultam da avaliação subjetiva de eventos ou situações cotidianas (CASH; PRUZINSKY, 2002). O componente cognitivo caracteriza-se pelas crenças e pensamentos direcionados ao próprio corpo (CASH; PRUZINSKY, 2002). Por fim, o componente comportamental trata de ações relacionadas ao próprio corpo, como comportamentos evitativos de exposição corporal como um todo ou de determinada área a outras pessoas, visando reduzir desconfortos emocionais advindos da exposição (CASH; PRUZINSKY, 2002). Para Thompson (2004), essas definições têm significado prático e teórico, pois em casos de tratamento é importante entender quais aspectos da imagem corporal são sensíveis a intervenções, pois alguns componentes são menos susceptíveis a mudanças.

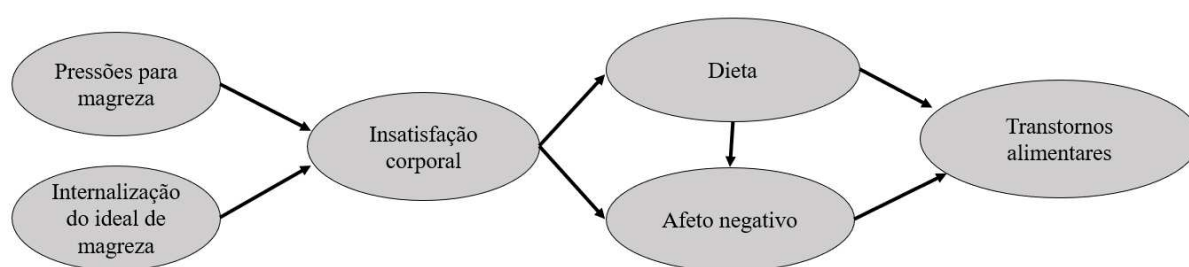
Os estudos sobre o tema têm focado principalmente no componente afetivo da dimensão atitudinal, mais precisamente a insatisfação corporal. Por sua vez, ela tem sido definida como pensamentos e sentimentos negativos que uma pessoa tem sobre seu próprio corpo e/ou das partes que o constituem (GROGAN, 2016; KARAZSIA, MURNEN, TYLKA, 2017). Além disso, relaciona-se com avaliações negativas do tamanho, volume e definição corporal, e geralmente envolve um afastamento entre o corpo atual e o corpo desejado (GROGAN, 2016). A insatisfação corporal é comumente relacionada ao sexo feminino, porém está presente também em indivíduos do sexo masculino, principalmente em relação a partes do corpo como ombros, peitorais e braços (CAFRI *et al.*, 2005a; MURRAY *et al.*, 2017).

A elevada prevalência de insatisfação corporal é uma realidade em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento, e tem recebido destaque na cultura ocidental (FREDERICK *et al.*, 2007; SWAMI *et al.*, 2010). A este respeito, o estudo de revisão conduzido por Fiske *et al.* (2014) relatou que aproximadamente 61% dos homens americanos estavam insatisfeitos com sua aparência física. No Brasil, estudo de base populacional demonstrou que aproximadamente 60,5% dos homens possuem insatisfação corporal, principalmente por apresentarem um físico menor (por exemplo, menos musculoso) do que julgam ser o ideal (SILVA *et al.*, 2011). Segundo Goldenberg (2005), a população brasileira glorifica o corpo, que deve estar em consonância com certos padrões estéticos, sendo

essencial na construção da identidade nacional. Além disso, em ambos os sexos, se aproximar da “aparência ideal” propagada socialmente tem sido sinal de felicidade, sucesso e aceitação social (GROGAN, 2016).

O desenvolvimento da insatisfação corporal tem se mostrado complexo e multifacetado (KARAZSIA; MURNEN; TYLKA, 2017). Contudo, dentro dos estudos da imagem corporal, principalmente àqueles que se utilizam de um paradigma sociocultural, modelos teóricos têm sido enfáticos ao afirmar a importância de alguns fatores de influência sociocultural como os pais, os amigos e a mídia para o desenvolvimento da insatisfação corporal. Autores destacam que qualquer modelo etiológico de TAs precisa se atentar para os distúrbios de imagem corporal, pois a insatisfação corporal tem sido considerada o preditor de maior influência para o desenvolvimento de patologias alimentares (LEVINE, SMOLAK, 2016; SMOLAK, LEVINE, 2015). Nesse sentido, destaca-se o modelo de via dupla² (Figura 1) desenvolvido por Stice (1994) que, posteriormente, foi avaliado por Stice, Rohde e Shaw (2013). No presente modelo, as pressões percebidas pelos fatores de influência sociocultural, bem como a internalização do ideal de magreza conduziram a insatisfação corporal, que por sua vez, conduziu a adoção de dietas restritivas e afeto negativo (STICE; ROHDE; SHAW, 2013). Por fim, as variáveis de dietas restritivas e afeto negativo levaram ao desenvolvimento dos sintomas de TAs em mulheres jovens (STICE; ROHDE; SHAW, 2013).

Figura 1 – Modelo teórico para o desenvolvimento dos transtornos alimentares



Fonte: Adaptado de Stice, Rohde e Shaw (2013).
Tradução: O autor.

Além disso, o modelo de influência dos três fatores³ (Figura 2) (THOMPSON *et al.*, 1999) também ganhou destaque, sendo, posteriormente, refinado para população masculina (KARAZSIA, CROWTHER, 2009; 2010; KARAZSIA *et al.*, 2013; TYLKA, 2011b). No

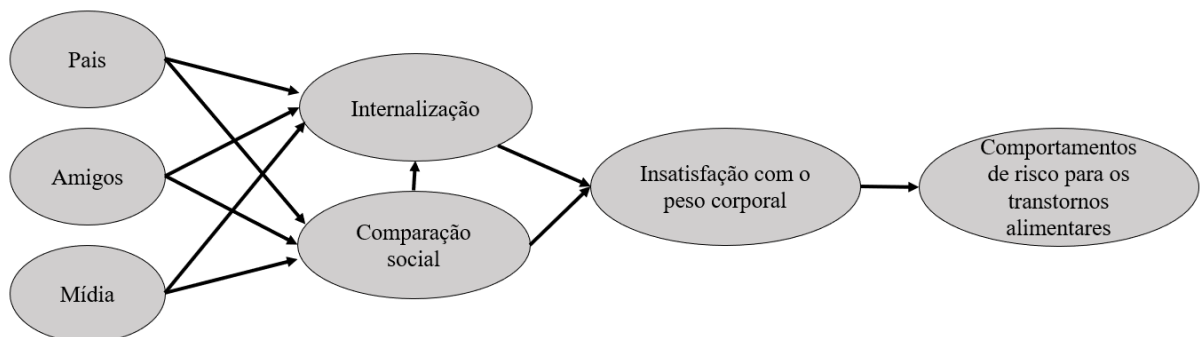
² Tradução literal do termo “*Dual Pathway Model*”, realizada pelo próprio autor.

³ Tradução literal do termo “*Tripartite Influence Model*”, realizada pelo próprio autor.

presente modelo a influência dos pais, amigos e mídia conduziram os indivíduos aos comportamentos de comparação social e internalização. Ambas, conduziram ao desenvolvimento da insatisfação com o peso corporal e essa, a adoção de comportamentos de risco para os TAs (THOMPSON *et al.*, 1999).

Dois pressupostos gerais são semelhantes em ambos os modelos. Primeiro, as influências primárias envolvem fatores socioculturais (pais, amigos e mídia), bem como a internalização de determinados conceitos e comportamentos (KARAZSIA, MURNEN, TYLKA, 2017; KARAZSIA *et al.*, 2013). Segundo, o mecanismo mediador entre os fatores de influência sociocultural e a insatisfação corporal é a internalização do corpo ideal (KARAZSIA, MURNEN, TYLKA, 2017; KARAZSIA *et al.*, 2013). No Brasil, a influência sociocultural (pais, amigos e mídia) foi considerada fonte da insatisfação com o peso corporal nas mulheres e insatisfação com o peso e com a muscularidade nos homens (CARVALHO, ALVARENGA, FERREIRA, 2017; CARVALHO, FERREIRA, 2020).

Figura 2 – Modelo teórico de influência dos três fatores para mulheres



Fonte: Adaptado de Thompson *et al.* (1999).

Tradução: O autor.

A insatisfação corporal pode estar relacionada a fatores interpessoais, como comentários negativos, pressões e provocações para alteração da aparência física (GALIOTO, KARAZSIA, CROWTHER, 2012; HELFERT, WARSCHBURGER, 2011; SHARPE *et al.*, 2013), ou a fatores contextuais, como a difusão midiática da aparência ideal, levando a maior estigma em relação ao peso, forma e aparência corporal (BARLETT, VOWELS, SAUCIER, 2008; FARDOULY, VARTANIAN, 2016; FATT, FARDOULY, RAPEE, 2019). Importa ressaltar que, a aparência ideal propagada pela mídia de massa é inatingível até mesmo para

pessoas saudáveis, embora muitas pessoas adotem esse ideal como seu objetivo e padrão pessoal (KARAZSIA; CROWTHER, 2008).

Esses fatores podem estar contribuindo para o aumento no número de procedimentos estéticos e cirúrgicos no cenário nacional. Segundo a *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS, 2018) o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking de países que mais realizaram procedimentos estéticos, cirúrgicos ou não cirúrgicos, perdendo apenas para os Estados Unidos da América. Para população masculina, entre os procedimentos destacam-se as cirurgias para ginecomastia, lipoaspiração, blefaroplastia, rinoplastia e otoplastia. Em relação aos procedimentos não-cirúrgicos, os mais comuns são aplicação de toxina botulínica e ácido hialurônico, depilação a laser, redução de gordura não-cirúrgica e foto rejuvenescimento. Autores salientam que no país, essas práticas podem ser atribuídas ao clima tropical, no qual existe maior exposição corporal (AMARAL *et al.*, 2014). Além disso, o crescimento desse segmento pode ser atribuído ao desejo de adquirir uma aparência de saúde, que é traduzida no padrão de beleza veiculado pela mídia (AMARAL *et al.*, 2014). Contudo, mostra-se escasso quais seriam os impactos da cirurgia plástica e estética em aspectos como autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida.

No cenário clínico, a insatisfação corporal tem ganhado destaque, pois é um critério diagnóstico para os TAs (por exemplo, AN e BN) e a DM (APA, 2014). De fato, estudos têm relacionado a insatisfação corporal ao desenvolvimento de uma série de distúrbios e psicopatologias como: DM (SANTOS FILHO *et al.*, 2016; MITCHELL *et al.*, 2017a; MURRAY, RIEGER, HILDEBRANDT *et al.*, 2012), TAs (LANTZ *et al.*, 2018; STICE, SHAW, 2002), sintomas depressivos (GROSSBARD *et al.*, 2013; SHARPE *et al.*, 2018; STICE, MAZOTI *et al.*, 2000), ansiedade física e social (BARNES *et al.*, 2020; GROSSBARD *et al.*, 2009), abuso de substâncias que melhoram o desempenho e a aparência (KARAZSIA, CROWTHER, GALIOTO, 2013; KARAZSIA, MURNEN, TYLKA, 2017; LITT, DODGE, 2008) e disfunção sexual (MILHAUSEN *et al.*, 2015; WOERTMAN, VAN DEN BRINK, 2012).

Para compreender a influência da insatisfação corporal no desenvolvimento dos TAs, autores tem utilizado a teoria de auto discrepância⁴ (HIGGINS, 1987, 1989; LANTZ *et al.*, 2018). Essa teoria postula a existência de três domínios, a saber: o “eu real” – o que os indivíduos percebem ser; o “eu deveria” – o que os indivíduos acreditam que deveriam

⁴ Tradução literal do termo “*Self-discrepancy theory*”, realizada pelo próprio autor.

alcançar; e o “eu ideal” – o que os indivíduos desejam ser (LANTZ *et al.*, 2018). Em geral, a discrepância entre essas percepções tem sido avaliada por meio de escalas de silhueta. Ademais, a discrepância entre o eu real e o ideal tem direcionado os indivíduos a maior insatisfação corporal e a consequente adoção de comportamentos para reduzir essa discrepância (LANTZ *et al.*, 2018). Além disso, o nível de importância atribuída a discrepância percebida pode influenciar o aumento da insatisfação corporal, ou seja, quanto maior a importância, maior será a insatisfação. Estudos têm apoiado a ideia de que indivíduos com BN apresentam maior discrepância entre o eu real e o ideal em comparação a pessoas saudáveis, a qual se relaciona com o humor negativo e a insatisfação corporal (STRAUMAN *et al.*, 1991; WONDERLICH *et al.*, 2008). Outros estudos verificaram a presença da auto discrepância em pacientes com AN e TCA, o que tem potencializado a gravidade dos sintomas (MASON *et al.*, 2016). Assim, autores têm destacado que identificar os fatores que contribuem para a insatisfação corporal pode fornecer informações sobre como reduzi-la ou evitá-la, minimizando assim, a incidência de patologias para as quais ela é um fator de risco (LANTZ *et al.*, 2018).

Na última década, autores têm buscado compreender a influência da insatisfação corporal para o desenvolvimento de uma nova psicopatologia: os TAs orientados para muscularidade (MURRAY; GRIFFITHS; MOND, 2016). Estudo longitudinal, conduzido com 14.891 participantes identificou que aproximadamente 22% dos homens e 5% das mulheres americanas se engajam nesse tipo de comportamento (NAGATA *et al.*, 2019). Esses transtornos foram diretamente relacionados à insatisfação corporal, auto percepção de estar acima ou abaixo do peso, IMC e sintomas depressivos. Corroborando com esses achados, estudos recentes propuseram a validação de instrumentos⁵ específicos para avaliação dos TAs orientados para muscularidade (COOPER, GRIFFITHS, BURNS, 2020; MURRAY *et al.*, 2019). Em ambos, o escore total das medidas apresentou correlação significativa com a insatisfação corporal em homens.

Estudo conduzido por Griffiths *et al.* (2016), com 966 homens e 1.031 mulheres australianos, buscou investigar a associação da insatisfação corporal com as variáveis de qualidade de vida física e mental, bem como a sua relação com os sintomas de TAs. Os autores identificaram que em ambos os grupos a insatisfação corporal esteve associada à piora da qualidade de vida e maiores sintomas de TAs. Contudo, em relação ao domínio mental da

⁵ *Muscularity-Oriented Eating Test* (MURRAY *et al.*, 2019) e *Eating for Muscularity Scale* (COOPER; GRIFFITHS; BURNS, 2020).

qualidade de vida e estresse psicológico, os homens demonstraram resultados superiores em comparação às mulheres. Os resultados da pesquisa destacaram que a insatisfação corporal deve ser considerada como um problema de saúde pública e deve ser tratada de maneira distinta, ou seja, independente de outros fenômenos psicológicos para os quais ela é um fator de risco (GRIFFITHS *et al.*, 2016). Além disso, eles enfatizaram que os homens, historicamente sub-representados nas pesquisas de imagem corporal, devem receber maior atenção empírica, principalmente no desenvolvimento de intervenções preventivas específicas para suas preocupações com o corpo e aparência física (GRIFFITHS *et al.*, 2016).

Adicionalmente, a insatisfação corporal também está relacionada a outros transtornos, como é o caso da DM (SANTOS FILHO *et al.*, 2016; MITCHELL *et al.*, 2017b). Mitchell *et al.*, (2017b) conduziram uma revisão sistemática com metanálise buscando compreender os principais sintomas de DM, comparando fisiculturistas e indivíduos da população em geral (jovens fisicamente e insuficientemente ativos). Neste estudo, os autores identificaram que os sintomas de DM estiveram relacionados à insatisfação corporal, sintomas depressivos, neuroticismo, perfeccionismo, ansiedade, bem como apresentaram uma relação inversa com as variáveis de autoconceito e autoestima em ambos os grupos. Corroborando com esses achados, Santos Filho *et al.* (2016) conduziram uma revisão sistemática buscando compreender os critérios diagnósticos da DM, além de discutir o status nosológico dessa psicopatologia. Eles identificaram que a insatisfação com a musculatura corporal tem sido considerada um fator de risco para o desenvolvimento da DM em homens e mulheres. Os autores destacam ainda que compreender os fatores de risco para o desenvolvimento da DM é crucial para a implementação bem sucedida de programas de intervenção, principalmente direcionados a homens que são menos propensos a procurar tratamento (SANTOS FILHO *et al.*, 2016).

Além de apresentar associação com esses problemas, a insatisfação também tem sido relacionada a transtornos da personalidade, como narcisismo (PURTON *et al.*, 2018), baixa autoestima, autoconceito e autocompaixão (CRUZ-SÁEZ *et al.*, 2018; DUCHESNE *et al.*, 2017; MOFFITT, NEUMANN, WILLIAMSON, 2018; PURTON *et al.*, 2018). Ademais, tem comprometido significativamente a saúde e qualidade de vida dos sujeitos (GRIFFITHS *et al.*, 2016). Nesse sentido, desde a década passada, a insatisfação corporal foi reconhecida como um problema de saúde pública (PAXTON, 2000).

Avançando no entendimento da insatisfação corporal em homens, Barnes *et al.* (2020) desenvolveram uma revisão sistemática com metanálise de 23 estudos publicados entre 2008

a 2018, com o objetivo de identificar a associação entre insatisfação corporal, ansiedade e depressão em jovens adultos do sexo masculino. Os dados sugerem que homens insatisfeitos com a aparência física são mais propensos a relatar sintomas depressivos e maior ansiedade física e social (BARNES *et al.*, 2020). Ademais, os estudos incluídos nessa revisão foram predominantemente conduzidos em países ocidentais, com a população de jovens universitários.

Corroborando com esse resultado, outro estudo de revisão sistemática com metanálise conduzido por Allen e Robson (2020) buscou investigar a relação entre a insatisfação corporal e diferentes traços da personalidade, a saber, neuroticismo – instabilidade emocional, extroversão – interações interpessoais, aceitação – preocupação com a cooperação e harmonia social, abertura – tendência de buscar novas experiências e consciência – organização direcionada aos comportamentos. Um total de 26 estudos preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos na síntese quantitativa. Os dados da metanálise forneceram evidências de que a insatisfação corporal está positivamente relacionada ao neuroticismo e negativamente associada a extroversão, consciência, abertura e aceitação. Além disso, em relação à síntese qualitativa, os autores destacaram que altos níveis de neuroticismo e baixos níveis de extroversão e consciência estão associados com uma maior insatisfação corporal em homens e mulheres independente do peso corporal atual (ALLEN; ROBSON, 2020). Em conjunto, essas evidências sugerem que a insatisfação corporal é um construto transdiagnóstico essencial para os TAs, DM e demais psicopatologias relacionadas ao corpo.

Além da insatisfação corporal, na última década, pesquisadores têm buscado compreender a etiologia e os fatores relacionados ao desenvolvimento da imagem corporal positiva (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). Segundo Smolak e Cash (2011), grande parte da história da imagem corporal é dominada por um foco em patologias que visavam entender a esfera negativa, existindo uma carência em se considerar a imagem corporal positiva. Desse modo, concentrar-se em reduzir os sintomas de imagem corporal negativa, como é o caso da insatisfação corporal, sem considerar a promoção da imagem corporal positiva limitou os estudos sobre o tema, não permitindo uma compreensão abrangente da imagem corporal (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015).

Esse engessamento pode contribuir para a formação de profissionais pouco especializados para promover a saúde e o bem-estar e, conseqüentemente, prevenir e tratar as perturbações de imagem corporal (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). Assim, intervenções que reduzem os sintomas de imagem corporal negativa, mas não adicionam

aspectos às esferas positivas poderiam, na melhor das hipóteses, promover uma imagem corporal neutra (GUEST *et al.*, 2019; TYLKA, WOOD-BARCALOW, 2015). Portanto, a imagem corporal positiva pode ajudar na melhora da apreciação e respeito com o próprio corpo, o que pode tornar os benefícios (eficiência e eficácia) das intervenções preventivas mais efetivos e duradouros (GUEST *et al.*, 2019; WOOD-BARCALOW, CASEY, 2018).

Até o ano de 2010 nenhuma definição de imagem corporal positiva tinha sido proposta (TYLKA, 2018). Assim, para entender as nuances desse construto, Wood-Barcalow, Tylka e Augustus-Horvath (2010) utilizaram métodos mistos para alcançar este objetivo. Eles utilizaram, pela primeira vez, o questionário *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* e uma questão geral, “Eu sinto que tenho uma imagem corporal positiva” (do original: “*I feel that I have a positive body image*”) para identificar essa percepção em mulheres jovens (WOOD-BARCALOW; TYLKA; AUGUSTUS-HORVATH, 2010). Atualmente, autores generalizam a descrição de imagem corporal positiva como um sentimento de respeito e amor em relação ao corpo que leva os indivíduos às seguintes atitudes: (a) apreciar a beleza única de seu corpo e as funções que ele realiza; (b) aceitar e admirar seu corpo, inclusive com aspectos que são inconsistentes com os ideias corporais; (c) sentir-se belo, confortável, confiante e feliz com o próprio corpo; (d) enfatizar pontos positivos do corpo ao invés de imperfeições; (e) interpretar informações recebidas de maneira protetora, internalizando informações positivas e rejeitando as negativas (WOOD-BARCALOW, TYLKA, AUGUSTUS-HORVATH, 2010; TYLKA, WOOD-BARCALOW, 2015; TYLKA, 2018). Dessa forma, a imagem corporal positiva e a insatisfação corporal são independentes e podem ocorrer de modo simultâneo, ou seja, um indivíduo pode estar satisfeito com o seu corpo de modo geral, mas insatisfeito com uma parte específica (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015).

A imagem corporal positiva está associada a importantes indicadores da saúde física e mental, tais como, baixos sinais e sintomas depressivos, elevada autoestima, comportamentos alimentares saudáveis e baixos impulsos para muscularidade entre os homens (GILLEN, 2015; TYLKA, 2018). Embora esses construtos tenham sido frequentemente investigados na literatura sobre imagem corporal negativa, acredita-se que sujeitos com níveis mais altos de imagem corporal positiva sejam menos propensos à depressão e baixa autoestima por terem menos sentimentos de desânimo (GILLEN, 2015). Dessa forma, aqueles com uma imagem corporal mais positiva são mais propensos a se engajar em comportamentos de autocuidado, como atividade física e meditação (DANIELS, GILLEN, MARKEY, 2018; TYLKA, 2011a).

Além disso, esses sujeitos têm maior capacidade de resistir às mensagens socioculturais que pontuam a muscularidade e a magreza como ideais de atratividade, porque eles tendem a estar mais confortáveis com o corpo que possuem (TYLKA, 2013). Essas resistências podem auxiliar na redução de comportamentos prejudiciais e insalubres para perda de peso ou construção muscular, como o uso de pílulas dietéticas e EAA (GILLEN, 2015).

Na última década, as pesquisas sobre imagem corporal no Brasil têm tido como foco a insatisfação corporal, sendo majoritariamente de cunho transversal e privilegiaram as mulheres (LAUS *et al.*, 2014). Embora o conhecimento sobre a população masculina venha aumentando, até mesmo com a adaptação de modelos teóricos de influência sociocultural (CARVALHO; FERREIRA, 2020), ainda se faz necessário compreender as especificidades da imagem corporal nesse público. Somado a isso, em comparação às mulheres, poucos são os instrumentos específicos para indivíduos do sexo masculino disponíveis para avaliação desse construto, o que faz com que frequentemente pesquisadores utilizem instrumentos sem avaliação psicométrica prévia para avaliar aspectos da imagem corporal de homens, o que é contraindicado (CARVALHO; FERREIRA, 2014). Essa carência pode dificultar a identificação de fatores de risco e proteção em distúrbios de imagem corporal, bem como a construção e adaptação de estratégia de prevenção e tratamento para homens brasileiros.

Em face à realidade apresentada, esta pesquisa foi direcionada à população de jovens adultos homens, os quais tem uma apresentação de imagem corporal diferente do público feminino (MURRAY *et al.*, 2017; NAGATA *et al.*, 2019). Assim, as especificidades da imagem corporal nesse público serão discutidas no tópico seguinte.

3.2 IMAGEM CORPORAL EM HOMENS

O estudo da imagem corporal em homens é um fenômeno relativamente recente (GROGAN, 2016). Até a década 1980, os estudos estavam estritamente relacionados ao sexo feminino (CAFRI *et al.*, 2005b; GARNER *et al.*, 1980; GARNER *et al.*, 1982; MURRAY *et al.*, 2017; SILVERSTEIN *et al.*, 1986; THOMPSON *et al.*, 1999). Isso se deu por um conjunto de fatores, dentre os quais se destaca o fato de os estudos em imagem corporal estarem, historicamente, relacionados à etiologia dos TAs e esses são comumente relacionados às mulheres (MURRAY *et al.*, 2017). Outrossim, diversos instrumentos desenvolvidos para preocupações femininas com a aparência eram utilizados em homens, levando, inevitavelmente, a identificação de uma maior prevalência dos distúrbios de imagem

corporal em mulheres (CARVALHO, FERREIRA, 2014; MURRAY *et al.*, 2017). Durante anos, esses aspectos direcionaram as pesquisas em imagem corporal para o público feminino. Até pouco tempo atrás, existia um consenso de que os distúrbios de imagem corporal eram um fenômeno associado, quase que exclusivamente, a esse público (CARVALHO, FERREIRA, 2014; McCREARY *et al.*, 2007).

Nas últimas quatro décadas, pesquisadores aumentaram seus interesses nos estudos da imagem corporal e dos transtornos associados em homens, como é o caso dos TAs e da DM (CAFRI *et al.*, 2005a; COMPTE, SEPÚLVEDA, TORRENTE, 2018; EDWARDS, TOD, MOLNAR, 2014; HOBZA, ROCHLEN, 2009; McCABE, RICCIARDELLI, 2004; MITCHELL *et al.*, 2017a; MURRAY *et al.*, 2017; MURRAY, RIEGER, HILDEBRANDT *et al.*, 2012; POPE JÚNIOR *et al.*, 1997; POPE JÚNIOR, KATZ, HUDSON, 1993; THOMPSON, CAFRI, 2007; TOD, EDWARDS, 2015). Em parte, esse aumento tem sido relacionado a maior visibilidade do corpo masculino na cultura ocidental, o que tem produzido efeitos significativos na percepção dos homens em relação a sua aparência corporal (BARLETT, VOWELS, SAUCIER, 2008; EDWARDS *et al.*, 2016; LEIT, GRAY, POPE JÚNIOR, 2002; LEIT, POPE JÚNIOR, GRAY, 2001; POPE JÚNIOR *et al.*, 1999).

Embora homens e mulheres desenvolvam preocupações com sua imagem corporal, ela se apresenta de maneira distinta para ambos os sexos (MURNEN, 2011). Os ideais de corpo feminino estão relacionados à magreza em determinadas partes do corpo, como a cintura, e uma maior definição muscular em partes específicas, como glúteos, abdômen e coxas (MURNEN, 2011). Já os homens apresentam uma maior preocupação com o volume e definição muscular, com ênfase na parte superior do tronco, nas regiões dos ombros, peitorais e braços (CAFRI *et al.*, 2005a; MITCHELL *et al.*, 2017b; MURNEN, 2011; MURRAY *et al.*, 2017). Além disso, a imagem corporal nesse público também apresenta uma alta associação com a funcionalidade do corpo (ALLEVA; TYLKA; VAN DIEST, 2017).

Os modelos corporais masculinos passaram por mudanças ao longo do tempo (MURNEN, 2011). Essas podem ser claramente percebidas nos brinquedos de ação que se apresentam cada vez mais musculosos em relação às suas versões anteriores (POPE JÚNIOR *et al.*, 1999). Observou-se que o grau de muscularidade encontrado nesses brinquedos, quando mapeado antropometricamente, apresenta um volume muscular inalcançável, até mesmo para fisiculturistas experientes (POPE JÚNIOR *et al.*, 1999). Além disso, em um estudo posterior, conduzido por Leit, Pope Júnior e Gray (2001), os autores identificaram que os modelos

masculinos ilustrados em revistas apresentaram alterações na sua aparência, caracterizando-se por maior volume e definição muscular ao longo dos anos (1973 a 1997).

Embora o foco da imagem corporal em homens seja um grande volume muscular, pesquisadores têm identificado que um baixo índice de gordura corporal também tem sido almejado, no intuito de dar maior visibilidade à musculatura (CAFRI *et al.*, 2005a; KLIMEK *et al.*, 2018; SMOLAK, MURNEN, 2008). Sendo assim, o ideal de corpo valorizado socialmente pelo público masculino pode ser descrito como um tronco em forma de um “V”, com ombros largos, cintura fina e músculos abdominais bem definidos, caracterizando uma aparência mesomórfica (CAFRI *et al.*, 2005a; KLIMEK *et al.*, 2018; MURNEN, 2011).

Buscando compreender as principais preocupações relacionadas à imagem corporal de homens, McCreary e Sasse (2000) criaram o termo busca pela muscularidade, que é caracterizado por atitudes e comportamentos que expressam o grau de preocupação do indivíduo com sua massa muscular. Teóricos forneceram explicações sobre o porquê as pessoas podem desenvolver a busca pela muscularidade e por quais motivos ele estimula comportamentos e cognições relacionadas à aparência física (MORRISON *et al.*, 2006). Segundo esses autores, as pessoas aprendem, em seu contexto social, que um físico musculoso é altamente valorizado e desejável. Então, elas se comparam com outros sujeitos para determinar se têm níveis suficientes de massa muscular (MORRISON *et al.*, 2006). Alguns indivíduos ao se sentirem pouco musculosos, acabam se engajando em atitudes e comportamentos direcionados ao ganho de massa muscular (MORRISON *et al.*, 2006). Além disso, a cultura ocidental pode ter contribuído para o estereótipo de corpo mesomórfico, colocando muscularidade e masculinidade como sinônimos (DANIEL, BRIDGES, 2010; LEIT, GRAY, POPE JÚNIOR, 2002; LEIT, POPE JÚNIOR, GRAY, 2001; POPE JÚNIOR *et al.*, 1999; PRITCHARD, CRAMBLITT, 2014).

A busca pela muscularidade pode ter um impacto importante na maneira como os homens abordam a aparência física e a alimentação (EDWARDS, TOD, MOLNAR, 2014; TOD, EDWARDS, 2015). Por exemplo, muitos homens tendem a pensar que são menos musculosos do que realmente são (POPE JÚNIOR *et al.*, 1997) e constantemente associam a falta de muscularidade a uma falta de masculinidade (EDWARDS, MOLNAR, TOD, 2017; HUNT, GONSALKORALE, MURRAY, 2013). Influenciados por aspectos socioculturais, homens mais magros apresentam maior ansiedade física e social, pois acreditam que a magreza reduz seu status social e funcionamento dentro das hierarquias masculinas, bem

como pode comprometer seu relacionamento com as mulheres (BUETOW, 2020; CORNWALL, LINDISFARNE, 2016).

De fato, em muitos países ocidentais os homens estão sob pressão para exibir sua masculinidade através de seus corpos (HUNT; GONSALKORALE; MURRAY, 2013). Essas influências transmitem a ideia de que se homens magros atingirem um físico musculoso serão capazes de competir com seus pares do sexo masculino, ou ainda, estarem em forma para seu próprio bem-estar (BUETOW, 2020). Eles acreditam que as parceiras preferem homens mais musculosos, pelo menos em contextos de atração inicial (EASTWICK *et al.*, 2014). Dessa forma, foram aculturados a acreditar que um corpo musculoso expressa, inequivocamente, o ideal masculino de força e poder (FREDERICK; HASELTON, 2007). Ademais, a insatisfação dos homens com a muscularidade tem sido superior nas sociedades com maior igualdade de gênero do que nas hierarquias tradicionais, as quais os homens têm maior representação social em comparação às mulheres (FREDERICK *et al.*, 2007; SWAMI *et al.*, 2013). Contudo, qualquer que seja a motivação, os homens podem ter dificuldades em negociar e equilibrar esses anseios com as diferentes construções da masculinidade (HUNT; GONSALKORALE; MURRAY, 2013).

Um baixo nível de busca pela muscularidade tem se mostrado saudável, devido aos benefícios associados ao treinamento de resistência (EDWARDS, TOD, MOLNAR, 2014; EDWARDS *et al.*, 2016; TOD, EDWARDS, 2015). Contudo, altos níveis têm gerado consequências prejudiciais para saúde física e psicológica da população masculina (CARVALHO *et al.*, 2016; McCREARY, SASSE, 2000; TOD, EDWARDS, 2015). Destaca-se o abuso de EAA e suplementos alimentares para melhorar o desempenho (CAFRI *et al.*, 2005a; EDWARDS, TOD, MOLNAR, 2014), comprometimento psicológico ao exercício físico (CARVALHO *et al.*, 2016; TOD, EDWARDS, 2015), depressão, baixa autoestima, sintomas de TAs (CARVALHO *et al.*, 2016; EDWARDS, TOD, MOLNAR, 2014; OLIVARDIA *et al.*, 2004; TOD, EDWARDS, 2015) e práticas dietéticas não saudáveis (EDWARDS *et al.*, 2016).

Nesse sentido, estudos têm indicado que um alto grau de busca pela muscularidade tem levado a população masculina a utilizar diversos medicamentos voltados para modificar a aparência física e o desempenho, incluindo uma variedade de substâncias usadas para promover alterações físicas no percentual de gordura corporal, aumento da massa muscular ou para melhorar o desempenho atlético (GOLDMAN, POPE JÚNIOR, BHASIN, 2019; McCREARY *et al.*, 2007; MURRAY, GRIFFITHS, MOND, 2016; TOD, EDWARDS, 2015).

A etiologia do uso dessas substâncias não está clara; contudo, sugere-se que pode ser resultado de uma síndrome ou dependência, que envolve práticas rígidas em relação à alimentação ou *exercise dependence*⁶ (MURRAY; GRIFFITHS; MOND, 2016). Como seu uso é geralmente associado a preocupações com a imagem corporal, esses suplementos e drogas têm sido descritos como “drogas da imagem corporal⁷” (KANAYAMA; POPE JÚNIOR, 2018).

No estudo de Hildebrandt, Harty e Langenbucher (2012) eles identificaram que o uso regular de suplementos alimentares é o principal mediador para o uso de substâncias ilícitas (por exemplo, EAA) entre universitários de ambos os sexos, independentemente da participação em esportes ou da presença de distúrbios de imagem corporal. No estudo, os principais suplementos alimentares descritos foram aqueles destinados à redução de gordura corporal (por exemplo, cafeína e efedrina) e ganho de massa muscular (por exemplo, proteína, creatina e pro-hormonais). Corroborando com esses achados, Yager e O’dea (2014) descreveram que homens jovens podem utilizar diversos suplementos para aumentar o tamanho e o tônus muscular, como barras de proteína, bebidas esportivas (por exemplo, Gatorade e Powerade), vitaminas ou minerais, e bebidas energéticas.

Aliado ao uso de suplementos alimentares, estudos de revisão sistemática têm indicado que um comportamento comum de pessoas com elevada busca pela muscularidade é o uso de EAA (EDWARDS, TOD, MOLNAR, 2014; TOD, EDWARDS, 2015). A este respeito, Cafri, Van Den Berg e Thompson (2006) demonstraram que o desejo de aumentar a muscularidade foi significativamente associado com o uso de EAA em jovens adultos do sexo masculino. Mais recentemente, Jampel *et al.* (2016) descreveram que a percepção de estar abaixo do peso ou muito acima do peso estava associada ao uso dessas substâncias, sugerindo que seu uso pode estar relacionado tanto ao ganho de massa muscular quanto à perda de gordura corporal. Além disso, os usuários têm combinado o uso de EAA com vários outros medicamentos para

⁶ O *exercise dependence* está relacionado a prática de exercício físico, mesmo com a presença de dores, fadiga ou lesões. Além disso, tem sido caracterizado pela presença de três ou mais das seguintes situações: (a) Tolerância - necessidade de maiores quantidades de exercício para alcançar ou manter os efeitos desejados; (b) Retirada - sintomas psicológicos e fisiológicos aversivos associados à interrupção do exercício; (c) Efeitos de intenção - exercitar-se mais ou por mais tempo do que o pretendido; (d) Falta de Controle - esforços mal sucedidos para reduzir o exercício; (e) Tempo - grande quantidade de tempo dedicado ao exercício; (f) Redução de outras atividades - se exercitar ao invés de engajar em atividades sociais, ocupacionais ou recreativas; e (g) Continuidade - exercício persistente apesar das consequências negativas físicas e/ou psicológicas (HAUSENBLAS, DOWNS, 2002; SCHARMER *et al.*, 2020).

⁷ Tradução literal do termo “*Body image’ drugs*”, realizada pelo próprio autor.

melhorar a aparência e o desempenho, bem como medicamentos adjuvantes para neutralizar os efeitos colaterais, como, por exemplo, opioides, cocaína e anfetaminas (KANAYAMA; POPE JÚNIOR, 2018).

O consumo de EAA apresenta etiologia diferente ao de outras drogas, especialmente, em relação ao uso, pois aqueles estão diretamente relacionados à motivação para mudar a aparência física e o desempenho e estes ao desejo de intoxicação (MURRAY; GRIFFITHS; MOND, 2016). Com o objetivo de identificar a associação entre as motivações para o uso de EAA e a ocorrência de TAs e patologias relacionadas em homens, Murray, Griffiths e Mond (2016) conduziram um estudo com 122 participantes, com idade entre 17 a 48 anos ($M = 29,38$; $DP = 7,11$), que autorrelataram o uso regular dessas substâncias. Os resultados demonstraram que quando o uso destas estava associado à alteração da aparência física, os sintomas de TAs eram maiores em comparação ao grupo que usava essas substâncias para fins de performance. Adicionalmente, maior restrição dietética, comprometimento funcional e busca pela muscularidade foram demonstrados em participantes que utilizavam os EAA para alteração da aparência (MURRAY; GRIFFITHS; MOND, 2016).

Em geral, os homens que fazem uso constante de suplementos alimentares e EAA também se engajam em uma rotina de treinamento físico em excesso, mesmo em situações de dores, lesões ou fadiga (MEYER *et al.*, 2011; TARANIS, TOUYZ, MEYER, 2011; VAN LANDEGHEM, JAKOBSON, KEOUGH, 2019). Essa relação rígida e disfuncional com o exercício físico aliado a sintomas de inquietação, tristeza e irritabilidade tem sido chamada *exercise dependence* (VAN LANDEGHEM; JAKOBSON; KEOUGH, 2019). Embora os exercícios físicos dentro da intensidade e volumes adequados apresentem benefícios para saúde física e mental (BASSETT-GUNTER; MCEWAN; KAMARHIE, 2017), a relação entre esses exercícios com os TAs e os distúrbios de imagem corporal é complexa e até o momento permanece mal compreendida (SCHARMER *et al.*, 2020).

Dessa forma, a literatura tem distinguido entre dois subtipos de *exercise dependence*: primário e secundário (HAUSENBLAS, SCHREIBER, SMOLIGA, 2017; VAN LANDEGHEM, JAKOBSON, KEOUGH, 2019). O primário está relacionado a um vício comportamental, muito similar aos transtornos aditivos, já no secundário o exercício é usado como um meio para atingir um fim, geralmente é descrito como comportamento que tem como objetivo controlar o peso e a musculatura corporal (HAUSENBLAS, SCHREIBER, SMOLIGA, 2017; VAN LANDEGHEM, JAKOBSON, KEOUGH, 2019). Van Landeghem, Jakobson e Keough (2019) conduziram um estudo com 696 estudantes universitários do

Canadá ($M_{idade} = 18,9$, $DP = 2,9$), no qual identificaram que sujeitos com sintomas ou em risco de desenvolver o subtipo primário do *exercise dependence* exibiram baixos sintomas de TAs, depressão e alexitimia cognitiva⁸ em comparação aos sujeitos do subtipo secundário. Além disso, eles destacaram que homens são mais propensos a apresentar o tipo primário do *exercise dependence*.

Ao encontro desses achados, no Brasil, um estudo conduzido por Carvalho *et al.* (2016), com jovens do sexo masculino, encontrou uma alta associação da busca pela muscularidade com as variáveis de baixa autoestima, comportamentos de risco para os TAs e comprometimento psicológico ao exercício físico. Contudo, apenas a subescala de insatisfação com a muscularidade da *Drive for Muscularity Scale* (DMS) esteve associada aos sintomas depressivos, de modo que estes parecem acometer apenas indivíduos com elevada insatisfação com a musculatura (CARVALHO *et al.*, 2016). Corroborando com esses achados, estudo de base populacional, realizado no sul do país, verificou uma prevalência de 60,5% de insatisfação corporal em homens (SILVA *et al.*, 2011). Por meio de uma escala de silhueta, essa pesquisa apontou associação entre insatisfação corporal e o “status” de peso e sedentarismo, abuso de álcool, obesidade e idade avançada. Ademais, eles identificaram que a principal fonte da insatisfação masculina estava relacionada ao baixo IMC. Os autores alertaram sobre a necessidade de estudos que avaliassem os fatores de risco associados à insatisfação corporal e, também, da adoção de estratégias de saúde pública para redução da mesma.

Partindo desse pressuposto, bem como da necessidade de utilizar um modelo teórico que subsidiasse as pesquisas sobre a imagem corporal (THOMPSON, 2004), mais especificamente, um modelo próprio para investigação em populações brasileiras (FERREIRA *et al.*, 2014), Carvalho (2016) adaptou o Modelo Teórico de Influência dos Três Fatores para a população de jovens adultos brasileiros. Esse modelo foi desenvolvido por Thompson *et al.* (1999), sendo fundamentado pela perspectiva sociocultural da imagem corporal com o objetivo de explicar os comportamentos de risco para os TAs e alterações da imagem corporal em mulheres jovens. O modelo relaciona a influência dos pais, dos amigos e da mídia aos aspectos mediadores, internalização do corpo ideal e comparação social. Entretanto, as pressões exercidas pelos fatores socioculturais para obtenção do corpo ideal são sentidas de maneiras diferentes por cada pessoa (CARVALHO, 2016). Nesse processo,

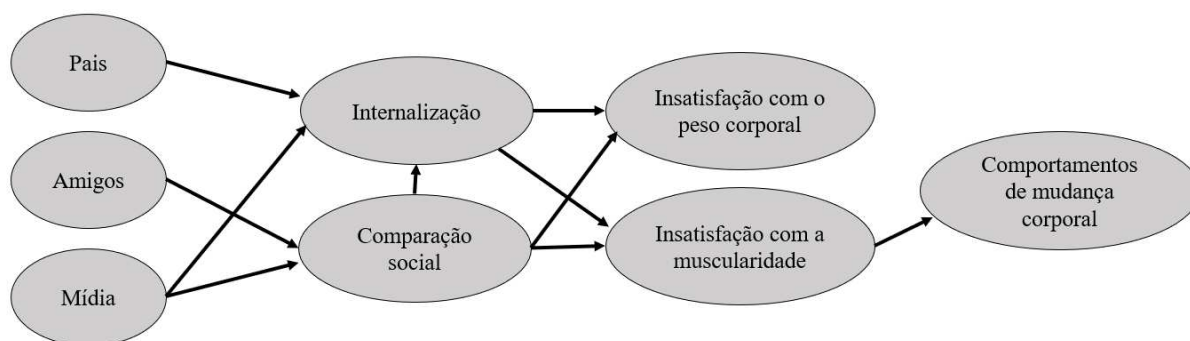
⁸ A alexitimia é uma deficiência cognitivo-afetiva, subclínica, que afeta a capacidade de interpretar as próprias experiências emocionais (WESTWOOD *et al.*, 2017).

apenas alguns indivíduos desenvolverão comportamentos de risco para TAs ou alterações da imagem corporal, o que demonstra a influência de aspectos mediadores (THOMPSON *et al.*, 1999).

Com base no modelo de influência dos três fatores autores avaliaram diversos modelos teóricos para populações de jovens adultos do sexo masculino (GIRARD, CHABROL, RODGERS, 2018; KARAZSIA, CROWTHER, 2009; 2010; TYLKA, 2011b; VAN DEN BERG *et al.*, 2007). Diante desses estudos, pode-se dizer que modelo de influência dos três fatores é uma proposta teórica consistente. Entretanto, diferentes efeitos são observados de uma variável sobre a outra em cada modelo, pois cada sociedade tem aspectos culturais distintos (RODGERS; McLEAN; PAXTON, 2015). Destaca-se que a adaptação desse modelo por Carvalho (2016), para população de jovens adultos brasileiros, contou com uma amostra de 2.137 sujeitos de ambos os sexos, com idade entre 21 e 35 anos, tendo como objetivo explicar o processo que leva ao desenvolvimento da insatisfação corporal e desfechos associados. Alguns resultados encontrados nesse trabalho merecem destaque, a fim de possibilitar uma visão ampla sobre os aspectos da imagem corporal de homens jovens brasileiros.

No modelo proposto por Carvalho (2016), a influência da mídia conduziu à internalização e à comparação social. A influência dos pais conduziu à internalização e a dos amigos à comparação social. Ambas, internalização e comparação social levaram ao desenvolvimento da insatisfação com o peso corporal e à insatisfação com a muscularidade. Contudo, apenas essa última conduziu aos comportamentos de mudança corporal. As trajetórias causais das variáveis presentes no modelo podem ser observadas na Figura 3.

Figura 3 – Modelo teórico de influência dos três fatores para homens brasileiros



Fonte: Adaptado de Carvalho (2016).

A internalização do ideal muscular está relacionada a um processo complexo, no qual os sujeitos adotam a aparência ideal criada pela sociedade como seus próprios padrões e objetivos pessoais (CARVALHO; FERREIRA, 2020). Por sua vez, a comparação social está relacionada a comportamentos frequentes de comparação entre a própria aparência física e a de outras pessoas (CARVALHO; FERREIRA, 2020). Em conjunto, essas variáveis tem sido associadas ao aumento da insatisfação corporal, afeto negativo, sintomas de TAs, DM, baixa autoestima e comportamentos não saudáveis, com o objetivo de aumentar o tamanho muscular e reduzir a gordura corporal (CAFRI *et al.*, 2005b; GERRARD, GALLI, SANTURRI, 2020; KARAZSIA, CROWTHER, 2009; KLIMEK *et al.*, 2018; RODGERS, McLEAN, PAXTON, 2015; RYDING, KUSS, 2019; TYLKA, 2011b). No modelo proposto por Carvalho e Ferreira (2020), a internalização e a comparação social foram variáveis de mediação completa, ou seja, elas explicam como e porque os fatores de influência sociocultural preveem a insatisfação com o peso corporal e a muscularidade.

Em uma comparação das variáveis estudadas entre as regiões brasileiras, foi identificado que, em relação à comparação social, os homens da região Sudeste apresentaram maiores escores que jovens do Sul. Entretanto, em relação à internalização, não foram encontradas diferenças significativas entre as regiões do país. Acredita-se que, embora não seja um resultado estatisticamente significativo, jovens da região Sudeste apresentaram um escore médio superior de internalização em comparação a jovens da região Sul, o que pode ter favorecido os resultados observados na variável de comparação social (CARVALHO, 2016).

A insatisfação com o peso também apresentou diferenças significativas entre as regiões brasileiras, sendo superior em homens do Sul e Nordeste em relação à população do Sudeste. Além disso, os comportamentos de risco para TAs foram maiores em sujeitos do Norte em relação ao Sudeste (CARVALHO, 2016). Percebe-se também que a insatisfação com a muscularidade e os comportamentos de mudança corporal não apresentaram diferenças entre os estados brasileiros (CARVALHO, 2016). Essa uniformidade nos achados demonstra que há um descontentamento geral em relação à massa muscular total. Esses achados vão ao encontro dos resultados de Miranda *et al.* (2012), que identificaram uma alta incidência de insatisfação corporal em jovens universitários do sexo masculino, que de modo geral, manifestavam um desejo de uma silhueta maior do que a atual.

Em outro estudo conduzido por Carvalho *et al.* (2013a) foi identificado que jovens adultos do sexo masculino apresentaram comportamentos de checagem corporal, insatisfação corporal e atitudes alimentares inadequadas. Entretanto, os autores ressaltam que homens

tendem a adotar estratégias de mudança corporal diferente das encontradas em mulheres (CARVALHO *et al.*, 2013b). Assim, enquanto as mulheres praticam restrição alimentar, uso de laxantes e outras drogas anorexígenas, os homens apresentam uma alta ingestão calórica, prática excessiva de exercícios físicos, uso de suplementos alimentares e EAA (CARVALHO *et al.*, 2013b; MURRAY *et al.*, 2017; POPE JÚNIOR *et al.*, 1997).

As alterações da imagem corporal são aspectos importantes para o diagnóstico de diversos transtornos mentais, como é o caso dos TAs e dismórficos corporais, como a DM (APA, 2014). Entretanto, com base nos dados apresentados, é possível constatar que essas alterações são apresentadas de maneira singular em jovens adultos do sexo masculino quando comparadas com outras populações. Assim, as especificidades desses transtornos nesse público serão discutidas no tópico seguinte.

3.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMORFIA MUSCULAR EM HOMENS

Os TAs são entre os transtornos psiquiátricos aqueles que apresentam maiores taxas de mortalidade, comorbidades e um curso geralmente crônico e recidivo (MURRAY *et al.*, 2017). Além disso, acredita-se que os TAs estejam entre os transtornos psiquiátricos mais generificados, exibindo uma significativa diferença em relação ao sexo (GRIFFITHS, MURRAY, TOUYZ, 2013; MURRAY *et al.*, 2017).

Embora, na maioria das vezes, o termo “transtornos alimentares” possa lembrar uma apresentação de estereótipos femininos, acredita-se que os sintomas de TAs tenham sido relatados em pacientes do sexo masculino ao mesmo tempo que em mulheres (ANDERSEN, 1990, 1999; ANDERSEN, MICKALIDE, 1985). Um relato do século passado sobre um conjunto de sintomas que mais tarde seriam denominados AN, incluía referência explícita a um paciente adolescente do sexo masculino (MORTON, 1964). Corroborando com essa ideia, os trabalhos de Gull (1874) e Lasègue (1873) identificaram o fenótipo que chegaria ao termo AN, notando e comentando acerca da dinâmica familiar de pacientes do sexo masculino. Destaca-se que essa nomenclatura foi dada, em parte, para refletir a presença de pacientes do sexo masculino com essa patologia, assim o descritor alternativo da época, anorexia histérica, foi excluído, devido ao pensamento de que homens não poderiam ser histéricos (ANDERSEN, 1990; MURRAY *et al.*, 2017).

A ideia de que os TAs não estavam presentes na população masculina foi sustentada durante anos (ANDERSEN, 1990, 1999; MURRAY, RIEGER, TOUYZ *et al.*, 2010;

MURRAY, RIEGER, HILDEBRANDT *et al.*, 2012; MURRAY *et al.*, 2017). Destaca-se que os estudos conduzidos para estabelecer esquemas de diagnóstico, modalidades de tratamento e medidas acerca da gravidade dos sintomas foram baseados em ensaios clínicos quase que exclusivamente em mulheres e, quando incluíam homens, apresentavam baixo tamanho amostral (SMITH *et al.*, 2017). Atualmente, ainda se nota estigmas relacionados aos TAs na população masculina, sendo que menos de 1% das pesquisas tem focado especificamente nesse público (MURRAY; GRIFFITHS; MOND, 2016). A escassez de pesquisas empíricas pode ter propagado um efeito equívoco, de que os TAs são incomuns em homens. O conhecimento limitado das manifestações de TAs nesse público podem ter contribuído para a exclusão de pacientes do sexo masculino em ensaios clínicos de larga escala, baseando-se na sua atipicidade. Além disso, aqueles que pesquisam ou tratam pacientes do sexo masculino são forçados a extrapolar seu tratamento a partir de resultados de pesquisa provenientes de populações femininas (MURRAY; GRIFFITHS; NAGATA, 2018). Desse modo, os TAs, em populações masculinas têm sido subdiagnosticados, subtratados e incompreendidos (STROTHER *et al.*, 2012).

Na década de 1990, pesquisas procuraram investigar a prevalência e os correlatos de casos de TAs em clínicas especializadas, e observaram que os homens representavam cerca de 5 a 10% dos casos (ANDERSEN, 1990, 1999; BRAUN *et al.*, 1999; CARLAT, CAMARGO, HERZOG, 1997; SHARP *et al.*, 1994). Essas evidências contribuíram para superar o equívoco de que os TAs alimentares não afligiam homens, dando origem a uma regra geral, segunda a qual aproximadamente a cada 10 casos diagnosticados de TAs, um seria de pessoa do sexo masculino (ANDERSEN, 1999). Posteriormente, dados epidemiológicos do *National Comorbidity Replication Survey* dos Estados Unidos da América descobriram que homens adultos representam um em cada quatro casos de AN e BN (HUDSON *et al.*, 2007).

Recentemente, Galmiche *et al.* (2019) conduziram uma revisão sistemática buscando identificar a prevalência dos TAs entre os anos de 2000 a 2018. Ao final, foram incluídos 121 estudos, os quais 32 incluíram apenas mulheres e 3 apenas homens. Outros 64 estudos incluíam ambos os sexos, contudo, a população feminina era predominante. A prevalência de TAs ao longo da vida encontrada para os homens foi de 2,2% (0,8% a 6,5%). Em relação à localização geográfica, a prevalência foi superior no continente americano (4,6%) em comparação à Europa (2,2%) e Ásia (3,5%). Adicionalmente, 27 estudos avaliaram os TAs de maneira ampla, por meio de instrumentos de autorrelato, sem especificar o transtorno identificado. Dessa forma, os autores optaram por conduzir uma síntese separada para os dois

grupos de estudos. Em relação aos 27 estudos, a prevalência de TAs em homens foi de 13,8% (3,6% a 27,1%). Destaca-se a relevância dessas informações, visto que, em sua maioria os estudos não conseguem aplicar uma entrevista clínica para realizar o diagnóstico dos TAs, utilizando, principalmente, instrumentos de autorrelato com indícios de validade e fidedignidade.

Importa ressaltar que um estudo de base populacional, conduzido com 3.034 australianos, apresentou que os comportamentos de risco para TAs podem estar aumentando mais rapidamente em homens do que mulheres. Sendo que, esses comportamentos estão relacionados a níveis de sofrimento e incapacidade semelhantes em ambos os sexos (MITCHISON *et al.*, 2013). Ademais, um longo caminho ainda deve ser percorrido para compreender as sequelas comportamentais, emocionais e cognitivas que podem estar relacionadas aos TAs em homens (MITCHISON; MOND, 2015).

Segundo a última edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5* (APA, 2014), os TAs podem ser caracterizados como “uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial” (APA, 2014, p. 329). Os TAs mais comuns em homens têm sido o transtorno alimentar restritivo/evitativo, AN, BN e o TCA (MURRAY *et al.*, 2017). Não pertence ao escopo desse trabalho apresentar os TAs em populações femininas, assim esses serão descritos de forma mais detalhada em populações masculinas, apresentando os aspectos mais relevantes para esse público.

O transtorno alimentar restritivo/evitativo envolve a restrição da ingestão alimentar por outros motivos que não a perda de peso, incluindo a aversão sensorial ou o medo de consequências aversivas ao comer, ocasionando um fracasso clinicamente significativo em satisfazer as demandas energéticas do corpo, através da ingestão oral de alimentos (APA, 2014). Contudo, poucos dados têm sido publicados especificamente sobre esse transtorno, visto que foi incluído apenas na última versão do DSM-5. Até o momento, estudos têm mostrado uma prevalência de aproximadamente 14% em crianças e adolescentes de ambos os sexos (FISHER *et al.*, 2014; NORRIS, KATZMAN, 2015). Um desses estudos constatou que esses pacientes são mais jovens do que aqueles com AN e BN, têm maior propensão de serem do sexo masculino, ter uma condição médica comórbida e transtornos de ansiedade; contudo, são menos propensos a terem transtornos de humor (FISHER *et al.*, 2014). Muitas questões sobre o transtorno alimentar restritivo/evitativo permanecem sem respostas e novos estudos

são necessários para fornecer meios de identificar e compreender os indivíduos que sofrem com essa doença.

O TCA é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, no mínimo uma vez por semana durante três meses, com a sensação de falta de controle sobre a ingestão dos alimentos durante o episódio. Adicionalmente, esses episódios devem estar acompanhados de sentimento de culpa ou sofrimento marcante em virtude do comportamento alimentar (APA, 2014). Contudo, diferente da BN, os episódios de compulsão alimentar não são seguidos regularmente por comportamentos compensatórios inadequados (WHO, 2019). O primeiro relato deste transtorno surgiu na década de 1950 (STUNKARD, 1959), mas sua categorização diagnóstica ocorreu apenas em 1994, quando foi incluída no apêndice B do DSM-IV (APA, 1994). A prevalência ao longo da vida para esse transtorno em homens tem sido de aproximadamente 1% (GALMICHE *et al.*, 2019). Além disso, tem sido o mais prevalente entre os demais TAs, apresentando a menor disparidade entre os sexos (HAY, GIROSI, MOND, 2015; MITCHISON, MOND, 2015). Hay *et al.* (2015), em um estudo conduzido com aproximadamente 6 mil adultos australianos, encontraram que homens apresentavam cerca de 17% e 31% dos casos de AN e BN, respectivamente, enquanto a incidência de TCA era de 43%. Uma revisão sistemática recente não encontrou diferenças significantes entre os sintomas de TCA entre os sexos, embora tenha demonstrado uma maior prevalência dessa psicopatologia em mulheres (ERSKINE; WHITEFORD, 2018).

No Brasil, ainda não foram conduzidos estudos com base populacional que tenham avaliado a prevalência do TCA, seguindo os atuais critérios diagnósticos. Estudos da década passada, com amostras selecionadas, apresentaram uma prevalência que variou entre 14,9% e 18,1% em ambos os sexos (AZEVEDO, SANTOS, FONSECA, 2004; VITOLO, BORTOLINI, HORTA, 2006). Um trabalho mais recente, de Tramontt, Schneider e Stenzel (2014) buscou identificar a prevalência desse transtorno em praticantes de exercício físico de ambos os sexos. Eles encontraram uma prevalência de 0,97% de TCA nesse público. Contudo, esses resultados não são claros ao estabelecer a prevalência dessa patologia exclusivamente em populações masculinas. Além disso, a média de idade do grupo foi de 37,7 anos ($DP = 15,6$), superior à população de jovens adultos, considerada como uma fase de risco para o desenvolvimento dos TAs (APA, 2014). Dessa forma, existe um longo caminho a ser percorrido para a compreensão sistemática desse transtorno em homens.

A BN é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar com a adoção posterior de comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso,

como: vômitos autoinduzidos, uso de laxativos, diuréticos, jejum ou a prática excessiva de exercícios físicos (APA, 2014). Além disso, esses comportamentos devem apresentar média de uma vez por semana durante três meses (APA, 2014). Importa ressaltar que para a atual Classificação Internacional de Doenças – CID-11 (WHO, 2019), quando praticados uma vez por semana ou mais por um período de pelo menos um mês, já podem configurar sintomas de BN. Ademais, nessa psicopatologia o indivíduo não está significativamente abaixo do peso e, portanto, não atende aos requisitos diagnósticos da AN (WHO, 2019). Estimativas atuais para a prevalência de BN em homens se aproximam de 0,6%, representando um terço da população em geral (GALMICHE *et al.*, 2019). Além disso, fisiculturistas têm apresentado maiores sintomas de BN em relação a praticantes de musculação recreacionais (GOLDFIELD; BLOUIN; WOODSIDE, 2006). Entretanto, não se sabe ao certo se homens com propensão à BN procuram o esporte como uma maneira de exacerbar seus sintomas, ou se o esporte tem ocasionado o desenvolvimento desse transtorno.

Autores salientam que os episódios de compulsão alimentar presentes na BN podem se diferir entre os sexos (MURRAY *et al.*, 2017). Segundo eles, as mulheres demonstram uma maior preferência por doces e sobremesas, já os homens preferem alimentos ricos em proteínas e gorduras (MURRAY *et al.*, 2017). O comprometimento do funcionamento psicossocial, associado aos episódios de compulsão alimentar, tem se mostrado semelhante entre os sexos (BENTLEY *et al.*, 2015). Contudo, homens são menos propensos a relatar preocupações sobre seu comportamento alimentar (GRIFFITHS; MURRAY; TOUYZ, 2015). Em relação aos comportamentos compensatórios inapropriados, os homens são menos dispostos a realizar vômitos autoinduzidos, uso de laxativos e diuréticos, adotando principalmente a restrição alimentar e a prática de exercícios físicos de maneira excessiva (BENTLEY *et al.*, 2015; PHILIPPI, ALVARENGA, SCAGLIUSI, 2011; PILA *et al.*, 2017). Em conjunto, esses fatores podem dificultar a identificação de BN nesse público.

Partindo desse pressuposto, pesquisadores tem tentado identificar o papel dos chamados “dias do lixo” ou “refeições lixo”, e sua relação com os sintomas de TAs (MURRAY, GRIFFITHS, MOND, 2016; MURRAY *et al.*, 2018; PILA *et al.*, 2017). Essas refeições são caracterizadas pelo consumo de uma quantidade objetivamente grande de alimentos, geralmente de alto valor calórico, em um curto espaço de tempo (MURRAY *et al.*, 2016). Esses episódios têm uma natureza discreta e são seguidos por medidas compensatórias, assumindo a forma de exercícios físicos de maneira excessiva e uma nova adesão à restrição alimentar (MURRAY *et al.*, 2018; PILA *et al.*, 2017). Além disso, essas refeições costumam

ser enquadradas em uma estratégia para obter uma vantagem metabólica, assegurando que a gordura dietética seja utilizada como fonte de energia primária no treinamento, limitando o acúmulo de tecido adiposo (MURRAY *et al.*, 2018; MURRAY *et al.*, 2016). De modo particular, esses “dias do lixo” ou “refeições lixo” como são conhecidos, apresentam episódios de compulsão alimentar similares às psicopatologias de TCA e BN (PILA *et al.*, 2017). Por exemplo, estudo conduzido por Murray *et al.* (2018), com 248 jovens adultos ($M_{idade} = 19,29$, $DP = 0,58$), identificou que 89,1% dos participantes se engajavam em “refeições lixo” ou “dias do lixo” de maneira planejada ou espontânea. Entre os homens, a frequência de engajamento nessas refeições foi positivamente associada com os sintomas de TAs. Contudo, os autores não apresentaram correlação com sofrimento ou prejuízo psicológico. Autores têm destacado que poucas evidências examinaram os correlatos psicossociais e afetivos do engajamento nessas refeições em homens que perseguem um ideal de imagem corporal orientados para muscularidade, tornando as apresentações masculinas de BN não claras (MURRAY *et al.*, 2018; MURRAY *et al.*, 2017). Nesse sentido, novas pesquisas são necessárias para elucidar as propriedades definidoras do engajamento nessas “refeições lixo” ou “dias do lixo”, visando examinar as principais implicações clínicas dessa prática alimentar (MURRAY *et al.*, 2018).

Em relação à AN, o DSM-5 estabelece que indivíduos devam demonstrar os seguintes sinais e sintomas: a) uma persistente restrição da ingesta calórica em relação às necessidades; b) medo intenso de ganhar peso ou engordar; e c) perturbação no modo como o próprio peso ou forma corporal são avaliados (APA, 2014). Além disso, segundo o CID-11 (WHO, 2019), a AN é caracterizada pelo peso corporal significativamente baixo em relação à altura, idade e estágio de desenvolvimento do indivíduo. Em regra, um IMC inferior a 18,5 kg/m² para adultos e abaixo do quinto percentil em crianças e adolescentes. Destaca-se que, essa condição não pode estar associada a outras condições de saúde ou a indisponibilidade de alimentos (WHO, 2019). Estima-se que a prevalência de AN em homens seja de aproximadamente 0,2% (GALMICHE *et al.*, 2019). Contudo, autores acreditam que os sinais e sintomas clínicos da AN em homens sejam orientados por objetivos ligeiramente diferentes da apresentação feminina da doença (MURRAY, RIEGER, HILDEBRANDT *et al.*, 2012). Isso se deve, principalmente, às alterações no ideal de aparência, com homens visando obter um corpo com maior volume muscular, em oposição a mulheres, no qual a magreza é mais valorizada (GROGAN, 2006; 2016; LANTZ *et al.*, 2018; McCREARY, SASSE, 2000; MURNEN, 2011; SMOLAK, MURNEN, 2008; STICE, SHAW, 2002).

Observa-se que tanto para AN, quanto para BN, uma vivência conturbada com o próprio corpo é determinante. A insatisfação corporal é descrita na literatura como um fator de risco para o desenvolvimento de TAs (LANTZ *et al.*, 2018; STICE, SHAW, 2002). Contudo, seu papel no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos não se limita aos TAs. Acredita-se que a insatisfação corporal masculina tem contribuído também para o desenvolvimento da DM (SANTOS FILHO *et al.*, 2016; MITCHELL *et al.*, 2017a), uma psicopatologia relativamente recente que, desde o seu início, esteve inteiramente ligada aos TAs (POPE JÚNIOR; KATZ; HUDSON, 1993).

A DM foi caracterizada inicialmente como “anorexia reversa” em fisiculturistas do sexo masculino, que apresentavam crenças e comportamentos semelhantes, porém opostos àqueles com AN (POPE JÚNIOR; KATZ; HUDSON, 1993). Esses indivíduos se sentiam pequenos ou magros e adotavam comportamentos rígidos em relação ao treinamento, à dieta e aos fatores associados, como o uso de EAA e outras drogas (POPE JÚNIOR *et al.*, 1997). Atualmente, a DM integra o DSM-5 como um subtipo de Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) que compõe a categoria de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos Relacionados (APA, 2014). Segundo o DSM-5 a DM pode ser caracterizada como:

[...] preocupação com a ideia de que o próprio corpo é muito pequeno ou insuficientemente magro ou musculoso. Os indivíduos com essa forma de transtorno, na verdade, têm uma aparência corporal normal ou são ainda mais musculosos. Eles também podem ser preocupados com outras áreas do corpo, como a pele ou o cabelo. A maioria (mas não todos) faz dieta, exercícios e/ou levanta pesos excessivamente, às vezes causando danos ao corpo. Alguns usam esteroides anabolizantes perigosos e outras substâncias para tentar deixar seu corpo maior e mais musculoso (APA, 2014, p. 243).

Alguns pesquisadores têm discutido se essa psicopatologia é realmente um subtipo de TDC ou se pode ser considerada um subtipo dentre os TAs (MURRAY, RIEGER, TOUYZ *et al.*, 2010; MURRAY, RIEGER, HILDEBRANDT *et al.*, 2012; MURRAY, KARLOV *et al.*, 2013). Estudos têm evidenciado que homens que desenvolvem a hiper musculosidade têm características psicológicas muito semelhantes aos pacientes com TAs (MURRAY *et al.*, 2017; MURRAY, RIEGER, HILDEBRANDT *et al.*, 2012; OLIVARDIA, POPE JÚNIOR, HUDSON, 2000). Realmente, tanto a alimentação patológica quanto a prática de exercícios estão diretamente relacionados às apresentações clínicas da DM e AN (APA, 2014). Uma das primeiras obras a defender a inclusão da DM no subtipo dos TAs foi um artigo de revisão publicado por Murray, Rieger, Touys *et al.* (2010), no qual os autores sugeriram que a busca

patológica pela perda de peso (AN) e o ganho de peso (DM) são opostos do mesmo espectro dimensional da imagem corporal.

Buscando avançar no entendimento e classificação da DM, Murray, Rieger, Hildebrandt *et al.* (2012) conduziram um estudo com homens jovens, sendo 24 com AN, 21 com DM e 15 controles. Eles compararam as principais semelhanças e diferenças no perfil clínico e na sintomatologia dessas psicopatologias. Os participantes completaram o *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q), o *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory* (MDDI), o *Compulsive Exercise Test* (CET) e uma pergunta anexa ao questionário sociodemográfico acerca da utilização de substâncias que melhoram o desempenho, como EAA, hormônios de crescimento, laxantes ou diuréticos. Dentre os principais resultados encontrados, destaca-se que homens com DM e AN demonstraram semelhanças relacionadas ao nível de perturbação da imagem corporal, TAs e comprometimento ao exercício (MURRAY, RIEGER, HILDEBRANDT *et al.*, 2012). Ademais, análises de correlação revelaram uma associação significativa entre os escores de ambas as patologias. Importa destacar que um tipo físico diferente era perseguido em cada condição.

A associação entre a DM e outras variáveis já vem sendo discutida na literatura. Recentemente Compte, Sepúlveda e Torrente (2018), se aproximaram de um modelo integrado para explicar os TAs e a DM em homens argentinos universitários. Através de múltiplas análises de regressão, o modelo desenvolvido por eles explicou 48% dos sintomas dessas patologias nesse grupo (COMPTE; SEPÚLVEDA; TORRENTE, 2018). As variáveis que mais explicaram os sintomas de DM foram: sintomas de TAs, IMC, prática de exercícios físicos, uso de suplementos alimentares e a comparação de aparência com os pares. Esses resultados corroboram com estudos anteriores ao estabelecer possíveis características associadas a DM (BO *et al.*, 2014; GRIEVE, 2007; MITCHELL *et al.*, 2017a). Em relação aos TAs, as variáveis de maior explicação foram: a *drive for muscularity*, o IMC, a prática de exercícios físicos e a comparação de aparência física, com ênfase na comparação midiática com atletas (COMPTE; SEPÚLVEDA; TORRENTE, 2018).

Adicionalmente, Bégin, Turcotte e Rodrigue (2019) investigaram alguns fatores psicossociais subjacentes aos sintomas de DM em uma amostra não clínica de homens universitários. Os resultados mostraram efeitos indiretos significantes entre as pressões sociais para alcançar o corpo ideal e a busca pela muscularidade via internalização do corpo ideal. Além disso, efeitos indiretos e significantes também foram encontrados entre a busca

pela muscularidade e os sintomas de DM, através dos comportamentos de alteração corporal (BÉGIN *et al.*, 2019).

Para investigar os sintomas de uma psicopatologia, o passo inicial é o desenvolvimento ou adaptação de instrumentos de medida válidos e fidedignos. Nesse sentido, os primeiros instrumentos adaptados para avaliar os sintomas de DM na realidade brasileira são a *Muscle Appearance Satisfaction Scale* (ALMEIDA *et al.*, 2020b, submetido) e o MDDI (ALMEIDA, GOMES, CARVALHO, 2019; GOMES *et al.*, 2020). Devido à disponibilização recente desses instrumentos poucos estudos foram desenvolvidos em amostras brasileiras. Por exemplo, estudo de Almeida *et al.* (2019) demonstrou que os sintomas de DM não diferiram entre jovens universitários insuficientemente ativos, ativos e muito ativos. De fato, estudos têm destacado a prevalência dos sintomas de DM em jovens universitários independentemente da prática regular de exercícios físicos (BÉGIN, TURCOTTE, RODRIGUE, 2019; COMPTE, SEPÚLVEDA, TORRENTE, 2018; MITCHELL *et al.*, 2017b). Novos estudos são necessários visando identificar o status nosológico da DM em amostras brasileiras.

Através da redução dos fatores de risco, bem como do desenvolvimento de fatores protetivos, algumas intervenções têm se mostrado efetivas e eficazes para minimizar a incidência e prevenir os TAs e a DM, reduzindo os efeitos deletérios à saúde e qualidade de vida de variadas populações (DAKANALIS, CLERICI, STICE, 2019; GUEST *et al.*, 2019; STICE *et al.*, 2019; WATSON *et al.*, 2016). Nesse sentido, essas intervenções serão discutidas abaixo.

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

Os distúrbios de imagem corporal, TAs e 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; KESKI-RAHKONEN, MUSTELIN, 2016) e um curso crônico e recidivo (KESKI-RAHKONEN, MUSTELIN, 2016; 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.

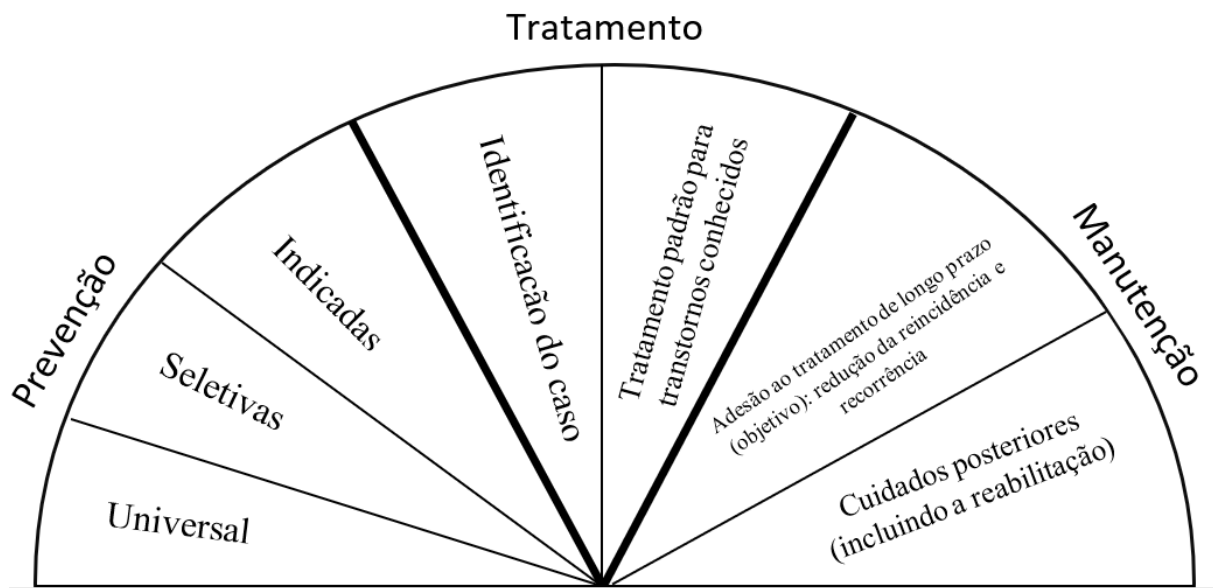
As três categorias representam os grupos populacionais aos quais as intervenções são destinadas (GORDON, 1983). A prevenção universal inclui estratégias que podem ser oferecidas para população em geral; pois, parte do pressuposto que a intervenção poderá proporcionar algum benefício a todos, reduzindo 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 4). 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 4 – Intervenções em saúde mental dentro do espectro dos transtornos mentais



Fonte: Adaptado de Mrazek e Haggerty (1994).
Tradução: O autor.

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 5ª 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 América⁹ 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 significativo 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 universais¹⁰ 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 significativa 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

⁹ 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 *MyPyramid* que posteriormente, em 2011, foi substituída pela *MyPlate*. Disponível em: <<https://www.fns.usda.gov/>>. Acesso em: 18/02/2020.

¹⁰ Classificação com base nos critérios de Haggerty e Mrazek (1994).

Ribeirão Preto/São Paulo (MOREIRA, 2017). O programa consiste de nove 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) 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*¹¹) (McLEAN *et al.*, 2017; WADE, DAVIDSON, O'DEA, 2003; WILKSCH, WADE, 2009), DC, atividades conduzidas em grupos reduzidos¹², dramatizações (*role-plays*¹³) (STICE, MAZOTI *et al.*, 2000), intervenções lideradas pelos pares (BECKER; SMITH; CIAO, 2005) e uso de tecnologias da informação, com intervenções online (CELIO *et al.*, 2000; KASS *et al.*, 2014; 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).

¹¹ 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).

¹² 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).

¹³ 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 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).

Assim, quanto maior for a discrepância entre as cognições e os comportamentos maior a magnitude da dissonância e, conseqüentemente, 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 consoantes, 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).

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 (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 significativa 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 repostas 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> ” ¹⁴ - 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: O autor.

¹⁴ “*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: 27/02/2020.

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 BP, um programa de prevenção seletiva com o público-alvo de meninas e mulheres jovens com alto risco de desenvolver TAs devido à insatisfação corporal (STICE, MAZOTI *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, MAZOTI *et al.*, 2000). Assim, essa

intervenção sugere que as participantes se reúnam 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, MAZOTI *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 sessões¹⁵, a pesquisadora optou inicialmente por manter as quatro sessões originais do programa desenvolvidas para a população feminina, visto que a intervenção masculina ainda estava em fase de avaliação (AMARAL, 2015). Assim, o programa foi composto por quatro sessões com duração de 60 minutos cada e frequência semanal. As principais atividades desenvolvidas em cada sessão do programa “O Corpo em Questão” para os meninos podem ser visualizadas no Quadro 2.

¹⁵ 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*.

Quadro 2 – Resumo das sessões do programa “O Corpo em Questão” para os meninos

Sessão	Conteúdo
1	<p>Inicialmente, foi feito um resumo sobre o propósito do estudo e obtido o comprometimento de participação voluntária de cada participante, bem como o consentimento para filmagem das sessões. Os participantes foram informados de que esta intervenção é baseada na ideia de que o ato de discutir como ajudar jovens garotos a evitar problemas com a Imagem Corporal pode ajudá-los a melhorar sua própria satisfação corporal. Como primeira atividade, os participantes definiram coletivamente o que foi chamado de “ideal corporal”, sendo encorajados a renomeá-lo, caso julgassem apropriado. Foi feita uma distinção entre o ideal corporal e o ideal saudável, e discutido criticamente a origem deste ideal, como ele é perpetuado e difundido, o impacto das mensagens sobre o ideal vindas dos pais, amigos, namoradas e da mídia, bem como sobre quem se beneficia do estabelecimento destes padrões. Ao final da sessão, os participantes foram convidados realizar duas tarefas: escrever um e-mail ou carta sobre os custos associados à perseguição do ideal corporal, direcionado a um menino mais jovem; e realizar o exercício de autoafirmação do espelho, que consistiu em elencar 15 características positivas sobre si próprio (exercício do espelho).</p>
2	<p>Após uma breve revisão da última sessão e renovação do comprometimento voluntário, cada participante foi convidado a ler seu e-mail/carta e falar sobre os sentimentos associados a escrevê-lo. Em seguida, foi realizada uma discussão sobre o exercício do espelho. Em terceiro lugar, foi realizada uma dramatização (<i>role-play</i>), na qual cada um tentava dissuadir outro participante a perseguir o ideal corporal. Neste exercício, cada participante realizou os dois papéis, sendo que os personagens incluíam pessoas obcecadas por músculos, ou preocupadas com o uso de anabolizantes, por exemplo. Como tarefas para após a sessão, os participantes foram convidados a preencher o formulário de desafios verbais, no qual deveriam elencar exemplos nos quais se sentiram pressionados a se adequar ao ideal corporal e formas de desafiar estas pressões; o segundo exercício foi escrever uma lista de dez formas de desafiar o ideal corporal dentro de sua comunidade (ativismo corporal).</p>
3	<p>A sessão foi iniciada com o reforço do comprometimento voluntário de cada participante. Em seguida, foi proposta uma discussão sobre o desafio verbal, no qual cada participante falou sobre como se sentiu ao realizá-lo e compartilhou seus exemplos. Como segunda atividade, foi realizada uma dramatização de respostas rápidas sobre como evitar conversas pró-ideal corporal. O líder do grupo tentava iniciar uma conversa e cada participante tinha o objetivo de evitá-la através de uma resposta curta e rápida. Após, os participantes foram encorajados a falar sobre suas próprias preocupações com o corpo. As tarefas desta sessão envolveram um desafio comportamental, para o qual</p>

	cada participante deveria selecionar duas coisas que, normalmente, não fizessem em função de preocupações com o corpo e realizá-las durante a semana. Além disso, cada participante foi encorajado a selecionar dois elementos de suas listas sobre ativismo corporal e realizarem durante a semana.
4	Inicialmente, cada participante reforçou seu comprometimento voluntário em participar da sessão. Em seguida, cada um falou sobre o desafio comportamental realizado, discutindo quão útil consideraram esta atividade, bem como sobre as barreiras para não realizá-la. Após, foi proposta a discussão sobre o ativismo corporal, na qual cada participante falou sobre o que fez e as dificuldades enfrentadas. Em seguida, os participantes foram encorajados a pensar em como responderiam a pressões futuras para modificar a aparência. Encerrando, foi proposta uma discussão sobre os benefícios do grupo, além de dois exercícios de despedida: realização de um exercício de autoafirmação, estimulando os participantes a continuarem a desafiar suas próprias preocupações com o corpo e um ativismo corporal em grupo, no qual eles deveriam realizar juntos alguma atividade a fim de criticar o ideal corporal perante a comunidade.

Fonte: Amaral (2015).

Em relação à população masculina, as variáveis investigadas no estudo foram: a) insatisfação corporal; b) influência sociocultural da mídia; c) influência sociocultural dos pais e amigos; d) apreciação corporal; e) busca pela muscularidade; f) sintomas depressivos; g) autoestima; e, h) insatisfação corporal (AMARAL, 2015). Dentre os resultados encontrados, efeitos significantes foram encontrados apenas para variável de busca pela muscularidade. Contudo, esses resultados devem ser interpretados com cautela, principalmente em relação ao tamanho de amostra reduzido ($n = 11$) para avaliação da intervenção entres os meninos, o que pode ter contribuído para redução do poder estatístico em identificar diferenças significantes entre os grupos (AMARAL, 2015). Além disso, a adaptação desenvolvida pela autora foi de roteiros previamente desenvolvidos para jovens adultos, que por sua vez apresentam particularidades em relação à imagem corporal se comparados aos adolescentes. Dessa forma, Amaral (2015), alertou sobre a necessidade de realizar adaptações nas sessões do programa, a fim de melhorar o roteiro proposto e maximizar seus resultados em adolescentes do sexo masculino.

Percebe-se que embora os estudos sobre imagem corporal masculina tenham avançado, assim como o desenvolvimento de intervenções destinadas a esse grupo, pouco se sabe sobre a efetividade dessas intervenções em populações adultas, visto que foco tem sido dado ao período que compreende a adolescência (STICE *et al.*, 2019), inclusive em estudos

nacionais (AMARAL, 2015; MARTINS, 2016; MOREIRA, 2017). Nesta perspectiva, o próximo capítulo tem como objetivo descrever os principais indícios de eficácia e efetividade das intervenções baseadas na DC para população de homens adultos, destacando a eficácia de um recente e promissor programa destinado à população de homens universitários, a saber, o *Body Project: More Than Muscles* (BROWN *et al.*, 2017).

3.5 EFICÁCIA E EFETIVIDADE DOS PROGRAMAS BASEADOS NA DISSONÂNCIA COGNITIVA PARA HOMENS ADULTOS

Alguns motivos podem ter contribuído para o desenvolvimento das primeiras intervenções baseadas na DC para populações de jovens adultos do sexo masculino. Acredita-se que a pouca efetividade dos programas preventivos iniciais, em especial os psicoeducacionais, e ao conhecimento sobre a eficácia da teoria da DC em intervenções conduzidas com o público feminino, sobretudo em populações seletivas (STICE *et al.*, 2019), bem como o reconhecimento de que a insatisfação corporal masculina tem conduzido a psicopatologias próprias, como a DM e comportamentos alimentares de risco orientados para muscularidade (MITCHELL *et al.*, 2017b; MURRAY *et al.*, 2017) podem ter fomentado essas iniciativas. Além disso, o atraso no desenvolvimento de intervenções preventivas para esse público pode estar relacionado ao fato de que homens são menos propensos a procurar tratamento, em comparação às mulheres, principalmente devido ao auto-estigma de que eles não podem desenvolver TAs (GRIFFITHS; MURRAY; TOUYZ, 2015).

Ao nosso conhecimento, a primeira intervenção, baseada na DC, desenvolvida para população masculina de jovens adultos foi o *PRIDE Body Project* (BROWN; KEEL, 2015). Nesse estudo, foram incluídos 87 participantes homossexuais do sexo masculino com idade entre 18 a 30 anos ($M = 21,48$, $DP = 2,53$ anos) e sem o diagnóstico de TAs. Contudo, deveriam apresentar alta insatisfação corporal, preenchendo os critérios de ensaios conduzidos com populações seletivas (BROWN; KEEL, 2015). O programa foi composto por duas sessões com duração de aproximadamente duas horas cada, com um intervalo de uma semana entre elas. Na 1ª sessão, os participantes realizaram as seguintes atividades: (a) definiram o “ideal corporal” dentro da comunidade gay; (b) discutiram a origem e a perpetuação do “ideal corporal”; (c) discutiram acerca dos custos associados à busca do “ideal corporal”; (d) participaram de um desafio verbal contrariando o “ideal corporal”; e (e) solicitaram que os participantes completassem três atividades em casa (uma carta para um adolescente ou jovem

do sexo masculino, um desafio comportamental e uma atividade de exposição ao espelho). Já na 2ª sessão, os participantes foram submetidos às seguintes atividades: (a) revisaram os trabalhos de casa; (b) participaram de um jogo para contrariar / desencorajar a busca pelo “ideal corporal”; (c) discutiram maneiras de desafiar e evitar declarações negativas (“*body talk*”); (d) listaram maneiras de resistir às pressões para perseguir o “ideal corporal” tanto individualmente, como em grupo dentro da comunidade gay (denominado “ativismo corporal”); (e) discutiram barreiras ao ativismo corporal e como superar essas barreiras; e (f) selecionaram individualmente um exercício de saída para continuar desafiando ativamente o “ideal corporal” (BROWN; KEEL, 2015). Importa destacar que os grupos foram conduzidos com no mínimo quatro e no máximo sete participantes.

As seguintes variáveis foram investigadas em três momentos (pré-intervenção, pós-intervenção e quatro semanas de *follow-up*): (a) insatisfação corporal; (b) busca pela muscularidade; (c) internalização do ideal corporal; (d) restrição dietética; (e) sintomas bulímicos; e (f) auto objetificação e objetificação dos pares. Todos os desfechos demonstraram reduções significantes, exceto a internalização do ideal corporal no *follow-up*. Além disso, os efeitos da intervenção foram mantidos por até quatro semanas de *follow-up* ($d = 0,45 - 1,00$) (BROWN; KEEL, 2015). Analogamente a essas análises, as autoras identificaram que a internalização do ideal corporal mediou os efeitos da intervenção sob os sintomas bulímicos (BROWN; KEEL, 2015). Essa intervenção apresentou resultados inovadores, contudo um *follow-up* de apenas um mês não permite compreender a magnitude dos efeitos da intervenção, visto que outras intervenções baseadas na DC encontraram efeitos que perduraram de três até quatro anos após a intervenção (STICE, MARTI, SPOOR *et al.*, 2008; STICE, MARTI, ROHDE *et al.*, 2011b; STICE, ROHDE, BUTRYN *et al.*, 2015; STICE, ROHDE, SHAW *et al.*, 2020).

Posteriormente, Kilpela *et al.* (2016) desenvolveram o “*Body Project 4 All*”. Nesse estudo, os autores tiveram como objetivo explorar a eficácia de uma aplicação mista do BP (homens e mulheres), comparando com um grupo exclusivamente de mulheres. Nesse estudo 70 homens universitários foram randomizados em dois grupos: 1) Grupo Misto (*Body Project 4 All*) e 2) GC. O programa foi composto por duas sessões com duração de aproximadamente duas horas cada, com intervalo de uma semana entre os encontros. Além disso, o programa seguiu um formato interativo, baseado em discussões e aplicação de atividades que induziam a DC (KILPELA *et al.*, 2016). O grupo do “*Body Project 4 All*” sempre foi conduzido por dois líderes de pares, um homem e uma mulher. Ademais, a versão mista do programa

manteve todas as atividades na mesma ordem da versão original do BP, bem como tempo de duração (KILPELA *et al.*, 2016).

Com o objetivo de adaptar o protocolo do programa para os anseios da imagem corporal em homens, dois grupos focais foram conduzidos para solicitar opiniões sobre a relevância do material para homens universitários (KILPELA *et al.*, 2016). Os participantes sugeriram modificações para as atividades, linguagem utilizada e exemplos para cada atividade (por exemplo, “conversas sobre o corpo no vestiário”) (KILPELA *et al.*, 2016). Em seguida, dois homens universitários forneceram *feedback* sobre as modificações do programa (KILPELA *et al.*, 2016). Assim, durante as sessões do programa, os grupos definiram coletivamente o ideal magro para mulheres e o ideal muscular para os homens, o que os autores nomearam de ideal de aparência cultural (do original: “*cultural appearance-ideals*”). Adicionalmente, as dramatizações, exemplos e afirmativas negativas sobre o corpo foram adaptados para as perspectivas feminina e masculina (KILPELA *et al.*, 2016).

As variáveis investigadas nesse estudo foram: a) insatisfação corporal; b) sintomas de TAs; c) satisfação corporal; d) afeto negativo; e e) internalização da aparência ideal (KILPELA *et al.*, 2016). Todos os dados foram coletados em quatro momentos (pré-intervenção, pós-intervenção, oito e 24 semanas de *follow-up*). Em relação à insatisfação e apreciação corporal dos homens, os resultados indicaram melhora nos escores dos participantes do “*Body Project 4 All*” em comparação ao GC. Esses resultados foram mantidos no *follow-up* de dois e seis meses, com exceção da insatisfação corporal que não apresentou diferença significativa após seis meses de *follow-up*. Os resultados sugeriram também que participantes do sexo masculino tiveram uma redução significativa dos afetos negativos em comparação ao GC, mas esses resultados não foram significantes no *follow-up* de dois e seis meses. Por fim, nenhuma mudança significativa foi encontrada nos sintomas de TAs e internalização da aparência ideal (KILPELA *et al.*, 2016).

De maneira semelhante ao estudo supracitado, Unikel-Santoncini *et al.* (2019) testaram a versão mista do BP em uma amostra de 133 jovens universitários do México ($M_{idade} = 22,4$, $DP = 3,5$ anos). Nesse estudo, as sessões foram realizadas com 20 estudantes de ambos os sexos, subdivididos em grupos de 8 a 10 participantes para as quatro primeiras sessões e todos juntos (20 participantes) para a quinta sessão. Cada sessão tinha duração de aproximadamente duas horas. Segundo os autores, ao contrário da proposta original do BP (uma hora cada sessão), o tempo estipulado para cada sessão foi estendido para melhorar a participação (UNIKEL-SANTONCINI *et al.*, 2019). Além disso, a quinta sessão foi

adicionada para criar um tempo de compartilhamento das duas últimas atividades com o grupo, a saber, uma carta para seu eu mais jovem e um exercício de autoafirmação (UNIKEL-SANTONCINI *et al.*, 2019). Dois facilitadores coordenavam as sessões do programa, seguindo o guia do facilitador para condução do BP¹⁶, mas nenhum treinamento adicional foi realizado (UNIKEL-SANTONCINI *et al.*, 2019). Em relação às adaptações do protocolo para a população masculina, os autores descreveram que apenas a definição de aparência ideal magra, foi substituída por aparência ideal muscular (UNIKEL-SANTONCINI *et al.*, 2019).

No referido estudo, as seguintes variáveis foram investigadas em três momentos (pré-intervenção, pós-intervenção e um ano de *follow-up*): a) sintomas de TAs; b) internalização do corpo ideal; e c) sintomas depressivos. Assim como outros estudos com populações mistas, os resultados do artigo não foram apresentados de maneira separada em relação ao sexo, o que dificulta a interpretação dos resultados em relação à população masculina. De modo geral, os resultados indicam que a intervenção foi capaz de reduzir os sintomas de TAs e a internalização do corpo ideal no pós-intervenção e após um ano de *follow-up*. Contudo, em relação aos sintomas depressivos nenhuma mudança significativa foi encontrada.

Ao nosso conhecimento, apenas duas intervenções foram desenvolvidas exclusivamente para populações de jovens adultos homens (heterossexuais), a saber, o *Body Project: More Than Muscles* (BROWN *et al.*, 2017) e o *Body Project M* (JANKOWSKI *et al.*, 2017). O primeiro foi adaptado a partir do *PRIDE Body Project* (BROWN; KEEL, 2015) e o segundo da versão original do BP (STICE *et al.*, 2000a).

Para avaliar a eficácia e a aceitabilidade do *Body Project M*, Jankowski *et al.* (2017) desenvolveram um ensaio clínico não randomizado, com 127 homens universitários do Reino Unido. A idade dos participantes variou de 18 a 45 anos ($M = 20,75$, $SD = 4,59$ anos). Destaca-se que os membros da população não foram rastreados em relação às preocupações ou insatisfação com a aparência, preenchendo, assim, os critérios para uma prevenção universal (JANKOWSKI *et al.*, 2017). O *Body Project M* consiste de suas sessões com duração de aproximadamente 90 minutos cada e frequência semanal (JANKOWSKI *et al.*, 2017). As adaptações no manual de intervenção original incluíram a redução da duração das sessões, para se adequar aos horários das duas instituições de ensino participantes. Dessa forma, as sessões foram alteradas de duas sessões com duração de duas horas, para duas sessões de 90 minutos cada; para tanto algumas atividades foram omitidas (por exemplo:

¹⁶ Disponível em: <www.bodyprojectsupport.org>.

compromisso voluntário e desafios verbais), e outras reduzidas (por exemplo: quebra-gelo, custos da aparência ideal e dramatizações) (JANKOWSKI *et al.*, 2017). O conteúdo sumarizado das sessões do programa pode ser visualizado no Quadro 3.

Quadro 3 – Resumo das sessões do “Body Project M”

Sessão	Conteúdo
1	(a) Introdução ao programa e exercício de quebra-gelo; (b) Definir a aparência ideal e explorar suas origens, custos e características; (c) Identificar as pressões para alcançar a aparência ideal e aqueles que se beneficiam da promoção dessa aparência; (d) Explicar os exercícios que serão realizados em casa (exercício do espelho, escrever uma carta parente mais jovem do sexo masculino criticando a aparência ideal e estabelecer um desafio comportamental em relação a imagem corporal).
2	(a) Revisão dos exercícios realizados em casa; (b) Dramatizações para praticar a resistência às pressões para buscar a aparência ideal; (c) Desafiar conversas negativas sobre o corpo (por exemplo, "preciso de braços grandes"); (d) Resistir a pressões futuras da aparência ideal através de respostas rápidas a afirmações pró-aparência ideal.

Fonte: Jankowski *et al.* (2017).

Tradução: O autor.

O conteúdo da intervenção foi adaptado para ser mais relevante para os homens. Todas as atividades da intervenção concentram-se em desafiar o ideal de aparência masculina, que foi definido pelos participantes na primeira sessão, em vez do ideal de aparência magro (no caso da versão feminina) (JANKOWSKI *et al.*, 2017). Para avaliar a clareza da adaptação do protocolo à população masculina, um grupo focal com três homens universitários foi conduzido. Esses participantes sugeriram alterações em relação a termos mais comuns em populações masculinas, por exemplo, “refrigerantes dietéticos” e “estilistas profissionais”, foram respectivamente, substituídos por “esteroides” e “editores da revista *Men’s Health*” (JANKOWSKI *et al.*, 2017). Ademais, algumas alterações semânticas foram conduzidas a fim de dar maior clareza à versão masculina do protocolo. As variáveis investigadas nesse estudo foram: a) insatisfação com a gordura corporal; b) insatisfação com a muscularidade; c) apreciação corporal; d) comportamentos orientados a muscularidade; e) sintomas bulímicos; f) comparação da aparência; e, g) internalização da aparência ideal (JANKOWSKI *et al.*,

2017). Todos esses desfechos foram investigados em três momentos, pré-intervenção, pós-intervenção e três meses de *follow-up*. Além disso, análises por intenção de tratar foram utilizadas para reduzir o viés dos resultados obtidos (JANKOWSKI *et al.*, 2017).

O *Body Project M* produziu efeitos significantes na redução em seis das sete variáveis investigadas, no pós-intervenção: insatisfação com a gordura corporal e a muscularidade, apreciação corporal, comportamentos orientados a muscularidade, comparação de aparência e internalização da aparência ideal. O tamanho de efeito variou de médio a alto para esses desfechos ($d = 0,46 - 0,80$). Adicionalmente, esses efeitos foram mantidos nos três meses de *follow-up*, exceto para insatisfação com a muscularidade e internalização da aparência ideal (JANKOWSKI *et al.*, 2017). Quando a análise por intenção de tratar foi conduzida, um padrão mais fraco dos resultados foi observado, com melhorias significantes apenas na insatisfação com a muscularidade e internalização pós-intervenção (JANKOWSKI *et al.*, 2017).

Embora inovador, o estudo de Jankowski *et al.* (2017) possui uma série de limitações metodológicas que merecem destaque. Primeiro, os pesquisadores incluíram populações com idade entre 18 e 45 anos. Sabe-se que a imagem corporal apresenta diferenças em relação às fases da vida; assim esse estudo incluiu desde jovens adultos até sujeitos de meia idade, o que pode não ser a estratégia mais adequada para estudos de intervenção (WATSON *et al.*, 2016). Segundo, em virtude de limitações no tempo para condução do estudo, os pesquisadores não conseguiram realizar a randomização aleatória dos participantes, o que pode aumentar o viés nos resultados obtidos (MOHER *et al.*, 2010; SCHULZ, ALTMAN, MOHER, 2010). Terceiro, os participantes não foram recrutados com base em preocupações pré-existentes em relação a imagem corporal, se tratando de populações universais (JANKOWSKI *et al.*, 2017). Contudo, intervenções baseadas na alfabetização midiática (*Media Literacy*) e não na DC, tem sido as mais indicadas para essa população (LE *et al.*, 2017). Quarto, os pesquisadores não aplicaram nenhuma ferramenta de rastreio para identificar os comportamentos de risco para os TAs, impossibilitando que pessoas com essas psicopatologias fossem excluídas da amostra. Autores já têm alertado que a inclusão de pessoas com TAs em intervenções preventivas pode comprometer as discussões realizadas no grupo, além das atividades realizadas não serem suficientes para esse público (STICE; ROHDE; SHAW, 2013). Nesse caso, o mais indicado é que essas pessoas sejam encaminhadas ao tratamento adequado (STICE; ROHDE; SHAW, 2013). Por fim, os autores reduziram as sessões da intervenção, ora reduzindo algumas atividades, ora excluindo outras. Revisão sistemática com metanálise recente tem afirmado

que a quantidade de atividades destinadas a induzir a DC pode impactar os resultados dos estudos de intervenção (STICE *et al.*, 2019). Assim, quanto mais atividades destinadas a induzir a dissonância, maiores são os efeitos (STICE *et al.*, 2019). Dessa forma, simplificar as sessões dos programas reduzindo ou omitindo algumas atividades pode não ter sido a melhor alternativa.

Por sua vez, Brown *et al.* (2017) desenvolveram o “*Body Project: More Than Muscles*”. Essa intervenção tem como principal objetivo reduzir os fatores de risco para os TAs e a DM em homens com elevada insatisfação corporal (populações seletivas). Importa ressaltar, que essa é a primeira intervenção desenvolvida para redução dos sintomas de DM em homens. Nesse estudo, 112 homens universitários com idade entre 18 a 30 anos ($M = 20,37$; $DP = 2,37$ anos), foram randomizados em dois grupos, a saber, GI ($n = 52$) e GC ($n = 60$). Além disso, os participantes incluídos autorrelataram não ter sido diagnosticados com nenhum dos TAs descritos no DSM-5 (Brown *et al.*, 2017).

As autoras hipotetizaram que: a) pelo menos 85% dos participantes apresentariam aceitabilidade favorável em participar do programa; b) homens alocados no GI mostrariam reduções significantes em todos os desfechos em comparação aos homens alocados no GC; c) as diferenças seriam mantidas em quatro semanas de *follow-up*; d) o impacto do programa sobre os sintomas bulímicos e sintomas de MD seriam mediados pela redução na internalização do ideal de corpo mesomórfico (BROWN *et al.*, 2017). Para verificar essas hipóteses as seguintes variáveis foram investigadas em três momentos (pré-intervenção, pós-intervenção e quatro semanas de *follow-up*): a) internalização do ideal corporal; b) restrição dietética; c) sintomas bulímicos; d) insatisfação com a musculatura; e) insatisfação com a gordura corporal; f) busca pela muscularidade; e g) sintomas de DM (BROWN *et al.*, 2017).

Inicialmente, os participantes interessados preencheram um questionário de elegibilidade pelo celular, que incluía uma versão modificada do *Structured Clinical Interview for Axis-I Disorders* para o DSM-5. Além disso, eles relataram o quanto o peso e a forma corporal influenciavam seus sentimentos em relação a si próprios e as outras pessoas e o quanto eles estavam insatisfeitos com sua muscularidade, peso e forma corporal em uma escala de 1 a 10 pontos. Foram incluídos apenas aqueles que demonstraram insatisfação igual ou superior a seis pontos em qualquer uma das opções (BROWN *et al.*, 2017).

A intervenção foi composta por duas sessões com duração de duas horas cada com intervalo de uma semana entre elas. Os grupos incluíam entre quatro e 10 participantes e foram conduzidos pela pesquisadora responsável, que já possuía experiência na condução de

intervenções semelhantes (BROWN *et al.*, 2017). Como mencionado anteriormente, o *Body Project: More Than Muscles* foi adaptado do *PRIDE Body Project*. Para testar a versão adaptada do programa um estudo piloto foi conduzido com nove homens, para verificar a relevância semântica, os materiais e métodos utilizados. Durante uma das atividades do programa os participantes desenvolveram o nome para a intervenção (“*More Than Muscles*”). O resumo das atividades do programa pode ser visualizado no Quadro 4.

Quadro 4 – Resumo das sessões do programa “*Body Project: More Than Muscles*”

Sessão	Conteúdo
1	(a) Definir o “ideal cultural” do corpo masculino; (b) Discutir a origem e perpetuação desse “ideal cultural”, incluindo a visualização de imagens que ilustram como os super-heróis da TV e do cinema mudaram ao longo do tempo; (c) Debater os custos de perseguição desse “ideal cultural”; (d) Participar de desafio verbal contrariando a mensagem do corpo mesomórfico ideal; (e) Concluir as tarefas para casa (escrever um e-mail para um jovem do ensino médio, dois desafios comportamentais, e uma exposição ao espelho com levantamento de atributos sobre sua imagem).
2	(a) Rever a atividade feita em casa e discutir sobre ela; (b) Participar de uma dramatização para desencorajar a busca pelo “corpo ideal”; (c) Criar maneiras de resistir a pressão de perseguir o “ideal cultural”, de maneira individual, em grupo e com toda a comunidade (“ativismo corporal”); (d) Planejar formas de resistir às pressões futuras para se confortar com esse ideal; (e) Discutir maneiras de desafiar e evitar falas e declarações negativas sobre o corpo; (f) Selecionar um exercício para continuar desafiando o “ideal cultural”.

Fonte: Brown *et al.* (2017).

Tradução: O autor.

Entre os principais resultados encontrados, mudanças significantes foram identificadas na internalização do ideal corporal, restrição dietética, sintomas bulímicos, busca pela muscularidade e sintomas de DM no pós-intervenção e no *follow-up*. O tamanho de efeito variou de médio a alto para esses desfechos ($d = 0,39 - 1,16$). Em relação à insatisfação com a musculatura e gordura corporal, os resultados só foram significantes após quatro semanas de

follow-up. Por meio de análises de mediação, os autores identificaram que a internalização do corpo ideal mediou parcialmente os efeitos da intervenção sobre sintomas bulímicos e DM (BROWN *et al.*, 2017).

Percebe-se que o estudo de Brown *et al.* (2017) controlou diversas variáveis intervenientes em comparação ao estudo de Jankowski *et al.* (2017). Por exemplo, foram incluídos apenas a população de jovens universitários, com idade entre 18 e 30 anos em comparação ao estudo de Jankowski *et al.* (2017) que incluiu desde jovens universitários até pessoas de meia idade. Além disso, o estudo de Brown *et al.* (2017) propôs a distribuição aleatória dos participantes em GI e GC, o que tem sido sugerido na literatura acerca de intervenções preventivas em distúrbios de imagem corporal e TAs (LE *et al.*, 2017; STICE *et al.*, 2019; WATSON *et al.*, 2016). Outro ponto que merece destaque é que a amostra incluída no estudo de Jankowski *et al.* (2017) se tratava de uma população universal, em comparação a população seletiva incluída no estudo de Brown *et al.* (2017). Revisões sistemáticas e metanálises já têm alertado que intervenções baseadas na DC demonstram maiores efeitos em populações seletivas em comparação as universais (LE *et al.*, 2017; STICE *et al.*, 2019; WATSON *et al.*, 2016). Destaca-se que no estudo de Brown *et al.* (2017) instrumentos de rastreio foram utilizados para identificar a presença de sinais e sintomas de TAs e DM entre os participantes, que nesse caso, devem ser encaminhados a tratamento especializado (por exemplo, Psiquiatra), pois podem comprometer as sessões do programa (STICE; ROHDE; SHAW, 2013). Contudo, no estudo de Jankowski *et al.* (2017) essa preocupação não foi considerada e nenhum instrumento de rastreio ou pergunta de autorrelato foi aplicada. Além disso, contrariando recomendações propostas por revisão sistemática com metanálise recente (STICE *et al.*, 2019) o *Body Project M* reduziu as sessões da intervenção, através da exclusão ou redução de algumas atividades (JANKOWSKI *et al.*, 2017). Embora o *Body Project: More Than Muscles* tenha proposto a aglomeração das quatro sessões iniciais do BP em apenas duas, as autoras destacaram que todas as atividades foram mantidas, bem como a carga horária total – quatro horas (BROWN *et al.*, 2017).

Avançando no entendimento dessas intervenções, diferentes efeitos foram observados entre elas. Por exemplo, no *Body Project M* só foram observados efeitos significantes nas variáveis de insatisfação com a muscularidade ($d = -0,36$) e internalização da aparência ideal ($d = -0,37$), contudo, esses efeitos não foram mantidos no *follow-up* (JANKOWSKI *et al.*, 2017). Em contrapartida, o *Body Project: More Than Muscles* demonstrou efeitos significantes na redução da internalização da aparência ideal (pós-intervenção $d = 0,61$;

follow-up: $d = 0,48$), restrição dietética (pós-intervenção $d = 0,76$; *follow-up*: $d = 0,93$) e sintomas bulímicos (pós-intervenção: $d = 1,11$; *follow-up*: $d = 1,16$). Nas variáveis orientadas à muscularidade, a intervenção foi significativa em reduzir a insatisfação com a gordura corporal ($d = 0,53$) e a muscularidade ($d = 0,66$) no *follow-up*, bem como a busca pela muscularidade pós-intervenção ($d = 0,59$) e *follow-up* ($d = 0,78$).

Em relação à DM o *Body Project: More Than Muscles* demonstrou potencial em reduzir os sinais e sintomas dessa psicopatologia no pós-intervenção ($d = 0,58$) e no *follow-up* ($d = 0,55$). Comparações em relação a essa variável em ambos as intervenções não são possíveis, visto que, até o momento, para o melhor do nosso conhecimento, o *Body Project: More Than Muscles* (BROWN *et al.*, 2017) foi a única intervenção, baseada na DC, que demonstrou suporte empírico na redução dos sinais e sintomas de DM. Além disso, as autoras elucidam que novas intervenções destinadas à prevenção dos fatores de risco da DM são necessárias (BROWN *et al.*, 2017).

O estudo de Brown *et al.* (2017) foi promissor ao indicar evidências iniciais de eficácia de uma intervenção preventiva baseada na DC para homens com elevada insatisfação corporal. Entretanto, os autores avaliaram um curto período de *follow-up* (quatro semanas) em comparação com outras intervenções baseadas na DC (STICE *et al.*, 2019). Outro progresso necessário é a avaliação da eficácia e efetividade das intervenções baseadas na DC para aumentar os fatores de proteção para o desenvolvimento dos sintomas de TAs e DM, como é o caso da apreciação corporal (GUEST *et al.*, 2019). Por fim, autores têm destacado que testar novas alternativas para implementação ampla dos programas preventivos é necessário, por exemplo, o treinamento dos líderes de pares à distância, com o uso da internet (STICE *et al.*, 2019).

O treinamento dos líderes de pares com o uso da internet pode contribuir para disseminação ampla dessas intervenções, levando a uma significativa redução dos custos da intervenção, bem como aumentando o número de provedores (líderes) (KILPELA *et al.*, 2016; STICE *et al.*, 2019). Autores são enfáticos ao afirmar que além de estabelecer evidências de eficácia e efetividade das intervenções existentes, outra preocupação deve ser a avaliação de estratégias para sua implementação ampla, visto que o tratamento dos TAs e DM apresenta um alto custo (STICE *et al.*, 2019; SHAW, STICE, 2016). Ademais, destaca-se que diferente de outras patologias, esses transtornos apresentam um curso crônico e recidivo, aspectos que potencializam os gastos (APA, 2014). Além do que, homens são menos propensos a buscar

tratamento devido ao auto-estigma de que estariam com um distúrbio tipicamente feminino (AUSTEN, GRIFFITHS, 2019; GRIFFITHS *et al.*, 2015).

Os resultados empiricamente comprovados na literatura internacional acerca da eficácia das intervenções preventivas baseadas na DC, especialmente o *Body Project: More Than Muscles*, na redução da internalização do ideal corporal, sinais e sintomas de TAs e DM em homens torna essa intervenção indicada para esforços de disseminação e comprovação de sua eficácia e efetividade em contextos culturais diversos, inclusive em homens jovens adultos brasileiros que apresentam alta prevalência de insatisfação corporal (SILVA *et al.*, 2011). Corroborando com isso, em comparação ao tratamento psicológico tradicional, essa intervenção apresenta um custo reduzido e pode ser implementada de maneira ampla, reduzindo o estigma em relação às preocupações masculinas com o corpo e também aumentando a apreciação corporal nesse público (BROWN *et al.*, 2017).

4 MÉTODO

O presente tópico descreverá os procedimentos metodológicos utilizados para atingir os objetivos estabelecidos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo de corte longitudinal, com um design quase-experimental, em função de que algumas variáveis não são controladas (MARCONI, LAKATOS, 2010; THOMAS, NELSON, SILVERMAN, 2009). Caracteriza-se, ainda, como um ensaio clínico de prevenção, alocação controlada e randomizada, desenho de intervenção paralelo, mascaramento aberto, com dois braços e seguimento prospectivo (MOHER *et al.*, 2010; SCHULZ, ALTMAN, MOHER, 2010). Desenho paralelo devido à alocação dos participantes em GI e GC, e randomização simples, uma vez que a comparação dos grupos aconteceu em um processo aleatório, caracterizado por imprevisibilidade (MOHER *et al.*, 2010; SCHULZ, ALTMAN, MOHER, 2010). Ademais, todas as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) (ANEXO A) foram seguidas (MOHER *et al.*, 2010; SCHULZ, ALTMAN, MOHER, 2010).

4.2 AMOSTRA

Participaram do estudo indivíduos do sexo masculino, com idade entre 18 e 30 anos, regularmente matriculados em qualquer curso de graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) campus Governador Valadares.

Com o objetivo de verificar efeitos significantes da intervenção sobre as variáveis desfechos dessa pesquisa, bem como aqueles encontrados por Brown *et al.* (2017), realizou-se o cálculo amostral por meio do software GPower 3.1.9.2, utilizando como critérios (*a priori*) a execução dos testes da família F (medidas repetidas e interação entre os sujeitos), considerando α igual a 0,05, poder esperado de 95% e tamanho do efeito de 0,29 (*d* de Cohen mais baixo identificado no estudo de Brown *et al.* (2017) para a comparação entre GI e GC na variável *Functional Impairment* (subescala do MDDI). O cálculo amostral indicou a necessidade de um valor mínimo de 52 sujeitos por grupo.

Entretanto, estudos nesse formato têm demonstrado uma reduzida taxa de retenção entre a primeira fase (pré-intervenção) e o início dos GI e GC, como é o caso do estudo de Amaral (2015), o qual apresentou uma perda de 23,07% da sua amostra inicial, o que sugere a previsão de uma elevada perda amostral em relação ao cálculo amostral. O estudo de Brown *et al.* (2017) apresentou uma perda ainda maior, da ordem de 44,92% (114 participantes). Além disso, uma recente metanálise alerta que a taxa média de retenção em estudos com corte longitudinal tem sido de 73,5%, ou seja, aproximadamente 26,5% dos indivíduos são perdidos ao longo do estudo (TEAGUE *et al.*, 2018). Dessa forma, no presente estudo foi considerada a taxa mais elevada de perda observada entre os estudos supracitados (BROWN *et al.*, 2017), de modo que a amostra final mínima deveria ser composta por 150 participantes (GI = 75 e GC = 75 participantes).

4.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa estudantes do sexo masculino, que tinham entre 18 e 30 anos de idade, de qualquer cor, raça ou etnia, desde que regulamente matriculados na UFJF campus Governador Valadares, que após a explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) optaram pela participação voluntária no estudo.

Com o objetivo de atingir populações seletivas, apenas homens com moderada ou elevada insatisfação corporal foram incluídos (LE *et al.*, 2017; STICE, SHAW, MARTI, 2007; WATSON *et al.*, 2016). Para atingir esse critério, junto ao questionário sociodemográfico os estudantes responderam a três perguntas de autorrelato sobre o quanto estavam insatisfeitos com seu corpo como um todo, sua muscularidade e gordura corporal (APÊNDICE B). Elas foram apresentadas em uma escala do tipo *Likert* de 10 pontos (1 = nada insatisfeito a 10 = muito insatisfeito). Adotando uma estratégia semelhante já empregada em outros estudos com populações seletivas, foram incluídos apenas aqueles que preencheram escores maiores ou iguais a seis em qualquer um dos itens (BROWN *et al.*, 2017; BROWN, KEEL, 2015).

Em relação à orientação sexual e identidade de gênero, foram incluídos apenas aqueles que se autodeclararam como heterossexual e cisgênero. Estudos têm alertado que o foco da

imagem corporal em homens pode ser diferente em relação à orientação sexual¹⁷ (BROWN, KEEL, 2012, 2015; CARPER, NEGY, TANTLEFF-DUNN, 2010; LASKA *et al.*, 2015; MARTINS, TIGGEMANN, KIRKBRIDE, 2007; MORRISON, MORRISON, SAGER, 2004). Devido a essas diferenças, programas específicos¹⁸ têm sido desenvolvidos para a população de minorias sexuais masculinas (homens homossexuais, bissexuais e transsexuais).

Considerando a intervenção para jovens adultos brasileiros, somente foram incluídos sujeitos maiores de 18 anos de idade, vide o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), e até o limite de 30 anos de idade, vide a proposta original do projeto desenvolvida por Brown *et al.* (2017).

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra os participantes que autorrelataram possuir transtorno mental comum, alimentar e/ou dismórfico corporal diagnosticado. Assim, os participantes poderiam apresentar sintomas dessas psicopatologias desde que não diagnosticados com um dos transtornos por um médico especialista (BECKER *et al.*, 2008; BROWN *et al.*, 2017; BROWN, KEEL, 2015). Segundo Stice *et al.* (2013), a inclusão de sujeitos com TAs em programas de prevenção não é aconselhável devido a estes não participarem de maneira adequada das sessões. Nesse caso, segundo os mesmos autores, os participantes devem ser

¹⁷ Uma possível explicação para essas diferenças tem sido a “*Objetification Theory*”, ou teoria da objetificação sexual desenvolvida por Fredrickson e Roberts (1997). Essa teoria postula que as mulheres heterossexuais e homens homossexuais são aculturados para internalizar uma perspectiva de observador em relação ao seu físico. Essa internalização pode levar ao monitoramento corporal constante, aumentando a vergonha e ansiedade, reduzindo o estado motivacional e a consciência emocional interna. Em conjunto, esses fatores podem contribuir para uma série de prejuízos para saúde mental, como depressão, baixa autoestima, disfunção sexual e TAs. Além disso, os homens enfatizam a aparência física ao procurar um par romântico mais constantemente do que as mulheres, valorizando características como o peso, a forma e a aparência corporal (MARTINS, TIGGEMANN, KIRKBRIDE, 2007; TIGGEMANN, MARTINS, KIRKBRIDE, 2007). Assim, os indivíduos que estão tentando atrair parceiros do sexo masculino, como mulheres heterossexuais e homens homossexuais, são programados a ver sua aparência física segundo a perspectiva de um observador, ou seja, como um objeto sexual (FREDRICKSON, ROBERTS, 1997; MARTINS, TIGGEMANN, KIRKBRIDE, 2007; TIGGEMANN *et al.*, 2007). Nesse sentido, estudos têm demonstrado que homens homossexuais geralmente demonstram maior insatisfação com partes corporais específicas, como o rosto, pelos corporais, altura e tamanho do pênis (LANZIERI; HILDEBRANDT, 2016). Dessa maneira, os homens gays são sujeitos e executores da objetificação de outros homens, constituindo o chamado “*gay male gaze*” (LIPTON, 2014; WOOD, 2004).

¹⁸ *PRIDE Body Project* (BROWN; KEEL, 2015).

encorajados a procurar tratamento¹⁹. Por fim, sujeitos que solicitaram o encerramento de sua participação na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida e, ainda, aqueles que solicitaram expressamente a não utilização de seus dados foram excluídos.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFJF, com o número de registro 83379318.9.0000.5147 e parecer de aprovação número 2.698.352, de 07/07/2018 (ANEXO B). Destaca-se que todos os procedimentos estão de acordo com a declaração de Helsinki e a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como da Norma Operacional nº 001/2013. Importa ressaltar que a presente pesquisa também foi aprovada pelo Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, sob o identificador RBR-3bz2h2 (ANEXO C).

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, bem como o caráter voluntário, dando assim, anuência em participar de maneira voluntária, assinando o TCLE. Destaca-se que mediante os resultados positivos, após o encerramento do *follow-up* de 24 semanas, todos os participantes do GC foram convidados a participar das sessões do programa por meio de mensagens de texto²⁰.

4.4 PROCEDIMENTOS

Abaixo serão descritos os procedimentos adotados para adaptação, treinamento dos líderes, bem como para divulgação e implementação da intervenção *Body Project: More Than Muscles*.

4.4.1 Procedimentos para adaptação do programa

A primeira etapa da presente pesquisa constou do pedido de autorização para realização de adaptação transcultural do protocolo de intervenção para facilitadores do *Body Project: More Than Muscles* para homens brasileiros, realizado à autora do programa original,

¹⁹ Na presente pesquisa, nos casos em que os indivíduos relataram ter recebido diagnóstico de TAs, estes receberam indicação para procurar um médico especializado (por exemplo, Psiquiatra).

²⁰ Via WhatsApp® – aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones.

Dra. Tiffany Brown, a qual concordou com a realização desta pesquisa e prontamente se disponibilizou a realizar o treinamento em um formato novo, totalmente interativo e *on-line* (ANEXO D).

Após o primeiro encontro, via aplicativo *Skype*[®], para acertar detalhes desse processo, a autora forneceu todo o roteiro necessário para a condução das sessões. Em posse desse material, esse foi enviado para um tradutor bilíngue para realizar a tradução do Inglês (Estados Unidos da América) para o Português do Brasil.

Findo o processo de tradução, seguindo algumas das sugestões de Beaton *et al.* (2000) e Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998), um comitê formado por oito especialistas buscou avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual do protocolo. Algumas alterações textuais foram realizadas. Por sugestão do comitê, considerando que o programa BP já se encontra adaptado para população brasileira de adolescentes (AMARAL, 2015) e mulheres jovens adultas (HUDSON, 2018) sob o nome “O Corpo em Questão”, optou-se pela padronização da nomenclatura, batizando o programa masculino de “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”. Ademais, apenas mudanças semânticas foram realizadas, com o objetivo de manter a similaridade com o protocolo original. Em relação às imagens utilizadas no protocolo original, o comitê de especialistas optou por mantê-las na presente adaptação, visto que se trata de figuras de personagens e heróis de filmes de ação mundialmente conhecidos, inclusive populares na cultura brasileira.

4.4.2 Procedimentos para treinamento dos líderes do programa

O treinamento para aplicação do *Body Project: More Than Muscles* aconteceu em um formato totalmente interativo e *on-line*, por meio da ferramenta *Zoom Video Communications*[®] – *software* de comunicação que combina videoconferências e reuniões *on-line*. O treinamento foi conduzido de maneira síncrona, com duração total de 10 horas²¹, divididas igualmente em dois dias. Devido às diferenças entre o idioma brasileiro e o Inglês (Estados Unidos da América), um linguista auxiliou no processo realizando a tradução

²¹ Percebe-se que, em geral, o treinamento presencial do programa leva aproximadamente 16 horas, entretanto, a Dra. Brown afirmou que esse treinamento envolve um grande número de líderes o que não foi o nosso caso, no qual apenas dois líderes estavam sendo treinados (Maurício Almeida e Pedro Henrique Berbert de Carvalho). Além disso, o treinamento acima de 6 horas tem sido indicado para otimizar os efeitos da intervenção (STICE *et al.*, 2019).

simultânea das falas. Tal tradução se fez necessária, pois durante a simulação de condução da intervenção por parte dos líderes era necessário traduzir o conteúdo para a Dra. Brown.

No primeiro dia, foi realizado o treinamento da 1ª sessão do programa, já no segundo dia, a 2ª sessão. O treinamento seguiu uma sequência organizacional, sendo: (1º) visão geral da sessão; (2º) condução do grupo pelos líderes; (3º) ponderações em relação à postura dos líderes e aderência ao manual; e (4º) momento para dúvidas. Para compor os grupos, foram convidados três alunos da UFJF, campus Governador Valadares, bem como uma professora da instituição, além dos líderes de grupo (Maurício Almeida e Pedro Henrique Berbert de Carvalho).

No primeiro momento, todas as explicações gerais foram dadas pela Dra. Brown e aspectos relevantes para condução do grupo foram pontuados. De posse dessas informações, os líderes conduziram o grupo em português. Os grupos foram guiados sem interrupções, buscando simular um cenário real. Ao final, a Dra. Brown pontuou todas as características que foram bem exploradas e quais poderiam ser mais bem direcionadas. Por fim, os líderes do grupo, bem como os membros participantes poderiam sanar quaisquer dúvidas existentes em relação ao manual ou às interações que ocorreram durante a sessão.

As principais dúvidas/sugestões que surgiram durante essa etapa foram: a) na atividade “Definição e Origem da Aparência Ideal”, o termo “forte” deve ser questionado, ou seja, segundo a Dra. Brown deve-se perguntar “O que é forte?” no sentido de ser musculoso, grande ou definido; b) a diferenciação entre a “Aparência Ideal” e o “Ideal Saudável” deve estar clara para todos os participantes, evitando que confundam as duas em algum momento da intervenção; c) no quadro branco (lousa), os “Custos associados a busca pela aparência ideal” devem estar ao lado da “Definição da Aparência Ideal”; d) nas atividades “Desafiando Comentários Negativos sobre o Corpo” e “Rápidas Respostas para Afirmações sobre a Aparência Ideal”, deve-se deixar claro para os participantes que é uma atividade desafiadora; contudo, que essas são mais proveitosas quando são dadas respostas mais enfáticas; e) no item “Exercícios para Casa”, os líderes devem enfatizar a importância de que os membros do grupo façam as atividades em casa; f) durante a “Dramatização (*role-plays*) para desencorajar a Busca pela Aparência Ideal”, qualquer comentário feito pelos participantes pró-aparência ideal e que devem ser evitadas; e g) deixar claro para os alunos que o ativismo corporal e o “Exercício do Desafio Final” são atividades diferentes e que ambas precisam ser executadas.

4.4.3 Procedimentos para divulgação e implementação do programa

Em paralelo às etapas anteriores, estudantes da UFJF, campus Governador Valadares foram convidados a participar desta pesquisa através do contato com os coordenadores dos cursos dessa instituição. Destaca-se que a escolha da instituição foi feita por conveniência. Após autorização, e finalizado o período de férias, os alunos foram convidados a participar de um programa que tinha como objetivo promover uma maior aceitação corporal.

Para ampla divulgação, foram distribuídos *folders* (ANEXO E) pelos anexos da instituição, elaboradas matérias no site oficial do Campus²² e e-mails foram enviados para os estudantes por meio de ferramenta institucional. Foi também realizada divulgação em redes sociais e cartazes afixados em alguns locais da instituição (ANEXO F). Assim, foram incluídos todos os estudantes que entraram em contato com o autor por meio do e-mail ou ligações telefônicas.

Os *folders* de divulgação, em especial, continham itens para preenchimento dos estudantes interessados, sendo: nome, curso, período, contato e disponibilidade de horários para participar, de acordo com as opções sugeridas. Após a entrega e preenchimento do mesmo pelos interessados, os *folders* eram recolhidos. Destaca-se que a divulgação foi realizada durante o período de fevereiro a outubro de 2019, até que se alcançasse o número mínimo de participantes calculados previamente. Após cada etapa de divulgação do estudo, os interessados eram contatados por telefone²³ e e-mail, no intuito de convidá-los para uma reunião na semana seguinte, visando esclarecer detalhes acerca da pesquisa, bem como realizar a primeira coleta dos dados (pré-intervenção). Essas reuniões eram agendadas previamente junto ao setor administrativo da UFJF, campus Governador Valadares, e aconteciam em salas de aula, com ampla disponibilidade de espaço.

Os questionários (protocolo de pesquisa) foram aleatorizados para aplicação. Depois que eles foram preenchidos, procedeu-se com a eliminação daqueles que não se enquadravam nos critérios de elegibilidade. Logo após, foi realizada a randomização por meio do seguinte endereço eletrônico: <www.randomizer.org>, realizando a divisão dos participantes em dois grupos – GC e GI. O fluxograma CONSORT, apresentado na Figura 5, elucida a alocação dos participantes da pesquisa.

²² Link de acesso: <https://www2.ufjf.br/noticias/2019/09/24/projeto-aborda-disturbios-de-imagem-corporal>.

²³ Via WhatsApp® – aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones.

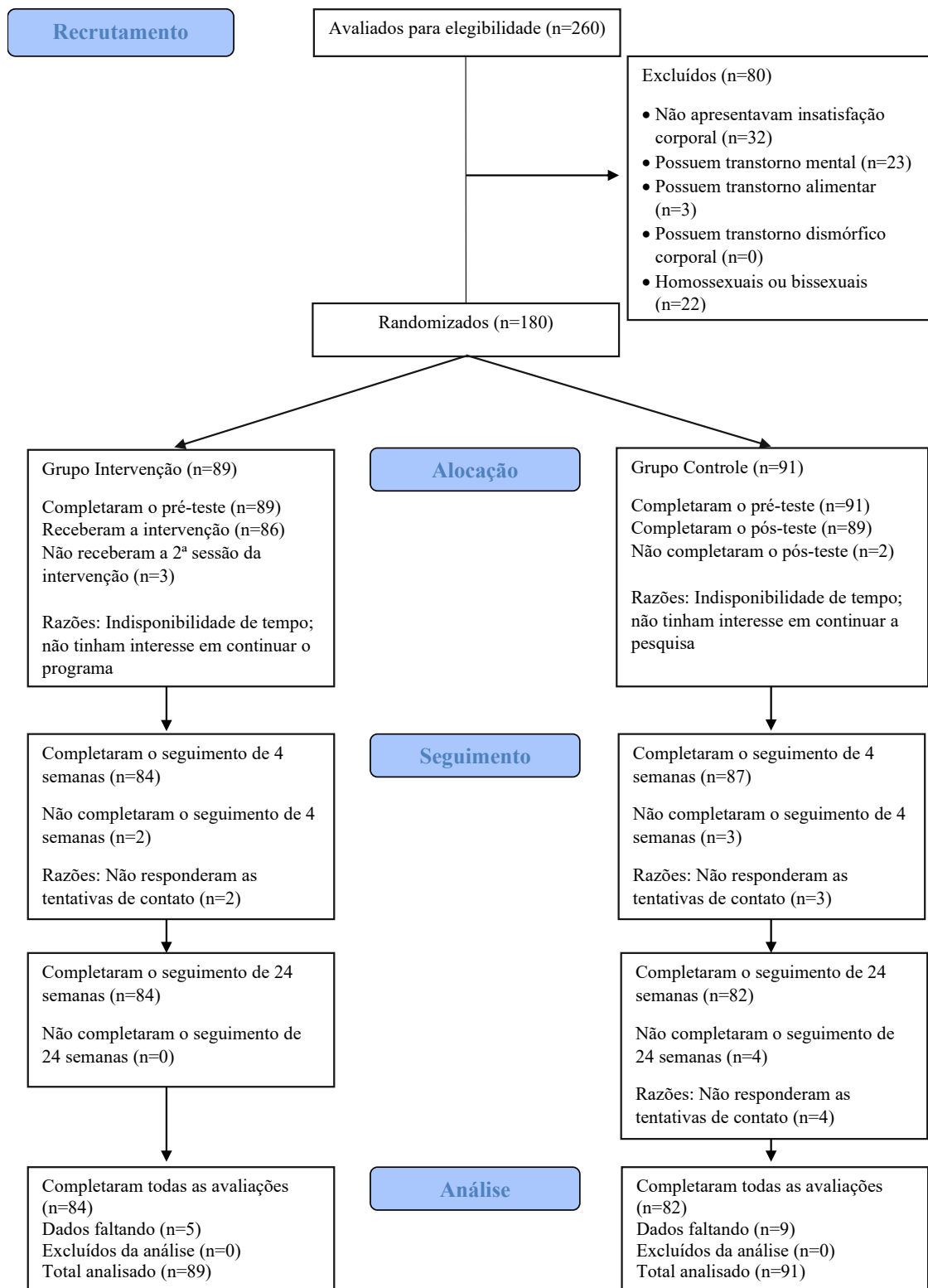
Estudos de metanálise têm indicado que maiores efeitos são produzidos por programas de formato interativo (STICE *et al.*, 2019; STICE, SHAW, 2004; STICE, SHAW, MARTI, 2007). Dessa forma, os participantes alocados no GI foram distribuídos em grupos com no mínimo quatro e no máximo dez integrantes, possibilitando um maior *corpus* de experiências compartilhadas durante as sessões. A organização dos horários aconteceu de acordo com as opções previamente apresentadas nos *folders*. Assim, logo após a divisão dos grupos, os participantes foram contatados para confirmar as opções de horários e dias da semana, já realizando o agendamento da primeira sessão do programa.

As salas de aula que ocorriam as sessões, bem como a coleta dos dados eram previamente agendadas com o setor administrativo da UFJF, campus Governador Valadares, e comunicadas aos participantes. A primeira e segunda sessões tinham a duração de aproximadamente duas horas cada e aconteciam com um intervalo de uma semana entre elas. Um total de 15 grupos de intervenção foi organizado. Destaca-se que, com o objetivo de seguir o protocolo original do programa, os integrantes de cada grupo se mantiveram os mesmos na primeira e segunda sessões.

Dessa forma, os participantes alocados no GI assim que finalizavam a 2ª sessão do programa respondiam novamente o protocolo de pesquisa, bem como a escala de aceitação do programa. Posteriormente, respondiam novamente o protocolo de pesquisa em um *follow-up* de 4 e 24 semanas. O mesmo processo acontecia para o GC, com exceção da escala de aceitação do programa. Esses encontros eram agendados previamente com os participantes por mensagens de texto²⁴. Para maior entendimento dos procedimentos realizados, o protocolo experimental da pesquisa pode ser visualizado na Figura 6.

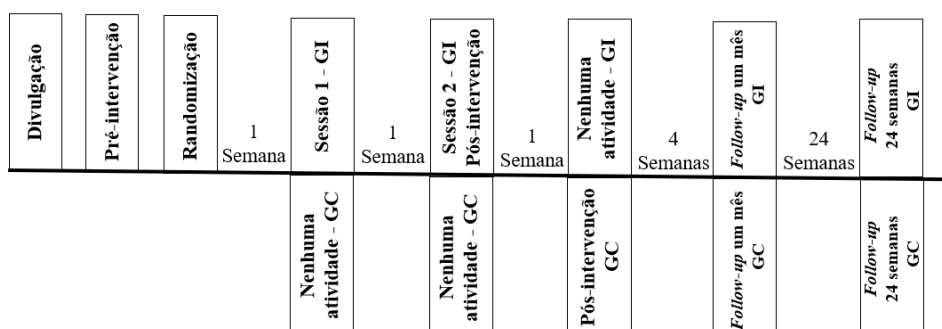
²⁴ Via WhatsApp® – aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones.

Figura 5 – Diagrama do CONSORT detalhando o fluxo de participantes através do estudo



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Figura 6 – Protocolo experimental



Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

4.5 INTERVENÇÃO

Como anteriormente mencionado, o programa intitulado “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos” (APÊNDICE C) é uma adaptação para homens brasileiros, do programa *Body Project: More Than Muscles* desenvolvido por Brown *et al.* (2017). Na 1ª sessão os participantes receberam um caderno de atividades²⁵ (APÊNDICE D), destinado ao preenchimento pessoal durante o encontro e também para os exercícios em casa. Quando os participantes faltavam na 1ª sessão, eles eram realocados para um novo grupo. No caso de pessoas que faltaram na 2ª sessão, um encontro individual era marcado para que o integrante compartilhasse suas tarefas realizadas em casa, bem como vivenciasse as demais atividades, assim como no protocolo original do programa. As principais atividades desenvolvidas em cada sessão estão descritas no Quadro 5.

O GI foi submetido a essas duas sessões, e o GC foi caracterizado como passivo (MOHER *et al.*, 2010) e não realizou nenhuma atividade durante o período de coleta, assim como no protocolo original. Destaca-se que para avaliar a aderência e aceitação dos participantes, seguindo a sugestão de Brown *et al.*, (2017), um instrumento com quatro questões de autorrelato foi utilizado (ANEXO G) e apresentou aceitável consistência interna (Ômega de McDonald [ω] = 0,69).

²⁵ O caderno de atividades integra o protocolo para facilitadores do *Body Project: More Than Muscles*. Dessa forma, encontra-se traduzido seguindo as diretrizes metodológicas para adaptação transcultural descritas anteriormente.

Quadro 5 – Descrição das sessões do programa “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”

Sessão	Resumo das atividades
1	(a) Definir a “aparência ideal” ²⁶ do corpo masculino; (b) Discutir a origem e perpetuação da “aparência ideal”, incluindo a visualização de imagens que ilustram como os super-heróis da televisão e do cinema mudaram ao longo do tempo (APÊNDICE E); (c) Debater os custos da perseguição da “aparência ideal”; (d) Participar de um desafio verbal contrariando as mensagens do corpo mesomórfico ideal; (e) Concluir as tarefas para casa (escrever um e-mail para um jovem do ensino médio, dois desafios comportamentais, e uma exposição ao espelho com levantamento de atributos positivos sobre seu corpo).
2	(a) Rever as atividades feitas em casa e discutir sobre elas; (b) Participar de uma dramatização para desencorajar a busca pela “aparência ideal”; (c) Criar maneiras de resistir às pressões de perseguir a “aparência ideal”, de maneira individual, em grupo e com toda a comunidade (“ativismo corporal”); (d) Planejar formas de resistir às pressões futuras para se confortar com esse ideal; (e) Discutir maneiras de desafiar e evitar falas e declarações negativas sobre o corpo; (f) Selecionar um exercício para continuar desafiando a “aparência ideal”.

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

²⁶ O termo utilizado no protocolo original do programa é “*cultural-ideal*”. Este foi traduzido como “ideal cultural”, contudo, a pedido da Dra. Brown o termo foi substituído por “aparência ideal”.

4.6 INSTRUMENTOS

Todos os instrumentos utilizados para coleta de dados no presente estudo serão descritos de maneira detalhada abaixo.

4.6.1 Questionário sociodemográfico

Com o objetivo de caracterizar a amostra, foi utilizado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), investigando questões relativas à idade, estatura e massa corporal autorreferidas, as últimas duas para o cálculo do IMC (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1995). Em adultos, o uso desse método pode ser considerado uma alternativa viável à avaliação por circunferência e dobras cutâneas e que possibilita avaliar e monitorar o estado nutricional antropométrico (COQUEIRO *et al.*, 2009; FONSECA *et al.*, 2004).

Analogamente, os participantes informaram o curso de graduação em que se encontram matriculados, período do curso, cor/raça, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, situação conjugal dos pais, com quem o entrevistado reside, sua renda familiar e individual, bem como questões destinadas aos critérios de elegibilidade, citados anteriormente. Importa ressaltar, que em relação à classificação de cor/raça foram utilizadas as categorias sugeridas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (PETRUCCELLI; SABOIA, 2013), sendo: Branca, Preta, Parda, Amarela e Indígena.

4.6.2 Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

O CCEB foi aplicado para avaliar a classe econômica dos participantes. Para facilitar a aplicação, bem como respostas dos participantes, ele foi anexado junto ao questionário sociodemográfico (APÊNDICE B).

Esse instrumento utiliza perguntas em relação à posse de bens duráveis, como automóveis, televisão, computadores e outros, além de condições de moradia, nível de escolaridade do chefe da família e oferta de serviços públicos, como o fornecimento de água e pavimentação urbana. Para cada resposta é atribuída uma pontuação, sendo que todo o instrumento varia de um a 100 pontos. Em posse da somatória dos itens, os indivíduos são classificados nas seguintes classes: A (45 a 100 pontos), B1 (38 a 44 pontos), B2 (29 a 37

pontos), C1 (23 a 28 pontos), C2 (17 a 22 pontos), D e E (um a 16 pontos). Ressalta-se que segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2018), o termo “classes sociais” deve ser preterido e substituído por “classes econômicas”.

4.6.3 Internalização do corpo ideal

O *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4* (SATAQ-4) é um instrumento composto por 22 questões de autorrelato apresentadas em escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente), destinadas a avaliar a influência dos aspectos socioculturais na imagem corporal do indivíduo (SCHAEFER *et al.*, 2015). No presente estudo, o SATAQ-4 foi utilizado para avaliar a internalização da aparência ideal. O escore final é calculado pela soma das respostas e o escore total varia de 22 a 110. Assim, quanto maior a pontuação maior a influência sociocultural na imagem corporal dos participantes. Os itens presentes na escala englobam cinco fatores: a) *Internalização - Magro/Pouca gordura corporal*; b) *Internalização - Muscular/Atlético*; c) *Pressão - Família*; d) *Pressão - Colegas*; e e) *Pressão - Mídia*.

O questionário foi traduzido e adaptado para população brasileira de jovens adultos universitários de ambos os sexos e apresentou bons indicadores de validade fatorial, convergente, discriminante, consistência interna e confiabilidade composta (BARRA *et al.*, 2019). Na presente pesquisa, foram utilizados apenas dois fatores da versão brasileira desse instrumento (ANEXO H), a saber, *Internalização – Magro/Pouca gordura corporal* (itens: 3, 4, 5, 8 e 9) e *Internalização – Muscular/Atlético* (itens: 1, 2, 6, 7 e 10). Unidos esses dois fatores compõem uma única variável latente chamada de Internalização e podem variar de 10 a 50, de modo que, quanto maior a pontuação maior a internalização dos fatores de influência sociocultural. No presente estudo, o SATAQ-4 demonstrou adequada consistência interna (Ômega McDonald [ω]) ao longo de todas as avaliações ($\omega = 0,83$ a $0,88$).

4.6.4 Comer transtornado

A primeira versão do *Eating Attitudes Test* foi desenvolvida por Garner e Garfinkel (1979), composta por 40 itens de autorrelato, apresentados em escala do tipo *Likert* de 6 pontos (1 = sempre a 6 = nunca), destinados a avaliar sintomas e comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs. Entretanto, com o objetivo de reduzir o tempo de

preenchimento dessa medida uma versão reduzida com apenas 26 itens foi proposta (GARNER *et al.*, 1982), a saber, o *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26). A nova versão apresentou uma estrutura composta por três fatores: a) *Dieting*; b) *Bulimia and Food Preoccupation*; e c) *Oral Control*.

No presente estudo, o EAT-26 foi utilizado para avaliar as atitudes alimentares relacionadas ao comer transtornado. Os itens do EAT-26 são apresentados em uma escala do tipo *Likert* de 6 pontos (sempre = 3; muitas vezes = 2; frequentemente = 1; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0). Contudo, a questão 25 apresenta pontuação invertida, ou seja, as alternativas *sempre*, *muitas vezes* e *frequentemente* são atribuídas peso 0, enquanto a resposta *poucas vezes* apresenta peso 1, *quase nunca* peso 2 e *nunca* peso 3. Assim, o escore total da medida varia de 0 a 78, de modo que, quanto maior a pontuação, maior o risco para o desenvolvimento de TAs. Além disso, escores superiores a 21 são indicativos de comportamentos de risco para os TAs (GARNER *et al.*, 1982; HAASE, 2011; RIVAS *et al.*, 2010).

No Brasil, o EAT-26 (ANEXO I) teve sua equivalência semântica e consistência interna avaliadas para adolescentes do sexo feminino (BIGHETTI *et al.*, 2004). Além disso, para a população de adolescentes do sexo masculino apresentou adequada validade fatorial, discriminante, concorrente, consistência interna e estabilidade temporal com uma estrutura unifatorial (FORTES *et al.*, 2016). Na presente amostra o EAT-26 apresentou adequada consistência interna ao longo de todas as avaliações ($\omega = 0,76$ a $0,82$).

4.6.5 Sintomas de DM

O MDDI é um instrumento composto de 13 itens de autorrelato, apresentados em escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = nunca a 5 = sempre), destinados a avaliar pensamentos, emoções e comportamentos de perturbação da imagem corporal presentes em indivíduos com DM (HILDEBRANDT; LANGENBUCHER; SCHLUNDT, 2004). No presente estudo, o MDDI foi utilizado para avaliar sinais e sintomas de DM. O escore total da escala pode variar de 13 a 65. Quanto maior a pontuação, maior a ocorrência de sintomas de DM. A estrutura original da escala apresenta três fatores: a) *Drive for size* (DFS); b) *Appearance intolerance* (AI); c) *Functional impairment* (FI).

O MDDI²⁷ foi traduzido e adaptado para população brasileira de jovens universitários (ALMEIDA; GOMES; CARVALHO, 2019) e, posteriormente, apresentou adequada estrutura fatorial, validade convergente, consistência interna e confiabilidade teste-reteste para jovens universitários fisicamente ativos, replicando a estrutura fatorial da escala original (GOMES *et al.*, 2020). No presente estudo, a versão brasileira do instrumento foi utilizada (ANEXO J) e apresentou adequada consistência interna em todos os momentos (ω total = 0,79 a 0,82; ω DFS = 0,75 a 0,81; ω AI = 0,66 a 0,76; ω FI = 0,84 a 0,85).

4.6.6 Busca pela muscularidade

A *Drive for Muscularity Scale* (DMS) é uma escala composta por 15 itens de autorrelato, apresentados em uma escala do tipo *Likert* de 6 pontos (1 = sempre a 6 = nunca) (McCREARY; SASSE, 2000). No presente estudo a DMS foi utilizada com o objetivo de avaliar atitudes e comportamentos em relação a busca pela muscularidade. Seu escore varia de 15 a 90. Quanto maior a pontuação mais prevalente serão as atitudes e comportamentos dos indivíduos em relação à busca pela muscularidade. Entretanto, para cálculo do escore total a pontuação de cada item deve ser invertida. A escala original possui dois fatores: a) *Muscularity-oriented body image*; e b) *Muscularity-oriented behavior*.

A DMS foi adaptada para população de jovens adultos brasileiros e apresentou adequadas propriedades psicométricas (CAMPANA *et al.*, 2013). Entretanto, depois do pobre ajuste do modelo com os 15 itens originais, os autores optaram por excluir os itens 7, 9 e 10. Dessa forma, um modelo com 12 itens e dois fatores (*Muscularity-oriented body image* [OBI] e *Muscularity-oriented behavior* [OB]) apresentou valores adequados de consistência interna, validade convergente e discriminante (ANEXO K; CAMPANA *et al.*, 2013). O escore total da DMS pode variar de 12 a 72, de forma que, quanto maior a pontuação maior a prevalência de atitudes e comportamentos de busca pela muscularidade. Assim, a versão com 12 itens foi utilizada na presente pesquisa e apresentou adequada consistência interna ao longo de todas as medidas (ω = 0,88 a 0,89). Ademais, a consistência interna dos fatores de OBI (ω = 0,87 a 0,92) e OB (ω = 0,86 a 0,90) também foi adequada.

²⁷ Para a presente pesquisa, fez-se necessário a adaptação transcultural e análise psicométrica de dois instrumentos, a saber, MBAS-R e MDDI.

4.6.7 Insatisfação corporal como um todo

A *Male Body Dissatisfaction Scale* (MBDS) é uma escala composta por 25 itens de autorrelato respondidos em escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = sempre/concordo fortemente a 5 = nunca/discordo fortemente), destinados a avaliar a insatisfação masculina em relação ao corpo (OCHNER; GRAY; BRICKNER, 2009). Outra avaliação sequencial é utilizada considerando o grau de importância que cada afirmação tem para o sujeito (1 = sem importância a 10 = grande importância). Para calcular o escore total da escala cada item é dividido por 10 e em sequência multiplicado pela resposta dada a escala *Likert* aos itens (1 a 5). A pontuação total da escala varia de 2,5 a 125, com escores mais altos indicando maior insatisfação corporal (OCHNER; GRAY; BRICKNER, 2009). Por meio de análise fatorial exploratória os autores da escala original propuseram uma estrutura com três fatores: a) *Musculature*; b) *Definition*; e c) *Standing/external evaluation*. No presente estudo, a MBDS foi utilizada para avaliar a insatisfação corporal como um todo.

A MBDS foi traduzida e adaptada para população brasileira (CARVALHO *et al.*, 2013b), e apresentou adequada estrutura fatorial, validade convergente, consistência interna e confiabilidade teste-reteste (CARVALHO *et al.*, 2015). A versão brasileira manteve os 25 itens originais do instrumento, porém apresenta estrutura fatorial composta por dois fatores: a) *Dissatisfaction with body muscularity*; e b) *Positive muscle attributes*.

Com o objetivo de apresentar um modelo reduzido deste instrumento, Silva *et al.* (2017) apresentaram uma versão da MBDS com 12 itens, subdivididos em dois fatores (*Dissatisfaction with musculature* [MUS] e *Dissatisfaction with general body appearance* [GEN]). A versão com apenas 12 itens apresentou adequada validade fatorial, convergente, discriminante, consistência interna e confiabilidade composta (SILVA *et al.*, 2017). Os autores, por meio de um algoritmo específico, propuseram uma fórmula para o cálculo do escore total da medida. Assim, ele pode variar de 1,2 a 60, de modo que, quanto maior a pontuação, maior a insatisfação corporal. Dessa forma, a versão reduzida da MBDS proposta por Silva *et al.* (2017) foi utilizada na presente pesquisa para avaliar a insatisfação corporal como um todo (ANEXO L). Na presente amostra o escore total da MBDS demonstrou adequada consistência interna em todos os momentos de avaliação ($\omega = 0,65$ a $0,71$). Além disso, os fatores de MUS ($\omega = 0,78$ a $0,80$) e GEN ($\omega = 0,72$ a $0,83$) também apresentaram valores adequados.

4.6.8 Insatisfação com a musculatura, gordura e altura corporal

A MBAS é uma escala composta por 24 itens de autorrelato apresentados em escala do tipo *Likert* de 6 pontos (1 = nunca a 6 = sempre), destinados a avaliar atitudes negativas dos homens em relação ao corpo (TYLKA; BERGERON; SCHWARTZ, 2005). Seu escore varia de 24 a 144. Para se obter o escore total os itens devem ser somados, assim quanto maior a pontuação maior a insatisfação corporal. O instrumento apresenta uma estrutura de três fatores: a) *Muscularity*; b) *Low body fat*; e c) *Height*.

Com o objetivo de superar limitações dessa medida, Ryan *et al.* (2011) construíram uma versão revisada, a chamada *Male Body Attitudes Scale-Revised* (MBAS-R). Esse instrumento consta de 15 itens, de autorrelato, respondidos em uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = Nunca a 5 = Sempre). Assim, o escore total da MBAS-R pode variar de 15 a 75, de forma que, quanto maior a pontuação, maior a insatisfação corporal. Esse instrumento apresentou adequada validade fatorial, preditiva, discriminante e consistência interna para a amostra de jovens adultos iranianos (RYAN *et al.*, 2011) com uma estrutura de três fatores: a) *Muscularity* (MUS); b) *Low body fat* (BF); e c) *Height* (HT). Desse modo, no presente estudo a MBAS-R foi utilizada para avaliar a insatisfação com a musculatura, gordura corporal e altura.

A MBAS-R (ANEXO M) foi traduzida e adaptada para homens brasileiros (ALMEIDA; GOMES; CARVALHO, 2019) e posteriormente apresentou adequada consistência interna, validade fatorial e convergente para jovens adultos universitários (ALMEIDA *et al.*, 2020a, submetido). No presente estudo a consistência interna da MBAS-R ($\omega = 0,77$ a $0,83$), bem como dos fatores de MUS ($\omega = 0,85$ a $0,88$), BF ($\omega = 0,87$ a $0,88$) e HT ($\omega = 0,72$ a $0,78$) foram adequadas para todos os quatro momentos de avaliação.

4.6.9 Insatisfação com o peso e a forma corporal

O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) é um questionário composto por 34 itens de autorrelato em formato de escala tipo *Likert* de 6 pontos (1 = nunca a 6 = sempre), destinados a avaliar a insatisfação dos indivíduos em relação ao peso e a forma corporal (COOPER *et al.*, 1987). Para obtenção do escore total do instrumento são somadas as pontuações de cada item. Seu escore total varia de 34 a 204. Quanto maior a pontuação, maior a insatisfação com o peso e a forma corporal. Di Pietro e Silveira (2009) propõem que o indivíduo, pode ainda ser

classificado em relação ao seu nível de insatisfação corporal: nenhuma (menor ou igual a 110); leve (maior que 110 e igual ou menor a 138); moderada (maior que 138 e igual ou menor a 167); grave (maior que 167).

O BSQ foi adaptado e teve suas propriedades psicométricas testadas para população não-clínica de jovens brasileiros, apresentando adequada validade fatorial e consistência interna (DI PIETRO; SILVEIRA, 2009). O questionário apresentou uma estrutura composta por quatro fatores: a) *Self-perception of body shape*; b) *Comparative perception of body image*; c) *Attitude concerning body image alteration*; d) *Severe alterations in body perception*.

Posteriormente, Silva *et al.* (2014) avaliaram a validade fatorial, convergente, divergente e consistência interna das versões com oito, 16 e 34 itens do BSQ. Os autores concluíram que todas as versões do instrumento apresentaram bons indicadores psicométricos, com destaque para o BSQ-8, que apresentou maior similaridade com o instrumento original (SILVA *et al.*, 2014). O escore total do BSQ-8 pode variar de 8 a 48, de maneira que, quanto maior a pontuação maior a insatisfação com o peso e a forma corporal. Diante dessas evidências, o BSQ-8 (ANEXO N) foi utilizado no presente estudo. A consistência interna do BSQ-8 avaliada pelo coeficiente ω de McDonald variou de 0,83 a 0,84 ao longo das quatro avaliações.

4.6.10 Apreciação corporal

A *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2) (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015) é uma escala composta por 10 itens de autorrelato apresentados em uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1 = nunca a 5 = sempre). O instrumento tem como principal objetivo avaliar a aceitação corporal, as opiniões positivas e respeito dos indivíduos pelo próprio corpo. Seu escore pode variar de 10 a 50 e quanto maior o escore maior a imagem corporal positiva. A BAS-2 apresentou uma estrutura fatorial unidimensional, adequada consistência interna, confiabilidade teste-reteste (intervalo de duas semanas), validade convergente, incremental e discriminante (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). No presente estudo, a BAS-2 foi utilizada para avaliar os principais sentimentos de apreciação corporal.

A versão brasileira da BAS-2 foi traduzida e adaptada para população brasileira de jovens adultos de ambos os sexos e apresentou adequada estrutura fatorial, consistência interna, confiabilidade teste-reteste (intervalo de três semanas) e validade de construto

(JUNQUEIRA *et al.*, 2019). Desse modo, a versão brasileira da BAS-2 proposta por Junqueira *et al.* (2019) foi utilizada na presente pesquisa (ANEXO O) e apresentou adequada consistência interna em todos os momentos ($\omega = 0,90$ a $0,93$).

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, foi realizada tabulação dos dados para ambos os grupos (GI e GC), nos quatro momentos do estudo (pré-intervenção, pós-intervenção, *follow-up* de quatro e 24 semanas). Posteriormente, devido ao elevado tamanho amostral, foi realizado o teste de Komolgorov-Smirnov, indicando que os dados seguiam uma distribuição normal, bem como apresentavam valores adequados de assimetria ($Sk \leq 3$) e curtose ($Ku \leq 7$). Em relação a estatística dedutiva, as variáveis categóricas, foram descritas em frequência absoluta e relativa. Em contrapartida, as variáveis discretas e contínuas foram analisadas por meio da média e desvio padrão.

Para garantir o pareamento entre GI e GC, análises de associação e comparação foram conduzidas para todas as variáveis. Para identificar a associação entre as variáveis categóricas utilizou-se o teste de qui-quadrado (χ^2) em conjunto com o V de Cramer para avaliar o efeito. Em contrapartida, para comparação entre as variáveis discretas e contínuas de ambos os grupos o teste t – Student de amostras independentes foi utilizado.

Análise por intenção de tratar foi realizada através do módulo de modelos mistos do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (IBM Versão 21.0) para comparar os dois grupos (GI e GC) e cada variável dependente ao longo do tempo. Para estimar o modelo, o método de máxima verossimilhança foi utilizado para lidar com todos os dados faltantes (SCHAFER; GRAHAM, 2002). Os preditores em cada modelo foram o tempo, os grupos de intervenção (GI ou GC) e a interação entre o grupo e o tempo. Adicionalmente, em todos os modelos uma interceptação aleatória dos sujeitos foi adicionada e a variância dos componentes da estrutura de correlação foi utilizada. O melhor ajustamento para o modelo foi selecionado com base no *Bayesian Information Criteria* (BIC) e no *Akaike Information Criteria* (AIC), de modo que, para ambos quanto menor melhor o ajustamento (BAUTISTA, PAVLAKIS, RAJAGOPAL, 2018; GREVEN, KNEIB, 2010). Ademais, para permitir um efeito não linear do tempo nos quatro momentos do estudo (pré-intervenção, pós-intervenção, *follow-up* de quatro e 24 semanas) um efeito quadrático foi adicionado. A adição desse efeito

demonstrou um melhor ajuste do BIC e AIC em comparação aos demais modelos testados. Para calcular o tamanho de efeito (d de Cohen) foi utilizada a fórmula proposta por Cohen (1992). Valores de 0,20, 0,50 e 0,80 foram considerados pequeno, médio e grande, respectivamente (COHEN, 1992).

Buscando compreender se as mudanças ocorridas na variável de internalização do corpo ideal poderiam mediar os efeitos da intervenção para os sintomas TAs e DM, análises de mediação simples foram conduzidas. Assim, o modelo estatístico foi representado pelas equações 1 e 2 propostas por (HAYES, 2017):

$$(1) M = i_1 + aX + e_M$$

$$(2) Y = i_2 + c'X + bM + e_Y$$

Desse modo, i_1 e i_2 são os interceptos da regressão, e_M e e_Y são os erros ao estimar M e Y , respectivamente, e a , b e c' são os coeficientes de regressão, dadas as variáveis do modelo (HAYES, 2017). Para identificar os efeitos indiretos, procedeu-se com a análise do intervalo de confiança com *bootstrapping* dos dados (5.000 reamostragens). O Macro PROCESS (Versão 3.4) no SPSS (IBM, Versão 21.0) foi utilizado para análise de mediação.

Para avaliar a consistência interna dos instrumentos e de seus respectivos fatores, foi utilizado o coeficiente Ômega de McDonald (ω). Valores de ω superiores a 0,70 foram considerados adequados (REISE; BONIFAY; HAVILAND, 2013). Para o cálculo da consistência interna o *software* JASP v. 0.11.1 (Equipe JASP, 2019; Universidade de Amsterdã, Holanda) foi utilizado. Ademais, para todos os testes o nível de significância adotada foi de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

Para maior entendimento os resultados foram divididos em tópicos, a saber: a) análises descritivas e caracterização da amostra; b) aceitação da intervenção; c) efeitos da intervenção; e d) análises de mediação.

5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Um total de 260 homens manifestaram interesse em participar da pesquisa e responderam aos questionários (pré-intervenção). Contudo, 32 não apresentavam insatisfação corporal, 23 alegaram possuir um transtorno mental (ansiedade ou depressão), 3 um TA (BN ou TCA) e 22 se autoidentificaram como homossexuais ou bissexuais, levando a exclusão de 80 sujeitos. A Tabela 1 descreve os dados sociodemográficos, econômicos e o nível de insatisfação com a gordura, musculatura e com o corpo como um todo.

Os 180 homens incluídos no estudo foram alocados em dois grupos, a saber, GI ($n = 89$) e GC ($n = 91$). O GI apresentou uma idade média de 20,19 anos ($DP = 2,26$ anos), com um valor de IMC médio de 23,16 kg/m² ($DP = 3,37$). Já para o GC, a média de idade foi de 20,81 anos ($DP = 2,59$ anos), e o valor médio do IMC foi de 24,06 kg/m² ($DP = 3,89$). Em relação a idade ($t(178) = -1,715, p = 0,088, d = -0,256$) e o IMC ($t(178) = -1,650, p = 0,101, d = -0,246$) não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Além disso, 82,0% ($n = 73$) dos homens do GI e 84,6% ($n = 77$) dos homens do GC autorrelataram se sentir preocupados com sua imagem corporal, não apresentando associação entre alocação de grupo e essa variável ($\chi^2(1) = 0,218, p = 0,64; V - Cramer = 0,035$).

Observa-se que no tocante ao curso de graduação para ambos os grupos o curso que apresentou maior participação foi o de Educação Física (33,3%), seguido em uma ordem decrescente por Administração (25,0%), Direito (19,4%), Ciências Econômicas (11,1%) e outros²⁸ (22,2%). Além disso, a maioria dos participantes cursava o 1º ou 2º período de graduação (59,5%).

No que se refere aos critérios de cor ou raça, na amostra total, houve predominância de indivíduos Pardos (57,2%), seguidos em ordem decrescente de frequência relativa por Brancos (32,2%), Pretos (9,4%) e outras origens étnicas (1,2%). Como esperado, por se tratar

²⁸ Ciências contábeis (8,76%), Medicina (4,59%), Fisioterapia (3,87%), Odontologia (3,87%) e Nutrição (1,11%).

de uma amostra de jovens universitários, o estado civil solteiro foi o mais frequente (97,8%), com apenas quatro participantes casados (2,2%). Ademais, a extensa maioria dos participantes relatou residir com os pais, seguido por amigos, somente com a mãe e outros arranjos sociais (Tabela 1).

No que concerne à classe econômica, os indivíduos do GI relataram uma maior frequência do estrato B1, seguido de B2, A2, A1, C1 e C2. Analogamente, o GC descreveu com maior frequência o estrato B1, seguido de A1, A2, B2, C1 e C2. Contudo, menos de 10% da amostra total encontra-se nos estratos C1 e C2; além disso, nenhum participante relatou pertencer ao estrato D/E (Tabela 1). Teste de associação ($\chi^2 (5) = 3,993, p = 0,54; V - Cramer = 0,149$) não apresentou discrepância de distribuição entre os grupos quanto a classificação econômica.

Em relação às perguntas destinadas a inclusão amostral (amostra seletiva), a saber, a insatisfação corporal geral ($t (178) = 0,130, p = 0,89, d = 0,019$), com a musculatura ($t (178) = 0,781, p = 0,43, d = 0,116$) e com a gordura corporal ($t (178) = 0,334, p = 0,73, d = 0,050$) os grupos não apresentam diferenças significantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Análises descritivas dos dados sociodemográficos, nível econômico, insatisfação corporal como um todo, com a musculatura e gordura divididas entre os Grupo Intervenção (GI) e Controle (GC)

Variáveis	GI (n = 89)	GC (n = 91)
Curso de graduação^a		
Administração	7 (7,9%)	18 (19,8%)
Ciências Econômicas	2 (2,2%)	18 (19,8%)
Ciências Contábeis	8 (9,0%)	4 (4,4%)
Direito	19 (21,3%)	16 (17,6%)
Educação Física	38 (42,7%)	22 (24,2%)
Farmácia	2 (2,2%)	6 (6,6%)
Fisioterapia	4 (4,5%)	1 (1,1%)
Medicina	5 (5,6%)	3 (3,3%)
Nutrição	-	2 (2,2%)
Odontologia	4 (4,5%)	1 (1,1%)
Período^a		
1° ao 2°	57 (64,1%)	50 (55%)
3° ao 4°	11 (12,4%)	16 (17,6%)
5° ao 6°	13 (14,6%)	10 (11%)
7° ao 8°	7 (7,8%)	12 (13,2%)
9° ao 10°	1 (1,1%)	3 (3,3%)
Cor ou Raça^a		
Branca	25 (28,1%)	33 (36,3%)
Amarela	-	1 (1,1%)
Preta	10 (11,2%)	7 (7,7%)
Parda	54 (60,7%)	49 (53,8%)
Indígena	-	1 (1,1%)
Estado civil^a		
Solteiro	88 (98,9%)	88 (96,7%)
Casado	1 (1,1%)	3 (3,3%)
Você reside com...^a		
Com seus pais	35 (39,3%)	40 (44,0%)
Sozinho	8 (9,0%)	3 (3,3%)
Somente com a mãe	12 (13,5%)	11 (12,1%)
Com amigos	18 (20,2%)	29 (31,9%)

Esposa	1 (1,1%)	3 (3,3%)
Outros	15 (16,9%)	5 (5,5%)
CCEB^a		
A1	14 (15,7%)	19 (20,9%)
A2	17 (19,1%)	17 (18,7%)
B1	30 (33,7%)	32 (35,2%)
B2	19 (21,3%)	11 (12,1%)
C1	8 (9,0%)	9 (9,9%)
C2	1 (1,1%)	3 (3,3%)
Insatisfação com o corpo^b	5,47 (1,91)	5,43 (1,98)
Insatisfação com a musculatura^b	5,48 (2,33)	5,37 (2,06)
Insatisfação com a gordura^b	5,07 (2,61)	4,76 (2,70)

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Legenda: ^aResultado expresso em frequência absoluta e relativa – N (%); ^bResultado expresso em média e desvio-padrão – M (DP); CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil.

5.2 ACEITAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Tendo em consideração a aceitação da intervenção, a taxa de retenção do GI pré-intervenção para 24 semanas de *follow-up* foi de 94,3% ($n = 84$). De modo similar, a retenção do GC foi de 90,1% ($n = 82$). Não foi observada associação entre grupo e retenção ($\chi^2(1) = 0,075$, $p = 0,78$; $V - Cramer = 0,020$). Ao comparar os indivíduos que deixaram a intervenção ($n = 14$) com aqueles que completaram todas as etapas não houve diferença significativa em relação à idade ($t(178) = -1,468$, $p = 0,16$, $d = -0,219$), IMC ($t(178) = -0,712$, $p = 0,48$, $d = -0,106$), ou qualquer outra variável dependente no pré-intervenção ($p \geq 0,13$), com exceção da subescala HT da MBAS-R ($t(178) = -0,910$, $p = 0,01$, $d = -0,187$).

Em relação à aceitação do programa “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos” todos os itens da escala apresentaram média igual ou superior a 6,47 ($DP = 0,49$ a $0,72$). Ademais, todos os participantes completaram pelo menos duas atividades para casa entre as sessões e 93,2% ($n = 83$) completaram todas as atividades.

5.3 EFEITOS DA INTERVENÇÃO

A Tabela 2 apresenta as médias marginais estimadas para cada variável do estudo considerando os quatro momentos (pré-intervenção, pós-intervenção, quatro semanas e 24 semanas de *follow-up*) e o grupo de alocação (GI ou GC), bem como o tamanho de efeito observado (d de Cohen). Já a Tabela 3 descreve as estimativas de efeitos fixos e aleatórios do modelo, bem como os componentes da variância para todas as variáveis de desfecho primário.

Tabela 2 – Médias marginais estimadas em cada momento do estudo para os grupos intervenção (GI) e controle (GC)

Instrumentos	Pré-intervenção		Pós-intervenção		4 semanas <i>follow-up</i>		24 semanas <i>follow-up</i>		<i>d</i> Cohen entre as condições		
	Média (EP)		Média (EP)		Média (EP)		Média (EP)		Pós-intervenção	4 semanas <i>follow-up</i>	24 semanas <i>follow-up</i>
	GI (n = 89)	GC (n = 91)	GI (n = 89)	GC (n = 91)	GI (n = 89)	GC (n = 91)	GI (n = 89)	GC (n = 91)			
SATAQ-4	26,87 (0,76)	27,33 (0,75)	26,07 (0,74)	27,58 (0,73)	22,88*** (0,82)	28,54 (0,81)	23,46*** (0,82)	27,29 (0,82)	0,33 (0,04, 0,63)	1,10 (0,78, 1,40)	0,78 (0,47, 1,08)
EAT-26	11,23 (0,71)	10,30 (0,70)	10,51 (0,67)	10,31 (0,67)	7,66** (0,77)	10,36 (0,76)	7,89* (0,77)	10,33 (0,77)	0,03 (-0,26, 0,32)	0,37 (0,08, 0,67)	0,33 (0,04, 0,63)
MDDI total	27,46 (0,67)	27,36 (0,66)	26,59 (0,64)	27,38 (0,63)	23,15*** (0,73)	27,45 (0,72)	24,41** (0,73)	27,36 (0,73)	0,13 (-0,42, 0,16)	0,63 (0,32, 0,92)	0,43 (0,13, 0,72)
MDDI-DFS	13,12 (0,40)	12,82 (0,39)	12,71 (0,38)	12,87 (0,38)	11,11** (0,43)	13,06 (0,42)	11,64* (0,43)	13,11 (0,43)	0,04 (-0,34, 0,25)	0,48 (0,19, 0,78)	0,36 (0,06, 0,65)
MDDI-FI	6,39 (0,28)	6,54 (0,28)	6,15 (0,27)	6,53 (0,27)	5,22** (0,30)	6,50 (0,30)	5,77 (0,39)	6,14 (0,30)	0,15 (-0,44, 0,14)	0,45 (0,15, 0,74)	0,11 (0,18, 0,40)
MDDI-AI	7,95 (0,30)	8,00 (0,30)	7,72 (0,29)	7,97 (0,29)	6,82* (0,32)	7,88 (0,32)	7,00* (0,32)	8,10 (0,32)	0,09 (-0,38, 0,20)	0,35 (0,05, 0,64)	0,36 (0,07, 0,66)
DMS total	33,35 (1,08)	32,43 (1,07)	31,82 (1,04)	32,10 (1,03)	25,77** (1,17)	30,84 (1,15)	27,23** (1,14)	32,21 (1,17)	0,03 (-0,32, 0,26)	0,46 (0,16, 0,75)	0,45 (0,16, 0,75)
DMS-OBI	18,37 (0,59)	17,27 (0,58)	17,39 (0,56)	17,22 (0,56)	13,53*** (0,64)	17,05 (0,63)	14,94** (0,64)	17,50 (0,64)	0,03 (-0,26, 0,32)	0,58 (0,28, 0,88)	0,42 (0,12, 0,72)
DMS-OB	14,98 (0,70)	15,15 (0,69)	14,43 (0,67)	14,88 (0,66)	12,24 (0,76)	13,79 (0,75)	12,28* (0,76)	14,71 (0,76)	0,07 (-0,36, 0,22)	0,22 (0,08, 0,51)	0,34 (0,04, 0,63)
MBDS total	5,71 (0,08)	5,84 (0,08)	5,61 (0,07)	5,81 (0,07)	5,22*** (0,09)	5,67 (0,09)	5,39** (0,09)	5,74 (0,09)	0,30 (0,01, 0,60)	0,53 (0,23, 0,83)	0,40 (0,11, 0,70)
MBDS-GEN	2,78 (0,06)	2,83 (0,06)	2,77 (0,06)	2,83 (0,05)	2,74 (0,06)	2,83 (0,06)	2,72 (0,06)	2,78 (0,06)	0,12 (-0,41, 0,18)	0,16 (-0,45, 0,13)	0,11 (-0,40, 0,19)
MBDS-MUS	2,93 (0,06)	3,05 (0,06)	2,83 (0,06)	2,97 (0,06)	2,47*** (0,07)	2,83 (0,07)	2,67** (0,07)	2,96 (0,07)	0,25 (-0,54, 0,05)	0,53 (0,23, 0,83)	0,43 (0,13, 0,72)
MBAS-R total	38,18 (0,81)	38,12 (0,80)	37,14 (0,78)	38,08 (0,77)	32,99*** (0,88)	37,93 (0,87)	33,79*** (0,88)	37,85 (0,88)	0,13 (-0,42, 0,17)	0,60 (0,29, 0,89)	0,49 (0,19, 0,78)
MBAS-R-MUS	20,73 (0,50)	20,52 (0,50)	20,16 (0,48)	20,46 (0,48)	17,91** (0,55)	20,20 (0,54)	18,16* (0,55)	20,13 (0,55)	0,07 (-0,36, 0,23)	0,44 (0,15, 0,74)	0,38 (0,08, 0,67)
MBAS-R-BF	11,11 (0,47)	11,13 (0,46)	10,71 (0,45)	11,12 (0,45)	9,13** (0,49)	11,06 (0,49)	9,73** (0,49)	11,24 (0,49)	0,10 (-0,39, 0,20)	0,42 (0,12, 0,71)	0,33 (0,03, 0,62)
MBAS-R-HT	6,34 (0,28)	6,45 (0,28)	6,26 (0,27)	6,49 (0,27)	5,96 (0,30)	6,66 (0,30)	5,91 (0,30)	6,46 (0,30)	0,09 (-0,38, 0,20)	0,25 (-0,54, 0,05)	0,19 (-0,49, 0,10)
BSQ-8	18,06 (0,72)	18,93 (0,71)	17,31 (0,69)	18,87 (0,68)	14,36*** (0,76)	18,62 (0,75)	15,46*** (0,76)	19,52 (0,77)	0,24 (-0,53, 0,05)	0,64 (0,34, 0,94)	0,56 (0,26, 0,86)
BAS-2	37,31 (0,64)	35,64 (0,63)	37,99** (0,62)	35,66 (0,61)	40,72*** (0,69)	35,78 (0,61)	40,32*** (0,69)	36,53 (0,69)	0,40 (0,10, 0,69)	0,80 (0,49, 1,10)	0,58 (0,28, 0,87)

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Legenda: EP: Erro padrão; SATAQ-4: *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4* (subescalas de Internalização Magro/Pouca gordura corporal e Internalização Muscular/Atlético); EAT-26: *Eating Attitudes Test-26*; MDDI: *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; MDDI - DFS: *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory - subescala Drive for Size*; MDDI - FI: *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory - subescala Functional Impairment*; MDDI - AI: *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory - subescala Appearance Intolerance*; DMS: *Drive for Muscularity Scale*; DMS - OBI: *Drive for Muscularity Scale - subescala Muscularity-oriented body image*; DMS - OB: *Drive for Muscularity Scale - subescala Muscularity-oriented behavior*; MBDS: *Male Body Dissatisfaction Scale*; MBDS - GEN: *Male Body Dissatisfaction Scale - subescala Dissatisfaction with general body appearance*; MBDS - MUS: *Male Body Dissatisfaction Scale - subescala Dissatisfaction with musculature*; MBAS-R: *Male Body Attitudes Scale-Revised*; MBAS-R - MUS: *Male Body Attitudes Scale-Revised - subescala Muscle dissatisfaction*; MBAS-R - BF: *Male Body Attitudes Scale-Revised - subescala Body fat dissatisfaction*; MBAS-R - HT: *Male Body Attitudes Scale-Revised - subescala Height dissatisfaction*; BSQ-8: *Body Shape Questionnaire-8*; BAS-2: *Body Appreciation Scale-2*.

Efeito entre os grupos: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 3 – Estimativas de efeitos fixos e componentes da variância para as variáveis de desfecho primário

Parâmetros	Efeitos fixos						Variância	
	Interceptação γ (EP)	Tempo γ (EP)	Grupo γ (EP)	Tempo x Grupo γ (EP)	Tempo x Tempo γ (EP)	Tempo x Tempo x Grupo γ (EP)	Entre os sujeitos γ (EP)	Interceptação γ (EP)
SATAQ-4	27,29*** (0,76)	0,04* (0,02)	-0,28 (1,08)	-0,18*** (0,03)	-0,00* (0,00)	0,00*** (0,00)	17,23*** (1,07)	41,48*** (4,90)
EAT-26	10,30*** (0,71)	0,00 (0,02)	1,04 (1,01)	-0,12*** (0,03)	-0,00 (0,00)	0,00*** (0,00)	19,50*** (1,22)	32,72*** (4,02)
MDDI total	27,36*** (0,67)	0,00 (0,02)	0,25 (0,95)	-0,15*** (0,02)	-0,00 (0,00)	0,00*** (0,00)	16,20*** (1,01)	30,31*** (3,71)
MDDI-DFS	12,81*** (0,40)	0,00 (0,01)	0,38 (0,56)	-0,07*** (0,01)	-0,00 (0,00)	0,00*** (0,00)	5,58*** (0,34)	10,79*** (1,29)
MDDI-FI	6,54*** (0,28)	-0,00 (0,00)	-0,11 (0,40)	-0,04*** (0,01)	-0,00 (0,00)	0,00*** (0,00)	2,58*** (0,16)	5,57*** (0,67)
MDDI-AI	8,00*** (0,30)	-0,00 (0,00)	-0,01(0,43)	-0,03** (0,01)	0,00 (0,00)	0,00** (0,00)	2,81*** (0,17)	6,54*** (0,78)
DMS total	32,48*** (1,08)	-0,05 (0,03)	1,12 (1,54)	-0,20*** (0,04)	0,00 (0,00)	0,00*** (0,00)	39,18*** (2,44)	80,26*** (9,56)
DMS-OBI	17,28*** (0,59)	-0,00 (0,01)	1,25 (0,84)	-0,16*** (0,02)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	12,73*** (0,79)	23,26*** (2,81)
DMS-OB	15,20*** (0,70)	-0,04* (0,02)	-0,13 (1,00)	-0,04 (0,03)	0,00* (0,00)	0,00 (0,22)	18,27*** (1,14)	32,57*** (3,95)
MBDS total	5,85*** (0,08)	-0,00* (0,00)	-0,12*(0,11)	-0,01** (0,00)	0,00* (0,00)	0,00* (0,00)	0,34*** (0,02)	0,37*** (0,04)
MBDS-GEN	2,83*** (0,06)	0,00 (0,00)	-0,04 (0,08)	-0,00 (0,00)	-0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,14*** (0,00)	0,25*** (0,03)
MBDS-MUS	3,02*** (0,06)	-0,00** (0,00)	-0,07 (0,09)	-0,00** (0,00)	0,00** (0,00)	0,00** (0,00)	0,22*** (0,01)	0,27*** (0,03)
MBAS-R total	38,12*** (0,81)	-0,00 (0,02)	0,24 (1,15)	-0,17*** (0,03)	0,00 (0,00)	0,00*** (0,00)	22,09*** (1,38)	45,44*** (5,46)
MBAS-R-MUS	20,53*** (0,50)	-0,01 (0,01)	0,28 (0,72)	-0,08*** (0,02)	0,00 (0,00)	0,00*** (0,00)	9,10*** (0,56)	17,17*** (2,07)
MBAS-R-BF	11,14*** (0,46)	-0,00 (0,01)	0,04 (0,66)	-0,06*** (0,01)	0,00 (0,00)	0,00*** (0,00)	5,13*** (0,32)	16,50*** (1,89)
MBAS-R-HT	6,44*** (0,28)	0,00 (0,00)	-0,08 (0,40)	-0,02 (0,01)	-0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	2,51*** (0,15)	5,70*** (0,68)
BSQ-8	18,95*** (0,71)	-0,01 (0,01)	-0,75 (1,01)	-0,11*** (0,02)	0,00 (0,00)	0,00*** (0,00)	14,01*** (0,87)	37,24*** (4,33)
BAS-2	35,64*** (0,64)	0,00 (0,01)	1,55 (0,91)	0,11*** (0,02)	0,00* (0,00)	-0,00*** (0,00)	13,12*** (0,81)	28,97*** (3,42)

Fonte: Elaborada pelo autor (2020).

Legenda: EP: Erro padrão; SATAQ-4: *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4* (subescalas de Internalização Magro/Pouca gordura corporal e Internalização Muscular/Atlético); EAT-26: *Eating Attitudes Test-26*; MDDI: *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; MDDI - DFS: *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory - subescala Drive for Size*; MDDI - FI: *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory - subescala Functional Impairment*; MDDI - AI: *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory - subescala Appearance Intolerance*; DMS: *Drive for Muscularity Scale*; DMS - OBI: *Drive for Muscularity Scale - subescala Muscularity-oriented body image*; DMS - OB: *Drive for Muscularity Scale - subescala Muscularity-oriented behavior*; MBDS: *Male Body Dissatisfaction Scale*; MBDS - GEN: *Male Body Dissatisfaction Scale - subescala Dissatisfaction with general body appearance*; MBDS - MUS: *Male Body Dissatisfaction Scale - subescala Dissatisfaction with musculature*; MBAS-R: *Male Body Attitudes Scale-Revised*; MBAS-R - MUS: *Male Body Attitudes Scale-Revised - subescala Muscle dissatisfaction*; MBAS-R - BF: *Male Body Attitudes Scale-Revised - subescala Body fat dissatisfaction*; MBAS-R - HT: *Male Body Attitudes Scale-Revised - subescala Height dissatisfaction*; BSQ-8: *Body Shape Questionnaire-8*; BAS-2: *Body Appreciation Scale-2*.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

5.3.1 Internalização do corpo ideal

Os resultados do SATAQ-4 (subescalas de Internalização Magro/Pouca gordura corporal e Internalização Muscular/Atlético) demonstraram um efeito significativo do tempo ($b = 0,04$, $t = 2,05$, $p < 0,05$). Além disso, uma interação significativa entre grupo x tempo ($b = -0,18$, $t = -6,06$, $p < 0,001$), indicou uma diferença na trajetória da internalização do corpo ideal ao longo do tempo entre as condições da intervenção, com o GI demonstrando escores inferiores e significantes em comparação ao GC (Tabela 3). Contrariando parcialmente as hipóteses do estudo, o GI demonstrou escores inferiores e não significantes comparados ao GC pós-intervenção ($p = 0,14$; d entre os grupos = $0,33$; Tabela 2). Como esperado, os ganhos da intervenção foram observados em 4 semanas ($p < 0,001$; d entre os grupos = $1,10$) e 24 semanas de *follow-up* ($p < 0,001$; d entre os grupos = $0,78$).

5.3.2 Comer transtornado

Os resultados para o EAT-26 não demonstraram redução significativa nos sintomas do comer transtornado ao longo do tempo ($b = 0,00$, $t = 0,08$, $p = 0,93$; Tabela 3). Como hipotetizado, uma interação significativa grupo x tempo ($b = -0,12$, $t = -3,94$, $p < 0,001$) indicou que o GI demonstrou pontuações no EAT-26 significativamente mais baixas em comparação com a GC ao longo do tempo. Esses efeitos não foram observados no pós-intervenção ($p = 0,83$, d entre os grupos = $0,03$; Tabela 2). No entanto, os efeitos da intervenção foram observados em 4 semanas ($p < 0,001$; d entre os grupos = $0,37$) e 24 semanas de *follow-up* ($p < 0,001$; d entre os grupos = $0,33$).

5.3.3 Sintomas de DM

Os resultados do escore total do MDDI não demonstraram um efeito significativo do tempo ($b = 0,00$, $t = 0,14$, $p = 0,88$). Entretanto, como previsto, houve uma interação significativa grupo x tempo ($b = -0,15$, $t = -5,29$, $p < 0,001$), sugerindo que a trajetória dos escores do MDDI desde o pré-intervenção até 24 semanas de *follow-up* diferiu entre os grupos, com uma redução dos escores ao longo do tempo para o GI (Tabela 3). A comparação das médias dos grupos revelou que, embora as condições não tenham diferido pós-intervenção ($p = 0,38$, d entre os grupos = $0,13$; Tabela 2), o GI demonstrou escores significativamente

mais baixos em comparação GC em 4 semanas ($p < 0,001$, d entre os grupos = 0,63) e 24 semanas de *follow-up* ($p < 0,001$, d entre os grupos = 0,43).

Modelos independentes também foram conduzidos para as três subescalas do MDDI (Tabela 3). Em primeiro lugar, para a subescala de DFS, não houve efeito significativo do tempo ($b = 0,00$, $t = 0,70$, $p = 0,48$) e, como hipotetizamos, uma interação grupo x tempo foi observada ($b = -0,07$, $t = -4,60$, $p < 0,001$), indicando que o GI demonstrou um declínio mais acentuado nos escores de DFS ao longo do tempo em comparação ao GC (Tabela 2). O GI não demonstrou sintomas DFS significativamente menores em comparação ao GC no pós-intervenção ($p = 0,77$; Tabela 2). Todavia, mudanças estatisticamente significantes foram observadas em 4 semanas ($p = 0,002$, d entre os grupos = 0,48) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,018$, d entre os grupos = 0,36).

Os resultados da subescala FI não demonstraram um efeito significativo do tempo ($b = -0,00$, $t = -0,11$, $p = 0,90$). Entretanto, uma interação grupo x tempo significativa ($b = -0,04$, $t = -3,45$, $p < 0,001$) demonstrou um declínio nas pontuações do GI em comparação ao GC ao longo do tempo (Tabela 3). A comparação das médias dos grupos não diferiu no pós-intervenção ($p = 0,32$, d entre os grupos = 0,15) e em 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,39$, d entre os grupos = 0,11), mas foi observada diferença significativa em 4 semanas de *follow-up* ($p = 0,003$, d entre os grupos = 0,45).

Finalmente, a subescala AI não apresentou efeito significativo do tempo ($b = -0,00$, $t = -0,50$, $p = 0,61$), mas, como previsto, uma interação significativa grupo x tempo ($b = -0,03$, $t = -2,88$, $p = 0,004$), demonstrou reduções nos escores da subescala AI no GI em comparação ao GC (Tabela 3). Diferença significativa das médias marginais estimadas não foi observada no momento pós-intervenção ($p = 0,54$). Contudo, reduções significativas foram apresentadas com 4 semanas ($p = 0,02$, d entre os grupos = 0,35) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,01$, d entre os grupos = 0,36).

5.3.4 Busca pela muscularidade

Para a busca pela muscularidade, avaliada pela DMS não houve um efeito significativo do tempo ($b = -0,05$, $t = -1,78$, $p = 0,07$; Tabela 3), mas a interação grupo x tempo ($b = -0,20$, $t = -4,59$, $p = 0,001$) demonstrou o declínio dos escores do GI em comparação ao GC ao longo do tempo. Ademais, o GI demonstrou média inferior, mas não significantes em relação ao GC no pós-intervenção ($p = 0,84$, d entre os grupos = 0,03). Ademais, efeitos significantes foram

observados em 4 semanas ($p = 0,002$, d entre os grupos = 0,46) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,003$, d entre os grupos = 0,45).

Análises independentes foram conduzidas para cada subescala da DMS. O modelo de efeitos fixos não demonstrou um efeito significativo do tempo ($b = -0,00$, $t = -0,45$, $p = 0,64$) para subescala de OBI. Contudo, um efeito significativo da interação grupo x tempo ($b = -0,16$, $t = -6,24$, $p = 0,001$) foi observado. Outrossim, o GI não demonstrou escore inferior ao GC no pós-intervenção ($p = 0,83$, d entre os grupos = 0,03). Entretanto, efeitos significantes foram observados em 4 semanas ($p = 0,001$, d entre os grupos = 0,58) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,005$, d entre os grupos = 0,42).

Por fim, a subescala OB demonstrou um efeito significativo do tempo ($b = -0,04$, $t = -2,22$, $p = 0,02$); contudo, efeitos significantes não foram observados para interação grupo x tempo ($b = -0,04$, $t = -1,51$, $p = 0,13$). Embora a média do GI no pós-intervenção ($p = 0,63$, d entre os grupos = 0,07) e em 4 semanas ($p = 0,15$, d entre os grupos = 0,22) tenham sido inferiores ao GC diferenças significantes não foram observadas (Tabela 2). Não obstante, para o *follow-up* de 24 semanas esses efeitos foram significantes ($p = 0,02$, d entre os grupos = 0,34).

5.3.5 Insatisfação corporal

5.3.5.1 Insatisfação corporal como um todo

Os resultados do MBDS total demonstraram um efeito significativo do tempo ($b = -0,00$, $t = -2,05$, $p = 0,04$). Além disso, uma interação significativa entre grupo x tempo ($b = -0,01$, $t = -2,65$, $p = 0,008$) indicou a redução do nível de insatisfação corporal geral do GI em comparação ao GC ao longo do tempo (Tabela 3). O GI não demonstrou reduções significantes nos escores da MBDS pós-intervenção ($p = 0,06$, d entre os grupos = 0,30; Tabela 2). Porém, reduções significantes foram observadas em 4 semanas ($p = 0,001$, d entre os grupos = 0,53) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,008$, d entre os grupos = 0,40).

Modelos independentes foram conduzidos para cada subescala da MBDS (ver Tabelas 2 e 3). Em relação a subescala de GEN não foi observado efeito significativo do tempo ($b = 0,00$, $t = 0,07$, $p = 0,93$) e interação grupo x tempo ($b = -0,00$, $t = -0,53$, $p = 0,59$). Além disso, o GI não apresentou diferenças significativas em comparação ao GC no momento pós-

intervenção ($p = 0,50$, d entre os grupos = 0,12), 4 semanas ($p = 0,34$, d entre os grupos = 0,16) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,55$, d entre os grupos = 0,11; Tabela 2).

Adicionalmente, para subescala de MUS foi observado um efeito significativo do tempo ($b = -0,00$, $t = -2,59$, $p = 0,01$), bem como da interação grupo x tempo ($b = -0,00$, $t = -2,82$, $p = 0,005$). O GI não demonstrou escores de MUS significativamente menores em comparação ao GC no momento pós-intervenção ($p > 0,05$, d entre os grupos = 0,25; Tabela 2), mas efeitos significantes foram demonstrados em 4 semanas ($p = 0,001$, d entre os grupos = 0,53) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,008$, d entre os grupos = 0,43).

5.3.5.2 *Insatisfação com a musculatura, gordura e altura corporal*

Contrariando as hipóteses do estudo, o escore total da MBAS-R não demonstrou um efeito significativo do tempo ($b = -0,00$, $t = -0,271$, $p = 0,78$). Entretanto, uma interação significativa grupo x tempo foi observada ($b = -0,17$, $t = -5,13$, $p = 0,001$; Tabela 3). As médias marginais estimadas do GI não apresentaram diferenças significantes em comparação ao GC no pós-intervenção ($p = 0,39$, d entre os grupos = 0,13; Tabela 2). Contudo, efeitos significantes foram observados em 4 semanas ($p = 0,001$, d entre os grupos = 0,60) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,001$, d entre os grupos = 0,49).

Modelos lineares mistos independentes foram conduzidos para cada subescala da MBAS-R (ver Tabela 2 e 3). Os resultados indicam que para a subescala de MUS não houve um efeito significativo do tempo ($b = -0,01$, $t = -0,726$, $p = 0,46$), mas efeito significativo da interação grupo x tempo ($b = -0,08$, $t = -3,98$, $p = 0,001$) foi identificado. A comparação entre as médias de ambos os grupos não demonstrou uma redução significativa dos escores do GI em relação ao GC no pós-intervenção ($p = 0,66$, d entre os grupos = 0,07; Tabela 2). Todavia, reduções significantes foram observadas em 4 semanas ($p = 0,003$, d entre os grupos = 0,44) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,01$, d entre os grupos = 0,38).

De modo similar, o resultado para subescala de BF não indicou um efeito significativo do tempo ($b = -0,00$, $t = -0,24$, $p = 0,80$), mas efeitos significantes foram observados na interação grupo x tempo ($b = -0,06$, $t = -4,06$, $p = 0,001$). Contudo, ao comparar as médias marginais estimadas de ambos os grupos mudanças significantes não foram encontradas pós-intervenção ($p = 0,52$, d entre os grupos = 0,10), muito embora tenham sido observadas em 4 semanas ($p = 0,003$, d entre os grupos = 0,42) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,003$, d entre os grupos = 0,33).

Por fim, ao contrário das hipóteses do estudo, a subescala HT não demonstrou efeito significativo do tempo ($b = 0,00$, $t = 0,92$, $p = 0,35$) e da interação grupo x tempo ($b = -0,02$, $t = -1,79$, $p = 0,07$). Ademais, a comparação das médias de ambos os grupos indicou uma redução discreta e não significativa nos escores do GI em comparação ao GC no pós-intervenção ($p = 0,55$, d entre os grupos = $0,09$), em 4 semanas ($p = 0,10$, d entre os grupos = $0,25$) e 24 semanas de *follow-up* ($p = 0,20$, d entre os grupos = $0,19$).

5.3.5.3 Insatisfação com o peso e a forma corporal

Os resultados do BSQ-8 não demonstraram uma redução significativa na insatisfação com o peso e a forma corporal ao longo do tempo ($b = -0,01$, $t = -0,62$, $p = 0,53$; Tabela 3). Como hipotetizado, uma interação significativa grupo x tempo ($b = -0,11$, $t = 0,02$, $p < 0,001$) demonstra que os escores do BSQ-8 foram significativamente mais baixos para o GI em comparação GC ao longo do tempo. Esses efeitos não foram observados no momento pós-intervenção ($p = 0,11$, d entre os grupos = $0,24$; Tabela 2). Porém, o GI demonstrou reduções significativas na insatisfação com o peso e a forma corporal em comparação ao GC em 4 semanas ($p < 0,001$, d entre os grupos = $0,64$) e 24 semanas de *follow-up* ($p < 0,001$, d entre os grupos = $0,56$).

5.3.6 Apreciação corporal

Os resultados para a BAS-2 não demonstraram um efeito significativo do tempo ($b = 0,00$, $t = 0,21$, $p = 0,83$). No entanto, verificou-se uma interação grupo x tempo significativa ($b = 0,11$, $t = 4,39$, $p < 0,001$). Após a intervenção, o GI demonstrou um aumento significativo nos escores do BAS-2 em comparação com o GC ($p = 0,008$, d entre os grupos = $0,40$), com essas diferenças sendo mantidas em 4 semanas ($p < 0,001$, d entre os grupos = $0,80$) e 24 semanas de *follow-up* ($p < 0,001$, d entre os grupos = $0,58$).

5.4 ANÁLISES DE MEDIAÇÃO

Os valores de efeito direto (c'), total (c) e indireto, corrigidos pelo *bootstrapping* de 5 mil reamostragens podem ser visualizados na Tabela 4. Percebe-se que o zero não estava contido no intervalo de confiança de 95% encontrado para o efeito indireto de ambos os

modelos. Isso indica que a internalização do corpo ideal é uma variável mediadora significativa para os sintomas de DM e os TAs. Especificamente, a internalização do corpo ideal mediou totalmente os efeitos da intervenção nos sintomas de TAs.

No que se refere ao primeiro modelo as análises demonstraram um efeito significativo do grupo sobre as mudanças nos escores da internalização do corpo ideal do pré-intervenção para o pós-intervenção ($\beta = -6,3471$, 95% IC [-9,6771, -3,0172]; $t = -3,7638$, $p = 0,002$) e da mesma sobre os sintomas de TAs ($\beta = 0,1898$, 95% IC [0,0408, 0,3388]; $t = 2,5154$, $p < 0,05$). Como esperado, o efeito direto do grupo ponderado pela mudança na internalização do corpo ideal não demonstrou efeito significativo sobre sintomas de TAs ($\beta = -3,2392$, 95% IC [0,1050, -0,3008]; $t = -1,9127$, $p = 0,57$, $R^2 = 0,0786$). Ademais, o efeito total do modelo foi significativo ($\beta = -4,4438$, 95% IC [-7,7034, -1,1843]; $t = -2,6920$, $p < 0,01$, $R^2 = 0,0426$).

O segundo modelo buscou investigar se os sintomas de DM poderiam ser mediados pelas mudanças na internalização do corpo ideal do pré-intervenção para o momento pós-intervenção. O grupo demonstrou um efeito significativo sobre a internalização do corpo ideal ($\beta = -6,3471$, 95% IC [-9,6771, -3,0172]; $t = -3,7638$, $p = 0,0002$), e a mesma sobre os sintomas de DM ($\beta = 0,1883$, 95% IC [0,0539, 0,3227]; $t = 2,7668$, $p < 0,01$). O efeito direto do grupo sobre os sintomas de DM foi significativo ($\beta = -3,0322$, 95% IC [-6,0485, -0,0158]; $t = -1,9851$, $p < 0,05$, $R^2 = 0,0898$). Por fim, o efeito total do modelo foi significativo ($\beta = -4,2272$, 95% IC [-7,1788, -1,2757]; $t = -2,8281$, $p < 0,01$, $R^2 = 0,046$).

Tabela 4 – Análise de mediação: análise dos efeitos indiretos, intervalos de confiança de 95% corrigidos pelo bootstrapping e caminhos diretos

Caminhos indiretos	Efeito indireto β	95% IC	Caminhos			
			a β (EP)	b β (EP)	c β (EP)	c' β (EP)
Grupo → Internalização do corpo ideal → comer transtornado	-1,2046	-2,6997 a - 0,2258	-6,3471 (1,6864)**	0,1898 (0,0754)*	-4,4438 (1,6507)**	-3,2392 (1,6935)
Grupo → Internalização do corpo ideal → Sintomas de dismorfia muscular	-1,1951	-2,3923 a -0,3517	-6,3471 (1,6864)**	0,1883 (0,0681)**	-4,2272 (1,4948)**	-3,0322 (1,5275)*

Fonte: Elaborado pelo autor (2020).

Legenda: EP: Erro padrão; Internalização do corpo ideal (mediador) = mudanças no *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4* (subescalas de Internalização Magro/Pouca gordura corporal e Internalização Muscular/Atlético) da linha de base para o pós-intervenção; Comer transtornado (variável dependente) = mudanças nos escores do *Eating Attitudes Test – 26* (variável dependente) da linha de base para o *follow-up* de 24 semanas; Sintomas de dismorfia muscular (variável dependente) = mudanças no escore do *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory* da linha de base para o *follow-up* de 24 semanas; a = efeito direto da variável independente (grupo) sobre o mediador (Internalização do corpo ideal); b = efeito direto do mediador (Internalização do corpo ideal) nas variáveis dependentes (comer transtornado e sintomas de dismorfia muscular); c = efeito total da variável independente (grupo) sobre a variável dependente (comer transtornado e sintomas de dismorfia muscular).

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

6 DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como principal objetivo avaliar a aceitação e eficácia de uma intervenção preventiva (“O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”), baseada na DC, com treinamento dos líderes a distância, na redução de fatores de risco para os TAs e DM em jovens adultos brasileiros. Inicialmente, importa destacar o pioneirismo desta pesquisa, ao investigar uma estratégia preventiva para TAs e DM em homens jovens do Brasil. Sabe-se que essas psicopatologias, assim como outras condições subclínicas podem estar associadas a severos distúrbios psiquiátricos, comprometendo a saúde, qualidade de vida e os relacionamentos pessoais, devendo, portanto, ser inquiridos como problemas de saúde pública (AUSTIN *et al.*, 2019; CARVALHO, 2018; GRIFFITHS *et al.*, 2017). Além disso, devido ao auto estigma de que homens não possuem transtornos relacionados a imagem corporal ou alimentação, essa população tende a não buscar tratamento especializado (AUSTEN, GRIFFITHS, 2019; GRIFFITHS *et al.*, 2015). Nesse sentido, é de salutar importância que intervenções específicas sejam desenvolvidas ou adaptadas para esse público, com vistas a reduzir fatores de risco, bem como aumentar os fatores de proteção (STICE *et al.*, 2019). Destaca-se que, *a priori*, a presente pesquisa cumpre esse papel.

Os resultados demonstram que a intervenção aplicada em um formato presencial, liderada por pares que receberam um treinamento a distância (*on-line*) é eficaz e possui aceitação de seus participantes. Especialmente, em relação ao treinamento a distância, os resultados são promissores ao estabelecer uma metodologia que permite a ampla disseminação de intervenções baseadas na DC para homens com elevada insatisfação corporal. É importante ressaltar que a taxa de retenção em todo o programa (*follow-up* de 24 semanas: 93,3%) foi igual ou superior às taxas de retenção média encontradas em outros estudos, que variam de 63% a 93% (BROWN *et al.*, 2017; BROWN, KEEL, 2015; JANKOWSKI *et al.*, 2017; KILPELA *et al.*, 2016), incluindo aqueles realizados com amostras brasileiras, nos quais a retenção ficou entre 51,6% e 91% (AMARAL, STICE, FERREIRA, 2019; HUDSON, 2018). Os escores de aceitabilidade da intervenção, bem como a conclusão dos exercícios de casa foram altas, o que pode ser um reflexo das preocupações que os homens têm com a imagem corporal (HOFFMANN; WARSCHBURGER, 2019). Ademais, apenas 14 participantes (7,7%) desistiram do estudo, mas as variáveis demográficas, socioeconômicas e demais variáveis dependentes incluídas no estudo não diferiram em relação aos demais participantes, com exceção da subescala HT da MBAS-R.

Os participantes alocados no GI demonstraram reduções significantes nas variáveis de internalização do corpo ideal, insatisfação corporal geral, insatisfação com a musculatura, insatisfação com a gordura corporal, insatisfação com o peso e a forma, busca pela muscularidade, bem como sinais e sintomas de TAs e DM. Além disso, observou-se um aumento da apreciação corporal dos jovens que participaram do programa. Esses resultados são similares a intervenções, baseadas na DC, conduzidas anteriormente com homens (BROWN *et al.*, 2017; BROWN, KEEL, 2015; JANKOWSKI *et al.*, 2017). Os efeitos da intervenção variaram de fracos a fortes em magnitude, confirmando nossas hipóteses. Importa ressaltar que nas intervenções anteriores conduzidas exclusivamente com a população masculina os efeitos só foram avaliados até o *follow-up* de três meses (JANKOWSKI *et al.*, 2017). Não obstante, as análises de mediação sugerem que as reduções observadas no comer transtornado e nos sintomas de DM foram devidas às mudanças na internalização do corpo ideal, confirmando o resultado encontrado em modelos etiológicos anteriores, nos quais a internalização do corpo ideal tem sido um mediador para o desenvolvimento dos sintomas de TAs (CARVALHO, FERREIRA, 2020; TYLKA, 2011b) e DM (BÉGIN; TURCOTTE; RODRIGUE, 2019).

Em relação a internalização do corpo ideal, nós identificamos reduções significantes dos escores da SATAQ-4 em 4 e 24 semanas de *follow-up*. Diversos estudos têm destacado a importância da internalização do corpo ideal para o desenvolvimento de sinais e sintomas de TAs e DM (BÉGIN, TURCOTTE, RODRIGUE, 2019; CARVALHO, FERREIRA, 2020; KARAZSIA, CROWTHER, 2009; KLIMEK *et al.*, 2018; TYLKA, 2011b). No Brasil, o modelo proposto por Carvalho e Ferreira (2020) descreveu que a internalização do corpo ideal tem levado a insatisfação com o peso corporal e com a muscularidade, esta por sua vez tem conduzido aos comportamentos de mudança corporal, assim como o comer transtornado. Adicionalmente, revisões sistemáticas com metanálise afirmam que o foco das intervenções baseadas na DC deve ser a redução da internalização do corpo ideal, pois essa está diretamente relacionada ao desenvolvimento dos TAs (LE *et al.*, 2017; STICE *et al.*, 2019; STICE, SHAW, 2004). De fato, no presente estudo, as mudanças dessa variável do pré-intervenção para o pós-intervenção mediaram parcialmente e completamente os efeitos da intervenção nos sintomas de DM e TAs, respectivamente. Esses resultados corroboram com estudos anteriores (BROWN *et al.*, 2017; BROWN, KEEL, 2015), além de fornecer evidências adicionais de que a internalização do corpo ideal é um mediador para o

desenvolvimento de sinais e sintomas de TAs e DM em jovens adultos brasileiros do sexo masculino.

Reduções estatisticamente significantes foram observadas para a variável comer transtornado avaliada pelo EAT-26. Os tamanhos de efeitos para essa variável foram fracos em magnitude. Entretanto, os resultados de intervenções preventivas, baseadas na DC, conduzidas com homens, que direcionam sinais e sintomas de TAs tem demonstrado alta heterogeneidade. Por exemplo, no estudo de Kilpela *et al.* (2016), empregando o EDE-Q, não foram observadas diferenças significantes entre os dois grupos de alocação. Adicionalmente, em homens britânicos, a variável de sintomas bulímicos, avaliada pelo EDE-Q, não demonstrou uma redução significativa pós-intervenção e tão pouco no *follow-up* de três meses (JANKOWSKI *et al.*, 2017). Contudo, no estudo de Brown *et al.* (2017), no qual os sintomas de TAs foram avaliados pelo fator de restrição e sintomas bulímicos do EDE-Q os resultados demonstraram diferenças significantes, com efeitos variando de moderados a fortes em magnitude para ambos os desfechos. Considerando esses achados, percebe-se que nossos resultados foram promissores ao identificar reduções significantes na variável comer transtornado, visto que esse construto tem desempenhado um papel fundamental no desenvolvimento e manutenção dos TAs (APA, 2014).

Não obstante, Jankowski *et al.* (2017) destacaram que o instrumento utilizado no seu e em outros estudos (EDE-Q), conduzidos com a população masculina, pode não ser a melhor alternativa para avaliar sinais e sintomas de TAs em homens. De fato, os instrumentos criados para avaliar os TAs em homens foram criados com base nas preocupações femininas com o corpo, por exemplo, EAT-26 (GARNER *et al.*, 1982), EDE-Q (FAIRBURN; BEGLIN, 1994) e o *Eating Disorder Inventory* (EDI) (GARNER; OLMSTEAD; POLIVY, 1983), o que pode não refletir verdadeiramente as preocupações masculinas com o corpo e a alimentação. Contudo, para o melhor do nosso conhecimento só recentemente foram desenvolvidos os primeiros instrumentos destinados a avaliação dos sinais e sintomas de TAs em homens, a saber, o *Muscularity-oriented Eating Test* (MURRAY *et al.*, 2019) e o *Eating for Muscularity Scale* (COOPER; GRIFFITHS; BURNS, 2020). Nesse sentido, encorajamos que estudos futuros avaliem os efeitos das intervenções baseadas na DC nos sinais e sintomas de TAs com uma variedade de instrumentos buscando identificar se estes podem impactar os efeitos da intervenção.

Adicionalmente, outra potencial explicação para os baixos efeitos da variável comer transtornado poderia estar relacionado aos baixos escores identificados no momento pré-

intervenção. Por exemplo, no GI os escores do EAT-26 foram baixos pré-intervenção ($M = 11,23$, $EP = 0,71$) com uma escala que pode variar de 0 a 78. Portanto, é possível que os resultados encontrados sejam devido aos efeitos de chão²⁹. Além disso, em pesquisas que investigam variáveis psicológicas, é mais provável que se encontrem efeitos pequenos e médios do que grandes efeitos (DANCEY; REIDY, 2018).

Os resultados do presente estudo demonstraram a eficácia do programa “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos” para redução dos sinais, sintomas e fatores de risco para o desenvolvimento da DM. Esses resultados são particularmente promissores, pois até o momento, nenhuma intervenção preventiva baseada na DC foi desenvolvida especificamente para redução dos sintomas de DM em homens brasileiros. Os escores do MDDI apresentaram uma redução significativa ao longo do tempo para o GI em comparação ao GC. Esses resultados vão ao encontro do estudo de Brown *et al.*, (2017), no qual, análises individuais dos três fatores do MDDI foram conduzidas. Contudo, reduções significantes só foram observadas para o fator AI pós-intervenção e em 4 semanas de *follow-up*. De modo similar, no presente estudo a subescala AI demonstrou reduções significantes em 4 semanas, bem como para 24 semanas de *follow-up*. Além disso, diante da ausência de melhorias nos fatores DFS e FI, Brown *et al.* (2017) destacaram que futuras aplicações do programa deveriam direcionar e aprimorar esses aspectos dentro das sessões de intervenção.

Nesse sentido, se atentando para essa necessidade, a presente pesquisa demonstrou reduções significantes nos escores das subescalas DFS e FI em 4 semanas e 24 semanas de *follow-up*, com exceção da subescala FI em 24 semanas de *follow-up*. Percebe-se que o tamanho de efeito variou de fraco a moderado nessas condições (COHEN, 1992). Contudo, comparações com outros estudos não são possíveis, visto que até o momento a única intervenção baseada na DC conduzida com homens universitários, que avaliou os sintomas DM foi a de Brown *et al.* (2017). Estudos futuros, direcionados ao desenvolvimento ou adaptação de intervenções preventivas, devem avaliar esses aspectos, visto que os sintomas de DM têm causado sérios prejuízos para a saúde e a qualidade de vida (MITCHELL *et al.*, 2017a).

A busca pela muscularidade em homens tem sido apresentada como um fator de risco para o desenvolvimento dos TAs e da DM (BÉGIN, TURCOTTE, RODRIGUE, 2019;

²⁹ Tradução literal do termo *floor effects*, realizada pelo próprio autor. Em geral, acontece quando os participantes de uma pesquisa apresentam uma pontuação bastante reduzida em determinada variável no momento pré-intervenção. Assim, pode não existir espaço suficiente para melhorias, levando a identificação de um reduzido efeito prático (tamanho de efeito).

MURRAY *et al.*, 2017). Assim, os resultados do presente estudo sugerem que a intervenção baseada na DC foi capaz de reduzir os escores da DMS no *follow-up* de 4 semanas, com a manutenção dos efeitos por até 24 semanas. Adicionalmente, o fator OBI apresentou reduções significantes em 4 e 24 semanas de *follow-up*, já o fator OB apenas em 24 semanas de *follow-up*. Com o objetivo de avaliar esse construto Jankowski *et al.* (2017) utilizaram o fator OBI da DMS, identificando uma redução significativa pós-intervenção, todavia, diferente do atual estudo, a magnitude dos efeitos não foi mantida após 24 semanas de *follow-up*. Em contraste, o estudo de Brown e Keel (2015) observou a redução do escore total da DMS pós-intervenção, e esses efeitos foram mantidos no *follow-up* de 4 semanas. Além disso, Brown *et al.* (2017) confirmaram esses achados ao demonstrarem reduções significantes da busca pela muscularidade em participantes do *Body Project: More Than Muscles* pós-intervenção, bem como em 4 semanas de *follow-up*. Desse modo, estudos futuros devem avaliar a magnitude dos efeitos das intervenções, baseadas na DC, na variável de busca pela muscularidade, visto que o presente trabalho foi o único a identificar a manutenção desses efeitos por um período superior a 4 semanas.

Assim como a busca pela muscularidade, a insatisfação corporal tem sido apresentada como um fator de risco para o desenvolvimento dos TAs (TYLKA, 2011b) e da DM (BÉGIN; TURCOTTE; RODRIGUE, 2019). Com relação à insatisfação corporal como um todo, no presente estudo, os escores da MBDS apresentaram uma redução significativa em 4 e 24 semanas de *follow-up*. Esses resultados foram semelhantes para o fator MUS, contudo não foram replicados para o fator GER. Comparações com outros estudos não são possíveis, visto que os estudos têm empregado instrumentos variados para avaliar a insatisfação corporal, como é o caso do BSQ, da MBAS e da MBAS-R. Contudo, nossos resultados merecem destaque, visto que, nossos efeitos variaram de fracos a fortes em magnitude. Um exemplo do uso variados de instrumentos pode ser identificado no estudo de Kilpela *et al.* (2016), no qual, avaliou a insatisfação corporal por meio da MBAS, identificando uma redução da insatisfação corporal em homens universitários submetidos a uma intervenção mista (homens e mulheres), baseada na DC (*Body Project 4All*). Contudo, a magnitude dos efeitos só permaneceu por 8 semanas de acompanhamento.

Posteriormente, Brown *et al.* (2017) utilizando a MBAS identificaram uma redução significativa na insatisfação corporal com a musculatura e a gordura corporal no pós-intervenção e em 4 semanas de *follow-up*. No presente estudo, para avaliar a insatisfação corporal com a musculatura, gordura corporal e altura nos utilizamos a versão revisada da

MBAS, a saber, a MBAS-R. Os resultados obtidos para essa variável são promissores, ao identificar reduções significantes no *follow-up* de 4 e 24 semanas, com exceção do fator HT que não demonstrou nenhuma diferença significativa. No que concerne a subescala HT, torna-se complexo compreender se os resultados podem estar relacionados aos efeitos da intervenção, ou a problemas na estrutura fatorial da MBAS-R, que por vezes identifica baixa representatividade em torno do fator HT. Por exemplo, um estudo sugere que o melhor ajustamento do instrumento é apresentado apenas com os fatores de MUS e BF (FERREIRA *et al.*, 2018). Além disso, estudos anteriores não se propuseram a avaliar o efeito de intervenções preventivas na insatisfação com a altura corporal, muito embora diversos autores destaquem que a altura é uma preocupação masculina e deve ser foco de investigações (RYAN *et al.*, 2011; TYLKA, BERGERON, SCHWARTZ, 2005).

Estudos nacionais conduzidos com a população feminina têm avaliado os efeitos da intervenção sobre a insatisfação corporal através do BSQ (AMARAL, STICE, FERREIRA, 2019; HUDSON, 2018). Contudo, autores sugerem que ao investigar populações masculinas esse instrumento deve ser utilizado apenas para avaliar dois aspectos da insatisfação corporal, a saber, com o peso e a forma corporal (SILVA *et al.*, 2014). Os resultados do presente estudo indicaram reduções significantes no *follow-up* de 4 semanas, bem como avançam ao estabelecer a manutenção desses efeitos por até 24 semanas de *follow-up*. O único estudo de intervenção, baseado na DC, conduzido com a população masculina que utilizou o BSQ apresentou diferenças significantes entre o GI e GC pós-intervenção e em 4 semanas de *follow-up* (BROWN; KEEL, 2015). O tamanho de efeito identificado no presente estudo foi inferior ao identificado por Brown e Keel (2015). Entretanto, a amostra incluída no estudo de Brown e Keel (2015) era de minorias sexuais masculinas (homens homossexuais, bissexuais e transsexuais), que por sua vez apresentam maior prevalência de insatisfação com o peso e forma do que homens heterossexuais, que enfatizam principalmente a musculatura corporal (FREDERICK, ESSAYLI, 2016; SILVA *et al.*, 2014). Além disso, não é possível discutir se esses efeitos podem ser devido aos instrumentos empregados, a saber o BSQ original (34 itens) ou a versão com apenas 8 itens. Contudo, o BSQ-8, utilizado no presente estudo, apresentou indícios psicométricos semelhantes ao BSQ com 34 itens e superiores ao BSQ com 16 itens para população de jovens universitários do Brasil (SILVA *et al.*, 2014).

Vários estudos procuraram investigar a eficácia de intervenções com o objetivo de promover uma imagem corporal positiva, pois ela é um fator protetor ao desenvolvimento dos sintomas de TAs e DM (GUEST *et al.*, 2019; HE *et al.*, 2020). A apreciação corporal é um

componente essencial da imagem corporal positiva e tem sido descrita como uma variável preditora dos comportamentos alimentares adaptativos, alimentação intuitiva e redução da prática de dietas restritivas (ANDREW; TIGGEMANN; CLARK, 2016). Embora existam evidências de que as intervenções desenvolvidas até o momento são eficazes para aumentar a imagem corporal positiva em adolescentes e mulheres adultas, o mesmo não pode ser dito para homens (GUEST *et al.*, 2019). Contrariando esses achados, o presente estudo mostrou uma melhora significativa da apreciação corporal em todas as etapas do estudo. Ademais, os efeitos variaram de moderados a fortes em magnitude. Até onde sabemos, o único estudo que avaliou a apreciação corporal em homens adultos (JANKOWSKI *et al.*, 2017) não encontrou efeitos significantes. Além disso, esses resultados são similares aos encontrados por Amaral (2015) ao aplicar uma intervenção baseada na DC para adolescentes brasileiros do sexo masculino, no qual nenhuma diferença significativa foi encontrada. Desse modo, estudos futuros que visem a adaptação de intervenções baseadas na DC para a população masculina devem avaliar fatores de proteção para o desenvolvimento dos TAs e da DM, assim como a apreciação corporal.

Algumas considerações gerais acerca dos resultados da presente pesquisa merecem destaque, pois contribuem para a implementação e disseminação de programas preventivos efetivos e eficazes para população masculina. Em primeiro lugar, a intervenção “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos” tem como base paradigmas da psicologia social, especialmente a teoria da DC, desenvolvida por Festinger (1957). Dessa forma, nas intervenções destinadas as reduções dos sinais e sintomas de TAs e DM, o foco é produzir alterações comportamentais oportunas nas pessoas e em seus ambientes. Assim, para manter um equilíbrio entre seus comportamentos e suas crenças (consonância), os indivíduos são obrigados a mudar a maneira como pensam e, conseqüentemente, reduzir a internalização dos padrões corporais existentes (STICE *et al.*, 2019). Os resultados do presente estudo corroboram com a teoria de Festinger (1957), a qual afirma que para redução da dissonância (conflito) os indivíduos tentam substituir uma ou mais crenças conflitantes, de modo que seja consistente com outras crenças e comportamentos existentes. Em conjunto, nossos resultados sugerem que as reduções dos fatores de risco, bem como dos sinais e sintomas de TAs e DM, foram pelo menos parcialmente devido a redução na internalização do corpo ideal.

Estudos de revisões sistemáticas com metanálise têm destacado que intervenções com maior número de sessões (quatro ou mais) poderiam potencializar os efeitos do programa (LE *et al.*, 2017; STICE *et al.*, 2019). Esses resultados estariam relacionados ao aumento das

oportunidades de refletir sobre o conteúdo da intervenção entre as sessões, o que poderia promover uma maior indução a DC e, conseqüentemente, a assimilação das atividades (STICE *et al.*, 2019). Outro aspecto primordial estaria relacionado ao fato de que um maior número de encontros poderia contribuir para um desenvolvimento aprimorado do apoio e suporte social entre os participantes, aspecto esse que tem sido colocado pelos mesmos como um dos elementos mais valiosos do BP (STICE *et al.*, 2019).

No presente estudo, efeitos significantes foram observados, principalmente, para o *follow-up* de 4 e 24 semanas. Inicialmente, é preciso compreender que o *PRIDE Body Project* e o *Body Project: More Than Muscles* (duas sessões com 120 minutos cada) foram adaptados do BP, uma intervenção que consta de quatro sessões com duração de aproximadamente 60 minutos cada. Nesse sentido, na presente pesquisa, os resultados não significantes observados para a maioria das variáveis no momento pós-intervenção poderiam estar relacionados ao reduzido número de sessões e conseqüentemente menor tempo para assimilar o conhecimento adquirido no programa. Desse modo, novos estudos são necessários buscando analisar o número de sessões (por exemplo, duas, quatro e seis sessões) como uma possível variável interveniente para potencializar os efeitos da intervenção em homens com elevada insatisfação corporal.

Adicionalmente, o presente estudo apresenta uma série de pontos fortes que merecem destaque. Primeiro, utilizou-se um ensaio clínico controlado randomizado, o que tem sido sugerido como a melhor abordagem para estudos nesse formato (MOHER *et al.*, 2010; SCHULZ, ALTMAN, MOHER, 2010). Segundo, no cenário nacional, nosso estudo foi o primeiro a avaliar os efeitos de uma intervenção preventiva, baseada na DC, nos sintomas de DM. Terceiro, levando em consideração que homens são menos propensos a buscar tratamento (GRIFFITHS *et al.*, 2015) as taxas de adesão ao programa de intervenção, bem como a pesquisa são encorajadoras e podem refletir a significância clínica dos sintomas de TAs e DM para esse público (MURRAY *et al.*, 2017). Por fim, como sugerido pelo CONSORT (MOHER *et al.*, 2010; SCHULZ, ALTMAN, MOHER, 2010), utilizou-se a análise por intenção de tratar para lidar com os dados faltantes, evitando possíveis perdas no efeito da randomização. Essa técnica favorece a identificação dos reais efeitos da intervenção, evitando o viés de confusão causado pela exclusão de participantes não aderentes à intervenção (ARMIJO-OLIVO; WARREN; MAGEE, 2009).

Apesar dos pontos fortes, a presente pesquisa apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, os instrumentos utilizados foram respondidos em formato de autorrelato, o que

pode contribuir para um viés de desajustabilidade social dos respondentes (MORGADO *et al.*, 2017). Contudo, a utilização desses instrumentos é uma prática recorrente na área (AMARAL, STICE, FERREIRA, 2019; BROWN *et al.*, 2017; BROWN, KEEL, 2015; HUDSON, 2018). Além disso, todas as escalas utilizadas apresentam indícios psicométricos de validade e confiabilidade para a população brasileira. Além do que, a consistência interna de todas as escalas, bem como de seus fatores, foi avaliada em todos os momentos do estudo e indicou valores satisfatórios.

Em segundo lugar, não foi empregado um GC ativo, o que impossibilita descartar o efeito placebo. No entanto, por ser tratar do primeiro ensaio clínico controlado randomizado de um programa baseado na DC para jovens adultos brasileiros do sexo masculino, torna-se essencial determinar a eficácia inicial da intervenção antes de investigar sua eficácia frente a outros tratamentos alternativos. Desse modo, sugere-se que estudos futuros examinem condições ativas de controle possibilitando descartar o efeito placebo.

Em terceiro lugar, embora tenham sido feito progresso em estabelecer um período de 24 semanas de *follow-up*, não é possível saber se a eficácia do programa se estende por um período de acompanhamento mais longo. Para o melhor do nosso conhecimento, as intervenções baseadas na DC conduzidas com amostras brasileiras estabeleceram um período de *follow-up* que variou de um (AMARAL, 2015) a seis meses (HUDSON, 2018). Estudos conduzidos com populações femininas em outros países apresentaram uma magnitude dos efeitos que variou de um a quatro anos (STICE, MARTI, SPOOR *et al.*, 2008; STICE, ROHDE, BUTRYN *et al.*, 2015; STICE, ROHDE, SHAW *et al.*, 2020). Nesse sentido, são encorajados novos estudos conduzidos com a população masculina são encorajados, monitorando a magnitude dos efeitos da intervenção por um longo período de *follow-up*.

Devido à especificidade amostral, bem como aos avanços na literatura nacional e internacional, a presente pesquisa torna-se pioneira para a realidade brasileira, bem como amplia resultados encontrados em outras realidades culturais. Contudo, para consolidar esses achados, avanços são necessários em pesquisas futuras. Em primeiro lugar, novos estudos poderiam avaliar um período de *follow-up* maior, visto que, como supracitado, estudos baseados na DC com o público feminino têm apresentado a permanência dos efeitos por até quatro anos de *follow-up*. Alguns autores têm destacado que programas com maior número de sessões apresentam um maior efeito prático (tamanho de efeito), principalmente devido ao maior tempo para internalização das atividades e discussões vivenciadas durante as sessões. Dessa forma, estudos futuros poderiam avaliar os efeitos do programa aplicado em seu

formato original (2 sessões), com formatos alternativos, por exemplo com quatro (1 hora cada) ou seis sessões (45 minutos cada).

Em terceiro lugar, futuros estudos poderiam comparar a eficácia do programa “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos” com programas alternativos destinados aos fatores de risco e proteção para o desenvolvimento dos TAs e DM em homens, visando compreender um possível efeito placebo. Por fim, o presente estudo avança ao estabelecer um treinamento a distância dos líderes da intervenção, o que tem sido sugerido como uma ótima ferramenta para reduzir o custo-benefício desses programas. Contudo, é importante avaliar se a entrega do programa online versus presencial demonstra eficácia, pois essas abordagens com o uso da internet, podem reduzir os gastos com saúde pública e facilitar a implementação ampla dos programas preventivos.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo concluiu que a intervenção “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos” é altamente aceitável para homens jovens brasileiros com insatisfação corporal. A intervenção proposta demonstrou eficácia ao reduzir a insatisfação corporal como um todo, insatisfação com o peso e a forma corporal, insatisfação com a muscularidade, insatisfação com a gordura corporal, busca pela muscularidade, internalização do corpo ideal, comer transtornado e sintomas de DM, bem como aumentar a apreciação corporal em jovens adultos brasileiros. Ademais, os efeitos da intervenção foram observados no *follow-up* de 4 semanas, com a manutenção da magnitude por até 24 semanas, com exceção da apreciação corporal, para a qual, os efeitos foram identificados em todos os momentos do estudo. Por fim, as alterações na internalização do corpo ideal mediarão completamente e parcialmente os efeitos da intervenção sobre o comer transtornado e os sintomas de DM, respectivamente.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério Brasil: Padrão de Classificação Econômica**. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 13 jun. 2020.
- AGH, T. *et al.* A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 21, n. 3, p. 353-364, 2016.
- AKERS, L. *et al.* Cost-effectiveness of achieving clinical improvement with a dissonance-based eating disorder prevention program. **Eating Disorders**, v. 25, n. 3, p. 263-272, 2017.
- ALLEN, M. S.; ROBSON, D. A. Personality and body dissatisfaction: An updated systematic review with meta-analysis. **Body Image**, v. 33, p. 77-89, 2020.
- ALLEVA, J. M.; TYLKA, T. L.; VAN DIEST, A. M. K. The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in US community women and men. **Body Image**, v. 23, p. 28-44, 2017.
- ALMEIDA, M. *et al.* Muscle dysmorphia, body image disturbances and commitment to exercise: A comparison between sedentary and physical active undergraduate men. **Journal of Physical Education and Sport**, v. 19, n. 1, p. 507-513, 2019.
- ALMEIDA M. *et al.* Psychometric properties of the Male Body Attitudes Scale-Revised among Brazilian university men. **Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, 2020a, submetido.
- ALMEIDA M. *et al.* Translation and validation of the Muscle Appearance Satisfaction Scale among Brazilian men. **Body Image**, 2020b, submetido.
- ALMEIDA, M.; GOMES, V. M. G. M.; CARVALHO, P. H. B. Adaptação transcultural e análise de equivalências da Male Body Attitudes Scale-Revised (MBAS-R) e do Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) para jovens adultos brasileiros. **Principia: Caminhos da Iniciação Científica**, v. 19, n. 2, p. 1-11, 2019.
- AMARAL, A. C. S. **Imagem Corporal de Adolescentes: descrição e intervenção preventiva em âmbito escolar**. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.
- AMARAL, A. M. S. *et al.* Cirurgia Plástica: O caminho para a imagem (Corporal) Perfeita? In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. **Imagem Corporal: Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. p. 187-198.
- AMARAL, A. C. S.; FERREIRA, M. E. C. Prevenindo a insatisfação corporal e os transtornos alimentares: atualidades, perspectivas e a atuação do profissional de educação física. In: CARVALHO, P. H. B.; SOARES, J. P. F.; BANDEIRA, M. M. **Corpos em movimento: Imagens, gêneros e interculturalidades**. 1.ed. Curitiba: Appris, 2019. p. 57-73.

AMARAL, A. C. S.; STICE, E.; FERREIRA, M. E. C. A controlled trial of a dissonance-based eating disorders prevention program with Brazilian girls. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 32, n. 13, p. 1-10, 2019.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association**. 4.ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.

ANDERSEN, A. E. **Males with eating disorders**. New York: Psychology Press, 1990.

ANDERSEN, A. E. The diagnosis and treatment of eating disorders in primary care medicine. In: MEHLER, P. S.; ANDERSEN, A. E. (Ed.). **Eating disorders: A guide to medical care and complications**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999, p. 1–26.

ANDERSEN, A. E.; MICKALIDE, A. D. Anorexia nervosa and bulimia: Their differential diagnoses in 24 males referred to an eating and weight disorders clinic. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v. 49, n. 3, p. 227-235, 1985.

ANDREW, R.; TIGGEMANN, M.; CLARK, L. Predicting body appreciation in young women: An integrated model of positive body image. **Body Image**, v. 18, p. 34-42, 2016.

ANUEL, A. *et al.* Cognitive mechanisms and self-acceptance of body image. **Psicothema**, v. 24, n. 3, p. 390-395, 2012.

ARMIJO-OLIVO, S.; WARREN, S.; MAGEE, D. Intention to treat analysis, compliance, drop-outs and how to deal with missing data in clinical research: a review. **Physical Therapy Reviews**, v. 14, n. 1, p. 36-49, 2009.

AUSTEN, E.; GRIFFITHS, S. Why do men stigmatize individuals with eating disorders more than women? Experimental evidence that sex differences in conformity to gender norms, not biological sex, drive eating disorders' stigmatization. **Eating Disorders**, v. 27, n. 3, p. 267-290, 2019.

AUSTIN, S. B. Prevention research in eating disorders: theory and new directions. **Psychological Medicine**, v. 30, n. 6, p. 1249-1262, 2000.

AUSTIN, S. B. *et al.* School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 161, n. 9, p. 865-869, 2007.

AUSTIN, S. B. *et al.* The second wave of public policy advocacy for eating disorders: charting the course to maximize population impact. **Psychiatric Clinics**, v. 42, n. 2, p. 319-336, 2019.

AZEVEDO, A. P.; SANTOS, C. C.; FONSECA, D. C. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 170-172, 2004.

BAGHURST, T. *et al.* Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. **Body Image**, v. 3, n. 1, p. 87-91, 2006.

BAGHURST, T.; GRIFFITHS, S.; MURRAY, S. Boys and Girls Prefer Hyper-Muscular Male Action Figures over Normally-Muscular Action Figures: Evidence that Children have Internalized the Muscular Male Body Ideal. **North American Journal of Psychology**, v. 20, n. 1, 2018.

BARLETT, C. P.; VOWELS, C. L.; SAUCIER, D. A. Meta-analyses of the effects of media images on men's body-image concerns. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 27, n. 3, p. 279-310, 2008.

BARNES, M. *et al.* Associations between body dissatisfaction and self-reported anxiety and depression in otherwise healthy men: A systematic review and meta-analysis. **PloS One**, v. 15, n. 2, p. 1-24, 2020.

BARRA, J. V. *et al.* Adaptação transcultural e validação do Questionário de Atitudes Socioculturais em Relação à Aparência-4 (SATAQ-4) aplicado a estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 1-13, 2019.

BARROS, D. D. Body image: discovering one's self. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 547-554, 2005.

BASSETT-GUNTER, R.; MCEWAN, D.; KAMARHIE, A. Physical activity and body image among men and boys: A meta-analysis. **Body Image**, v. 22, p. 114-128, 2017.

BAUTISTA, J. R.; PAVLAKIS, A.; RAJAGOPAL, A. Bayesian analysis of randomized controlled trials. **International Journal of Eating Disorders**, v. 51, n. 7, p. 637-646, 2018.

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BECKER, C. B.; SMITH, L. M.; CIAO, A. C. Peer-facilitated eating disorder prevention: A randomized effectiveness trial of cognitive dissonance and media advocacy. **Journal of Counseling Psychology**, v. 53, n. 4, p. 550-555, 2006.

BECKER, C. B. *et al.* Effectiveness of peer-led eating disorders prevention: A replication trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 76, n. 2, p. 347-354, 2008.

BECKER, C.; SMITH, L. M.; CIAO, A. C. Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial. **Behavior Therapy**, v. 36, n. 3, p. 245-253, 2005.

BÉGIN, C.; TURCOTTE, O.; RODRIGUE, C. Psychosocial factors underlying symptoms of muscle dysmorphia in a non-clinical sample of men. **Psychiatry Research**, v. 272, p. 319-325, 2019.

BENTLEY, C. *et al.* Sex differences in psychosocial impairment associated with eating disorder features in adolescents: A school-based study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 6, p. 633-640, 2015.

BIGHETTI, F. *et al.* Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 53, n. 6, p. 339-346, 2004.

BLOND, A. Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. **Body Image**, v. 5, n. 3, p. 244-250, 2008.

BO, S. *et al.* University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? **Journal of Translational Medicine**, v. 12, n. 1, p. 1-8, 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRAUN, D. L. *et al.* More males seek treatment for eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v. 25, n. 4, p. 415-424, 1999.

BRECHAN, I.; KVALEM, I. L. Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. **Eating Behaviors**, v. 17, p. 49-58, 2015.

BREHM, J. W. Postdecision changes in the desirability of alternatives. **The Journal of Abnormal and Social Psychology**, v. 52, n. 3, p. 384-389, 1956.

BROWN, T. A. *et al.* A randomized controlled trial of the body project: More than muscles for men with body dissatisfaction. **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 8, p. 873-883, 2017.

BROWN, T. A.; KEEL, P. K. A randomized controlled trial of a peer co-led dissonance-based eating disorder prevention program for gay men. **Behaviour Research and Therapy**, v. 74, p. 1-10, 2015.

BROWN, T. A.; KEEL, P. K. The impact of relationships on the association between sexual orientation and disordered eating in men. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 6, p. 792-799, 2012.

BUDDEBERG-FISCHER, B. *et al.* Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14-to 19-year-old Swiss students. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 98, n. 2, p. 146-155, 1998.

BUETOW, S. The Thin Man is His Clothing: Dressing Masculine to be Masculine. **Journal of Medical Humanities**, v. 41, p. 1-9, 2020.

CAFRI, G. *et al.* Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. **Clinical Psychology Review**, v. 25, n. 2, p. 215-239, 2005a.

CAFRI, G. *et al.* The Influence of Sociocultural Factors on Body Image: A Meta-Analysis. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 12, n. 4, p. 421-433, 2005b.

CAFRI, G.; VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, J. K. Pursuit of muscularity in adolescent boys: Relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 35, n. 2, p. 283-291, 2006.

CAMPANA, A. N. N. B. *et al.* An examination of the psychometric properties of Brazilian Portuguese translations of the Drive for Muscularity Scale, the Swansea Muscularity Attitudes Questionnaire, and the Masculine Body Ideal Distress Scale. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 14, n. 4, p. 376-388, 2013.

CARLAT, D. J.; CAMARGO, C. A.; HERZOG, D. B. Eating disorders in males: A report on 135 patients. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 8, p. 1127-1132, 1997.

CARPER, T. L. M.; NEGY, C.; TANTLEFF-DUNN, S. Relations among media influence, body image, eating concerns, and sexual orientation in men: A preliminary investigation. **Body Image**, v. 7, n. 4, p. 301-309, 2010.

CARROTTE, E. R.; PRICHARD, I.; LIM, M. S. C. "Fitspiration" on social media: A content analysis of gendered images. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 3, p. 1-9, 2017.

CARVALHO, P. H. B. **Adaptação e avaliação do modelo teórico de influência dos três fatores de imagem corporal para jovens brasileiros**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

CARVALHO, P. H. B. Body Image Disturbance and Disordered Eating Behaviours: we must Invest in Public Health Policies to Promote People's Quality of Life. **Nutrition & Food Science International Journal**, v. 6, n. 1, p. 1-2, 2018.

CARVALHO, P. H. B.; ALVARENGA, M. S.; FERREIRA, M. E. C. An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women. **Appetite**, v. 116, p. 164-172, 2017.

CARVALHO, P. H. B. , FERREIRA, M. E. C. Disordered eating and body change behaviours: Support for the Tripartite Influence Model among Brazilian male university students. **Ciência Saúde Coletiva**, 2020.

CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Imagem corporal em homens: instrumentos avaliativos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 3, p. 277-285, 2014.

CARVALHO, P. H. B. *et al.* Busca pela "muscularidade" e variáveis associadas em adultos jovens. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 22, n. 2, p. 118-121, 2016.

CARVALHO, P. H. B. *et al.* Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 2, p. 108-114, 2013a.

CARVALHO, P. H. B. *et al.* Equivalências conceitual, semântica e instrumental: análises preliminares da versão em português (Brasil) da Male Body Dissatisfaction Scale (MBDS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 403-409, 2013b.

CARVALHO, P. H. B. *et al.* Psychometric assessment of the Brazilian version of the Male Body Dissatisfaction Scale. **Archives of Clinical Psychiatry**, v.42, n. 4, p. 90-94, 2015.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: A handbook of science, practice, and prevention** New York: The Guilford Press, 2002.

CASH, T. F.; SMOLAK, L. **Body image: A handbook of science, practice, and prevention 2. ed.** New York: The Guilford Press, 2011.

CELIO, A. A. *et al.* Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an Internet-and a classroom-delivered psychoeducational program. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 68, n. 4, p. 650-657, 2000.

COHEN, J. A power primer. **Psychological Bulletin**, v. 112, n. 1, p. 155-159, 1992.

COMMISSION ON CHRONIC ILLNESS. **Chronic Illness in the United States**. Published for the Commonwealth Fund: Harvard University Press, 1959.

COMPTE, E. J.; SEPÚLVEDA, A. R.; TORRENTE, F. Approximations to an Integrated Model of Eating Disorders and Muscle Dysmorphia among University Male Students in Argentina. **Men and Masculinities**, v. 23, n. 2, p. 1-18, 2018.

COOPER, J. **Cognitive dissonance: 50 years of a classic theory**. Singapore: Sage, 2007.

COOPER, P. *et al.* The development and validation of the Body Shape Questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, v. 6, n. 4, p. 485-494, 1987.

COOPER, M.; GRIFFITHS, K. M.; BURNS, R. Getting shredded: Development and validation of a measure of muscularity-oriented disordered eating. **Psychological Assessment**, v. 32, n. 5, p. 451-460, 2020.

COQUEIRO, R. S. *et al.* Medidas auto-referidas são válidas para avaliação do estado nutricional na população brasileira? **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 11, n. 1, p. 113-119, 2009.

CORNELISSEN, K. K. *et al.* Are attitudinal and perceptual body image the same or different? Evidence from high-level adaptation. **Body Image**, v. 31, p. 35-47, 2019.

CORNWALL, A.; LINDISFARNE, N. Dislocating masculinity: gender, power and anthropology. *In*: CORNWALL, A.; LINDISFARNE, N. (Ed.) **Dislocating masculinity: Comparative ethnographies**. New York: Routledge, 2016. p. 27-61.

CORSINI, R. **Role playing in psychotherapy**. New York: Routledge, 2017.

COWEN, E. L. The wooing of primary prevention. **American Journal of Community Psychology**, v. 8, n. 3, p. 258-274, 1980.

CRUZ-SÁEZ, S. *et al.* The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. **Journal of Health Psychology**, v. 25, n. 8, p. 1-11, 2018.

DAKANALIS, A.; CLERICI, M.; STICE, E. Prevention of eating disorders: current evidence-base for dissonance-based programmes and future directions. **Springer**, v. 24, p. 597-603, 2019.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística Sem Matemática para Psicologia**. São Paulo: Penso Editora, 2018.

DANIEL, S.; BRIDGES, S. K. The drive for muscularity in men: Media influences and objectification theory. **Body Image**, v. 7, n. 1, p. 32-38, 2010.

DANIELS, E. A.; GILLEN, M. M.; MARKEY, C. H. **Body Positive: Understanding and improving body image in science and practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.

DE LEÓN, M. C. E. P.; DÍAZ, J. M. M.; RUIZ, E. J. C. A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 13, n. 3, p. 111-118, 2008.

DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D. X. D. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 21-24, 2009.

DUCHESNE, A. P. *et al.* Body dissatisfaction and psychological distress in adolescents: Is self-esteem a mediator? **Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 12, p. 1563-1569, 2017.

DUNSTAN, C. J.; PAXTON, S. J.; McLEAN, S. A. An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings. **Eating Behaviors**, v. 25, p. 23-31, 2017.

EASTWICK, P. W. The predictive validity of ideal partner preferences: A review and meta-analysis. **Psychological Bulletin**, v. 140, n. 3, p. 623-665, 2014.

EDWARDS, C. *et al.* Perceived social pressures and the internalization of the mesomorphic ideal: The role of drive for muscularity and autonomy in physically active men. **Body Image**, v. 16, p. 63-69, 2016.

EDWARDS, C.; MOLNAR, G.; TOD, D. Searching for masculine capital: Experiences leading to high drive for muscularity in men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 18, n. 4, p. 361-371, 2017.

- EDWARDS, C.; TOD, D.; MOLNAR, G. A systematic review of the drive for muscularity research area. **International Review of Sport and Exercise Psychology**, v. 7, n. 1, p. 18-41, 2014.
- ELLIOT, D. L. *et al.* Preventing substance use and disordered eating: initial outcomes of the ATHENA (athletes targeting healthy exercise and nutrition alternatives) program. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 158, n. 11, p. 1043-1049, 2004.
- ERSKINE, H. E.; WHITEFORD, H. A. Epidemiology of binge eating disorder. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 31, n. 6, p. 462-470, 2018.
- ESPINOZA, P.; PENELO, E.; RAICH, R. M. Prevention programme for eating disturbances in adolescents. Is their effect on body image maintained at 30 months later? **Body Image**, v. 10, n. 2, p. 175-181, 2013.
- FAIRBURN, C. G.; BEGLIN, S. J. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? **International Journal of Eating Disorders**, v. 16, n. 4, p. 363-370, 1994.
- FARDOULY, J.; VARTANIAN, L. R. Social media and body image concerns: Current research and future directions. **Current Opinion in Psychology**, v. 9, p. 1-5, 2016.
- FATT, S. J.; FARDOULY, J.; RAPEE, R. M. #malefitspo: Links between viewing fitspiration posts, muscular-ideal internalisation, appearance comparisons, body satisfaction, and exercise motivation in men. **New Media & Society**, v. 21, n. 6, p. 1311-1325, 2019.
- FERREIRA, C. *et al.* Estudo da estrutura fatorial e das qualidades psicométricas da versão portuguesa da Male Body Attitude Scale-Revised. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 4, n. 2, p. 16-24, 2018.
- FERREIRA, M. E. C. *et al.* Imagem Corporal: Contexto Histórico e Atual. In: FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, M. R.; MORGADO, F. F. R. (org.). **Imagem corporal: Reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, p. 15-47.
- FESTINGER, L. **A theory of cognitive dissonance**. California: Stanford University Press, 1957.
- FESTINGER, L. The relation between cognition and action. **Symposium on Cognition**. Paper. Boulder, Colorado, Maio, 1955.
- FICHTER, M. M.; QUADFLIEG, N. Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 49, n. 4, p. 391-401, 2016.
- FISHER, S.; CLEVELAND, S. E. **Body image and personality**. 2. ed. New York: Dover Publications, 1968.
- FISHER, M. M. *et al.* Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. **Journal of Adolescent Health**, v. 55, n. 1, p. 49-52, 2014.

FISKE, L. *et al.* Prevalence of body dissatisfaction among United States adults: Review and recommendations for future research. **Eating Behaviors**, v. 15, n. 3, p. 357-365,

FONSECA, M. D. J. M. D. *et al.* Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 392-398, 2004.

FORTES, L. D. S. *et al.* Qualidades psicométricas do Eating Attitudes Test (EAT-26) para adolescentes brasileiros do sexo masculino. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 3, p. 1-7, 2016.

FREDERICK, D. A. *et al.* Desiring the muscular ideal: Men's body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 8, n. 2, p. 103-117, 2007.

FREDERICK, D. A.; ESSAYLI, J. H. Male body image: The roles of sexual orientation and body mass index across five national US Studies. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 17, n. 4, p. 336-351, 2016.

FREDERICK, D. A.; HASELTON, M. G. Why is muscularity sexy? Tests of the fitness indicator hypothesis. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 33, n. 8, p. 1167-1183, 2007.

FREDRICKSON, B. L.; ROBERTS, T. A. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. **Psychology of Women Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 173-206, 1997.

GALIOTO, R.; KARAZSIA, B. T.; CROWTHER, J. H. Familial and peer modeling and verbal commentary: Associations with muscularity-oriented body dissatisfaction and body change behaviors. **Body Image**, v. 9, n. 2, p. 293-297, 2012.

GALMICHE, M. *et al.* Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 109, n. 5, p. 1402-1413, 2019.

GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, v. 9, n. 2, p. 273-279, 1979.

GARNER, D. M. *et al.* Cultural expectations of thinness in women. **Psychological Reports**, v. 47, n. 2, p. 483-491, 1980.

GARNER, D. M. *et al.* The Eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological Medicine**, v. 12, n. 4, p. 871-878, 1982.

GARNER, D. M.; OLMSTEAD, M. P.; POLIVY, J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. **International Journal of Eating Disorders**, v. 2, n. 2, p. 15-34, 1983.

GEHRMAN, C. A. *et al.* The effects of a physical activity and nutrition intervention on body dissatisfaction, drive for thinness, and weight concerns in pre-adolescents. **Body Image**, v. 3, n. 4, p. 345-351, 2006.

GERRARD, O.; GALLI, N.; SANTURRI, L. Examining body dissatisfaction in college men through the exploration of appearance anxiety and internalization of the mesomorphic ideal. **Journal of American College Health**, v. 68, p. 1-7, 2020.

GHADERI, A.; MÅRTENSSON, M.; SCHWAN, H. "Everybody's different": A primary prevention program among fifth grade school children. **Eating Disorders**, v. 13, n. 3, p. 245-259, 2005.

GILLEN, M. M. Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. **Body Image**, v. 13, p. 67-74, 2015.

GIRARD, M.; CHABROL, H.; RODGERS, R. F. Support for a modified tripartite dual pathway model of body image concerns and risky body change behaviors in French young men. **Sex Roles**, v. 78, n. 11-12, p. 799-809, 2018.

GOLAN, M.; HAGAY, N.; TAMIR, S. The effect of "in favor of myself": preventive program to enhance positive self and body image among adolescents. **PloS One**, v. 8, n. 11, 2013.

GOLDENBERG, M. Gênero e corpo na cultura brasileira. **Psicologia Clínica**, v. 17, n. 2, p. 65-80, 2005.

GOLDFIELD, G. S.; BLOUIN, A. G.; WOODSIDE, D. B. Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male bodybuilders. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 51, n. 3, p. 160-168, 2006.

GOLDMAN, A. L.; POPE JÚNIOR, H. G.; BHASIN, S. The health threat posed by the hidden epidemic of anabolic steroid use and body image disorders among young men. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 104, n. 4, p. 1069-1074, 2019.

GOMES, V. M. G. M. *et al.* Psychometric Properties of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory Among Physically Active Brazilian College Men. **Psychology of Men & Masculinities**. Advance online publication, 2020.

GONZÁLEZ, M. *et al.* Disordered eating prevention programme in schools: A 30-month follow-up. **European Eating Disorders Review**, v. 19, n. 4, p. 349-356, 2011.

GORDON, R. An operational classification of disease prevention. **Public Health Reports**, v. 98, p. 107-109, 1983.

GREEN, M. *et al.* Eating disorder prevention: An experimental comparison of high level dissonance, low level dissonance, and no-treatment control. **Eating Disorders**, v. 13, n. 2, p. 157-169, 2005.

GREVEN, S.; KNEIB, T. On the behavior of marginal and conditional Akaike information criteria in linear mixed models. **Biometrika**, v. 97, n. 4, p. 773-789, 2010.

GRIEVE, F. G. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. **Eating Disorders**, v. 15, n. 1, p. 63-80, 2007.

GRIFFITHS, S. *et al.* Muscle Dysmorphia: An Overview of Clinical Features and Treatment Options. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, v. 31, n. 4, p. 255-271, 2017.

GRIFFITHS, S. *et al.* Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, v. 40, n. 6, p. 518-522, 2016.

GRIFFITHS, S. *et al.* Self-stigma of seeking treatment and being male predict an increased likelihood of having an undiagnosed eating disorder. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 6, p. 775-778, 2015.

GRIFFITHS, S.; MURRAY, S. B.; TOUYZ, S. Disordered eating and the muscular ideal. **Journal of Eating Disorders**, v. 1, n. 1, p. 1-2, 2013.

GRIFFITHS, S.; MURRAY, S. B.; TOUYZ, S. Extending the masculinity hypothesis: An investigation of gender role conformity, body dissatisfaction, and disordered eating in young heterosexual men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 16, n. 1, p. 108-114, 2015.

GROGAN, S. Body image and health: contemporary perspectives. **Journal of Health Psychology**, v. 11, n. 4, p. 523-530, 2006.

GROGAN, S. **Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children.** New York: Routledge, 2016.

GROSSBARD, J. R. *et al.* Body image concerns and contingent self-esteem in male and female college students. **Sex Roles**, v. 60, n. 3-4, p. 198-207, 2009.

GROSSBARD, J. R. *et al.* Does depressed mood moderate the influence of drive for thinness and muscularity on eating disorder symptoms among college men? **Psychology of Men & Masculinity**, v. 14, n. 3, p. 281-287, 2013.

GUEST, E. *et al.* The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. **Body Image**, v. 30, p. 10-25, 2019.

GULL, W. W. Anorexia nervosa (Apepsia hystera, anorexia hystera). Transcript of the Clinical Society of London. **Obesity Research**, v. 7, n. 5, p. 498-502, 1874.

HAASE, A. M. Weight perception in female athletes: associations with disordered eating correlates and behavior. **Eating Behaviors**, v. 12, n. 1, p. 64-67, 2011.

HAGGERTY, R. J.; MRAZEK, P. J. **Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for preventive intervention research.** Washington: National Academies Press, 1994.

HAUSENBLAS, H. A.; DOWNS, D. S. Exercise dependence: a systematic review. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 3, n. 2, p. 89-123, 2002.

HAUSENBLAS, H. A.; SCHREIBER, K.; SMOLIGA, J. M. Addiction to exercise. **BMJ**, v. 357, p. 1-5, 2017.

HAY, P.; GIROSI, F.; MOND, J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. **Journal of Eating Disorders**, v. 3, n. 1, p. 1-7, 2015.

HAY, P. J.; TOUYZ, S.; SUD, R. Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 46, n. 12, p. 1136-1144, 2012.

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

HE, J. *et al.* Meta-analysis of gender differences in body appreciation. **Body Image**, v. 33, p. 90-100, 2020.

HELFERT, S.; WARSCHBURGER, P. A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. **Body Image**, v. 8, n. 2, p. 101-109, 2011.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

HIGGINS, E. T. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. **Psychological Review**, v. 94, n. 3, p. 319, 1987.

HIGGINS, E. T. Self-discrepancy theory: What patterns of self-beliefs cause people to suffer. **Advances in Experimental Social Psychology**, v. 22, p. 93-136, 1989.

HILDEBRANDT, T.; HARTY, S.; LANGENBUCHER, J. W. Fitness supplements as a gateway substance for anabolic-androgenic steroid use. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 26, n. 4, p. 955, 2012.

HILDEBRANDT, T.; LANGENBUCHER, J.; SCHLUNDT, D. G. Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. **Body Image**, v. 1, n. 2, p. 169-181, 2004.

HOBZA, C. L.; ROCHLEN, A. B. Gender role conflict, drive for muscularity, and the impact of ideal media portrayals on men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 10, n. 2, p. 120-130, 2009.

HOFFMANN, S.; WARSCHBURGER, P. Prospective relations among internalization of beauty ideals, body image concerns, and body change behaviors: Considering thinness and muscularity. **Body Image**, v. 28, p. 159-167, 2019.

HOLT, K. E.; RICCIARDELLI, L. A. Weight concerns among elementary school children: A review of prevention programs. **Body Image**, v. 5, n. 3, p. 233-243, 2008.

HUANG, J. S. *et al.* Body image and self-esteem among adolescents undergoing an intervention targeting dietary and physical activity behaviors. **Journal of Adolescent Health**, v. 40, n. 3, p. 245-251, 2007.

HUDSON, J. I. *et al.* The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological Psychiatry**, v. 61, n. 3, p. 348-358, 2007.

HUDSON, T. A. **Avaliação da eficácia do programa “O corpo em questão” em jovens adultos**: um ensaio clínico controlado e randomizado. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física e Desportos, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018

HUNT, C. J.; GONSALKORALE, K.; MURRAY, S. B. Threatened masculinity and muscularity: An experimental examination of multiple aspects of muscularity in men. **Body Image**, v. 10, n. 3, p. 290-299, 2013.

ISAPS. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. **International survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2018**. 2018.

JAMPEL, J. D. *et al.* Self-perceived weight and anabolic steroid misuse among US adolescent boys. **Journal of Adolescent Health**, v. 58, n. 4, p. 397-402, 2016.

JANKOWSKI, G. S. *et al.* A pilot controlled trial of a cognitive dissonance-based body dissatisfaction intervention with young British men. **Body Image**, v. 23, p. 93-102, 2017.

JONES, M. *et al.* Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. **Pediatrics**, v. 121, n. 3, p. 453-462, 2008.

JUNQUEIRA, A. C. P. *et al.* Translation and validation of a Brazilian Portuguese version of the Body Appreciation Scale-2 in Brazilian adults. **Body Image**, v. 31, p. 160-170, 2019.

KANAYAMA, G.; POPE JÚNIOR, H. G. History and epidemiology of anabolic androgens in athletes and non-athletes. **Molecular and Cellular Endocrinology**, v. 464, p. 4-13, 2018.

KARAZSIA, B. T.; CROWTHER, J. H. Psychological and behavioral correlates of the SATAQ-3 with males. **Body Image**, v. 5, n. 1, p. 109-115, 2008.

KARAZSIA, B. T.; CROWTHER, J. H. Social body comparison and internalization: Mediators of social influences on men's muscularity-oriented body dissatisfaction. **Body Image**, v. 6, n. 2, p. 105-112, 2009.

KARAZSIA, B. T.; CROWTHER, J. H. Sociocultural and psychological links to men's engagement in risky body change behaviors. **Sex Roles**, v. 63, n. 9-10, p. 747-756, 2010.

KARAZSIA, B. T.; CROWTHER, J. H.; GALIOTO, R. Undergraduate men's use of performance-and appearance-enhancing substances: An examination of the gateway hypothesis. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 14, n. 2, p. 129-137, 2013.

KARAZSIA, B. T.; MURNEN, S. K.; TYLKA, T. L. Is body dissatisfaction changing across time? A cross-temporal meta-analysis. **Psychological Bulletin**, v. 143, n. 3, p. 293, 2017.

KARAZSIA, B. T. *et al.* Thinking meta-theoretically about the role of internalization in the development of body dissatisfaction and body change behaviors. **Body Image**, v. 10, n. 4, p. 433-441, 2013.

KASS, A. E. *et al.* Internet-based preventive intervention for reducing eating disorder risk: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. **Behaviour Research and Therapy**, v. 63, p. 90-98, 2014.

KATER, K. J.; ROHWER, J.; LONDRE, K. Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating, and weight concerns. **Journal of School Health**, v. 72, n. 5, p. 199-204, 2002.

KESKI-RAHKONEN, A.; MUSTELIN, L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 29, n. 6, p. 340-345, 2016.

KILPELA, L. S. *et al.* The body project 4 all: A pilot randomized controlled trial of a mixed-gender dissonance-based body image program. **International Journal of Eating Disorders**, v. 49, n. 6, p. 591-602, 2016.

KLIMEK, P. *et al.* Thinness and muscularity internalization: Associations with disordered eating and muscle dysmorphia in men. **International Journal of Eating Disorders**, v. 51, n. 4, p. 352-357, 2018.

LANTZ, E. L. *et al.* Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. **Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 23, n. 3, p. 275-291, 2018.

LANZIERI, N.; HILDEBRANDT, T. Using objectification theory to examine the effects of media on gay male body image. **Clinical Social Work Journal**, v. 44, n. 1, p. 105-113, 2016.

LASKA, M. N. *et al.* Disparities in weight and weight behaviors by sexual orientation in college students. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 1, p. 111-121, 2015.

LAUS, M. F. *et al.* Body image in Brazil: recent advances in the state of knowledge and methodological issues. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 331-346, 2014.

LAVENDER, J. M.; BROWN, T. A.; MURRAY, S. B. Men, muscles, and eating disorders: an overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. **Current Psychiatry Reports**, v. 19, n. 6, p. 32, 2017.

LASÈGUE, E. C. De l'anorexie hystérique. **Archives of General Psychiatry**, v. 1, p. 385-403, 1873.

LE, L. K. D. *et al.* Prevention of eating disorders: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 53, p. 46-58, 2017.

LEIT, R. A.; GRAY, J. J.; POPE JÚNIOR, H. G. The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? **International Journal of Eating Disorders**, v. 31, n. 3, p. 334-338, 2002.

LEIT, R. A.; POPE JÚNIOR, H. G.; GRAY, J. J. Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of Playgirl centerfolds. **International Journal of Eating Disorders**, v. 29, n. 1, p. 90-93, 2001.

LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. **The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice.** New York: Routledge, 2006.

LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. **Eating Disorders**, v. 24, n. 1, p. 39-46, 2016.

LIPTON, B. The Gay Male Gaze: Body Image Disturbance and Gender Oppression Among Gay Men. *In*: LIPTON, B. (ed.) **Gay Men Living with Chronic Illnesses and Disabilities.** New York: Routledge, 2014. p. 57-76.

LITT, D.; DODGE, T. A longitudinal investigation of the Drive for Muscularity Scale: Predicting use of performance enhancing substances and weightlifting among males. **Body Image**, v. 5, n. 4, p. 346-351, 2008.

LORENZEN, L. A.; GRIEVE, F. G.; THOMAS, A. Brief report: Exposure to muscular male models decreases men's body satisfaction. **Sex Roles**, v. 51, n. 11-12, p. 743-748, 2004.

MARCHAND, E. *et al.* Moving from efficacy to effectiveness trials in prevention research. **Behaviour Research and Therapy**, v. 49, n. 1, p. 32-41, 2011.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Atlas, 2010.

MARTINS, C. R. **Efetividade de uma intervenção educacional na imagem corporal de adolescentes.** 2016. Tese (Doutorado em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

MARTINS, Y.; TIGGEMANN, M.; KIRKBRIDE, A. Those speedos become them: The role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 33, n. 5, p. 634-647, 2007.

MASON, T. B. *et al.* Self-discrepancy and eating disorder symptoms across eating disorder diagnostic groups. **European Eating Disorders Review**, v. 24, n. 6, p. 541-545, 2016.

- McCABE, M. P.; RICCIARDELLI, L. A. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: A review of past literature. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 56, n. 6, p. 675-685, 2004.
- McCABE, M. P.; RICCIARDELLI, L. A.; SALMON, J. Evaluation of a prevention program to address body focus and negative affect among children. **Journal of Health Psychology**, v. 11, n. 4, p. 589-598, 2006.
- McCABE, M. P. *et al.* Accuracy of body size estimation: Role of biopsychosocial variables. **Body Image**, v. 3, n. 2, p. 163-171, 2006.
- McCREARY, D. R. *et al.* A review of body image influences on men's fitness goals and supplement use. **American Journal of Men's Health**, v. 1, n. 4, p. 307-316, 2007.
- McCREARY, D. R.; SASSE, D. K. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. **Journal of American College Health**, v. 48, n. 6, p. 297-304, 2000.
- McLEAN, S. A. *et al.* A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 7, p. 847-851, 2017.
- McMILLAN, W.; STICE, E.; ROHDE, P. High-and low-level dissonance-based eating disorder prevention programs with young women with body image concerns: An experimental trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 79, n. 1, p. 129-134, 2011.
- McVEY, G.; TWEED, S.; BLACKMORE, E. Healthy Schools-Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. **Body Image**, v. 4, n. 2, p. 115-136, 2007.
- MERLEAU-PONTY, M.; **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes. 1994.
- MEYER, C. *et al.* Compulsive exercise and eating disorders. **European Eating Disorders Review**, v. 19, n. 3, p. 174-189, 2011.
- MILHAUSEN, R. R. *et al.* Relationships between body image, body composition, sexual functioning, and sexual satisfaction among heterosexual young adults. **Archives of Sexual Behavior**, v. 44, n. 6, p. 1621-1633, 2015.
- MIRANDA, V. P. N. *et al.* Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 1, p. 25-32, 2012.
- MITCHELL, L. *et al.* Correlates of muscle dysmorphia symptomatology in natural bodybuilders: Distinguishing factors in the pursuit of hyper-muscularity. **Body Image**, v. 22, p. 1-5, 2017a.
- MITCHELL, L. *et al.* Muscle dysmorphia symptomatology and associated psychological features in bodybuilders and non-bodybuilder resistance trainers: A systematic review and meta-analysis. **Sports Medicine**, v. 47, n. 2, p. 233-259, 2017b.

MITCHISON, D.; MOND, J. Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. **Journal of Eating Disorders**, v. 3, n. 1, p. 1-9, 2015.

MITCHISON, D. *et al.* The prevalence and impact of eating disorder behaviours in Australian men. **Journal of Eating Disorders**, v. 1, n. 1, p., 2013.

MOFFITT, R. L.; NEUMANN, D. L.; WILLIAMSON, S. P. Comparing the efficacy of a brief self-esteem and self-compassion intervention for state body dissatisfaction and self-improvement motivation. **Body Image**, v. 27, p. 67-76, 2018.

MOHER, D. *et al.* CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, p. 1-37, 2010.

MORA, M. *et al.* Assessment of two school-based programs to prevent universal eating disorders: media literacy and theatre-based methodology in Spanish adolescent boys and girls. **The Scientific World Journal**, v. 2015, p. 1-12, 2015.

MOREIRA, G. S. X.; ALMEIDA, S. D. S. **Prevenção de transtornos alimentares e obesidade**: Validação de instrumentos e adaptação transcultural de um programa para promoção da imagem corporal positiva em adolescentes brasileiros. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

MORGADO, F. F. R. *et al.* Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 30, n. 1, p. 1-20, 2017.

MORRISON, M. A.; MORRISON, T. G.; SAGER, C.-L. Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women?: A meta-analytic review. **Body Image**, v. 1, n. 2, p. 127-138, 2004.

MORRISON, T. G. *et al.* Striving for bodily perfection? An overview of the drive for muscularity. *In*: KINDES, M. V. (Ed.) **Body Image: New Research**, 2006, p. 1-34.

MORTON, R. **A treatise of consumptions**. London: Princess Arms Press, 1964.

MUNOZ, R. F.; MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: summary and commentary. **American Psychologist**, v. 51, n. 11, p. 1116-1122, 1996.

MURNEN, S. K. Gender and body images. *In*: CASH, T. F.; SMOLAK, L. **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. New York: The Guilford Press, 2011, p. 173-179.

MURRAY, S. B. *et al.* Anabolic steroid use and body image psychopathology in men: delineating between appearance-versus performance-driven motivations. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 165, p. 198-202, 2016.

MURRAY, S. B. *et al.* Cheat meals: A benign or ominous variant of binge eating behavior? **Appetite**, v. 130, p. 274-278, 2018.

MURRAY, S. B. *et al.* The development and validation of the muscularity-oriented eating test: A novel measure of muscularity-oriented disordered eating. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 12, p. 1389-1398, 2019.

MURRAY, S. B. *et al.* The enigma of male eating disorders: a critical review and synthesis. **Clinical Psychology Review**, v. 57, p. 1-11, 2017.

MURRAY, S. B.; GRIFFITHS, S.; MOND, J. M. Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. **The British Journal of Psychiatry**, v. 208, n. 5, p. 414-415, 2016.

MURRAY, S. B.; GRIFFITHS, S.; NAGATA, J. M. Community-based eating disorder research in males: A call to action. **Journal of Adolescent Health**, v. 62, n. 6, p. 649-650, 2018.

MURRAY, S. B.; RIEGER, E.; HILDEBRANDT, T. *et al.* A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. **Body Image**, v. 9, n. 2, p. 193-200, 2012.

MURRAY, S. B.; RIEGER, E.; KARLOV, L. *et al.* An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. **European Eating Disorders Review**, v. 21, n. 2, p. 160-164, 2013.

MURRAY, S. B.; RIEGER, E.; TOUYZ, S. W. *et al.* Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. **International Journal of Eating Disorders**, v. 43, n. 6, p. 483-491, 2010.

NAGATA, J. M. *et al.* Predictors of muscularity-oriented disordered eating behaviors in US young adults: A prospective cohort study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 12, p. 1380-1388, 2019.

NAGL, M. *et al.* Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 25, n. 8, p. 903-918, 2016.

NORRIS, M. L.; KATZMAN, D. K. Change is never easy, but it is possible: reflections on avoidant/restrictive food intake disorder two years after its introduction in the DSM-5. **Journal of Adolescent Health**, v. 57, n. 1, p. 8-9, 2015.

O'DEA, J. School-based interventions to prevent eating problems: First do no harm. **Eating Disorders**, v. 8, n. 2, p. 123-130, 2000.

O'DEA, J. A. School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems. **Health Education**, v. 105, n. 1, p. 11-33, 2005.

- O'DEA, J. A.; YAGER, K. Z. School-based psychoeducational approaches to prevention. In: CASH, T. F.; SMOLAK, L. **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2011. p. 434-441.
- OCHNER, C. N.; GRAY, J. A.; BRICKNER, K. The development and initial validation of a new measure of male body dissatisfaction. **Eating Behaviors**, v. 10, n. 4, p. 197-201, 2009.
- OLIVARDIA, R. *et al.* Biceps and body image: the relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 5, n. 2, p. 112-120, 2004.
- OLIVARDIA, R.; POPE JÚNIOR, H. G.; HUDSON, J. I. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 8, p. 1291-1296, 2000.
- PAXTON, S. Body image dissatisfaction, extreme weight loss behaviours: suitable targets for public health concerns? **Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals**, v. 10, n. 1, p. 15, 2000.
- PEARSON, J.; GOLDKLANG, D.; STRIEGEL-MOORE, R. H. Prevention of eating disorders: Challenges and opportunities. **International Journal of Eating Disorders**, v. 31, n. 3, p. 233-239, 2002.
- PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. (Org.). **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2013.
- PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B. **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**. Barueri: Manole, 2011.
- PILA, E. *et al.* A thematic content analysis of cheatmeal images on social media: Characterizing an emerging dietary trend. **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 6, p. 698-706, 2017.
- POPE JÚNIOR, H. G.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA, R. **The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession**. New York: Touchstone, 2000.
- POPE JÚNIOR, H. G. *et al.* Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**, v. 38, n. 6, p. 548-557, 1997.
- POPE JÚNIOR, H. G.; KATZ, D. L.; HUDSON, J. I. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. **Comprehensive Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 406-409, 1993.
- POPE JÚNIOR, H. G. *et al.* Evolving ideals of male body image as seen through action toys. **International Journal of Eating Disorders**, v. 26, n. 1, p. 65-72, 1999.
- PRITCHARD, M.; CRAMBLITT, B. Media influence on drive for thinness and drive for muscularity. **Sex Roles**, v. 71, n. 5-8, p. 208-218, 2014.

PURTON, T. *et al.* Body dissatisfaction, narcissism and self-esteem in young men and women: A moderated mediation analysis. **Personality and Individual Differences**, v. 131, p. 99-104, 2018.

REISE, S. P.; BONIFAY, W. E.; HAVILAND, M. G. Scoring and modeling psychological measures in the presence of multidimensionality. **Journal of Personality Assessment**, v. 95, n. 2, p. 129-140, 2013.

RICHARDSON, S. M.; PAXTON, S. J.; THOMSON, J. S. Is BodyThink an efficacious body image and self-esteem program? A controlled evaluation with adolescents. **Body Image**, v. 6, n. 2, p. 75-82, 2009.

RIVAS, T. *et al.* The Eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 13, n. 2, p. 1044-1056, 2010.

RODGERS, R. F.; McLEAN, S. A.; PAXTON, S. J. Longitudinal relationships among internalization of the media ideal, peer social comparison, and body dissatisfaction: Implications for the tripartite influence model. **Developmental Psychology**, v. 51, n. 5, p. 706-713, 2015.

RYAN, T. A. *et al.* Psychometric properties of the Revised Male Body Attitudes Scale among Irish men. **Body Image**, v. 8, n. 1, p. 64-69, 2011.

RYDING, F. C.; KUSS, D. J. The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: A systematic review of psychological research. **Psychology of Popular Media Culture**, v. 9, n. 3, 2019.

SANTOS FILHO *et al.* Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 50, n. 4, p. 322-333, 2016.

SCHAEFER, L. M. *et al.* Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4). **Psychological Assessment**, v. 27, n. 1, p. 54-67, 2015.

SCHAFER, J. L.; GRAHAM, J. W. Missing data: our view of the state of the art. **Psychological Methods**, v. 7, n. 2, p. 147-177, 2002.

SCHARMER, C. *et al.* Compulsive exercise or exercise dependence? Clarifying conceptualizations of exercise in the context of eating disorder pathology. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 46, p. 1-7, 2020.

SCHILDER, P. **Imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCHULZ, K. F.; ALTMAN, D. G.; MOHER, D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMC Medicine**, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2010.

SEIDEL, A.; PRESNELL, K.; ROSENFELD, D. Mediators in the dissonance eating disorder prevention program. **Behaviour Research and Therapy**, v. 47, n. 8, p. 645-653, 2009.

SHARP, C. W. *et al.* Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. **International Journal of Eating Disorders**, v. 15, n. 2, p. 125-134, 1994.

SHARPE, H. S. *et al.* Is fat talking a causal risk factor for body dissatisfaction? A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 46, n. 7, p. 643-652, 2013.

SHARPE, H. *et al.* Bidirectional associations between body dissatisfaction and depressive symptoms from adolescence through early adulthood. **Development and Psychopathology**, v. 30, n. 4, p. 1447-1458, 2018.

SHAW, H.; STICE, E. The implementation of evidence-based eating disorder prevention programs. **Eating Disorders**, v. 24, n. 1, p. 71-78, 2016.

SILVA, D. A. S. *et al.* Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: a population-based study. **Body Image**, v. 8, n. 4, p. 427-431, 2011.

SILVA, W. R. *et al.* Avaliação da preocupação com a forma corporal: um desafio. **Psychology, Community & Health**, v. 3, n. 2, p. 103-119, 2014a.

SILVA, W. R. *et al.* Confirmatory factor analysis of different versions of the Body Shape Questionnaire applied to Brazilian university students. **Body Image**, v. 11, n. 4, p. 384-390, 2014b.

SILVA, W. R. *et al.* Male body dissatisfaction scale (MBDS): proposal for a reduced model. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 22, n. 3, p. 515-525, 2017.

SILVERSTEIN, B. *et al.* The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. **Sex Roles**, v. 14, n. 9-10, p. 519-532, 1986.

SLADE, P. D. What is body image? **Behaviour Research and Therapy**, v. 32, n. 5, p. 497-502, 1994

SMITH, K. E. *et al.* Male clinical norms and sex differences on the Eating Disorder Inventory (EDI) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 7, p. 769-775, 2017.

SMOLAK, L.; CASH, T. F. **Future challenges for body image science, practice, and prevention**. New York: The Guilford Press, 2011.

SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. Toward an integrated biopsychosocial model of eating disorders. **The Wiley Handbook of Eating Disorders**, p. 929-941, 2015.

SMOLAK, L.; LEVINE, M. P.; SCHERMER, F. A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 44, n. 3-4, p. 339-353, 1998.

SMOLAK, L.; MURNEN, S. K. Drive for leanness: Assessment and relationship to gender, gender role and objectification. **Body Image**, v. 5, n. 3, p. 251-260, 2008.

STICE, E. *et al.* A preliminary trial of a prototype internet dissonance-based eating disorder prevention program for young women with body image concerns. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 80, n. 5, p. 907, 2012.

STICE, E. *et al.* An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 79, n. 4, p. 500-508, 2011.

STICE, E. *et al.* Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 109, n. 3, p. 438, 2000.

STICE, E. *et al.* Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Acute effectiveness of these delivery modalities. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 85, n. 9, p. 883-895, 2017.

STICE, E. *et al.* Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Effectiveness of these delivery modalities through 4-year follow-up. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 88, n. 5, p. 481-494, 2020.

STICE, E. *et al.* Effectiveness of peer-led dissonance-based eating disorder prevention groups: Results from two randomized pilot trials. **Behaviour Research and Therapy**, v. 51, n. 4-5, p. 197-206, 2013.

STICE, E. *et al.* Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. **Clinical Psychology Review**, v. 70, p. 91-107, 2019.

STICE, E. *et al.* Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of two eating disorder prevention programs. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 75, n. 1, p. 20-32, 2007.

STICE, E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. **Clinical Psychology Review**, v. 14, n. 7, p. 633-661, 1994.

STICE, E.; BECKER, C. B.; YOKUM, S. Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. **International Journal of Eating Disorders**, v. 46, n. 5, p. 478-485, 2013.

STICE, E.; MARTI, C. N.; DURANT, S. Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. **Behaviour Research and Therapy**, v. 49, n. 10, p. 622-627, 2011.

STICE, E.; MARTI, C. N.; ROHDE, P. *et al.* Testing mediators hypothesized to account for the effects of a dissonance-based eating disorder prevention program over longer term follow-up. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 79, n. 3, p. 398-405, 2011.

STICE, E.; MARTI, C. N.; SPOOR, S. *et al.* Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 76, n. 2, p.329-340, 2008.

STICE, E.; MAZOTTI, L. *et al.* Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. **International Journal of Eating Disorders**, v. 27, n. 2, p. 206-217, 2000.

STICE, E.; ROHDE, P.; BUTRYN, M. L. *et al.* Effectiveness trial of a selective dissonance-based eating disorder prevention program with female college students: Effects at 2-and 3-year follow-up. **Behaviour Research and Therapy**, v. 71, p. 20-26, 2015.

STICE, E.; ROHDE, P.; SHAW, H. **The body project: A dissonance-based eating disorder prevention intervention.** New York: Oxford University Press, 2013.

STICE, E.; SHAW, H. E. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, n. 5, p. 985-993, 2002.

STICE, E.; SHAW, H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. **Psychological Bulletin**, v. 130, n. 2, p. 206-227, 2004.

STICE, E.; SHAW, H. *et al.* Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 74, n. 2, p. 263-275, 2006.

STICE, E.; SHAW, H.; MARTI, C. N. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 3, p. 207-231, 2007.

STICE, E.; YOKUM, S.; WATERS, A. Dissonance-based eating disorder prevention program reduces reward region response to thin models; how actions shape valuation. **PLoS One**, v. 10, n. 12, 2015.

STICE, E.; ROHDE, P.; GAU, J. *et al.* An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 77, n. 5, p. 825-834, 2009.

STRAUMAN, T. J. *et al.* Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 61, n. 6, p. 946-956, 1991.

STROTHER, E. *et al.* Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. **Eating Disorders**, v. 20, n. 5, p. 346-355, 2012.

STUNKARD, A. J. Eating patterns and obesity. **Psychiatric Quarterly**, v. 33, n. 2, p. 284-295, 1959.

SWAMI, V. *et al.* Social dominance orientation predicts drive for muscularity among British men. **Body Image**, v. 10, n. 4, p. 653-656, 2013.

SWAMI, V. *et al.* The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 36, n. 3, p. 309-325, 2010.

TARANIS, L.; TOUYZ, S.; MEYER, C. Disordered eating and exercise: development and preliminary validation of the compulsive exercise test (CET). **European Eating Disorders Review**, v. 19, n. 3, p. 256-268, 2011.

TEAGUE, S. *et al.* Retention strategies in longitudinal cohort studies: a systematic review and meta-analysis. **BMC Medical Research Methodology**, v. 18, n. 1, p. 151, 2018.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

THOMPSON, J. K. The (mis) measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2004.

THOMPSON, J.; CAFRI, G. E. **The muscular ideal: Psychological, social, and medical perspectives**. Washington: American Psychological Association, 2007.

THOMPSON, J. K.; GARDNER, R. M. Measuring perceptual body image among adolescents and adults. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Ed.). **Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. New York: The Guildford Press, 2002. p. 135-141.

THOMPSON, J. K. *et al.* **Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance**. Washington: American Psychological Association, 1999.

TIGGEMANN, M.; MARTINS, Y.; KIRKBRIDE, A. Oh to be lean and muscular: body image ideals in gay and heterosexual men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 8, n. 1, p. 15-24, 2007.

TILLMAN, K. S.; ARBAUGH JR, T.; BALABAN, M. S. Campus programming for National Eating Disorders Awareness Week: An investigation of stigma, help-seeking, and resource knowledge. **Eating Behaviors**, v. 13, n. 3, p. 281-284, 2012.

TILLMAN, *et al.* Effectiveness of one-time psychoeducational programming for students with high levels of eating concerns. **Eating Behaviors**, v. 19, p. 133-138, 2015.

TOBLER, N. *et al.* School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. **Journal of Primary Prevention**, v. 20, n. 4, p. 275-336, 2000.

TOD, D.; EDWARDS, C. A meta-analysis of the drive for muscularity's relationships with exercise behaviour, disordered eating, supplement consumption, and exercise dependence. **International Review of Sport and Exercise Psychology**, v. 8, n. 1, p. 185-203, 2015.

TRAMONTT, C. R.; SCHNEIDER, C. D.; STENZEL, L. M. Compulsão alimentar e bulimia nervosa em praticantes de exercício físico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 5, p. 383-387, 2014.

TYLKA, T. L. Positive psychology perspectives on body image. In: Cash T. F.; SMOLAK, L. (Ed.), **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. New York: The Guilford Press, 2011a. p. 56-64.

TYLKA, T. L. Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. **Body Image**, v. 8, n. 3, p. 199-207, 2011b.

TYLKA, T. L. Evidence for the Body Appreciation Scale's measurement equivalence/invariance between US college women and men. **Body Image**, v. 10, n. 3, p. 415-418, 2013.

TYLKA, T. L. **Body positive: Understanding and improving body image in science and practice. Overview of the Field of Positive Body Image**. Cambridge University Press, 2018.

TYLKA, T. L.; BERGERON, D.; SCHWARTZ, J. P. Development and psychometric evaluation of the Male Body Attitudes Scale (MBAS). **Body Image**, v. 2, n. 2, p. 161-175, 2005.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. **Body Image**, v. 14, p. 118-129, 2015.

UNIKEL-SANTONCINI, C. *et al.* Dissonance-based Program for Eating Disorders Prevention in Mexican University Students. **Psychosocial Intervention**, v. 28, n. 1, 2019.

VAN DEN BERG, P. *et al.* Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. **Body Image**, v. 4, n. 3, p. 257-268, 2007.

VAN LANDEGHEM, C.; JAKOBSON, L. S.; KEOUGH, M. T. Risk of exercise dependence in university students: A subtyping study utilizing latent profile analysis. **Psychology of Sport and Exercise**, v. 45, p. 1-7, 2019.

VARNADO-SULLIVAN, P. J. *et al.* Development and implementation of the Body Logic Program for adolescents: A two-stage prevention program for eating disorders. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 8, n. 3, p. 248-259, 2001.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; HORTA, R. L. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1, p. 20-26, 2006.

WADE, T. D.; DAVIDSON, S.; O'DEA, J. A. A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. **International Journal of Eating Disorders**, v. 33, n. 4, p. 371-383, 2003.

WADE, T. D. *et al.* Do universal media literacy programs have an effect on weight and shape concern by influencing media internalization? **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 7, p. 731-738, 2017.

WATSON, H. E. R.; DREHER, C.; STEELE, A. **Eating Disorders Prevention, Treatment & Management: An evidence review.** Sydney: The Butterfly Foundation, 2010.

WATSON, H. *et al.* Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. **International Journal of Eating Disorders**, v. 49, n. 9, p. 833-862, 2016.

WESTWOOD, H. *et al.* Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 99, p. 66-81, 2017.

WILKSCH, S. M. School-based eating disorder prevention: a pilot effectiveness trial of teacher-delivered Media Smart. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 9, n. 1, p. 21-28, 2015.

WILKSCH, S. M. *et al.* Prevention across the spectrum: A randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. **Psychological Medicine**, v. 45, n. 9, p. 1811-1823, 2015.

WILKSCH, S. M.; WADE, T. D. Reduction of shape and weight concern in young adolescents: A 30-month controlled evaluation of a media literacy program. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 48, n. 6, p. 652-661, 2009.

WILKSCH, S. M.; WADE, T. D. Life Smart: A pilot study of a school-based program to reduce the risk of both eating disorders and obesity in young adolescent girls and boys. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 38, n. 9, p. 1021-1029, 2013.

WILKSCH, S. M.; WADE, T. D. Depression as a moderator of benefit from Media Smart: A school-based eating disorder prevention program. **Behaviour Research and Therapy**, v. 52, p. 64-71, 2014.

WOERTMAN, L.; VAN DEN BRINK, F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. **Journal of Sex Research**, v. 49, n. 2-3, p. 184-211, 2012.

WONDERLICH, *et al.* Examining the conceptual model of integrative cognitive-affective therapy for BN: Two assessment studies. **International Journal of Eating Disorders**, v. 41, n. 8, p. 748-754, 2008.

WOOD, M. J. The gay male gaze: Body image disturbance and gender oppression among gay men. **Journal of Gay & Lesbian Social Services**, V. 17, n. 2, p. 43-62, 2004.

WOOD-BARCALOW, N. L.; CASEY, L. Clinical Applications of Positive Body Image. *In: DANIELS, E. A.; GILLEN, M. M.; MARKEY, C. H. **Body Positive: Understanding and Improving Body Image in Science and Practice***, 2018, p. 235-261.

WOOD-BARCALOW, N. L.; TYLKA, T. L.; AUGUSTUS-HORVATH, C. L. "But I like my body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, v. 7, n. 2, p. 106-116, 2010.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status:** The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1995.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.** Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019

YAGER, Z.; O'DEA, J. A. Relationships between body image, nutritional supplement use, and attitudes towards doping in sport among adolescent boys: implications for prevention programs. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, v. 11, n. 13, p. 1-8, 2014.

ZABINSKI, M. F. *et al.* An interactive internet-based intervention for women at risk of eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, v. 30, n. 2, p. 129-137, 2001.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário da pesquisa **“Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia corporal de jovens adultos: um ensaio clínico controlado randomizado em homens brasileiros”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o fato de que uma intervenção mostrou potencial na prevenção e diminuição de internalização sociocultural de corpo ideal, insatisfação corporal, sintomas de transtornos alimentares (restrição alimentar e sintomas bulímicos) e transtorno dismórfico corporal (dismorfia muscular), bem como aumento da apreciação corporal, fatores que estão forte e diretamente relacionados com a saúde e qualidade de vida da população. Os problemas acima são vivenciados por vários jovens em diversos países e são responsáveis por vários transtornos. Assim, autores no intuito de diminuir esses problemas e melhorar a autoimagem dos jovens, desenvolveram um programa similar a essa pesquisa. Neste estudo pretendemos avaliar se uma proposta de intervenção é capaz de prevenir e/ou reduzir os problemas advindos dos distúrbios de imagem corporal, transtornos alimentares e dismórficos corporais (dismorfia muscular) em jovens adultos brasileiros, do sexo masculino.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: pedir que responda alguns questionários e se for de seu desejo, participar de duas sessões do programa de intervenção que tem como atividades, discutir sobre o ideal de corpo masculino propagado pela mídia, tentando entender a origem e perpetuação desse ideal. Vamos ainda debater os custos em perseguir esse ideal e propor que escreva um e-mail, bem como pediremos que faça um autorrelato após uma breve exposição ao espelho. Você será convidado a realizar uma simples dramatização para desencorajar a busca pelo ideal corporal, além de ser incentivado a pensar em maneiras para resistir à pressão de perseguir o “ideal cultural”, planejando formas futuras de resistir a essas pressões. Juntos teremos discussões com outros participantes afim de desafiar declarações negativas sobre o próprio corpo e o do outro.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos como responder questionários e participar de discussões em grupo, ou seja, riscos de atividades cotidianas. Contudo, por se tratar de discussões relacionadas ao corpo você pode sentir desconforto ou mal-estar ao responder as perguntas ou participar das discussões. Assim, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, os pesquisadores (especialistas em imagem corporal), que receberam treinamento técnico especializado para condução das atividades, fornecerão todo suporte necessário. É garantido a você, a qualquer momento, manifestar a desistência se assim o desejar. Isso não mudará a forma como será tratado pelos pesquisadores. Além disso, os pesquisadores serão responsáveis por todos os procedimentos, visando o pleno andamento da pesquisa e integridade dos participantes. Seus dados de contato como nome, e-mail e telefone serão coletados para fim de comunicação com os pesquisadores. Entretanto, esses dados ficarão em banco de dados exclusivo dos pesquisadores sendo utilizados apenas para fins

de pesquisa e possível comunicação entre pesquisadores e participantes. A pesquisa pode ajudar no avanço dos estudos de imagem corporal no País principalmente em homens, além de diminuir os riscos de adquirir comportamentos orientados a problemas de saúde como distúrbios de imagem corporal, transtornos dismórficos e alimentares, assim como auxiliar outras pessoas que poderão se beneficiar do programa no futuro.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido. O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável (Professor Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho) e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Governador Valadares _____ de _____ de 20__.

Assinatura do participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)
Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Professor Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho (Pesquisador Responsável)
Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Avançado Governador Valadares
Avenida Doutor Raimundo Rezende, 330 - Centro, Gov. Valadares - MG, 35012-140
Fone: (33) 99114-3073 E-mail: pedro.berbert@ufjf.edu.br

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome: _____.
2. E-mail: _____.
3. Celular: () _____.
4. Idade: _____ anos.
5. Faculdade: _____.
6. Curso de graduação _____ . 7. Período do curso _____.
8. Massa corporal (peso): _____ quilogramas
9. Estatura (altura): _____ metros.
10. Cor ou Raça (marque abaixo):
 Branca Preta Indígena
 Amarela Parda Outra. Especifique _____.
11. Sexo (marque abaixo):
 Homem Mulher Intersexual
12. Orientação Sexual (marque abaixo):
 Homossexual Heterossexual Bissexual Outro. Especifique _____.
13. Identidade de gênero: _____.
14. Você já foi diagnosticado com algum transtorno alimentar (p. ex. anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsão alimentar ou outros)?
 Não Sim. Qual? _____.
15. Você já foi diagnosticado com algum transtorno mental (p.ex. depressão)?
 Não Sim. Qual? _____.
16. Alguém da sua família já recorreu a algum tipo de ajuda psicológica?
 Não Sim. Qual? _____.
17. Estado civil (marque abaixo): Solteiro Casado Divorciado Viúvo
 Outro. Especifique: _____.
18. Você reside (marque abaixo):
 Com seus pais (pai e mãe) Somente com sua mãe Somente com seu pai
 Sozinho Com amigos (república) Esposa Outros. Especifique: _____.
19. Sua renda individual é de aproximadamente: _____.
20. A renda da sua família é de aproximadamente: _____.

21. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeito com o seu corpo como um todo? _____ (informe somente um número de 1 a 10).

22. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeito com a quantidade de gordura em seu corpo? _____ (informe somente um número de 1 a 10).

23. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeito com a quantidade de músculos em seu corpo? _____ (informe somente um número de 1 a 10).

24. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	1	2	3	4 +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks, desconsiderando tablets ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A ÁGUA DO SEU DOMICÍLIO É PROVENIENTE DE?	
Rede geral de distribuição	1
Poço ou nascente	2
Outro meio	3
CONSIDERANDO O TRECHO DA RUA DO SEU DOMICÍLIO, VOCÊ DIRIA QUE A RUA É:	
Asfaltada/Pavimentada	1
Terra/ Cascalho	2

25. Qual o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

ESCOLARIDADE	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	1
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	2
Fundamental II completo / Médio incompleto	3
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	5

APÊNDICE C – Guia do facilitador “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”

O Corpo em Questão: Mais do que Músculos

Guia do Facilitador

Maurício Almeida

Pedro Henrique Berbert de Carvalho

O Corpo em Questão: Mais do que Músculos

Guia do Facilitador

Maurício Almeida

Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Conteúdo

Agradecimentos	
Capítulo 1	
❖ Visão Geral do Programa para Líderes	1
Capítulo 2	
❖ Sessão 1	6
Capítulo 3	
❖ Sessão 2	22
Notas	33

Capítulo 1

Visão Geral do Programa e Implementação para Líderes

Visão Geral

Apesar de vários programas terem sido desenvolvidos para abordar preocupações com a imagem corporal em mulheres, até o momento nenhuma intervenção foi desenvolvida para abordar as preocupações com a imagem corporal em homens. O Corpo em Questão: Mais do que Músculos foi iniciado para abordar essa lacuna em recursos disponíveis àqueles em risco devido a preocupações com a imagem corporal.

O Corpo em Questão: Mais do que Músculos é adaptado de um programa com evidência científica, guiado por pares, para a prevenção a transtornos alimentares e educação em relação à imagem corporal, que foi inicialmente criado para implementação em grupos de homens gays em idade universitária. Esses materiais foram incrivelmente bem-sucedidos, em grande parte devido à implementação em grupos com valores culturais e experiências semelhantes. O Corpo em Questão: Mais do que Músculos é o primeiro programa desse tipo que é especificamente direcionado a melhorar a imagem corporal e redução dos fatores de risco para transtornos alimentares entre universitários do sexo masculino. Considerando a pressão social sobre os homens para serem definidos e musculosos, o programa direciona investimentos especificamente no padrão de aparência ideal de atratividade para homens, bem como outros fatores de risco incluindo emoções negativas, alimentação

não saudável e comportamentos ligados aos exercícios, etc.

O programa utiliza um modelo altamente interativo, com pequeno grupo de participantes, que é implementado por líderes de grupo em duas sessões de aproximadamente duas horas. Esse programa não foca em transtornos alimentares. Em vez disso, ele enfatiza a criação e reafirmação de uma imagem corporal positiva e saudável por meio de uma variedade de discussões, atividades e exercícios estruturados.

Líderes de Grupos

Durante as sessões em grupo, líderes de grupo são responsáveis não apenas pelo cumprimento do protocolo como também por gerenciar a dinâmica do grupo (ex: desenvolver um ambiente seguro e convidativo, facilitar conversas e lidar com participantes desafiadores). Líderes principais do grupo são “líderes de grupo” responsáveis por liderar a discussão durante a sessão. Líderes de grupo que não são os líderes principais ainda são responsáveis por darem assistência quando necessário durante todas as sessões, acompanhando as dinâmicas de grupo e fazendo perguntas de sondagem se necessário.

Às vezes, líderes de grupos talvez precisem intencionalmente abreviar ou prolongar a conversa dos participantes, se necessário, como guiado pelo manual do facilitador. A seguir, algumas dicas para garantir que as conversas estão progredindo com o programa:

- ❖ **Fazer perguntas relacionadas ao que acabou de ser dito.**
- ❖ **Estar confortável em deixar o ambiente permanecer em silêncio por um momento após uma pergunta ter sido feita.**
- ❖ **Reformular a pergunta, quando necessário.**
- ❖ **Ficar atento a sinais não verbais que indicam que uma pessoa talvez tenha algo a dizer.**
- ❖ **Evitar que as sessões percam o foco, guiando os participantes de volta à informação no manual.**

- ❖ **Aderir o mais fielmente possível ao tempo limite recomendado para assegurar que todos os tópicos sejam cumpridos, e com detalhes suficientes.**

Como modelos para o programa, os líderes de grupos agem como líderes e participantes durante as sessões. Desta forma, eles contribuirão para as discussões e compartilharão suas próprias experiências. Líderes de grupo devem estabelecer um equilíbrio entre ser modelo de contribuições adequadas e usar suas próprias experiências para fazer outros participantes sentirem-se confortáveis, assegurando-se de que os líderes de grupo não dominem a conversa. É recomendado que os líderes de grupo pensem em suas respostas antecipadamente, principalmente para atividades difíceis. Por exemplo, se o líder disser que ele gosta de partes do corpo mais desafiadoras durante o exercício do espelho, é mais provável que os participantes vão se arriscar mais.

Líderes de grupo são responsáveis por assegurarem que todos os membros do grupo se sintam confortáveis ao participarem e compartilharem histórias pessoais. Isso pode ser alcançado mantendo contato visual, reconhecendo os comentários dos participantes e tentando criar um tom confortável no grupo durante todo o tempo. Apesar de ser importante permitir aos grupos se divertirem com o material, os líderes de grupo devem conscientemente focar no propósito da intervenção. É importante olhar para todos os participantes e tentar atraí-los para a discussão, prestando atenção especial àqueles que falam menos ou que são relutantes em falar. Se um ou dois participantes tendem a dominar a discussão, os líderes podem convidar outros participantes a compartilhar suas opiniões, ou “percorrer o grupo” e pedir a todos para falar. Esta geralmente é uma ótima estratégia para assegurar que cada participante fale. Quando usar esta estratégia, tenha certeza de ir em diferentes direções e iniciar com diferentes participantes, para que a ordem varie constantemente. Tente usar o humor quando possível, fique relaxado e sorria quando for apropriado, escute cuidadosamente as respostas dos participantes.

Quando um participante compartilhar uma informação pessoal ou discutir dificuldades que ele tenha com a imagem corporal, faça afirmações empáticas que mostrem tanto compaixão quanto apreciação por sua contribuição ao grupo (ex: “Parece que você está realmente lutando contra isso” ou “No seu lugar, eu teria me sentido magoado quando

minha mãe/meu pai fez esse comentário sobre meu peso”). Apesar de ser extremamente importante manter o foco e cumprir as informações necessárias para cada sessão, os participantes também querem se sentir ouvidos e entendidos.

Marcando Sessões

Os grupos não devem ter menos de 4 membros e não mais de 10. Os mesmos participantes devem participar das duas sessões.

Dicas Gerais de Treinamento do Facilitador

- ❖ É melhor ter líderes divididos pelo círculo para que eles estejam igualmente distribuídos entre os membros do grupo.
- ❖ Cuidado com o “show do líder” – ter os líderes tomando muito espaço da conversa dentro do grupo. Se o grupo está quieto ou não está respondendo, diga “Vamos percorrer o grupo nesta questão” ou se você notar outro membro do grupo concordando com a cabeça, gentilmente encoraja uma resposta dizendo, “_____ Eu notei que você balançou a cabeça, o que você acha?”
- ❖ Durante o exercício do desafio verbal, deixe os Custos da aparência Ideal no quadro, para que os participantes possam ver os custos enquanto desafiam o ideal.
- ❖ É melhor para os líderes seguirem o “modelo” de resposta quando fornecerem exemplos para as atividades. Por exemplo, no caso do desafio verbal pessoal, é melhor usar um exemplo de quando você não agiu de uma forma que desafiava o ideal e em seguida mostrar o que você teria dito aos indivíduos ou a você mesmo sabendo o que sabe agora.
- ❖ Conversas sobre o Corpo/Respostas Rápidas
 - Quando os participantes estiverem tendo dificuldade, diga algo como “Este é um exercício desafiador. Obrigado por mostrar a todos o quão difícil ele realmente é. Vamos trabalhar juntos para entender...” então, crie algumas respostas com o grupo e faça o indivíduo tentar novamente.
 - Se os participantes derem um depoimento “mais ou menos”, diga “Eu acho que foi um ótimo começo... por que você não nos mostra que você discorda totalmente da aparência ideal”.
 - Boas respostas para depoimentos sobre Conversas sobre o Corpo/Respostas Rápidas:
 - Para depoimentos como “Você acha que é flácido? Olhe para mim”, uma possível resposta seria “Oh, uau! Eu nem percebi que eu tinha iniciado uma conversa sobre o corpo. Desculpa. Viu como é fácil fazer comentários sobre o corpo?”
 - “Me deixa desconfortável quando você diz isso sobre mim [ou _____]”
 - Para itens atléticos: “Há muitas maneiras de melhorar a performance além de perder peso (dormir mais, beber menos, etc.)”
 - “Eu acho desrespeitoso comentar sobre a aparência das pessoas assim”.
- ❖ Exercício do Espelho
 - Geralmente é melhor que os líderes não utilizem respostas funcionais quando

estiverem compartilhando características físicas que eles gostam sobre os próprios corpos. Além disso, líderes devem escolher características mais difíceis. Isso fará os outros participantes mais dispostos a compartilhar partes do corpo desafiantes também. Por exemplo, ao invés de dizer “Eu gosto da minha bunda/pernas porque elas me ajudam a correr”, diga simplesmente “Eu gosto da minha bunda/pernas”.

Gravação de Áudio/Vídeo

Em geral, é recomendado que todas as sessões do grupo sejam gravadas em áudio ou vídeo. Há duas razões para gravar as sessões. O primeiro propósito de gravar é maximizar a responsabilidade dos depoimentos anti-ideal muscular e de definição muscular feitos pelos participantes. Em teoria, isso deveria fazer o programa mais forte. Gravar os participantes é uma estratégia para aumentar a quantidade de dissonância cognitiva que eles experimentam, o que aumenta a probabilidade de se beneficiarem com o programa. Se as sessões estão sendo gravadas apenas por esta razão, os líderes do programa podem deletar ou gravar por cima das sessões após elas terem terminado. Esta é uma boa forma de proteger a confidencialidade do participante. Como visto no roteiro para as sessões, os líderes pedem permissão para gravar as sessões. Se um participante sente vigorosamente que não quer ser gravado, seus desejos devem ser respeitados. A segunda razão para gravar as sessões é para controle de qualidade e propósitos de supervisão. Neste caso, é ideal que os líderes possam rever pelo menos partes das gravações para checar a adesão dos líderes do grupo ao programa. Se as sessões forem filmadas, é importante que líderes do grupo expliquem aos participantes que as fitas estão sendo usadas para garantir que os grupos sejam bem dirigidos, e não para identificar participantes individuais.

Idealistas do Corpo

O desafio mais comum percebido em programas anteriores que utilizaram este tipo de grupo é conseguir que membros que estão altamente investidos no ideal cultural se envolvam produtivamente no programa. Se uma sessão contém um ou mais idealistas

culturais, líderes de grupo devem evitar discutir com eles. Deixe outro membro do grupo desafiá-lo. Além disso, pode ser de grande ajuda percorrer o grupo para mais perguntas. Isto permitirá que o idealista cultural siga o que quer, mas impedirá que ele domine a conversa ou redirecione a sessão.

Exercícios em Casa

Exercício em casa são feitos para serem desafiadores. No entanto, eles podem representar dificuldades, especialmente exercícios que parecem acadêmicos por natureza ou uma extensão da sala de aula. A adesão dos participantes às tarefas entre sessões depende do quanto bem os líderes de grupo enfatizam a importância de completar esses exercícios e seguir tarefas que foram dadas. Experiências indicam que depoimentos de líderes de grupos podem igualmente fazer significativa diferença no sucesso destes exercícios. Ter o modelo completo dos exercícios dos líderes de grupo explicando o quanto útil eles consideram a atividade pode também adicionar valor (ex: “Eu achei esse exercício muito útil quando eu experimentei porquê...”). Além disso, contactar participantes via e-mail ou telefone um dia ou dois antes da próxima sessão leva os participantes a completarem as tarefas e trazê-los na próxima sessão.

Implementação da Checklist

- ❖ Antes da Sessão 1 assegure-se de que os seguintes pontos sejam abordados:
 - Consentimento esclarecido esteja completo para todos os participantes;
 - Sessão seja gravada em áudio;
 - Participantes devem ser solicitados a preencherem o protocolo de pesquisa T1 ANTES do início da sessão.
- ❖ Depois da Sessão 1/Antes da Sessão 2:
 - Lembrar o grupo da data, hora e local da Sessão 2;
 - Enviar lembrete para participantes sobre os exercícios de casa dois dias antes da sessão 2.
- ❖ Depois da Sessão 2:
 - Participantes devem ser solicitados a preencherem o protocolo de pesquisa T2 DEPOIS do término da sessão (incluindo questionário de aceitação do tratamento);
 - Todos os protocolos são coletados dos participantes;

- Lembre os participantes que eles receberão um e-mail sobre a avaliação de acompanhamento de um mês.

Capítulo 2

Sessão 1

Visão Geral

Comece a Sessão 1 fornecendo uma visão geral do programa e introduzindo os participantes às regras e expectativas do grupo. Essa sessão presume que os participantes foram orientados sobre o programa O Corpo em Questão: Mais do que Músculos quando foram recrutados para participar das sessões. No entanto, é de grande ajuda lembrá-los, ou responder perguntas, sobre o programa. A maior parte da sessão consiste de uma discussão interativa da definição e origens da aparência ideal e dos custos associados a perseguir essa aparência. A importância de participar e completar os exercícios de casa é igualmente salientado.

Introdução (5 minutos)

Líder principal: _____

O líder principal abre a sessão dizendo:

Materiais Necessários

- ❖ Cavalete ou quadro com pincel e apagador
- ❖ Cópia do caderno de atividades do participante

Descrição

- ❖ Faça apresentações
- ❖ Conduza exercícios para “quebrar o gelo”
- ❖ Reveja as regras e

Bem-vindos ao programa O Corpo em Questão: Mais do que Músculos. Nós pensamos em começar nos apresentando e deixando vocês saberem quem somos e por que nos inscrevemos para liderar esse programa. Eu começo.

Todos os líderes de grupo iniciam apresentando-se ao grupo. Apresentações incluem nome, período da faculdade/emprego, e uma razão rápida pela qual o indivíduo se sentiu motivado a ser um líder de grupo. Os líderes de grupo devem, então, determinar se todos no grupo se conhecem. Se sim, pule as apresentações. Se não, o líder principal do grupo pede aos membros do grupo para se apresentarem:

Vamos nos conhecer melhor ou mesmo refrescar nossas memórias sobre os detalhes dos outros. Cada um de vocês pode nos dizer seu nome, em qual período está/emprego, e um “fato interessante” sobre você?

Líderes de grupo devem tentar fazer isto ser informal e relaxado, sorrindo e sendo espontâneo em sua apresentação.

Após as apresentações terem sido feitas, forneça ao grupo uma visão geral do programa. O líder principal deve usar o seguinte diálogo exemplo:

Antes de começarmos, nós queríamos apenas revisar o contexto para este programa.

- expectativas do grupo
- ❖ Defina e discuta a aparência ideal
- ❖ Discuta os custos da busca pela aparência ideal
- ❖ Envolve os participantes no Exercício do Desafio Verbal
- ❖ Explore a sessão de Conversas sobre o Corpo
- ❖ Desafio Comportamental
- ❖ Atribua exercício para casa
- ❖ Encerre a sessão

Apesar da preocupação com a imagem corporal vir crescendo entre homens universitários, esses assuntos são frequentemente ignorados para homens e nenhum programa foi desenvolvido para abordar essas preocupações até recentemente.

O Corpo em Questão: Mais do que Músculos foi criado após a realização de um programa similar em jovens universitários da Flórida, nos Estados Unidos da América, que apresentavam preocupações com a imagem corporal. O programa foi criado pelas pesquisadoras americanas Dra. Tiffany A. Brown e pela Dra. Pamela K. Keel por meio da adaptação de um outro programa existente.

No entanto, nós logo percebemos que este tipo de programa seria de grande ajuda para qualquer homem preocupado com o corpo, inclusive para brasileiros. Ambas intervenções foram originalmente pensadas com base em um programa de imagem corporal (Body Project) distribuído e implementado por todo os Estados Unidos da América, que teve origem na Universidade de Trinity (uma Universidade em San Antonio, Texas, Estados Unidos da América).

Há alguma pergunta antes de continuarmos?

“Quebra-gelos” (5 minutos)

Líder principal: _____

O líder principal para esta sessão deve introduzir a atividade quebra-gelo, dizendo:

Ok, vamos nos aquecer antes de começarmos usando um quebra-gelo que temos. Chama-se “O Que Mais Me Incomoda Na Imagem Corporal”. Neste quebra-gelo, cada um de nós vai descrever o que mais o incomoda, seja com

a mídia, propagandas ou na indústria do esporte, os quais influenciam a imagem corporal dos homens.

Por exemplo, alguém talvez diga que o que mais o incomoda é a forma como os editores usam photoshop em revistas para que nós pensemos que as pessoas nas fotos são realmente tão musculosas. Outra pessoa pode mencionar os físicos “aumentados com esteroides” nas capas de revistas de saúde ou de academia que são direcionadas para homens.

Eu vou começar e então nós vamos percorrer o grupo. O que mais me incomoda é...

Demonstre como o quebra-gelos funciona. Depois que você terminar o quebra-gelos, faça uma afirmação de transição, como:

Agora que começamos nesse tópico, vamos continuar...

Comprometimento Voluntário e Visão Geral (5 minutos)

Líder principal: _____

Durante esta parte da sessão, os membros do grupo são perguntados se estão dispostos a se envolverem no programa. O líder principal deve utilizar o seguinte diálogo:

A ideia por trás deste programa é que, quando os homens falam sobre a “aparência ideal” mostrado na mídia de massa, e como desafiar as pressões para se conformar com esse ideal não saudável, ajuda a melhorar ou manter uma imagem corporal saudável, e reduz o ganho de peso não saudável e

problemas alimentares.

No passado, nós percebemos que as pessoas tiram mais proveito desses grupos se elas participarem verbalmente e completarem todos os exercícios entre as sessões. É importante ressaltar que sua participação é voluntária. Todos estão dispostos a participar voluntária e ativamente do grupo? Vamos percorrer o grupo.

Eu começo...

[Nota: É particularmente útil para os líderes adicionar algo sobre o porquê de manterem uma mente aberta. Por exemplo: “Eu estou disposto a manter a mente aberta e realmente dar uma chance, porque eu percebi que ser franco e aberto faz desses grupos mais úteis e muito mais divertidos para mim”.]

Percorra a sala e pergunte a cada membro se ele está disposto a manter uma mente aberta e dar uma chance a este programa. Em seguida, providencie uma visão geral das sessões usando o seguinte diálogo:

Durante as duas sessões nós vamos:

- | | |
|---|--|
| 1. Definir a aparência ideal e explorar sua origem. | 4. Discutir como desafiar nossas preocupações pessoais relacionadas ao corpo. |
| 2. Examinar os custos associados à busca deste ideal. | 5. Aprender novas formas de falar mais respeitosamente sobre nossos corpos. |
| 3. Explorar formas nas quais possamos resistir às pressões de buscar um ideal não saudável. | 6. Falar sobre como nós podemos responder melhor a pressões futuras para nos conformarmos com o ideal. |

Gravação de Áudio Recomendada

Os líderes devem perguntar:

Nós gostaríamos de gravar ambas as sessões. Isto é para a supervisão, para que possamos nos assegurar de que os grupos estão seguindo bem e aderindo ao programa da forma como foi originalmente projetado. Alguém tem alguma questão sobre isso?

Se alguém tiver fortes reservas quanto a não ser gravado, então os líderes devem desligar o gravador. No entanto, todos que estão participando do estudo devem já ter assinado a autorização.

Definição e Origem da Aparência Ideal (20 minutos)

Líder Principal: _____

Escrivão: _____

Essa parte da reunião foca na aparência ideal. Como essa sessão requer o uso de um cavalete ou quadro, um líder do grupo deve ser designado como o “escrivão”. O escrivão escreverá “Homem Perfeito” no topo do papel pregado ao cavalete ou quadro. O líder principal pode iniciar a discussão dizendo:

Nós vamos começar definindo e descrevendo a “aparência ideal” para homens na nossa sociedade, para que possamos entender exatamente o que nós estamos discutindo.

Como nos é dito que é o “homem perfeito” pela mídia de massa? Por exemplo, qual a altura dele? Como são seus braços, pernas e abdômen? Quão definido e/ou musculoso ele é? Como é seu cabelo ou sua pele? Pense em celebridades/atletas que você vê na TV, em filmes e em revistas. Nosso

escrivão vai criar nossa lista do “Homem Perfeito” para nós.

Solicite respostas do grupo e peça para o escrivão registrar as respostas dos participantes no cavalete ou quadro. *Note características incompatíveis.* Respostas possíveis incluem:

Definido, atlético	Bronzeado	Cabelos expressos/cheios
Barriga tanquinho	Ombros largos	“Corpo de Nadador”
Dentes retos e brancos	Corpo bem arrumado	(formato de V)
	Alto	Maxilar definido
		Pele limpa e clara, etc.

Então o homem perfeito é... [leia a lista para o grupo].

Nós chamamos este “visual”, este homem ultra definido, irrealisticamente muscular, de “aparência ideal”.

Neste momento, o escrivão deve riscar “O Homem Perfeito” e escrever “aparência ideal” (ou alternativa) no cavalete/quadro.

Líder Principal: _____

O líder principal dessa seção deve continuar a discussão dizendo o seguinte:

Agora, antes de discutirmos mais o [aparência ideal/alternativa do grupo], é importante contrastar esse ideal definido e ultra musculoso com o ideal saudável, porque eles NÃO são o mesmo. Com a aparência ideal, as pessoas recorrem a medidas extremas para parecer modelos de capa de revistas [utilizar o nome de uma revista condizente com a realidade dos participantes, exemplo: *Men’s Health*], incluindo alguns comportamentos de controle de peso não saudáveis e exercício excessivo. O objetivo da aparência ideal é alcançar um corpo ultra definido e ultra muscular só para parecer bonito, o que não é realista nem saudável.

O ideal saudável é a forma como o seu corpo único (no sentido de singular)

aparenta quando você está fazendo as coisas necessárias para maximizar sua saúde física, mental e qualidade de vida no geral. Isto significa comer porções razoáveis de comidas nutritivas, exercitar em uma quantidade adequada sem ultrapassar limites, estar adequadamente envolvido nos estudos e em relacionamentos sociais, etc.

Com o ideal saudável, o objetivo é saúde, fitness, funcionalidade e longevidade. Um corpo saudável tem músculos e tecidos de gordura adequados, e pode variar baseado em fatores individuais, como a genética. O ideal saudável envolve sentir-se bem com a forma que o nosso corpo funciona e a sensação que ele nos proporciona.

Líder principal: _____

Basicamente, nós queremos esclarecer que nós **NÃO** estamos sugerindo que seja uma boa ideia comer quantidades enormes de comidas consideradas porcarias e não exercitar. Nós queremos que todo mundo que passa por este programa seja tão saudável, feliz e funcional quanto ele possa ser – física e mentalmente.

Então, agora que nós deixamos isso claro, vamos discutir mais a aparência ideal.

Apresente as seguintes perguntas aos membros do grupo:

Esta aparência ideal sempre foi o padrão de ouro para atratividade masculina? Em outras palavras, já houve um tempo em que o “homem perfeito” parecia diferente? [*Pausa.*]

Aqui estão algumas imagens de heróis de filmes de ação no decorrer do tempo. [*Mostre imagens do Apêndice 1.*] Como as imagens atuais mudaram

com relação às imagens do original/passado?

Tente chamar a atenção dos membros do grupo ao fato de que a imagem “ideal” difere em épocas distintas. Sinta-se livre para também incorporar exemplos relativos a como os astros de cinema mudaram suas aparências no decorrer do tempo (Cite exemplos de personagens/atores/atletas que são considerados como “corpo ideal” na atualidade) e como a aparência ideal pode diferir entre diferentes culturas. Sinta-se livre para trazer exemplos se os membros do grupo tiverem dificuldade.

Então de onde vem essa aparência ideal?

[Se não obtiver resposta: Em outras palavras, quem ou o que começou essa ideia de como o “ideal” aparenta?]

Mídia, filmes/TV, a indústria do esporte, moda (quer que modelos sejam definidos, musculosos, de ombros largos, para que não interfiram no corte da roupa), lojas que vendem suplementos para ganho de peso (utilizar exemplos condizentes com a realidade dos participantes) e a indústria das dietas.

Então, como a aparência ideal é promovida para nós? Quem ou o que nos encoraja a ver esse tipo de corpo como “ideal”?

Respostas possíveis incluem programas de TV, esportes e propagandas relacionadas a estes, filmes, revistas, atletas, a internet e a indústria da dieta/perda de peso

Líder principal: _____

Algum de vocês já recebeu um comentário negativo sobre o seu peso ou seu corpo de algum amigo, familiar, treinador ou parceiro? [Não pause.]

Como isso te fez sentir?

Discuta experiências pessoais dos participantes nessas áreas e impactos sobre suas emoções e autoestima.

Então, como te afeta quando outras pessoas que você conhece (homens ou mulheres) falam da aparência ideal para homens?

Como mensagens da aparência ideal da mídia impacta a forma como você se sente com relação ao seu corpo? Por exemplo, o que você pensa sobre o seu próprio corpo quando você vê uma foto do ideal de corpo para os homens em revistas [utilizar exemplos de revistas condizentes com a realidade dos participantes]. Vamos percorrer o grupo com essa pergunta. Quem gostaria de começar?

Sentir-se inadequado porque eles não se parecem com esses homens, desgostar do próprio corpo, humor negativo. Se disserem “motivação”, pergunte se alguma vez já fizeram se sentir mal.

Quanto retoques no computador ou melhoramentos em revistas, ou mesmo filmes, fazem para que suas capas/astros reflitam e perpetuem a aparência ideal?

Discuta várias formas através das quais fotos de celebridades e atletas podem ser retocadas em capas de revistas (ex: Peitoral e braços podem ser expandidos para definição, cinturas podem ser modeladas, pele suavizada, pelos removidos/adicionados, aumento de simetria), o “truque do fisiculturista” de se desidratar para fazer os músculos se sobressaírem, ou atores que passaram por algum processo de mudança para interpretar determinado personagem (utilizar exemplos que reflitam a realidade dos participantes, como Hugh Jackman em “Os Miseráveis”).

Vamos falar um pouco mais sobre isso. Como você se sente ao saber que os modelos/atletas masculinos, ou os chamados homens “perfeitos” no mundo são

retocados e, em outras palavras, não são bonitos o suficiente?

O que a cultura nos diz que acontecerá se nos parecermos com a aparência ideal?

A resposta pode ser que seremos poderosos, amados, felizes, bem-sucedidos, ricos, conseguir mais parceiros, etc. Diferencie a aparência ideal do ideal saudável se eles disserem que você é mais saudável se você se conformar a aparência ideal.

Aproximar-se desse ideal realmente faz estas coisas acontecerem? Uma outra forma de pensar sobre isso é perguntar: celebridades ou atletas, que geralmente chegam o mais próximo do ideal, têm vidas perfeitas?

Lembre aos membros do grupo que atingir a aparência ideal provavelmente terá pouco impacto. Outros problemas, como abuso de substâncias, nenhum amigo verdadeiro, etc.

Através dessa sessão, os líderes precisam ter cuidado para não expressarem que tentar ser saudável é ruim – faça a distinção entre o ideal saudável e a aparência ideal (evitar obesidade e resultar em consequências para a saúde vs. lutar por uma aparência irrealista através de qualquer meio necessário).

Não descreva (ou permita que participantes discutam) os benefícios da magreza em geral ou dê a impressão de que a aparência ideal está próxima do ideal saudável (ex: é possível estar dentro da faixa de peso saudável, mas não cumprir com os padrões do ideal ultra definido e musculoso). Assegure-se de que os participantes saibam que os líderes querem que eles sejam saudáveis. Em outras palavras, o objetivo não é trocar a busca pelo ideal cultural pelo consumo desregrado de hambúrgueres, comer mal e nunca se exercitar. Ao contrário, os participantes devem se esforçar para viverem estilos de vida saudáveis e balanceados (uma dieta saudável com luxos ocasionais e exercícios regulares não extremos) e aceitar os corpos que têm quando estão saudáveis.

Custos Associados com a Busca pela

Aparência Ideal (35 minutos)

Líder principal: _____

Neste ponto da sessão, envolva todo o grupo em uma discussão sobre os custos da busca pela aparência ideal. Onde há linhas brancas, líderes do grupo devem preencher em nome da comunidade às quais eles pertencem e que estão desenvolvendo o programa (ex: clube, universidade). O líder principal deve usar o seguinte exemplo de diálogo:

Nós discutimos a aparência ideal e de onde ela vem – agora vamos falar sobre os custos envolvidos com este ideal. Nós gostaríamos que vocês tirassem 10 minutos para pensar em uma lista dos custos de buscar a aparência ideal. Favor pensar primeiramente sobre os custos ao homem individual que tenta buscar a aparência ideal.

Depois, quando você não conseguir mais pensar em ideias, pense sobre os custos coletivos para nossa comunidade aqui na _____ [citar o nome da comunidade, universidade, clube, associação ou contexto em que está sendo desenvolvido o programa] se nós tentarmos buscar a aparência ideal. Quais são os custos para nós como um grupo? Por favor, tente pensar no máximo de custos que você conseguir, e use todo o tempo que daremos para pensar.

E, só para esclarecer, “custos” não têm que ser monetários. Eles podem ser qualquer tipo de custos (tempo, oportunidade, qualidade de vida, relacionado à saúde, etc.).

Instrua os membros a usarem o formulário de “Custos da Aparência Ideal” no caderno de atividades. Permita em torno de 10 minutos para esse exercício. Quando eles tiverem completado suas listas, percorra o grupo e peça aos membros para compartilhar suas

ideias.

Agora vamos percorrer o grupo e pedir para que todos descrevam 2 custos individuais que escreveram. Nosso escrivão vai colocá-los no quadro para nós.

Possíveis respostas são autoestima baixa/negativa, sentir-se mal com o próprio corpo e consigo mesmo, depressão, ansiedade, técnicas não saudáveis de manutenção do peso, uso de esteroides, lesões físicas, estresse, altos custos monetários, custos acadêmicos, menos tempo para passar com amigos, família, relacionamentos, etc. Um outro custo é que, quando as pessoas se sentem mal com o próprio corpo, eles são menos propensos a fazer coisas que o ajudem a ser saudáveis, como exercitar-se regularmente e se alimentar de dietas bem balanceadas.

[Se não for mencionado:] E quanto a não pensar no nosso corpo como funcional?

Tente provocar respostas sobre *funcionalidade* (ex: bíceps fortes ajudam a levantar/segurar/trabalhar com coisas, e não servem apenas para parecer muito forte em uma camiseta. Trabalhar apenas no sentido da aparência ideal elimina a ideia de que nossos corpos foram feitos para serem utilizados/funcionais).

Quais outras ideias você tem para o homem como indivíduo ou mesmo nós como um grupo de homens na _____ *[citar o nome da comunidade, universidade, clube, associação ou contexto em que está sendo desenvolvido o programa]* como um todo?

Ressalte que isso pode tirar tempo de buscas valiosas, criar uma atmosfera negativa e promover uma competição ao invés de um trabalho em equipe. Pode também colocar pressão em outros homens para também buscarem a aparência ideal, pode servir de modelo para obsessões com a aparência ideal para adolescentes que ainda estão crescendo, etc.

Se tantos homens estão lidando com esses problemas, então qual o custo para a sociedade?

Coloque a lista no quadro. Aumento de custos com saúde mental, promover a cultura do

descontentamento. Compromete a habilidade dos homens de contribuírem com a sociedade o quanto podem e os impede de levarem vidas plenas e saudáveis.

Então quem se beneficia da aparência ideal? Em outras palavras, quem faz dinheiro com a aparência ideal?

Possíveis respostas incluem a mídia, a indústria da moda, a indústria do esporte e a indústria da dieta/perda de peso.

Você é uma das pessoas que se beneficiam da aparência ideal? Em outras palavras, você está ficando rico com a aparência ideal?

Você é o fundador de uma nova proteína ou um suplemento de aumento muscular? O fundador de uma rotina de treinos intensos para um rápido crescimento muscular (cite exemplos de programas de treinamento famosos para realidade dos participantes, como pessoas com um grande número de seguidores no Instagram, Twitter, Youtube e outros)?

Então, levando em consideração todos estes custos, faz sentido tentar parecer com a aparência ideal?

Não!

Vamos percorrer o grupo para que cada um de nós possa apresentar um depoimento sobre por que buscar a aparência ideal não faz sentido. Pode ser tão simples quanto dizer “é impossível de alcançar” ou “os custos são altos demais” ou qualquer parte da nossa discussão se encaixa melhor com o porquê você acha que buscar a aparência ideal (vs. o ideal saudável) é problemático para você.

Assegure-se de que cada participante critique publicamente a aparência ideal neste estágio (e em qualquer outro momento possível).

Exercício do Desafio Verbal (15 minutos)

Líder principal: _____

Agora nós gostaríamos de pedir a vocês um tipo diferente de exercício. Pense em cinco exemplos de sua vida real sobre pressões para ser ultra definido e musculoso com os quais você já se deparou. Pense sobre como você respondeu à pressão à época, e depois pense em alguns desafios verbais para estas pressões, ou em outras palavras, formas nas quais você gostaria de ter respondido àquela pressão para indicar que você não concorda com a aparência ideal.

Então, primeiramente, vamos tentar alguns exemplos para que possamos estar todos juntos. Por exemplo, talvez um amigo disse que ele pensava que só homens com barriga de tanquinho deveriam ser vistos em roupa de banho.

Como você poderia responder para mostrar que não concorda com a aparência ideal e que pensa que esses tipos de comentários não são saudáveis? Vamos pensar em pelo menos duas boas respostas. Então, o que você poderia dizer a ele? *[Pegue apenas 1-2 respostas.]*

Pegue respostas aqui. Identifique uma resposta que desafia o ideal mesomórfico, ou dê uma como modelo, se necessário.

Ou, como um outro exemplo, às vezes, nós colocamos pressão sobre nós mesmos para nos conformarmos a aparência ideal. Por exemplo, após olhar no espelho ou comparar si mesmo a outros homens que são mais definidos ou mais musculosos do que você, pensar “Eu realmente deveria perder peso” ou “eu realmente deveria treinar mais”, o que você poderia dizer a si mesmo como um desafio verbal? *[Pegue apenas um exemplo.]*

Nós queremos enfatizar que os desafios verbais não refletem como você realmente respondeu às pressões no passado, mas como você idealmente responderia agora.

Pegue as respostas dos participantes. Mencione aos membros do grupo o formulário do “Desafio Verbal” do caderno de atividades e peça para que escrevam os exemplos de vezes nas quais eles se sentiram pressionados a buscarem a aparência ideal.

Favor demorar alguns minutos para escrever seus exemplos pessoais de um

momento em que você se sentiu pressionado a buscar a aparência ideal. Depois escreva a forma que você responderia agora, dado o que nós discutimos hoje. Além disso, nós queremos que as respostas ideais sejam algo que vocês se sentem confortáveis de dizer na vida real; então, por favor, expresse com suas próprias palavras.

Líder principal: _____

Agora nós vamos percorrer o grupo para que cada um de nós possa compartilhar um dos nossos exemplos. Você talvez ache mais fácil nos dizer o que aconteceu e então dizer, “Mas o que eu diria agora nessa situação é...” Eu vou começar.

Percorra o grupo e peça a cada pessoa para compartilhar um de seus exemplos. O líder principal pode ser modelo para os participantes falando sobre uma de suas próprias experiências. Oferecer o primeiro exemplo é de grande ajuda, porque muitas pessoas acham esse exercício confuso. Se alguém tiver dificuldade de pensar em um desafio verbal para sua situação que rejeite a aparência ideal, peça ao grupo para ajudar. Se outro membro do grupo der uma boa resposta, peça ao participante que está tendo problema para repetir esta resposta; em seguida, peça para ele pensar uma resposta com suas próprias palavras ou modificar a resposta para adequar ao seu próprio estilo.

Desafiando Comentários Negativos sobre o Corpo (15 minutos)

Líder principal: _____

Nós passamos muito tempo discutindo pressões óbvias para ser ultra definido e musculoso que encontramos regularmente na mídia, entre amigos, treinadores e familiares. No entanto, às vezes nós colocamos a nós e a outros sob pressão para tentar atingir esse ideal. Frequentemente nós não percebemos algumas das mais sutis formas nas quais a aparência ideal é perpetuada.

Você consegue pensar em algumas maneiras que você (ou outros) possam promover a aparência ideal sem pensar nisso?

Possíveis respostas incluem comentar sobre o que e o quanto você está comendo, reclamar sobre o seu corpo, falar sobre o corpo de amigos ou comentar sobre o corpo de desconhecidos, e falar sobre celebridades/atletas que são muito definidos e musculosos ou parecem ter ganhado peso.

No seu caderno de atividades há uma lista de afirmações negativas que homens podem fazer sobre seus corpos. Chama-se “Lista de Comentários Negativos sobre o Corpo”. Favor demorar um momento para ler as afirmações a você mesmo.

Indique aos participantes a “Lista de Comentários Negativos sobre o Corpo” no caderno de atividades. Uma cópia também é fornecida aqui.

Lista de Comentários Negativos sobre o Corpo

- | | |
|---|--|
| 1. Cara, por que ele vestiu aquela camiseta? Olha só os "seios" dele. | 9. Ele não deveria ter pulado o dia de treino da perna. |
| 2. Bela barriga de cerveja. | 10. Se você comesse porções menores/malhasse mais, você não seria tão gordo. |
| 3. Mano, seus braços estão massa! O que você está tomando? | 11. Eu sou muito gordo para ir sem camisa. |
| 4. Você não vai “pegar mulher” se não perder uns quilos. | 12. Você sequer levanta peso, mano? |
| 5. Eu preciso ganhar corpo/levantar peso. | 13. Eu daria qualquer coisa para ter um abdômen tanquinho. |
| 6. Eu odeio meus braços; eles são tão pequenos/magrelos. | 14. Mano, seus braços parecem fracos. |
| 7. Cara, você se acha gordo? Olha para mim. | 15. Eu não consigo parar de treinar até que eu tenha um abdômen tanquinho. |
| 8. Ninguém quer namorar o cara careca. | 16. Eu não gosto do quão alto/baixo eu sou. |
| | 17. Aquele menino tem pernas de frango. |

Líder principal: _____

Como esses comentários nesta lista perpetuam a aparência ideal? Se você quiser identificar um comentário específico sobre o corpo, favor usar o número.

As afirmações encorajam a ideia de que parecer perfeitamente sarado e tonificado é mais atraente e promovem comentários negativos sobre o corpo.

Como seus pensamentos sobre o seu corpo mudariam se você parasse de falar dessa forma? [Pausa]

Se você parasse de fazer os comentários nesta lista, como isso impactaria os outros ao seu redor? [Pausa]

Agora, nós gostaríamos de jogar um minijogo de dramatização (*role-play*) para praticar nossas respostas aos comentários sobre o corpo. Eu direi um comentário negativo sobre o corpo a cada um, e vocês têm que responder de uma forma que demonstre sua desaprovação ao meu comentário.

Nós vamos percorrer o grupo duas vezes. Vamos lá...

Desafio Comportamental (10 minutos)

Líder principal: _____

Há coisas que você gostaria de fazer, mas não faz por causa de preocupações com sua imagem corporal? Antes de eu iniciar este programa, minha preocupação era _____ [ex: usar certas roupas, ir a lugares específicos, etc.]. Vamos percorrer o grupo para que todos possamos compartilhar uma coisa que nós evitamos por causa de preocupações com a imagem corporal. Quem gostaria de começar?

Você está disposto a fazer um experimento para ajudá-lo a se sentir melhor em relação ao seu corpo?

Consiga que eles digam sim através de acenos com a cabeça ou um sim geral.

Nós gostaríamos de desafiá-los a fazer algo que você atualmente não faz por causa de preocupações com a imagem corporal. Fazer isso deve aumentar sua confiança e ajudar a desmentir suas preocupações sobre a imagem corporal.

Deixe-me dar alguns exemplos para vocês considerarem [*certifique-se de ler a lista inteira*]:

Sair de short ou ir para a escola de short

Ir para a piscina com roupa de banho, sem camiseta.

Exercitar em público usando roupas justas para se exercitar.

Usar uma roupa justa para sair em público.

Ir à academia.

Treinar usando shorts, mas sem camiseta.

Usar regata em público.

Não gastar tempo arrumando ou estilizando seu cabelo de manhã.

Mostrar partes do seu corpo, como seus braços, que você tem tendência de cobrir. (um outro exemplo seria usar uma camisa de manga comprida para esconder uma cicatriz)

Pare de conferir o espelho ou o corpo. Se você confere o espelho ou o corpo constantemente para se certificar de que está bom, cubra todos os espelhos de onde você mora, ou se você frequentemente confere outra parte do corpo (como seu abdômen), então parece de fazer isso.

[Nota: Talvez precise explicar que podem usar o espelho para se barbear, etc. Nós queremos limitar as checagens do corpo/aparência.]

Vocês prometem fazer isso pelo menos duas vezes na próxima semana?

Consiga pelo menos que eles concordem com a cabeça.

Ótimo. Nós gostaríamos que cada um de vocês fizesse esse desafio e que nos contem durante a próxima sessão como foi. Por favor, leve um momento para pensar em algo que você gostaria de fazer, mas evitou antes e escreva no seu caderno de atividades.

Agora, vamos percorrer o grupo e rapidamente compartilhar nossos planos para que possamos nos responsabilizar uns aos outros durante a semana. Eu vou fazer a atividade que eu fiz quando participei do grupo originalmente, porque eu acho de grande ajuda continuar com essas coisas, já que as mensagens da aparência ideal estão constantemente ao nosso redor. Então, eu começo...

Exercícios para Casa (5 minutos)

Líder principal: _____

Agora que nós começamos a discutir os custos da aparência ideal, nós gostaríamos de pedir a vocês que escrevessem um e-mail a um garoto que acabou de entrar no Ensino Médio (primo, irmão, uma versão mais jovem de você mesmo), e que está lutando com sua imagem corporal, sobre os custos associados às tentativas de se parecer com a aparência ideal.

Pense em quantos custos você conseguir e sinta-se à vontade para trabalhar com outras pessoas para ter ideias.

Por favor, traga este e-mail à nossa próxima reunião para que você possa compartilhar suas anotações com o grupo e possamos discutir nossas ideias sobre escrever essas cartas. Eu encorajo vocês a fazerem este exercício porque [faça um depoimento do motivo pelo qual você achou benéfico]. Na verdade, por termos achado tão benéfico anteriormente, cada um de nós também vai escrever

suas próprias anotações essa semana para compartilhar com o grupo.

Líder principal: _____

Finalmente, nós gostaríamos de pedir para vocês se posicionarem de frente a um espelho com o mínimo de roupa possível, e escreverem pelo menos 15 qualidades positivas no Exercício do Espelho da folha de exercício do caderno de atividades. Elas incluem qualidades físicas, emocionais, intelectuais e sociais.

Nós sabemos que pode ser difícil, mas favor certificar-se de incluir pelo menos alguns atributos físicos. Não se esqueça de que às vezes nós gostamos de partes do corpo por causa de como elas aparentam, mas outras vezes gostamos delas pelo que elas nos permitem fazer.

Por exemplo, você pode dizer, “Eu gosto de jogar basquete, e eu gosto que minhas pernas me ajudam a pular alto/correr pela quadra” ou “Eu gosto dos meus braços porque eles me ajudam a carregar objetos pesados”. Você talvez goste também do seu senso de humor, intelecto, generosidade, atletismo, etc.

Esse exercício pode ser difícil inicialmente e parecer bobo, mas persevere nele, porque é importante reconhecer cada uma dessas áreas sobre você mesmo. Se você tiver dificuldade de pensar em 15 ideias, pense nas qualidades que outras pessoas já te disseram no passado. Participantes anteriores acharam esse exercício muito importante. Além disso, nós recomendamos que você vista algo

que realmente te permita ver seu corpo durante o exercício para que você possa conectar a aparência do seu corpo com todos os aspectos que você gosta em si.

Novamente, complete esse exercício, pois ele é muito importante. Quando eu fiz esse exercício, eu realmente curti, porque *[faça um depoimento aqui para encorajar os participantes a completar este exercício]*. Nós também vamos fazer este exercício, pois é realmente de grande ajuda.

Favor trazer o seu caderno de atividades e a lista de qualidades na próxima semana para que possamos compartilhar alguns itens com o grupo.

Líder principal: _____

Então, alguém pode resumir as três atividades para nós em suas próprias palavras?

Três tarefas: Desafio Comportamental, E-mail para um aluno do Ensino Médio e Exercício do Espelho.

Experiências mostram que as pessoas conseguem usufruir mais do programa quando eles realizam os exercícios da melhor forma que podem. Vocês acham que isso pode ser feito?

Além disso, nós queremos que esses exercícios sejam envolventes, bem como provocadores. Então, sintam-se à vontade para falar sobre eles com os outros entre as sessões.

Finalizando a Sessão (5 minutos)

Líder principal: _____

O líder principal nessa seção deve usar os seguintes diálogos-modelo para fechar a sessão de hoje:

Nós gostamos de terminar as sessões dando a cada um a chance de falar uma

última coisa. Pode ser algo que “funcionou para você” nesta sessão, ou algo que “atingiu o objetivo”, algo que você gostou, algo que você não teve a oportunidade de dizer, mas queria, basicamente qualquer coisa... Eu começo...

Escolha um membro do grupo para começar e depois dê a volta no grupo. Todos os líderes de grupo devem fazer comentários também. Termine a sessão agradecendo os membros do grupo por terem vindo e deixando todos saberem que você está ansioso para vê-los na próxima reunião.

Isso é tudo, pessoal! Obrigado por virem. Estamos ansiosos para vê-los na próxima semana!

Capítulo 3

Visão Geral

O foco da Sessão 2 é revisar os materiais discutidos na sessão anterior e discutir reações das tarefas de casa. Adicionalmente, essa sessão envolve os participantes em simulações para listar afirmações ativas contra a aparência ideal.

Líder principal: _____

Obrigado por terem vindo à sessão 2!

Antes de começarmos a falar sobre os exercícios que fizemos durante a semana, vamos percorrer o grupo novamente para que cada um de nós possa dizer que está disposto a participar novamente essa semana. Eu começo...

Relatório do E-mail (25 minutos)

Na semana passado nós perguntamos se vocês estariam dispostos a escrever um e-mail a um garoto que estivesse entrando no Ensino Médio sobre os custos de tentar parecer com a aparência ideal.

Nós agora vamos percorrer o grupo para que cada um de nós possa compartilhar nossas anotações com o resto do grupo. [Se vocês quiserem, nós podemos te filmar com o seu próprio telefone para você postar no YouTube, Facebook, etc.]

Eu começo...

[e _____ vai me filmar...]

Nota: Certifique-se, se eles estiverem sendo gravados, de não incluir mais ninguém no vídeo.

Eu estou realmente impressionado com a consideração de suas notas. [Fale mais sobre o esforço que as pessoas dispenderam para fazer esta atividade, a criatividade, etc.] Ótimo trabalho!

Sessão 2

Materiais Necessários

- ❖ Cavalete ou quadro com pincel e apagador
- ❖ Cópia do caderno de atividades do participante

Descrição

- ❖ Atividades para casa (Exercício do espelho, E-mail para amigo do Ensino Médio e Desafio Comportamental)
- ❖ Envolver em atividades de dramatização (role-play)
- ❖ Introduzir e pedir participantes para completarem a lista do Top 10
- ❖ Pressões futuras para ser definido e musculoso
- ❖ Respostas rápidas
- ❖ Envolver participantes no desafio final para encorajar comentários positivos sobre o corpo
- ❖ Encerre a sessão

Relatório do Desafio Comportamental (10 minutos)

Líder principal: _____

Na semana passada nós também pedimos a vocês para fazerem algo que vocês normalmente não fazem por causa de preocupações com o seu corpo.

Vamos percorrer o grupo e descrever o que cada um de vocês fez e como foi. Vocês acharam o exercício útil? O que vocês aprenderam?

Eu começo... [modele uma “resposta de enfrentamento” com detalhes]

Peça para cada participante discutir suas experiências. Se algum participante não fez o exercício, pergunte sobre as dificuldades que encontrou. Peça aos membros do grupo que conseguiram fazer o exercício para discutirem qualquer barreira que tiveram que superar e como as superaram. Como eles podem superá-las na próxima semana? Há algo que possam fazer para torná-las mais fáceis?

Todos vocês fizeram um excelente trabalho e nós estamos realmente gratos que vocês estavam dispostos a tentar algo novo. Como vocês provavelmente repararam, foi desafiador completar o exercício no início, mas fica mais fácil à medida que você vai se envolvendo nesses desafios. Por esta razão, nós encorajamos vocês a continuarem a desafiar suas preocupações com o corpo.

Revisão do Exercício do Espelho (10 minutos)

Líder principal: _____

O outro exercício que pedimos para vocês fazerem foi olhar para o espelho e listar algumas de suas qualidades positivas.

O que vocês pensaram ou como vocês se sentiram quando fizeram esse exercício? [Percorra o grupo e obtenha o sentimento geral.]

Por que tantos de nós acharam tão difícil elogiar a nós mesmos? [Consiga uma

resposta geral.]

Parece que alguns dos motivos pelos quais temos dificuldade de nos elogiarmos é que pode parecer arrogante. Como podemos ensinar jovens meninos que há uma diferença entre confiança e arrogância, e que ser confiante é bom?

Agora nós vamos percorrer o grupo para que cada um possa falar um aspecto de nós mesmos com o qual estamos satisfeitos. Se vocês puderem, tente escolher os aspectos mais difíceis em comparação com os mais fáceis. Por exemplo, se você gosta dos seus olhos e de suas pernas, vá em frente e diga “Eu gosto de minhas pernas” porque nós conseguiremos usufruir mais dessa atividade desta forma. Eu começo. Eu gosto do meu...

Ok! Agora vamos fazer isso de novo. Se você deu uma característica física da última vez, dê uma emocional dessa vez. E se você deu uma qualidade emocional da última vez, dê uma física dessa vez. Quem quer começar essa rodada?

Peça aos participantes para compartilharem algumas das qualidades que eles listaram. Sempre que possível, os líderes do grupo devem modelar compartilhando um aspecto físico que seja mais central da aparência ideal.

Desencoraje afirmações “qualificativas” (ex: “Eu gostaria dos meus braços se...” ou “Eu acho que minha barriga não é tão horrível”). Se eles derem uma, diga “Ok, você pode me dar mais uma afirmação que seja completamente positiva?”

Por que vocês acham que esse exercício nos ajuda? [Pause e consiga respostas]

Ok! Agora vamos praticar mais formas de resistir a aparência ideal.

Dramatização (role-plays) para Desencorajar a Busca pela Aparência Ideal (25 minutos)

Os líderes do grupo vão assumir os papéis de um comedor compulsivo, de uma pessoa que faz dietas extremas e de um usuário de esteroides/que treina muito. Divida os participantes em pequenos grupos e diga-lhes os papéis que os líderes vão assumir para que os grupos possam desenvolver suas “estratégias”. Cada grupo desafiará cada líder por cerca de 3-5 minutos. Em outras palavras, alterne os líderes do grupo até que cada grupo tenha desafiado cada líder. O objetivo é tentar dissuadir o personagem de buscar a aparência ideal. Os líderes devem tentar repetir qualquer comentário pró- aparência ideal feito pelos participantes. Ao maior grau possível, os líderes devem focar em fazer afirmações sobre a aparência ideal (ao invés de argumentar que dieta ou exercícios são saudáveis). Não frustre demais os participantes, reconheça quando um argumento feito pelos participantes é uma “boa questão”. Os líderes do grupo também devem direcionar afirmações específicas para participantes que estão quietos. Por exemplo, diga “Marcos, você não acha que eu estou certo sobre...” Não tem problema fazer isso ficar divertido com os líderes exagerando nos personagens e sendo muito extremos na busca pela aparência ideal. Isso dará aos participantes um contraste fácil para argumentar.

Líder principal: _____

Agora nós gostaríamos de jogar alguns jogos de dramatização (role-play). Cada um de nós vai interpretar uma pessoa que é obcecada com a busca pela aparência ideal, e o seu trabalho vai ser convencer cada um de nós de que não devemos buscar a aparência ideal, e explicar o porquê de ser uma má ideia. Sinta-se à vontade para usar qualquer informação mencionada anteriormente nas discussões. Nós daremos aos grupos 5 minutos para montar sua estratégia para cada dramatização.

Líder principal: _____

Eu serei o cara que odeia tanto o próprio corpo que está perdendo a motivação para se cuidar. Eu não vou à academia ou treinar porque meu corpo me envergonha e eu odeio sair em público. Então, eu passo a maior parte do meu tempo sozinho em casa ou online, comendo pizza

descontroladamente e bebendo cerveja sozinho. Nos últimos meses, eu ganhei 22kg, o que me fez sentir ainda mais desgosto de mim mesmo, e eu me afastei quase completamente dos meus amigos.

Líder principal: _____

Eu serei o cara que só come uma refeição por dia para que possa reduzir peso para entrar na classe de peso para minha próxima luta. Atualmente, eu como apenas 600 calorias por dia e evito estar próximo de comida o resto do tempo. Eu também eliminei “lanchinhos” e sobremesas da minha dieta. Mesmo assim, eu ainda acho que muitas partes do meu corpo, como minha barriga, são grandes demais. Se eu ganhar mesmo que uma pequena quantidade de peso, eu começo a surtar e pensar que minha carreira de lutador está acabada.

Líder principal: _____

Nós dois seremos o cara que segue uma dieta de muita proteína/sem carboidrato e vai à academia todo dia porque queremos “crescer” e “ficar firme” e diminuir a porcentagem de gordura corporal. Nós treinamos 4 horas por dia, 7 dias por semana, mesmo quando estamos machucados ou doentes. Nós achamos que, se perdemos mesmo que um só dia de treino, nós perderemos músculo e ganharemos peso. Nossos amigos mencionaram recentemente que notaram que nossa pele parece um pouco amarela e nós temos tido problemas de mau hálito. Nós também temos reclamado bastante sobre estarmos muito cansados e nossos amigos notaram que nos tornamos mais irritáveis do que o normal.

Cada pequeno grupo agora vai para lados opostos da sala para preparar suas respostas para cada dramatização. Vamos agora nos dividir em dois (três) grupos menores. Grupo 1 vá para lá, grupo 2...

Determine os grupos de forma que pessoas quietas sejam colocadas umas com as outras e pessoas falantes sejam colocadas juntas (para certificar-se de que todos

tenham uma chance de falar). Mande os grupos para partes diferentes da sala. Depois que os grupos tiverem 5 minutos para se prepararem, os líderes se separam de forma que haja um líder de grupo com cada subgrupo para fazer a dramatização. Os líderes se alternam em cada grupo para que cada grupo complete a dramatização com cada exemplo. Complete as dramatizações e reúna o grupo novamente.

Líder principal: _____

O líder principal para esta seção deve usar o seguinte diálogo para revisar os exercícios de dramatização.

O que vocês acharam dessa dramatização?

Todos os líderes de grupo devem certificar-se de encorajar os participantes a falarem sobre como se sentiram ao ouvirem a si próprios dizerem as coisas que disseram durante as simulações.

Como vocês acham que pode ser benéfico para vocês desafiarem as pessoas quando elas fizerem algum comentário sobre a aparência ideal?

Promova discussões sobre por que é útil se pronunciar contra a pressão de confirmar a aparência ideal. Deixe os participantes pensarem em argumentos.

Lista do Top 10 (20 minutos)

Líder principal: _____

Escrivão: _____

Nós falamos sobre formas de resistir a comentários sobre o nosso próprio corpo e o corpo de outras pessoas ao nosso redor. Agora vamos somar a essas ideias trazendo nossa discussão de volta a aparência ideal perpetuada pela nossa sociedade.

Nós gostaríamos que vocês fizessem uma lista das 10 coisas que os homens podem fazer como indivíduos para resistir a aparência ideal/promover o ideal saudável. Pense em nossa primeira sessão, e lembre como nós discutimos

sobre a aparência ideal e as formas como os homens se sentem pressionados para buscar a aparência ideal na nossa sociedade hoje em dia. O que você pode evitar, dizer, fazer ou aprender para lutar contra esse ideal? [*Não pause.*]

Grave sua lista no formulário “Lista Top 10” no caderno de atividades. Podemos nos referir a esse exercício como “ativismo corporal”. Nós vamos dar entre 5 e 10 minutos para vocês fazerem isso.

Mostre aos participantes a folha da “Lista Top 10” no caderno de atividades. Dê-lhes tempo amplo para completar suas listas. Durante a sessão seguinte, os líderes de grupo precisam assumir o papel de ativistas. Perguntem-se a vocês mesmos e aos membros do grupo o que pode ser feito para resistir a aparência ideal. Encoraje um ao outro a realmente se engajar ao ativismo corporal.

Cada um de vocês pode compartilhar três itens de suas listas? Vamos percorrer o grupo e nós começaremos a fazer uma lista no quadro de coisas que cada um de nós pode fazer individualmente para sermos “ativistas do corpo”.

Escolha alguém do grupo para começar e depois percorra o grupo. O líder do grupo que está agindo como escrivão deve registrar as respostas no quadro. Após todos terem contribuído, o líder principal deve continuar discutindo, dizendo:

O que nós faremos agora é colocar isto de volta no contexto de [*comunidade universitária*]. Se nós tivermos que agir sozinhos, pode ser mais difícil fazer uma mudança. Então, nós vamos adicionar a esta lista algumas coisas que grupos de homens podem fazer na nossa universidade para lutar contra a aparência ideal e promover o ideal saudável. Nós talvez chamemos isto de “ativismo corporal da _____ [*citar o nome da comunidade, universidade, clube, associação ou contexto em que está sendo desenvolvido o programa*]”.

Então como podemos fazer o Ativismo Corporal coletivamente para encorajar num alcance de todo o campus.

Permita tempo aos participantes para responderem.

Nós gostaríamos que todos escolhessem dois atos do Ativismo Corporal da nossa lista mestre ou de nossas listas pessoais que possamos fazer na próxima semana. Nós vamos criar um e-mail [ou outro veículo de comunicação condizente com a realidade dos participantes] para que vocês possam nos dizer como estão indo. Vocês todos estariam dispostos a fazer isto?

*[****Se as pessoas parecerem ter dificuldade com ideias, leia a lista seguinte. Se o grupo pensar em uma boa lista para atividades do Ativismo Corporal, então você não precisa ler a lista seguinte.]*

Por exemplo, além dos itens na nossa lista no quadro, você pode:

- 1. Postar uma foto ou um artigo chamando atenção aos problemas da imagem corporal masculina usando uma hashtag como #MaisDoQueMusculos ou alguma outra coisa de sua escolha.*
- 2. Faça um vídeo sobre “Coisas que as Pessoas Dizem” sobre preocupações com a imagem corporal e ponha no YouTube.*
- 3. Pendure panfletos com fatos sobre a imagem corporal masculina pelo campus.*
- 4. Escreva para uma revista, propaganda ou empresa de suplementos sobre um anúncio específico que seja pró-aparência ideal e explique o porquê de você ter um problema com isso.*
- 5. Pare de comprar revistas ou de apoiar a mídia que promove a “aparência ideal”.*

*[****Leia o seguinte mesmo que você tenha lido a lista acima.]*

Vamos percorrer o grupo para que cada um de nós possa dizer quais duas atividades vamos fazer nas próximas duas semanas. Nós vamos criar um e-mail [ou outro veículo de comunicação condizente com a realidade dos participantes] para que nós todos possamos compartilhar o que nós

fizemos. Quem gostaria de começar?

Líderes de grupo devem mandar uma lista de e-mail ou algo parecido para que todos possam compartilhar sua atividade de ativismo de imagem corporal. Certifique-se de que todos os e-mails dos participantes sejam Cco (com cópia oculta).

Pressões Futuras para ser Definido e Musculoso (10 minutos)

Líder principal: _____

Muitas vezes é grande ajuda pensar previamente em como responder a futuras pressões para se conformar com a aparência ideal para que você esteja preparado para lidar com essas pressões quando elas aparecerem.

Então, cada pessoa consegue pensar em um exemplo de uma pressão futura para ser ultra definido e musculoso que pode surgir? Podem ser de um futuro em curto prazo ou em longo prazo...

[Exemplos: semana do saco cheio, envelhecer/metabolismo mais lento, ir à praia/piscina, ver familiares ou velhos amigos, reunião dos antigos colegas de escola, casamentos, encontros amorosos, eventos das irmandades, ler capas de revistas promovendo a aparência ideal]

Se o grupo estiver ansioso para dar respostas gerais, deixe-os fazê-lo. Se não, siga para o roteiro abaixo.

Agora nós vamos focar em como você planeja responder a estas questões.

Nós vamos percorrer o grupo nesta atividade. Cada um de nós vai descrever dois exemplos de pressões futuras e como responder a cada uma delas. Se você estiver travado, nós ajudaremos a pensar em ideias. Quem gostaria de começar?

Rápidas Respostas para Afirmações sobre a Aparência Ideal

(10 minutos)

Líder principal: _____

Na semana passada nós praticamos respostas para afirmações diretas sobre comentários sobre o corpo. Por ser desafiante de fazer no mundo real, nós pensamos que todos precisamos de mais prática para desafiar essas afirmações com respostas rápidas. O objetivo de vocês é simplesmente atrapalhar a conversa negativa sobre o corpo. Vocês talvez possam fazer isso apontando um custo da busca pela aparência ideal ou apenas encerrando a conversa de uma vez.

Eu farei uma afirmação para cada um de vocês e seu trabalho será dar uma resposta que mostre forte desacordo com minha afirmação. Depois, eu darei outra chance para praticarmos com outra afirmação. Então cada pessoa terá duas afirmações diferentes da “aparência ideal”. Quem quer começar?

O líder deve percorrer o grupo e dizer uma afirmação para cada pessoa, até que todo mundo tenha ido duas vezes.

Amostra de Afirmações (você pode inventar outras se quiser)

Cara, eu tenho umas pílulas que ajudam a ficar muito grande. Você quer? Minha vida seria tão melhor se eu parecesse o _____ [*citar um ator,*

Cara, se você parasse de comer carboidrato, você perderia mais peso. *atleta ou modelo famoso*].

Eu gostaria de parecer mais atlético/definido.

_____ [*citar um nome de pessoa comum em sua realidade*] ganhou mesmo uns quilinhos durante as festas de fim de ano. Eu não posso usar roupa de banho porque não quero que as pessoas vejam minha “barriga de cerveja”.

Homens gordos são nojentos.

Só caras musculosos conseguem namoradas.

Cara, olha aquela “baleia” ali. Homens de verdade têm músculos.

Você não acha aquele cara magrelo?

Só caras definidos conseguem garotas.

Você viu como o The Rock estava sarado naquele filme? Cara, eu preciso conseguir aquele plano de treino!

Eu não posso parar de levantar peso senão meus músculos vão virar gordura.

Caras magrelos não são masculinos.

Eu odeio tanto o meu corpo – Eu só queria poder acordar em um corpo diferente.

Meu irmão me disse que eu preciso perder uns quilos.

Meu técnico me disse que eu tenho que perder 10kg e mudar para a classe de peso para minha competição de luta desse fim de semana.

Exercício do Desafio Final (5 minutos)

Líder principal: _____

O líder principal para essa parte da sessão deve introduzir o exercício do desafio final como segue:

Como nós estamos chegando ao final de nossas sessões, gostaríamos de encorajá-los a continuar a desafiar algumas de suas preocupações com o corpo. Uma parte de fazer isso é conversar sobre os seus corpos de forma acolhedora, ao invés de negativa. Procure no seu caderno de atividades uma lista de exemplos para te ajudar a começar.

Leve os participantes ao formulário do “Exercício do Desafio Final” no caderno de atividades. Dê aos membros do grupo algumas ideias para ajudá-los a começar.

1. Escolha um amigo ou familiar e discuta regularmente uma coisa que você goste sobre você mesmo.
2. Escolha um amigo para fazer um pacto para evitar conversa negativa sobre o corpo. Quando você pegar seu amigo falando negativamente sobre o corpo, lembre-o do pacto.
3. Na próxima vez que alguém te fizer um elogio, ao invés de contestar (“Não...”), pratique respirar fundo e dizer “obrigado”.
4. Faça o exercício do espelho uma vez por semana.
5. Faça o compromisso de acabar com as reclamações sobre o seu corpo, como “Meus braços são muito pequenos” ou “Eu odeio minha barriga, panturrilha, pernas, etc.”. Quando você se pegar fazendo isso, corrija-se dizendo duas coisas positivas sobre aquela parte do corpo. Um exemplo: “Eu estou muito feliz por minha perna ter me levado ao treino hoje”.
6. Poste um artigo chamando atenção para problemas com a imagem corporal para homens no Facebook ou alguma outra rede social.
7. Escreva um diário com todas as coisas boas que o seu corpo te permite fazer (ex: fazer uma longa trilha, jogar basquete bem, etc.)

Cada um de vocês pode escolher um desses e fazê-lo durante a próxima semana, e nos enviar um e-mail [*ou outro veículo de comunicação condizente com a realidade dos participantes*] contando como foi?

Consiga confirmações.

Considere isso como um “exercício de saída”. Pode parecer falso de início, mas fazer essas coisas provavelmente vai fazer com que você fale sobre você mesmo de uma forma mais positiva. Então vamos percorrer o grupo para que cada pessoa possa nos dizer qual atividade ele vai se comprometer a fazer.

Peça para que cada participante indique qual exercício ele está disposto a fazer durante a próxima semana.

Sessão de Encerramento (5 minutos)

Líder principal: _____

O líder principal deve fechar a sessão final dizendo:

Nós gostamos de terminar as sessões dando a alguém a chance de dizer uma última coisa. Pode ser algo que você gostou, aprendeu, algo que você não pôde dizer, mas queria ter dito, reflexões, basicamente qualquer coisa... Eu começo. O que eu realmente gostei sobre este grupo...

Olhe para alguém no grupo e pergunte se ele se importa de começar e depois percorra o grupo. Todos os líderes devem dar seus comentários. Termine a sessão agradecendo a todos por terem vindo e lembrando os participantes de completarem o protocolo de pesquisa e as próximas etapas de coleta de dados (nós entraremos em contato em um mês para estas últimas).

APÊNDICE D – Caderno de atividades “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”

O Corpo em Questão: Mais do que Músculos

Caderno de Atividades³⁰

Maurício Almeida

Pedro Henrique Berbert de Carvalho

³⁰ Este caderno de atividades é uma tradução e adaptação do “*Workbook*” que faz parte do protocolo original do projeto de intervenção *Body Project: More Than Muscles*, com autorização e participação de Tiffany A. Brown, Pedro Henrique Berbert de Carvalho e Maurício Almeida.

O Corpo em Questão: Mais do que Músculos

Caderno de Atividades

Bem-vindo!

Muito obrigado por participar do projeto O Corpo em Questão: Mais do que Músculos! Nós estamos felizes de tê-lo no nosso grupo e estamos ansiosos para conhecê-lo durante as próximas duas semanas.

O propósito deste programa é ajudar você e seus companheiros de grupo a estabelecer e manter uma imagem corporal saudável. No decorrer das próximas duas semanas, nós nos encontraremos em um grupo com colegas e trabalharemos juntos para lutarmos contra o padrão ideal cultural de atratividade masculina. Cada semana você irá se envolver em uma série de exercícios verbais, escritos e comportamentais que requerem que você critique o padrão aparência ideal de atratividade masculina. Você também irá explorar diferentes formas nas quais podem resistir a estas pressões e desafiar suas próprias preocupações relacionadas ao corpo. Como o membro de um grupo, você estará ajudando não apenas a si mesmo, como também seus companheiros de grupo. É por isso que solicitamos a você que faça todo o esforço para participar nos dois encontros.

Durante o programa, nós pediremos a você que complete exercícios em casa e preencha vários formulários e folhas de atividades. Estes materiais estão incluídos neste caderno de atividades e são projetados para ajudá-lo a aproveitar o máximo deste programa.

Se você tiver qualquer pergunta, por favor, sinta-se à vontade para contatar um de seus líderes de grupo. Abaixo está o espaço para registrar nossas informações de contato.

Informação para Contato de Líderes de Grupo

Nome: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Nome: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

Formulário do Desafio Verbal

Identifique pelo menos 5 exemplos da sua vida real relativos às pressões para ser ultra definido e musculoso e como você respondeu a estas situações. Em seguida, elabore desafios verbais em relação a como você responderia a cada um dos exemplos agora.

Exemplo:

Situação	O que eu fiz <i>então</i>	O que eu faria <i>agora</i>
<i>Meu irmão disse que meus braços pareciam “fracos” e “pequenos” quando fui para casa em um feriado.</i>	<i>Eu encolhi os ombros ao comentário dele e passei uma hora a mais levantando peso no dia seguinte. ou Eu encolhi os ombros ao comentário dele, mas me senti pior ao longo do dia.</i>	<i>Eu diria, “Eu estou confortável com meus braços do jeito que são; para mim está bom” e continuaria minha rotina normal.</i>

Situação	O que eu fiz <i>então</i>	O que eu faria <i>agora</i>

--	--	--

Lista de Comentários Negativos sobre o Corpo

<p>18. Cara, por que ele vestiu aquela camiseta? Olha só os "seios" dele.</p> <p>19. Bela barriga de cerveja.</p> <p>20. Mano, seus braços estão massa! O que você está tomando?</p> <p>21. Você não vai "pegar mulher" se não perder uns quilos.</p> <p>22. Eu preciso ganhar corpo/levantar peso.</p> <p>23. Eu odeio meus braços; eles são tão pequenos/magrelos.</p> <p>24. Cara, você se acha gordo? Olha para mim.</p> <p>25. Ninguém quer namorar o cara careca.</p>	<p>26. Ele não deveria ter pulado o dia de treino de perna.</p> <p>27. Se você comesse porções menores/malhasse mais, você não seria tão gordo.</p> <p>28. Eu sou muito gordo para ir sem camisa.</p> <p>29. Você sequer levanta peso, mano?</p> <p>30. Eu daria qualquer coisa para ter um abdômen tanquinho.</p> <p>31. Mano, seus braços parecem fracos.</p> <p>32. Eu não consigo parar de treinar até que eu tenha um abdômen tanquinho.</p> <p>33. Eu não gosto do quão alto/baixo eu sou.</p> <p>34. Aquele menino tem pernas de frango.</p>
---	---

Exercício do Desafio Comportamental

Escreva o que você planeja fazer essa semana para seu desafio comportamental:

Após ter completado o desafio, favor responder o seguinte:

1. Você achou o exercício de desafio útil, ou te ajudou de alguma forma? Como?

Semana 2 *O Corpo em Questão: Mais do que Músculos* - Folhas de Atividades

Desafios de Dramatização

Use este espaço para organizar seus desafios para as dramatizações com os líderes de grupo. Seu objetivo é dissuadir o personagem em cada dramatização de seguir a aparência ideal.

Dramatização 1 Amigo que detesta tanto o próprio corpo que perdeu a motivação de se cuidar.

Dramatização 2 Amigo que está tentando reduzir peso para chegar à sua classe de peso para a luta deste fim de semana.

Dramatização 3 Amigo que está em uma dieta de muita proteína/pouco carboidrato e treina 4 horas diariamente.

Lista do Top 10

Favor listar as 10 principais coisas que homens podem fazer para resistir a aparência ideal.

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

Exercício do Desafio Final

Escolha pelo menos uma das atividades seguintes para tentar durante a próxima semana e mande por e-mail para um dos seus líderes de grupo quando tiver completado o exercício.

8. Escolha um amigo ou familiar e discuta uma coisa que vocês gostem em vocês mesmos.
9. Escreva um diário com todas as coisas boas que seu corpo te permite fazer (ex: dormir bem e acordar descansado, jogar tênis, etc.)
10. Escolha um amigo para fazer um pacto para evitar conversas negativas sobre o corpo. Quando você pegar seu amigo falando negativamente sobre o corpo dele, lembre-o do pacto.
11. Faça o compromisso de acabar com reclamações sobre o seu corpo, como “Meus braços são muito pequenos” ou “Eu odeio minha barriga, panturrilhas, pernas, bunda, pelo corporal, etc.”. Quando você se pegar fazendo isso, faça uma correção dizendo duas coisas positivas sobre aquela parte do corpo. Por exemplo, “Estou tão feliz que minhas pernas me levaram para o treino/aula/trabalho hoje”.
12. A próxima vez que alguém te fizer um elogio, ao invés de contestar (“Não, eu sou tão gordo”), pratique respirar fundo e dizer “Obrigado.”.
13. Faça o exercício do espelho uma vez por semana.

APÊNDICE E – Imagens “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”

Figura de ação do Superman original (1940)



Figura de ação do Superman atual



Luke Skywalker em 1978 vs. Luke Skywalker em 1998



Han Solo em 1978 vs. Han Solo em 1998



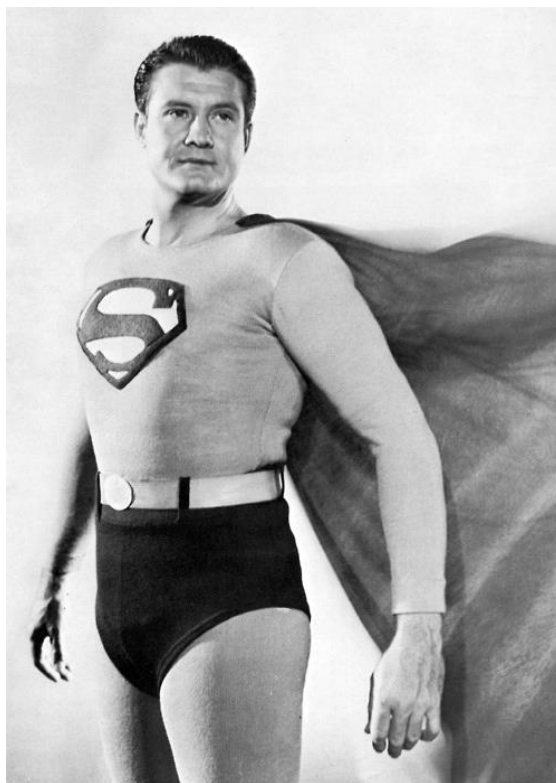
Batman original (1966)



Batman Atual



Superman original (1952)



Superman atual






ANEXO A – Checklist do CONSORT

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	1
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	6
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	19 - 25
	2b	Specific objectives or hypotheses	26 - 27
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	82
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	-
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	83 - 84
	4b	Settings and locations where the data were collected	87 - 88
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	91 - 92
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	93 - 99
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	-

Sample size	7a	How sample size was determined	82
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	-
Randomisation:			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	87 - 88
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	87 - 88
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	-
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	87 - 88
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	-
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	-
Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	100
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	100 - 101
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	102
	13b	For each group, losses and tabela exclusions after randomisation, together with reasons	102
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	89
	14b	Why the trial ended or was stopped	-

Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	104
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	102
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	107
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	-
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	113 - 105
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	-
Discussion			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	124
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	-
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	116 - 125
Other information			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	85
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	160
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	-

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

  UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia corporal de jovens adultos: um ensaio clínico controlado randomizado em homens brasileiros
Pesquisador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 83379318.9.0000.5147
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 2.698.352
Apresentação do Projeto:
Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.
Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Avaliar a eficácia de uma proposta de Intervenção preventiva, baseada na Dissonância Cognitiva, nas alterações de distúrbios de imagem corporal, transtornos alimentares e dismorfias corporais (dismorfia muscular) em jovens adultos brasileiros.
Objetivo Secundário:
a) Avaliar a apreciação corporal, insatisfação com o peso e a forma corporal, insatisfação com a muscularidade, busca pela muscularidade e influência sociocultural na imagem corporal (internalização do ideal de corpo) em jovens adultos brasileiros em quatro momentos: pré-intervenção, logo após a intervenção, 4 semanas e 24 semanas pós-intervenção;
b) Avaliar sintomas de transtornos alimentares (restrição alimentar e sintomas bulímicos) e transtorno dismórfico corporal (dismorfia muscular) em jovens adultos brasileiros em quatro momentos: pré-intervenção, logo após a intervenção, 4 semanas e 24 semanas pós-intervenção;
Endereço: JOSE LOURENCO KELMER 8/N Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-000 UF: MG Município: JUIZ DE FORA Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B (Continua) - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos



Continuação do Parecer: 2.856.352

c) Acompanhar a eficácia de uma proposta de intervenção preventiva nas alterações de distúrbios de Imagem corporal, transtornos alimentares e dismórficos corporais (dismorfia muscular) comparando jovens adultos brasileiros submetidos ou não à intervenção.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, Item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:




O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 Item 3.3 letra a; e 3.4.1 Item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B (Continua) - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos

  UFJF - UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - MG 																																								
<p><small>Continuação do Parecer: 2.658.352</small></p> <p>no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.</p> <p>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: fevereiro de 2021.</p> <p>Considerações Finais a critério do CEP: Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.</p>																																								
<p>Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Tipo Documento</th> <th style="text-align: center;">Arquivo</th> <th style="text-align: center;">Postagem</th> <th style="text-align: center;">Autor</th> <th style="text-align: center;">Situação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Informações Básicas do Projeto</td> <td>PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1079020.pdf</td> <td>05/06/2018 18:35:32</td> <td></td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Cronograma</td> <td>Cronograma_corrigido2.pdf</td> <td>05/06/2018 18:35:15</td> <td>Pedro Henrique Berbert de Carvalho</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Projeto Detalhado / Brochura Investigador</td> <td>Projeto_detalhado_corrigido2.pdf</td> <td>05/06/2018 18:34:59</td> <td>Pedro Henrique Berbert de Carvalho</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td>Anexo_I_sociodemografico.pdf</td> <td>14/04/2018 16:52:00</td> <td>Pedro Henrique Berbert de Carvalho</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência</td> <td>Anexo_A_TCLE.pdf</td> <td>14/04/2018 16:51:20</td> <td>Pedro Henrique Berbert de Carvalho</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Folha de Rosto</td> <td>folha_de_rosto.pdf</td> <td>20/02/2018 13:47:55</td> <td>Pedro Henrique Berbert de Carvalho</td> <td>Aceito</td> </tr> <tr> <td>Declaração de</td> <td>declaracao_infraestrutura.pdf</td> <td>20/02/2018</td> <td>Pedro Henrique</td> <td>Aceito</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação	Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1079020.pdf	05/06/2018 18:35:32		Aceito	Cronograma	Cronograma_corrigido2.pdf	05/06/2018 18:35:15	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito	Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_corrigido2.pdf	05/06/2018 18:34:59	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito	Outros	Anexo_I_sociodemografico.pdf	14/04/2018 16:52:00	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito	TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_A_TCLE.pdf	14/04/2018 16:51:20	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito	Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/02/2018 13:47:55	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito	Declaração de	declaracao_infraestrutura.pdf	20/02/2018	Pedro Henrique	Aceito
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação																																				
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1079020.pdf	05/06/2018 18:35:32		Aceito																																				
Cronograma	Cronograma_corrigido2.pdf	05/06/2018 18:35:15	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito																																				
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_corrigido2.pdf	05/06/2018 18:34:59	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito																																				
Outros	Anexo_I_sociodemografico.pdf	14/04/2018 16:52:00	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito																																				
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_A_TCLE.pdf	14/04/2018 16:51:20	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito																																				
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/02/2018 13:47:55	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito																																				
Declaração de	declaracao_infraestrutura.pdf	20/02/2018	Pedro Henrique	Aceito																																				
<p><small>Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900 UF: MG Município: JUIZ DE FORA Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br</small></p>																																								

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos



Continuação do Parecer: 2.896.352

Instituição e Infraestrutura	declaracao_infraestrutura.pdf	13:44:18	Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_H_BAS2.pdf	19/02/2018 12:15:10	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_G_MDDI.pdf	19/02/2018 12:14:33	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_F_DMS.pdf	19/02/2018 11:49:02	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_E_EAT26.pdf	19/02/2018 11:48:35	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_D_BSQ8.pdf	19/02/2018 11:48:12	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_C_MBDGshort.pdf	19/02/2018 11:47:47	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_B_SATAQ3.pdf	19/02/2018 11:47:14	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	19/02/2018 11:44:05	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 07 de Junho de 2018

Assinado por:
Patricia Aparecida Fontes Vieira
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO HELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propetq@ufjf.edu.br

ANEXO C – Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

Approved Submission - RBR-3bz2h2 Caixa de entrada x ✕ 🖨 🔗

 **registrorebec@gmail.com** ter, 4 de set de 2018 14:23 ☆ ↶ ⋮
para eu, rebec, dtostes ▾

Url do registro(trial url): <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-3bz2h2/>
Numero de Registro (Register Number): RBR-3bz2h2

Prezado Registrante,

Temos o prazer de informar que seu estudo foi publicado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC).

Agradecemos por seu registro e colaboração e, desde já, nos colocamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, seja em caso de atualização do registro ou, até mesmo, uma nova submissão.

Por favor, não hesite em contactar-nos.

Cordialmente,

ReBEC Staff - ReBEC/ICICT/LIS
Av. Brasil 4036 - Maré - sala 807
Rio de Janeiro RJ CEP: 21040-360
Tel: +55(21)3882-9227
www.ensaiosclinicos.gov.br

ANEXO D – Autorização para adaptação do *Body Project: More Than Muscles*

Research contact Caixa de entrada x

Pedro Henrique Berbert de Carvalho <pedro.berbert@ufjf.edu.br>
para Eva, Tiffany, eu

29 de out de 2018 13:13

Dear Dr. Trujillo and Dr. Brown,

Dr. Trujillo, thank you for your willingness to respond so quickly. We conducted a survey of the expenses to bring you to Brazil:

Course fee: US \$ 1000.00
Flight tickets: US \$ 1594.72
Food and accommodation: US \$ 250.00
Total: US \$ 2844.72

Unfortunately, in our current conditions we cannot bring you to Brazil due to lack of financial resources. However, we will continue to insist on trying to raise funds to bring you to the country.

As previously stated, Mauricio master's degree aims to adapt The Body Project "More than muscles" and test its effectiveness in young adults (straight heterosexual men). Therefore, we are engaged in reading all the application protocols of "The Body Project" and we are thoroughly studying several works by Eric Stice, Carolina Becker and Tiffany Brown.

Ana Carolina Amaral developed "The Body Project" for Brazilian adolescents and was trained directly by Eric Stice, having her protocol included in the website of "The body Project". She volunteered herself to train us; however, we understood the importance of following the program's structured protocol to actually induce the dissonance in men.

So, Dr. Brown, we would like to know if you support the project (Brazilian test of the Body Project: More than muscles) and if you could share with us the original application protocol of "The Body Project: More than muscles".

We put ourselves at disposal for reading/studying the necessary materials. If virtual contacts are needed, we are also available. Our intention, like the original project, is to spread preventive interventions as much as possible. To do so, we reinforce our commitment to the correct application of the protocol, which is why we ask for support and technical assistance.

Brazil stands out in the world scenario regarding the number of plastic surgeries and concern with physical appearance. The body is a symbol of social status and the physical appearance element of the Brazilian identity.

For these reasons, we believe that the implementation of intervention projects in Brazil is so important.

Thank you very much.

Best regards,

Brown, Tiffany <tiffanybrown@ucsd.edu>
para Pedro, Eva, eu

seg, 29 de out de 2018 15:19

Detectar idioma > português Traduzir mensagem Desativar para: inglês x

Dear Dr. De Carvalho,

Thank you for your email – we have been working on brainstorming alternative ideas to get you trained. As Dr. Trujillo mentioned previously, one option would be to wait to get trained until the HLA conference in 2019 to reduce costs. An alternative option is that I could do an experimental online training with you and your team to get you trained on the protocol under a few conditions. I would be willing to waive my training fee for this experimental online training and provide additional guidance on the implementation of the program in Brazil. However, since this training method is very different than our typical empirically-tested training protocol, this would need to be clearly represented in the results – as such, this study would be looking more at the effectiveness of the Body Project: More than Muscles using an experimental online training method versus a pure replication study of the program's efficacy. As such, in order to work with you on this, I will also need to be an overall collaborator in the research study, including being a co-author on any manuscripts that result from the project. If you agree to this arrangement, then I would be happy to work with you on finding times that we could run this online training and get you all prepared to run the study in Brazil.

Let me know what you think of the above options.

Best,
Tiffany

ANEXO F – Cartaz para divulgação do programa “O Corpo em Questão: Mais do que Músculos”

Mais do que Músculos



Você é homem e tem entre 18 e 30 anos?

Interessado em um Programa de Aceitação Corporal?

Todas as suas informações serão mantidas em segredo.

Se estiver interessado, entre em contato
(33) 98714-2878 - Whatsapp
maualmeida4@gmail.com

ANEXO G – Escala de Avaliação do Programa

Nome: _____ Data: ___/___/_____.

Em relação ao programa “O Projeto corpo: Mais do que Músculos”, marque um X na resposta que você mais se identifica:

1. Em uma escala de 1 a 7, onde 1 significa extremamente inútil e 7 extremamente útil, avalie se a participação no programa serviu para promoção de uma imagem corporal positiva.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

2. Em uma escala de 1 a 7, onde 1 significa extremamente inútil e 7 extremamente útil, avalie se a participação no programa serviu para melhoria da sua própria imagem corporal.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

3. Em uma escala de 1 a 7, onde 1 significa extremamente insatisfeito e 7 extremamente satisfeito, avalie sua satisfação geral com o programa.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

4. Em uma escala de 1 a 7, onde 1 significa improvável e 7 provável, avalie sua probabilidade de recomendar o programa a um amigo.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

ANEXO H – Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4)

Por favor, leia cuidadosamente cada um dos itens, e assinale o número que melhor identifique sua concordância com a sentença.

Item	Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. É importante para mim ter um porte atlético.	1	2	3	4	5
2. Eu penso muito em ter um porte musculoso.	1	2	3	4	5
3. Eu quero que o meu corpo aparente ser muito magro.	1	2	3	4	5
4. Eu quero que o meu corpo aparente ter pouca gordura.	1	2	3	4	5
5. Eu penso muito em ter uma aparência magra.	1	2	3	4	5
6. Eu passo muito tempo fazendo coisas para ter uma aparência mais atlética.	1	2	3	4	5
7. Eu penso muito em ter uma aparência atlética.	1	2	3	4	5
8. Eu quero que o meu corpo tenha uma aparência muito magra.	1	2	3	4	5
9. Eu penso muito sobre ter muito pouca gordura corporal.	1	2	3	4	5
10. Eu passo muito tempo fazendo coisas para aparentar ter um porte mais musculoso.	1	2	3	4	5

ANEXO I – *Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)*

Por favor responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorado(a) com a ideia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupado(a) com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinto(a) que não sou capaz de parar.						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batata).						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magro(a).						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magro(a).						
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam a minha vida.						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						

20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doces.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

ANEXO J – Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)

Responda utilizando a seguinte escala:					
1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Às vezes 4 – Frequentemente 5 – Sempre					
	1	2	3	4	5
1. Eu acho que meu corpo é muito pequeno.					
2. Eu uso roupas largas para que as pessoas não vejam meu corpo.					
3. Eu odeio meu corpo.					
4. Eu gostaria de poder ficar maior.					
5. Eu acho que meu peitoral é muito pequeno.					
6. Eu acho que minhas pernas são muito finas.					
7. Eu sinto que eu tenho muita gordura corporal.					
8. Eu gostaria que meus braços fossem maiores.					
9. Eu tenho muita vergonha de deixar as pessoas me verem sem camisa.					
10. Eu me sinto ansioso quando perco um ou mais dias de treino.					
11. Eu deixo de fazer atividades sociais (por exemplo: assistir a um jogo de futebol, jantar, ir assistir a um filme, etc.) com amigos por causa da minha rotina de treinos.					
12. Eu me sinto deprimido quando perco um ou mais dias de treino.					
13. Eu deixo de conhecer pessoas novas por causa da minha rotina de treinos.					

ANEXO K – Drive for Muscularity Scale (DMS)

Leia atentamente cada item e então, para cada um, marque com um X o número que melhor se aplica a você.	Sempre	Muito frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Quero ser mais musculoso(a).						
2. “Levanto peso” para desenvolver meus músculos.						
3. Uso suplementos proteicos ou energéticos.						
4. Tomo shakes de proteína ou de ganho de massa.						
5. Diariamente, tento consumir o máximo de calorias possíveis.						
6. Sinto culpa se perco um treino de musculação.						
8. Os outros acham que eu faço exercícios com peso com muita frequência.						
11. Acho que me sentiria mais forte se eu ganhasse um pouco mais de massa muscular.						
12. Acho que meu treinamento atrapalha em outros aspectos da minha vida.						
13. Acho que meus braços não são musculosos o bastante.						
14. Acho que meu tórax não é musculoso o bastante.						
15. Acho que minhas pernas não são musculosas o bastante.						

ANEXO L – Male Body Dissatisfaction Scale (MBDS)

<p>Altura: _____ m _____ cm. Peso: _____ kg.</p> <p>Tipo corporal (escolha um): <input type="checkbox"/> magro <input type="checkbox"/> normal/estou na média <input type="checkbox"/> sobrepeso <input type="checkbox"/> musculoso</p>								
<p>POR FAVOR, Leia cada questão com cuidado e responda honestamente. Todas as respostas são confidenciais.</p>								
<p>Etapa A – Na linha que antecede cada item, classifique a importância do fato descrito. Escolha um número de 1 a 10 (1 = sem importância a 10 = grande importância).</p>								
<p>Etapa B – Depois disso, assinale uma das respostas, de acordo com o seu sentimento atual em relação ao seu corpo. Use as opções abaixo: 1- Concordo fortemente 2- Concordo parcialmente 3- Neutro 4- Discordo 5- Discordo fortemente</p>								
Etapa A			Etapa B					
1 = sem importância		10 = grande importância		1	2	3	4	5
1- _____ Estou feliz com a quantidade de músculos que tenho em relação à quantidade de gordura do meu corpo.								
2- _____ Outras pessoas acham que tenho um corpo bom.								
4*- _____ Eu gostaria de ter braços mais musculosos.								
6*- _____ Eu fantasio sobre ter mais músculos.								
8- _____ No geral, acho que tenho um corpo atraente.								
9*- _____ Eu gostaria de ter o tronco mais em formato de “V” (triângulo invertido).								
12*- _____ Preocupo-me em ser mais musculoso.								
15- _____ Eu tenho barriga de “tanquinho”.								
16*- _____ Se eu fosse mais musculoso os outros me achariam mais atraente.								
19- _____ Eu gosto de exibir meu corpo.								
21- _____ Eu aparento conseguir levantar mais peso do que a média dos homens da minha idade.								
23- _____ Para as outras pessoas meu corpo é sexualmente atraente.								

ANEXO M – *Male Body Attitudes Scale-Revised* (MBAS-R)

<p>Abaixo está uma série de afirmações sobre como as pessoas talvez pensem, sintam ou se comportem. Indique o grau em que cada afirmação diz respeito a você pessoalmente.</p> <p>Suas respostas aos itens são anônimas; não há respostas certas ou erradas, então se esforce para ser completamente honesto em suas respostas.</p> <p align="center">Usando a escala abaixo, indique sua resposta preenchendo com o número correspondente à esquerda da afirmação.</p> <p>1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Às vezes 4 – Frequentemente 5 – Sempre</p>					
	1	2	3	4	5
1. Eu acho que eu tenho muito pouco músculo em meu corpo.					
2. Eu acho que minhas pernas não são musculosas o suficiente.					
3. Eu acho que meus braços deveriam ser mais musculosos.					
4. Eu sinto vergonha de minha musculatura.					
5. Eu acho que minhas costas deveriam ser mais musculosas.					
6. Eu acho que meu peitoral deveria ser mais musculoso.					
7. Eu me sinto satisfeito com minha musculatura.					
8. Eu acho que meu corpo deveria ser mais magro/definido.					
9. Eu acho que tenho gordura demais em meu corpo.					
10. Comer doces, bolos ou outras comidas calóricas faz eu me sentir gordo.					
11. Eu me sinto excessivamente gordo.					
12. Ver meu reflexo (por exemplo: em um espelho ou janela) faz eu me sentir mal com minha gordura corporal.					
13. Eu queria ser mais alto.					
14. Eu estou satisfeito com minha altura.					
15. Eu sinto vergonha da minha altura.					

ANEXO N – *Body Shape Questionnaire - 8 (BSQ-8)*

Responda às questões abaixo em relação à sua aparência nas últimas 4 semanas, usando a legenda:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
5. Você anda preocupada (o) achando que seu corpo não é firme o suficiente?						
11. Você já se sentiu gorda (o) mesmo após ingerir uma pequena quantidade de alimento?						
15. Você tem evitado usar roupas mais justas para não se sentir desconfortável com sua forma física?						
20. Você sente vergonha de seu corpo?						
21. A preocupação frente à sua forma física a (o) leva a fazer dieta?						
22. Você se sente mais contente em relação à sua forma física quando seu estômago está vazio (por exemplo, pela manhã)?						
25. Você acha injusto que outras pessoas do mesmo sexo que o seu sejam mais magras que você?						
28. Você se preocupa com o fato de estar ficando cheia (o) de “dobras” ou “banhas”?						

ANEXO O – *Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)*

Por favor, indique a frequência com que estas questões são verdadeiras sobre você: nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1 – Eu respeito meu corpo	1	2	3	4	5
2 – Eu me sinto bem com meu corpo	1	2	3	4	5
3 – Eu sinto que meu corpo tem, pelo menos, algumas qualidades positivas	1	2	3	4	5
4 – Eu tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo	1	2	3	4	5
5 – Eu sou atento (a) às necessidades do meu corpo	1	2	3	4	5
6 – Eu sinto amor pelo meu corpo	1	2	3	4	5
7 – Eu aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo	1	2	3	4	5
8 – Meu comportamento revela minha atitude positiva em relação ao meu corpo; por exemplo, mantenho minha cabeça erguida e sorriso	1	2	3	4	5
9 – Eu sou confortável com meu corpo	1	2	3	4	5
10 – Sinto que sou bonito(a) mesmo que eu seja diferente das imagens de pessoas atraentes da mídia (ex: modelos, atrizes/atores)	1	2	3	4	5