

**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 muscular: um ensaio clínico controlado randomizado com homens adultos  
brasileiros cisgênero gays/bissexuais**

Juiz de Fora

2024

**Maurício Almeida**

**Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e  
dismorfia muscular: um ensaio clínico controlado randomizado com homens adultos  
brasileiros cisgênero gays/bissexuais**

Tese 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 Doutor em Educação Física. Área de concentração: Exercício e Esporte.

Orientador: Doutor Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Juiz de Fora

2024

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 muscular: um ensaio clínico controlado randomizado com homens adultos brasileiros cisgênero gays/bissexuais / Maurício Almeida. -- 2024.

244 p.

Orientador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Viçosa, Faculdade de Educação Física. Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2024.

1. Prevenção de Doenças. 2. Imagem Corporal. 3. Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. 4. Transtornos Dismórficos Corporais. 5. Minorias Sexuais e de Gênero. I. Henrique Berbert de Carvalho, Pedro, orient. II. Título.

**Maurício Almeida**

**Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular:** um ensaio clínico controlado randomizado com homens adultos brasileiros cisgênero gays/bissexuais

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação Física. Área de concentração: Exercício e Esporte.

Aprovada em 29 de agosto de 2024.

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho** - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Ciro José Brito**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Luís Fernando Deresz**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suely Maria Rodrigues**

Universidade Vale do Rio Doce

**Prof. Dr. Wanderson Roberto da Silva**  
Centro Universitário de Patos de Minas

Juiz de Fora, 12/08/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Henrique Berbert de Carvalho, Professor(a)**, em 30/08/2024, às 07:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Ciro Jose Brito, Professor(a)**, em 30/08/2024, às 08:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Luis Fernando Deresz, Professor(a)**, em 30/08/2024, às 11:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Wanderson Roberto da Silva, Usuário Externo**, em 31/08/2024, às 08:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Suely Maria Rodrigues, Usuário Externo**, em 01/09/2024, às 12:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1915706** e o código CRC **C7750E3F**.

Dedico este trabalho a Deus, autor e consumidor da minha fé, meu provedor nas horas mais difíceis. Dedico também, aos meus pais, Luis e Daise, assim como aos meus irmãos, Matheus e Dulcemara. Sem o amor, carinho e compreensão de vocês eu não teria conseguido conquistar esse sonho. Por fim, dedico este trabalho aos meus amigos, professores e parceiros de pesquisa, sem os quais, eu não teria conseguido completar esse projeto.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, sem sua graça, compaixão e amor não conseguiria completar esse sonho. Não restam dúvidas que Ele colocou pessoas maravilhosas em meu caminho capazes de guiar-me até esse momento.

Ao meu pai, Luis Carlos de Almeida, homem humilde e íntegro, meu exemplo de esforço, perseverança e fé. Pai, obrigado por seu amor incondicional, por renunciar às suas próprias vontades pelos seus filhos, inclusive de estar perto da sua mãe (*Im Memoriam*) e de seus irmãos, te amo!

À minha mãe, Daise Mara de Paula Andrade Almeida, você é meu exemplo de vida. Mulher forte, zelosa, carinhosa e temente a Deus, que nunca deixou de orar um dia sequer 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, vocês sempre foram meus exemplos, sou grato por cada oração, conversa, conselho e até mesmo pelos puxões de orelha. Ademais, as palavras de ânimo e incentivo foram essenciais para que essa jornada se tornasse mais leve e prazerosa, amo vocês!

Agradeço a todos os meus familiares, que mesmo distantes, apoiaram-me com pensamentos, palavras, orações, e principalmente, por entenderem minha ausência em alguns momentos. Sou grato a Deus pela vida de vocês!

Ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Henrique Berbert de Carvalho. Pra mim você é o verdadeiro exemplo do que é ser um “educador”, pois consegue cativar seus alunos a serem pessoas melhores, mostrar o caminho mais fácil, mas também dar a mão quando estamos passando por um caminho de pedras e espinhos. Além de orientador, vejo em você um amigo, que para além do mestrado e doutorado contribuiu e continuará contribuindo para minha formação humana e profissional. Sem seus ensinamentos a conclusão desse sonho não seria possível, gratidão!

À Professora, Doutora Tiffany A. Brown, professora exemplar, compreensível, sensível e zelosa. Serei eternamente grato por ter me recebido com tanto carinho como seu estagiário na *Auburn University* (Auburn, Alabama, Estados Unidos da América). Desde o início você se mostrou extremamente comprometida com o desenvolvimento da pesquisa, nos fornecendo tudo que estava ao seu alcance para sua realização, gratidão!

A todos os membros do Núcleo Interprofissional de Estudos e Pesquisas em Imagem Corporal e Transtornos Alimentares (NICTA/CNPq), por compartilharem comigo momentos tão agradáveis e calorosos de pesquisa, ensino e extensão.

Em especial gostaria de agradecer ao meu colega de pesquisa/amigo, Mauro Lúcio de Oliveira Júnior, pelo apoio e comprometimento com a pesquisa, em especial com a organização, gestão e condução das sessões do programa PRIDE *Body Project*. Para além da pesquisa, gostaria de agradecer por ser um apoiador, conselheiro e amigo ao longo do processo, gratidão!

Aos membros do grupo de estudo “PRIDE” (uma das vertentes adotadas pelo NICTA/CNPq) que contribuíram diretamente para o desenvolvimento do presente trabalho. Especialmente, gostaria de agradecer, Cleonaldo Gonçalves Santos, Pedro Henrique Mól Baião, André Gustavo Pinto de Souza, Yuri Pereira Reis e Lucas Henrique Rodrigues Almeida.

Aos membros do *AppearanCe Concerns, Eating, Prevention, & Treatment Lab* (ACCEPT Lab), que me receberam em Auburn com tanta atenção, zelo, carinho, paciência e cuidado. Com vocês, o meu período de estágio internacional se tornou leve e prazeroso, muito obrigado!

Aos membros do Núcleo de Pesquisa e Ensino do AMBULIM, vinculado ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NUPE/AMBULIM/IPq/HC/FMUSP). Trabalhar com vocês me auxiliou a desenvolver ainda mais meus conhecimentos em pesquisa científica, mas principalmente minhas *soft skills*, incluindo pensamento crítico, capacidade de liderança, relacionamento interpessoal, gestão de tempo, projetos e pessoas. Serei sempre grato por essa oportunidade!

Aos meus companheiros de doutorado pelas palavras de ânimo, conforto e pela disposição em ajudar-me sempre que precisei. Em especial, gostaria de agradecer a professora mestra Priscila Figueiredo Campos e a professora mestra Thainá Richelli Oliveira Resende.

Ao professor doutor Ciro José Brito, ao professor doutor Luís Fernando Deresz, à professora doutora Suely Maria Rodrigues e ao professor doutor Wanderson Roberto da Silva por todos os ensinamentos compartilhados e por aceitarem, sem hesitação, contribuir com o presente trabalho. Sem dúvidas, a ciência precisa de seres humanos/pesquisadores como vocês, gratidão!

À professora doutora Andréia Cristiane Carrenho Queiroz, à professora doutora Ana Carolina Soares do Amaral, ao professor doutor Edmarcius Carvalho Novaes e ao professor

doutor Danilo Reis Coimbra, pela disponibilidade e gentileza em colaborar com esse trabalho e por todas as suas contribuições, gratidão!

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Educação Física, em especial à professora doutora Andréia Cristiane Carrenho Queiroz, professora doutora Clara Mockdece Neves, professora doutora Maria Elisa Caputo Ferreira, professora doutora Ludmila Nunes Mourão, professor doutor Pedro Henrique Berbert de Carvalho, professor doutor Ciro José Brito, professor doutor Moacir Marocolo Júnior e ao professor doutor Danilo Reis Coimbra pelas disciplinas ministradas com tanto empenho e dedicação, que me possibilitaram adquirir conhecimentos técnicos e pessoais imprescindíveis para minha formação humana e profissional.

Ao secretário do Programa de Pós-graduação em Educação Física, Roberto Carlos de Matos Leite, que sempre foi solícito em me atender quando precisei, todas as burocracias se tornaram mais leves com a sua contribuição. Agradeço imensamente por sua ajuda!

Aos colegas/amigos que fiz em Auburn, obrigado por me abraçarem durante todo o período que estive na cidade. Vivenciar uma experiência internacional em uma cidade em que não se conhece muitas pessoas pode ser traumatizante, mas como vocês os dias foram leves e confortáveis. Sou grato por cada bate-papo, carona, conselho, puxão de orelha e, principalmente, pelos momentos que pudemos estar juntos rindo e nos divertindo. A vocês minha eterna gratidão!

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. Em especial, gostaria de agradecer a Rebeca Duarte, seu apoio, conselhos e puxões de orelha sem dúvidas foram essenciais para conclusão desse trabalho. Nada disso seria possível sem sua ajuda e compreensão. Muito obrigado!

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

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro, essencial para a realização desta pesquisa.

“Amados, amemo-nos uns aos outros, pois o amor procede de Deus. Aquele que ama é nascido de Deus e conhece a Deus. Quem não ama não conhece a Deus, porque Deus é amor.” (Bíblia, 1 João 4, 7-8)

## RESUMO

A insatisfação corporal apresenta-se como um problema de dimensões globais, sendo considerada um fator de risco para os transtornos alimentares (TAs) e a dismorfia muscular (DM). Os distúrbios de imagem corporal, os TAs e a DM impactam significativamente a saúde física e o funcionamento psicossocial dos sujeitos, além de apresentarem um curso crônico, recidivo e alto custo de tratamento. Homens cisgênero gays/bissexuais apresentam maior sintomatologia de TAs e DM em comparação a seus pares heterossexuais. Contudo, poucos programas preventivos têm sido desenvolvidos e avaliados empiricamente para ajudar homens cisgênero gays/bissexuais com sintomas de TAs. Ademais, até o momento, nenhum programa preventivo foi desenvolvido com foco na redução dos sintomas de DM e aumento da apreciação corporal em homens adultos cisgênero gays/bissexuais. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a eficácia da intervenção *PRIDE Body Project* como uma proposta para reduzir fatores de risco para o desenvolvimento dos TAs e DM, bem como aumentar a apreciação corporal em homens adultos brasileiros cisgênero gays/bissexuais. Para tanto, foi conduzido um ensaio clínico controlado randomizado com 149 homens, com idade entre 18 e 30 anos, de qualquer cor, raça ou etnia. Os participantes foram aleatorizados em dois grupos: grupo intervenção (GI;  $n = 74$ ) e grupo controle (GC;  $n = 75$ ). O GI participou de duas sessões de aproximadamente 120 minutos cada, com um intervalo de uma semana entre elas. O GC não recebeu nenhuma intervenção. As variáveis investigadas foram: internalização da aparência ideal, busca pela muscularidade, auto objetificação, apreciação corporal, sintomas de TAs e DM. Um conjunto de instrumentos com indicadores de validade e confiabilidade foram aplicados nos seguintes momentos: *baseline*, pós-intervenção, em quatro, 24 e 52 semanas de *follow-up*. Os resultados demonstraram uma alta taxa de adesão e aceitação da intervenção. Efeitos significantes da intervenção nas variáveis de internalização da aparência ideal ( $p < 0,05$ ;  $d$  de Cohen entre os grupos =  $-0,34 - -0,76$ ), busca pela muscularidade ( $p < 0,05$ ;  $d = -0,38 - -0,64$ ), apreciação corporal ( $p < 0,05$ ;  $d = -0,31 - -0,81$ ), sintomas de TAs ( $p < 0,05$ ;  $d = -0,33 - -0,61$ ) e DM ( $p < 0,05$ ;  $d = -0,35 - -0,92$ ), foram observados no *follow-up* de quatro, 24 e 52 semanas. Na variável de auto objetificação, efeitos significantes foram observados pós-intervenção, em quatro, 24 e 52 semanas de *follow-up* ( $p < 0,05$ ;  $d = -0,31 - -0,76$ ). Os resultados confirmam a aceitação e eficácia da intervenção *PRIDE Body Project* na redução de fatores de risco para o desenvolvimento de TAs e DM em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, bem como no aumento da apreciação corporal. Sugere-se a implementação ampla dessa intervenção no âmbito acadêmico, clínico e epidemiológico.

**Palavras-chave:** Prevenção de Doenças. Imagem Corporal. Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. Transtornos Dismórficos Corporais. Minorias Sexuais e de Gênero.

## ABSTRACT

Body dissatisfaction is a global issue, acknowledged as a risk factor for eating disorders (EDs) and muscle dysmorphia (MD). Body image disturbances, EDs, and MD significantly impact physical health and psychosocial functioning, in addition to having a chronic course, relapse, and high treatment costs. Cisgender gay/bisexual men show higher symptomatology of EDs and MD compared to their heterosexual counterparts. However, few preventive programs have been empirically developed and evaluated to help cisgender gay/bisexual men with ED symptoms. Furthermore, to date, no preventive program has been developed focusing on reducing MD symptoms and increasing body appreciation in adult cisgender gay/bisexual men. Thus, the aim of this study was to evaluate the efficacy of the intervention PRIDE Body Project as a proposal to reduce risk factors for the development of EDs and MD, as well as to increase body appreciation in adult Brazilian cisgender gay/bisexual men. A randomized controlled trial was conducted with 149 men, aged 18 to 30 years, of any color, race, or ethnicity. Participants were randomized into two groups: dissonance-based condition (DB;  $n = 74$ ) and assessment-only condition (AOC;  $n = 75$ ). The DB condition participated in two sessions of approximately 120 minutes each, with a one-week interval between them. The AOC received no intervention. The variables investigated were: appearance-ideal internalization, drive for muscularity, self-objectification, body appreciation, ED and MD symptoms. A set of instruments with validity and reliability indicators were applied at baseline, post-intervention, and at four, 24, and 52 weeks of follow-up. The results showed a high adherence and acceptance rate of the intervention. Significant effects of the intervention on the variables of appearance-ideal internalization ( $p < 0.05$ ; Cohen's  $d$  between groups =  $-0.34 - -0.76$ ), drive for muscularity ( $p < 0.05$ ;  $d = -0.38 - -0.64$ ), body appreciation ( $p < 0.05$ ;  $d = -0.31 - -0.81$ ), ED symptoms ( $p < 0.05$ ;  $d = -0.33 - -0.61$ ) and MD ( $p < 0.05$ ;  $d = -0.35 - -0.92$ ) were observed at the four, 24, and 52-week of follow-ups. For the self-objectification variable, significant effects were observed post-intervention, and at four, 24, and 52 weeks of follow-up ( $p < 0.05$ ;  $d = -0.31 - -0.76$ ). The results confirm the acceptance and efficacy of the intervention PRIDE Body Project in reducing risk factors for the development of EDs and MD in Brazilian cisgender gay/bisexual men, as well as increasing body appreciation. It is suggested that this intervention be widely implemented in academic, clinical, and epidemiological settings.

**Keywords:** Disease Prevention. Body Image. Feeding and Eating Disorders. Body Dysmorphic Disorders. Sexual and Gender Minorities.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	–	Representação das principais dimensões da sexualidade humana.....	28
Figura 2	–	Esquema ilustrativo da composição da imagem corporal.....	42
Figura 3	–	Modelo explicativo da teoria de objetificação sexual.....	45
Figura 4	–	Modelo teórico de influência dos três fatores para mulheres.....	55
Figura 5	–	Modelo de influência sociocultural para homens gays.....	56
Figura 6	–	Modelo de via dupla para o desenvolvimento de transtornos alimentares.....	58
Figura 7	–	Modelo de via dupla adaptado para os sintomas de dismorfia muscular.....	66
Figura 8	–	Intervenções em saúde mental dentro do espectro dos transtornos mentais....	71
Quadro 1	–	Descrição das sessões do programa <i>Body Project</i> .....	75
Quadro 2	–	Descrição das sessões do programa PRIDE <i>Body Project</i> .....	77
Figura 9	–	Protocolo experimental da pesquisa.....	90
Quadro 3	–	Descrição das sessões do programa PRIDE <i>Body Project</i> .....	91
Figura 10	–	Diagrama do <i>Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)</i> detalhando o fluxo de participantes através do estudo.....	103

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Características sociodemográficas, nível econômico, insatisfação com o corpo como um todo, com a musculatura e a gordura corporal entre o grupo intervenção (GI) e o grupo controle (GC).....	104
Tabela 2	– Médias Marginais Estimadas para as variáveis de desfecho primário e secundário em cada momento do tempo para o grupo intervenção (GI) e o grupo controle (GC).....	107
Tabela 3	– Estimativas de efeitos fixos e componentes da variância para as variáveis de desfecho primário e secundário.....	109

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos
AIC	<i>Akaike Information Criteria</i>
AN	Anorexia Nervosa
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BAS-2	<i>Body Appreciation Scale-2</i>
BIC	<i>Bayesian Information Criteria</i>
BN	Bulimia Nervosa
BSQ	<i>Body Shape Questionnaire</i>
CET	<i>Compulsive Exercise Test</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CID-11	11ª versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
DMS	<i>Drive for Muscularity Scale</i>
DMS - OBI	Subescala <i>Muscularity-oriented body image</i> da <i>Drive for Muscularity Scale</i>
DMS - OB	Subescala <i>Muscularity-oriented behavior</i> da <i>Drive for Muscularity Scale</i>
DM	Dismorfia Muscular
DP	Desvio Padrão
DSM-I	1ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-II	2ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-III	3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-III-R	Versão revisada da 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-IV	4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-5	5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EAA	Esteroides Anabolizantes Androgênicos
EDE-Q	<i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i>
EUA	Estados Unidos da América
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
GLS	Gays, Lésbicas e Simpatizantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, <i>Queer</i> , Intersexo, Assexuais e outras identidades de gênero e orientações afetivo-sexuais
LGBTQIAP+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, <i>Queer</i> , Intersexo, Assexuais, Pansexuais e outras identidades de gênero e orientações afetivo-sexuais
MDDI	<i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory</i>
MDDI - AI	Subescala <i>Appearance Intolerance</i> do <i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory</i>
MDDI - DFS	Subescala <i>Drive for Size</i> do <i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory</i>
MDDI - FI	Subescala <i>Functional Impairment</i> do <i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory</i>
NASEM	<i>National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos
SATAQ-3	<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3</i>
SATAQ-4R	<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised</i>
SATAQ-4R -	Fator latente de internalização da aparência ideal do <i>Sociocultural Attitudes</i>
INT	<i>Towards Appearance Questionnaire-4 Revised</i>
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for Axis-I Disorders</i>
SCOFF	<i>Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire</i>
SOBBS	<i>Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale</i>
SOBBS - OP	Subescala <i>Observer's Perspective</i> da <i>Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale</i>
SOBBS - BS	Subescala <i>Body as Self</i> da <i>Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale</i>
SOQ	<i>Self-Objectification Questionnaire</i>

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TAs	Transtornos Alimentares
TCA	Transtorno de Compulsão Alimentar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDC	Transtorno Dismórfico Corporal
TEM	Teoria do Estresse de Minoria
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

## LISTA DE SÍMBOLOS

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

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	26
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
2.3	HIPÓTESES.....	26
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
3.1	SEXUALIDADE HUMANA.....	27
3.2	SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAP+.....	34
3.3	IMAGEM CORPORAL EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS.....	41
3.4	TRANSTORNOS ALIMENTARES EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS.....	51
3.5	DISMORFIA MUSCULAR EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS.....	62
3.6	PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM DISTÚRBIOS DE IMAGEM CORPORAL, TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMORFIA MUSCULAR EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS.....	69
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>81</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	81
4.2	AMOSTRA.....	80
<b>4.2.1</b>	<b>Critérios de inclusão.....</b>	<b>82</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Critérios de exclusão.....</b>	<b>82</b>
4.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	83
4.4	PROCEDIMENTOS.....	83
<b>4.4.1</b>	<b>Procedimentos para adaptação transcultural e análise de equivalências.....</b>	<b>83</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Procedimentos para treinamento dos líderes de pares.....</b>	<b>85</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Procedimentos para divulgação e implementação do programa.....</b>	<b>87</b>
4.5	INTERVENÇÃO.....	90
4.6	INSTRUMENTOS.....	92
<b>4.6.1</b>	<b>Questionário sociodemográfico.....</b>	<b>92</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).....</b>	<b>94</b>

4.6.3	Internalização da aparência ideal.....	94
4.6.4	Sinais e sintomas de transtornos alimentares.....	95
4.6.5	Sinais e sintomas de dismorfia muscular.....	96
4.6.6	Busca pela muscularidade.....	97
4.6.7	Objetificação sexual.....	97
4.6.8	Apreciação corporal.....	98
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	99
5	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>101</b>
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	101
5.2	ACEITAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	104
5.3	ADERÊNCIA À INTERVENÇÃO E COMPETÊNCIA DOS LÍDERES.....	105
5.4	EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO.....	105
5.4.1	Desfechos primários.....	105
5.4.2	Desfechos secundários.....	106
6	DISCUSSÃO.....	110
7	CONCLUSÃO.....	121
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>122</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>146</b>
	<b>APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico.....</b>	<b>148</b>
	<b>APÊNDICE C – Guia do Facilitador.....</b>	<b>151</b>
	<b>APÊNDICE D – Caderno de atividades.....</b>	<b>191</b>
	<b>APÊNDICE E – Imagens utilizadas no programa PRIDE O Corpo em Questão.....</b>	<b>200</b>
	<b>APÊNDICE F – Instrumento para a avaliação da aderência ao protocolo do PRIDE O Corpo em Questão.....</b>	<b>201</b>
	<b>APÊNDICE G – Instrumento para a avaliação da competência do líder de grupo da intervenção PRIDE O Corpo em Questão.....</b>	<b>207</b>
	<b>ANEXO A – Checklist do <i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i> (CONSORT) .....</b>	<b>213</b>
	<b>ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos.....</b>	<b>215</b>
	<b>ANEXO C – Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos.....</b>	<b>219</b>
	<b>ANEXO D – Autorização para adaptação do programa PRIDE <i>Body Project</i>....</b>	<b>224</b>
	<b>ANEXO E – Termo de colaboração com a Associação Atlética União, Igualdade e</b>	

<b>Força.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXO F – Termo de colaboração com a Comissão de Diversidade Sexual e Gênero da 43ª Subseção da Ordem dos Advogados do Brasil.....</b>	<b>230</b>
<b>ANEXO G – 1º Modelo: cartaz de divulgação da pesquisa.....</b>	<b>231</b>
<b>ANEXO H – 2º Modelo: cartaz de divulgação da pesquisa.....</b>	<b>232</b>
<b>ANEXO I – 3º Modelo: cartaz de divulgação da pesquisa.....</b>	<b>233</b>
<b>ANEXO J – 4º Modelo: cartaz de divulgação da pesquisa.....</b>	<b>234</b>
<b>ANEXO K – Folder de divulgação da pesquisa.....</b>	<b>235</b>
<b>ANEXO L – Escala de aceitação do programa.....</b>	<b>236</b>
<b>ANEXO M – <i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised (SATAQ-4R)</i>.....</b>	<b>237</b>
<b>ANEXO N – <i>Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)</i>.....</b>	<b>238</b>
<b>ANEXO O – <i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)</i>.....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO P – <i>Drive for Muscularity Scale (DMS)</i>.....</b>	<b>242</b>
<b>ANEXO Q – <i>Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale (SOBBS)</i>.....</b>	<b>243</b>
<b>ANEXO R – <i>Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)</i>.....</b>	<b>244</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A insatisfação corporal é uma realidade em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento, apresentando-se como um problema de dimensões globais (Rodgers *et al.*, 2023). No cenário clínico e epidemiológico, a insatisfação corporal tem ganhado destaque, pois é um critério diagnóstico para uma série de psicopatologias, incluindo os transtornos alimentares – TAs (por exemplo, anorexia nervosa [AN] e bulimia nervosa [BN]) e transtornos dismórfico corporais, como a dismorfia muscular – DM (American Psychiatric Association [APA], 2013). No contexto brasileiro, estima-se que aproximadamente 66,3% das mulheres e 60,5% dos homens, encontram-se insatisfeitos com sua imagem corporal (Silva *et al.*, 2011).

Recentemente, estudos de revisão sistemática com metanálise têm evidenciado que homens cisgênero gays e bissexuais apresentam maior insatisfação corporal em comparação aos seus pares heterossexuais (Dahlenburg *et al.*, 2020; He *et al.*, 2020). Não obstante, homens cisgênero gays e bissexuais são mais propensos à adoção de comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs (Diemer *et al.*, 2015; Hallward *et al.*, 2023; Hazzard *et al.*, 2020; Kamody; Grilo; Udo, 2020; Nagata *et al.*, 2018) e DM (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010; Duggan; McCreary, 2004; Nerini *et al.*, 2016; Schmidt *et al.*, 2022; Strübel; Petrie, 2019). À luz das teorias psicossociais, essas disparidades têm sido atribuídas a um conjunto de fatores, destacando-se a teoria da objetificação sexual<sup>1</sup> (Fredrickson; Roberts, 1997) e a teoria sociocultural<sup>2</sup> (Thompson *et al.*, 1999).

Quando aplicada aos homens de minoria sexual e de gênero, a teoria da objetificação sexual postula que, ao vivenciar algumas experiências de objetificação sexual (por exemplo, olhares, comentários e assédio), os homens podem internalizar essas experiências como os seus próprios padrões pessoais (Wiseman; Moradi, 2010). Posteriormente, a internalização desses padrões culturais conduziria a uma série de comportamentos de vigilância/monitoramento corporal (Wiseman; Moradi, 2010). Por fim, a vigilância/monitoramento corporal predisporia a uma maior vergonha corporal que, por sua vez, levaria ao desenvolvimento de sintomas de TAs (Wiseman; Moradi, 2010).

No caso da teoria sociocultural, destaca-se o modelo de influência dos três fatores<sup>3</sup> (Thompson *et al.*, 1999), que para a população de homens gays foi expandido e avaliado por

---

<sup>1</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Objectification theory*.

<sup>2</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Sociocultural theory*.

<sup>3</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Tripartite Influence Model*.

Tylka e Andorka (2012) e, posteriormente, teve seus pressupostos teóricos confirmados para homens gays e bissexuais por Convertino *et al.* (2021a). O envolvimento na comunidade gay, as pressões da mídia e da família, bem como a internalização do ideal mesomórfico conduziram a comparação da aparência (Tylka; Andorka, 2012). As pressões da família para a muscularidade, a internalização do ideal mesomórfico e a comparação da aparência se relacionaram com a insatisfação com a muscularidade (Tylka; Andorka, 2012). As pressões dos amigos para ser magro e para a muscularidade, a internalização do ideal mesomórfico e a insatisfação com a muscularidade conduziram à insatisfação com a gordura corporal (Tylka; Andorka, 2012). O envolvimento na comunidade gay, as pressões dos pares para a muscularidade, a insatisfação com a muscularidade, a insatisfação com a gordura corporal estiveram relacionados aos comportamentos para o aumento da muscularidade (Tylka; Andorka, 2012). Por fim, as pressões dos amigos para ser magro, a insatisfação corporal e os comportamentos de alteração da muscularidade conduziram aos comportamentos de risco para os TAs (Tylka; Andorka, 2012).

Realmente, estudos conduzidos com homens cisgênero gays e bissexuais têm evidenciado uma associação positiva entre a internalização da aparência ideal<sup>4</sup> e os sintomas de TAs (Almeida *et al.*, 2023a; Almeida *et al.*, 2024b, *ahead of print*; Convertino *et al.*, 2022; De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023). Adicionalmente, os sintomas de TAs nessa população têm sido associados a uma série de distúrbios e psicopatologias, como, por exemplo, maior vergonha corporal (Strübel; Petrie, 2020), sintomas depressivos (Bell; Rieger; Hirsch, 2019; Strübel; Petrie, 2020), baixa autoestima (Davids; Green, 2011), ansiedade, uso de substâncias (Feldman; Meyer, 2010), uso de suplementos e drogas para melhora da performance e aparência<sup>5</sup> (por exemplo, esteroides anabolizantes androgênicos [EAA]) (Griffiths *et al.*, 2017; Nagata *et al.*, 2022a), exercício físico excessivo<sup>6</sup> (Nagata *et al.*, 2020), assim como uma pior percepção de qualidade de vida (Griffiths *et al.*, 2017). Não obstante, os sintomas de DM também apresentam uma associação positiva com a internalização da aparência ideal (Convertino *et al.*, 2022), bem como com uma maior solidão, baixa autoestima (Chaney, 2008), uso de suplementos e drogas para melhora da performance e aparência (por exemplo, EAA) (Nagata *et al.*, 2022a).

---

<sup>4</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Appearance-ideal internalization*.

<sup>5</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Appearance and performance enhancing drugs use*.

<sup>6</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Excessive exercise*.

Em homens brasileiros cisgênero gays e bissexuais, os sintomas de TAs apresentaram uma associação positiva com a intolerância em relação a aparência<sup>7</sup>, comprometimento funcional<sup>8</sup> (Santos *et al.*, 2023), internalização da aparência ideal, busca pela muscularidade<sup>9</sup>, auto objetificação, objetificação dos pares, assim como apresentaram uma associação negativa com a apreciação corporal (Almeida *et al.*, 2023a; Almeida *et al.*, 2024b, *ahead of print*; De Oliveira Júnior *et al.*, 2023). Não obstante, os sintomas de DM nessa população também apresentaram uma associação positiva com os sintomas de TAs, busca pela muscularidade, auto objetificação, objetificação dos pares, bem como apresentaram uma associação negativa com a apreciação corporal (Almeida *et al.*, 2023a; Almeida *et al.*, 2024b, *ahead of print*; De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023).

Diante da maior incidência/prevalência de distúrbios de imagem corporal, sintomas de TAs e DM em homens cisgênero gays e bissexuais, torna-se indispensável o desenvolvimento de intervenções preventivas com o objetivo de reduzir esses distúrbios e psicopatologias (Brown; Keel, 2015). Assim, com base na teoria da dissonância cognitiva<sup>10</sup> e com o objetivo de prevenir os distúrbios de imagem corporal e os TAs em homens gays, Brown e Keel (2015) propuseram um programa de intervenção preventivo denominado *PRIDE Body Project*. No estudo, 87 homens gays dos Estados Unidos da América (EUA) foram divididos em dois grupos: intervenção (GI;  $n = 47$ ) e controle (GC;  $n = 40$ ). O GI foi submetido a duas sessões do programa com duração de 120 minutos cada e frequência semanal e, ao final, os participantes apresentaram uma diminuição significativa das variáveis de insatisfação corporal ( $d$  de *Cohen* = 0,82 – 1,00), busca pela muscularidade ( $d = 0,50 – 0,57$ ), internalização da aparência ideal ( $d = 0,68 – 0,89$ ), auto objetificação ( $d = 0,52 – 0,70$ ), objetificação dos pares ( $d = 0,45 – 0,50$ ), sintomas bulímicos ( $d = 0,76 – 0,81$ ) e restrição alimentar ( $d = 0,76 – 0,95$ ). Além disso, a internalização da aparência ideal mediou os efeitos da intervenção sobre os sintomas bulímicos (Brown; Keel, 2015).

O estudo de Brown e Keel (2015) foi inédito ao avaliar a eficácia de uma intervenção preventiva destinada à redução dos distúrbios de imagem corporal e sintomas de TAs em homens gays com elevada insatisfação corporal. Entretanto, as autoras avaliaram um período reduzido de *follow-up* (quatro semanas) em comparação com outra intervenção preventiva baseadas na dissonância cognitiva desenvolvida com homens cisgênero heterossexuais, na qual a magnitude dos resultados foi mantida por até um ano de *follow-up* (Almeida *et al.*,

<sup>7</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Appearance intolerance*.

<sup>8</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Functional impairment*.

<sup>9</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Drive for muscularity*.

<sup>10</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Cognitive dissonance theory*.

2024a). Ainda, uma revisão sistemática recente sugere que os estudos de intervenção acompanhem a magnitude dos efeitos por um longo período de *follow-up* (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023).

Embora homens cisgênero gays e bissexuais apresentem elevada sintomatologia de DM (Compte *et al.*, 2021; Ganson *et al.*, 2023; Nagata *et al.*, 2021), Brown e Keel (2015) não incluíram essa variável em seu estudo. Estudos conduzidos com a população de homens americanos (independente da orientação afetivo-sexual) (Brown *et al.*, 2017) e brasileiros (heterossexuais) (Almeida *et al.*, 2021; Almeida *et al.*, 2024a) demonstraram um efeito significativo de uma intervenção baseada na dissonância cognitiva (*Body Project: More than Muscles*) na redução dos sintomas de DM, com a magnitude dos resultados sendo mantida por até um ano de *follow-up* (Almeida *et al.*, 2024a). Realmente, existe uma carência de estudos buscando avaliar a eficácia de intervenções preventivas na redução dos sinais e sintomas de DM, de modo que, a avaliação de novos programas preventivos tem sido vista como uma emergência em saúde pública (Sandgren; Lavalley, 2023). O desenvolvimento e avaliação dessas intervenções é ainda mais importante em populações altamente vulneráveis, como é o caso dos homens cisgênero gays e bissexuais (Sandgren; Lavalley, 2023).

Brown e Keel (2015) não avaliaram a eficácia do PRIDE *Body Project* no aumento dos fatores de proteção para o desenvolvimento de sintomas de TAs e DM, como, por exemplo, a apreciação corporal. Em um estudo prévio conduzido com homens brasileiros heterossexuais a intervenção *Body Project: More than Muscles* demonstrou indícios de eficácia no aumento da apreciação corporal, com a magnitude dos resultados sendo mantida por até seis meses de *follow-up* (Almeida *et al.*, 2021). Revisões sistemáticas têm destacado que avaliar a eficácia das intervenções preventivas baseadas na dissonância cognitiva no aumento dos fatores protetivos é um avanço necessário e imprescindível (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Guest *et al.*, 2019; Linardon; Messer; Tylka, 2023).

Embora homens cisgênero gays e bissexuais do Brasil apresentem elevada sintomatologia de TAs (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023) e DM (Santos *et al.*, 2023), para o melhor do nosso conhecimento, intervenções preventivas baseadas na dissonância cognitiva, como é o caso do PRIDE *Body Project*, não foram desenvolvidas e/ou adaptadas para a população brasileira. Nesse contexto, autores têm destacado que é de salutar importância o desenvolvimento e/ou adaptação de intervenções específicas para homens brasileiros cisgênero gays e bissexuais; visto que, os distúrbios de imagem corporal, os TAs e a DM comprometem significativamente à saúde física, o funcionamento psicossocial, o bem-estar e a qualidade de vida dessa população (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023). Em conjunto,

essas características incitam o desenvolvimento do presente estudo; pois, trata-se de um campo com pleno potencial para a prevenção dos distúrbios de imagem corporal, TAs e DM em uma população altamente vulnerável e estigmatizada, como é o caso dos homens cisgênero gays e bissexuais.

Com o objetivo de trazer maior organização à presente tese, ela está estruturada em cinco partes: 1<sup>a</sup>) Objetivos, na qual foram apresentados os objetivos geral e específicos, assim como as hipóteses do estudo; 2<sup>a</sup>) Referencial teórico; 3<sup>a</sup>) Método, na qual foram descritos os procedimentos metodológicos da pesquisa; 4<sup>a</sup>) Resultados; 5<sup>a</sup>) Discussão e 6<sup>a</sup>) Conclusão.

## 2 OBJETIVOS

Na presente seção estão descritos os objetivos geral e específicos. Logo após, estão elencadas as hipóteses para cada um dos objetivos propostos.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia do PRIDE *Body Project* como uma proposta para reduzir fatores de risco para o desenvolvimento dos TAs e DM, bem como aumentar a apreciação corporal em homens adultos brasileiros cisgênero gays/bissexuais.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em homens adultos brasileiros cisgênero gays/bissexuais:

- a) Avaliar a aceitação do PRIDE *Body Project*;
- b) Avaliar a apreciação corporal, busca pela muscularidade, internalização da aparência ideal, crenças e comportamentos de auto objetificação, sinais e sintomas de TAs e DM em cinco momentos: *baseline*, logo após a intervenção, quatro semanas, 24 semanas e 52 semanas pós-intervenção;
- c) Analisar os efeitos da intervenção, comparando os escores *baseline*, pós-intervenção, quatro semanas, 24 semanas e 52 semanas pós-intervenção intragrupos (GI e GC) e entre os grupos (GI *versus* GC).

### 2.3 HIPÓTESES

a) A intervenção proposta terá adequada aceitação e será eficaz na redução dos fatores de risco para o desenvolvimento dos TAs e DM, assim como no aumento da apreciação corporal em homens adultos brasileiros cisgênero gays/bissexuais;

b) Participantes do GI demonstrarão escores inferiores e significantes em comparação ao GC logo após a intervenção, quatro semanas, 24 semanas e 52 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.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

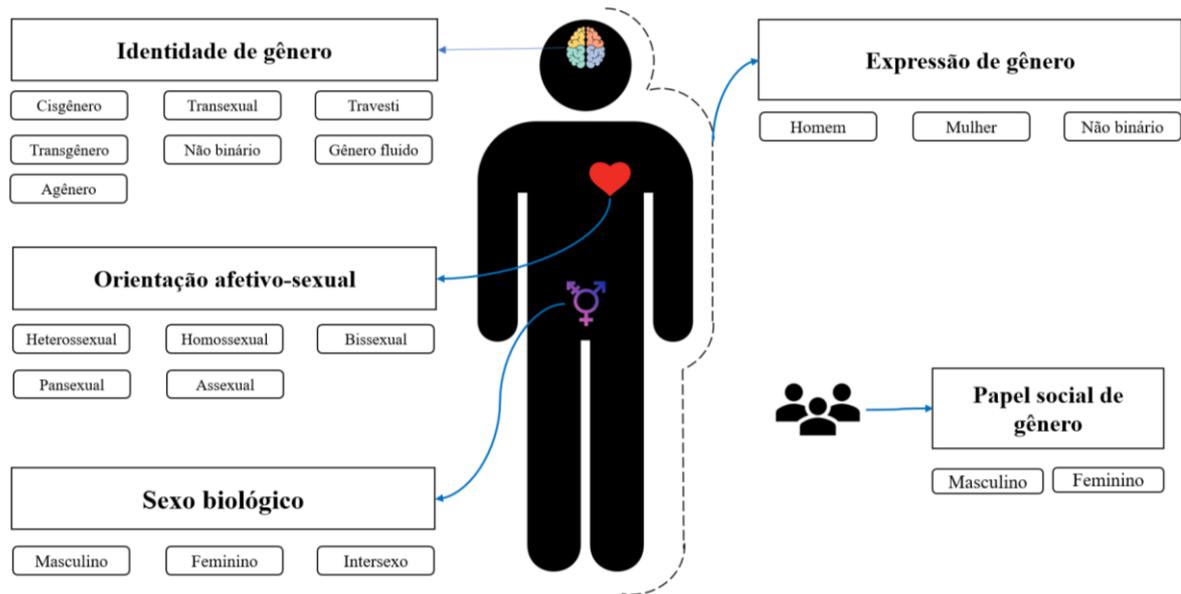
Com o objetivo de apresentar conceitos, teorias e dados científicos sobre as principais temáticas desta pesquisa, o referencial teórico encontra-se subdividido em tópicos. Desse modo, está dividido da seguinte forma: a) sexualidade humana; b) saúde da população LGBTQIAP+; c) imagem corporal em homens cisgênero gays/bissexuais; c) TAs em homens cisgênero gays/bissexuais; d) DM em homens cisgênero gays/bissexuais; e e) programas de intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, TAs e DM em homens cisgênero gays/bissexuais.

#### 3.1 SEXUALIDADE HUMANA

A sexualidade apresenta-se como um construto lábil e multifacetado, sendo influenciado pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (Organização Mundial Da Saúde [OMS], 2006). É da natureza da sexualidade um dinamismo que é inerente a própria vida humana, estando sujeita a diversos usos, múltiplas e contraditórias interpretações, debates e disputas culturais, sociais e políticas (Oka; Laurenti, 2018; Rafart, 2020). Desse modo, o objetivo do presente capítulo é delinear uma compreensão ampla da sexualidade humana, em especial, apresentando e definindo neologismos e terminologias utilizados no estudo do tema. Destaca-se que, os conceitos, descrições e elementos aqui discutidos não podem ser compreendidos e analisados sobre um prisma definitivo e imutável, pois os elementos que constituem a sexualidade humana estão em constante movimento.

É notório que a sexualidade é um aspecto fulcral da vida dos seres humanos e compreende uma série de elementos que estão interligados, como, por exemplo, o sexo, as identidades, papéis e expressões de gênero, a orientação afetivo-sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a). Não obstante, pode ser vivenciada e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, relacionamentos e relações de poder (OMS, 2006). Frente a essa complexidade, autores tem dividido a sexualidade humana em dimensões, o que facilita a apresentação didática desse construto (Figura 1) (Colling, 2018; Rafart, 2020; Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a). Embora divididas para fins didáticos, essas dimensões são interligadas e apresentam uma relação de interdependência (Colling, 2018; Rafart, 2020; Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a).

Figura 1 – Representação das principais dimensões da sexualidade humana



Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

O primeiro conceito essencial para o entendimento da sexualidade é o “sexo”, especificamente, o “sexo biológico”. Popularmente, a palavra sexo, de modo isolado, tem sido utilizada para se referir as práticas sexuais<sup>11</sup>. Contudo, ao longo do presente trabalho, ela será utilizada para se referir ao sexo biológico, ou ao sexo atribuído no nascimento. Diversos autores apresentam uma conceituação em relação a esse vocábulo, fato é que, todos afirmam que o sexo está relacionado às características biológicas dos indivíduos, em especial, a constituição dos órgãos reprodutivos, programados e fixados em um corpo orgânico (Colling, 2018; Louro, 2014; Rafart, 2020; Schüller; Ferreira; Da Silva, 2021). Na espécie humana, alguns parâmetros têm sido utilizados para as definições de sexo, destacando-se os cromossomos, composição hormonal, órgãos genitais e as características sexuais secundárias (Schüller; Ferreira; Da Silva, 2021). Nesse contexto, uma pessoa do sexo masculino apresentaria cromossomos XY, níveis adequados de testosterona, pênis e testículos, distribuição de pelos e gorduras típico. Em contrapartida, as pessoas caracterizadas como do sexo feminino apresentariam cromossomos XX, níveis adequados de estrógeno e progesterona, útero e ovários, presença de mamas, pelos e gorduras típicos. Dessa forma, o neologismo “endossexo” tem sido utilizado para descrever pessoas que apresentam características anatômicas sexuais típicas de macho (masculino) ou fêmea (feminino).

<sup>11</sup> Geralmente, as práticas sexuais se referem ao ato de transar, copular, procriar e ter prazer (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a).

Por outro lado, algumas pessoas podem desenvolver um estado biológico atípico, infrequente ou ambíguo relacionado às diferenças do desenvolvimento do sexo, nesse caso, atribui-se uma terceira classificação, nomeada de intersexo<sup>12</sup> (Stelet *et al.*, 2021). Sendo assim, não há de se falar em apenas um, mas sim em vários sexos<sup>13</sup>: cromossômico, genital, gonadal, fenotípico e cerebral (Schüler; Ferreira; Da Silva, 2021). Ressalta-se que, até o momento, não existem dispositivos jurídicos que tratem do reconhecimento das pessoas intersexo no contexto brasileiro (Dos Santos; Cardin, 2022).

As pessoas intersexo e endossexo podem desenvolver qualquer identidade de gênero e orientação afetivo-sexual, visto que, sexo e gênero não estão necessária e diretamente relacionados (Butler, 2014; 2018; 2019). Os comportamentos sexuais dos seres humanos nem sempre são aqueles esperados pela lógica biológica, uma vez que a sexualidade é um elemento complexo, abrangente e, às vezes, contraditório ao que se refere às atitudes e comportamentos afetivos, românticos e sexuais (Butler, 2014).

Entre as demais dimensões que compõem a sexualidade, o gênero associa-se a compreensão das estruturas e do funcionamento das relações de poder em uma sociedade, caracterizando-se como uma ferramenta analítica e política (Louro, 2014). Entretanto, conceituar esse vocábulo é uma tarefa difícil, pois é um termo ainda disputado pelas várias ciências, especialmente as ciências factuais naturais (por exemplo, biologia e anatomia) e sociais (por exemplo, antropologia, direito, política, psicologia e sociologia) (De Tilio, 2014). Buscando uma definição coerente com as múltiplas teorias que estudam o tema, a OMS evidencia que o gênero se refere às características socialmente construídas de homens e mulheres, o que inclui normas, comportamentos, papéis, identidades e expressões (OMS, 2023).

Geralmente, a sociedade determina o gênero das pessoas pelo sexo atribuído no momento do nascimento, o que tem sido descrito como “essencialismo biológico” (De Tilio, 2014). Nesse caso, o gênero passou a ser prioritariamente utilizado como uma categoria de análise das relações de poder na sociedade. Pois, de um lado, os aspectos biológicos e

---

<sup>12</sup> O termo “hermafrodita” é usado para outros animais que têm os dois tipos de aparelhos reprodutivos completos. Assim, esse vocábulo não descreve corretamente as características biológicas dos seres humanos. Portanto, o termo “hermafrodita” não deve ser utilizado para seres humanos, sendo considerado como um equívoco ou até mesmo uma ofensa (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a). Atualmente, o conjunto de variações relacionadas às pessoas intersexo tem sido descritas como “diversidade/diferenças no desenvolvimento do sexo” (Adam; Vilain, 2017).

<sup>13</sup> Salienta-se que, ao se falar em sexo biológico na sociedade contemporânea, geralmente está se referindo ao sexo genital, ou seja, levando-se em consideração a genitália no momento do ultrassom ou do nascimento.

anatômicos determinam o sexo dos sujeitos; de outro, a cultura e a sociedade definem os “papeis sociais de gênero” esperados para homens e mulheres (De Tílio, 2014). Assim, se uma pessoa nasce homem (macho), espera-se que ela realize atividades tipicamente masculinas, como, por exemplo, praticar brincadeiras e esportes “de homem”. Por outro lado, se uma pessoa nasce mulher (fêmea), espera-se que ela realize atividades tipicamente femininas, como, por exemplo, praticar brincadeiras e esportes “de mulher”.

Nessa conjuntura, como o homem é biologicamente mais forte do que a mulher, ele poderia dominá-la, exercendo esse papel em espaços públicos e privados (Rafart, 2020). Por outro lado, à mulher caberia o papel de voltar-se ao mundo privado, ao mundo da reprodução, ao universo da subserviência, da afetividade e da submissão (Rafart, 2020). A perspectiva ideológica de papéis sociais de gênero, baseada no essencialismo biológico, está presente na sociedade há séculos, revelando um rígido binarismo: macho/homem ou fêmea/mulher. Essa concepção ideológica reforça a ideia de que homem e mulher deveriam ser heterossexuais, a fim de garantir a adequada reprodução da espécie, sendo as demais condutas consideradas desviantes e/ou patológicas (Rafart, 2020). Contudo, o essencialismo biológico tem recebido diversas críticas, pois não contempla nem mesmo as próprias diferenças no desenvolvimento do sexo, como é o caso das pessoas intersexo (Costa; Nardi, 2015).

Compreendendo as limitações dessa visão essencialmente biológica do gênero, autores têm buscado atribuir-lhe um caráter social (Butler, 2014; 2018; 2019; Louro, 2014). Nesse caso, a pretensão não é negar o fato de que o gênero se constitui em e sobre corpos sexuados, ou seja, não é negada a biologia, mas enfatiza-se, de maneira veemente, a construção cultural, social e histórica produzida sobre as características biológicas (Butler, 2014; 2018; 2019; Louro, 2014). Desse modo, o gênero é visto como uma construção não natural, pois não há uma relação necessária sobre o corpo de alguém e o seu gênero (Butler, 2014). Portanto, as justificativas para as desigualdades de gênero não devem ser atribuídas às diferenças biológicas, mas sim, aos determinantes históricos, culturais, sociais e políticos que fundamentam a sociedade<sup>14</sup> (Louro, 2014).

É nesse contexto que a identidade de gênero tem sido descrita como a capacidade dos indivíduos de se reconhecerem como homem, mulher, algo entre essas definições ou fora dessa dualidade, o que inclui inúmeras possibilidades de subversão a lógica binária homem-mulher na prática da sexualidade (OMS, 2023). Dessa maneira, se a pessoa se identifica com o gênero que lhe foi designado em seu nascimento, ela é denominada cisgênero (Colling,

---

<sup>14</sup> Para uma visão detalhada acerca das perspectivas teóricas de estudo de gênero, sugere-se o trabalho de De Tílio (2014).

2018). Essa identificação envolve um sentimento interno de congruência entre seu corpo (morfológico) e o seu gênero, dentro de uma lógica onde o conjunto de performances é percebido como coerente (Butler, 2014). Assim, se uma pessoa nasce com o sexo masculino/feminino e se identifica como homem/mulher, no contexto da identidade de gênero, seria considerado(a) um(a) homem/mulher cisgênero.

Por outro lado, algumas pessoas não se identificam como cisgênero, de modo que, diversas expressões têm sido criadas e recriadas, com as quais as pessoas preferem ser identificadas em relação ao seu gênero. Destacam-se os seguintes neologismos: (a) transgênero - pessoa que se identifica com um gênero diferente daquele que lhe foi atribuído ao nascer (sexo biológico); (b) transexual - pessoa que se identifica com um gênero diferente daquele que lhe foi atribuído ao nascer (sexo biológico) e que procura se adequar à sua identidade de gênero, utilizando recursos hormonais ou cirúrgicos; (c) travesti<sup>15</sup> - pessoa que foi designada homem no seu nascimento, mas se identifica como mulher, realizando variadas mudanças corporais (por exemplo, a realização de cirurgia plástica e/ou estética) e comportamentais (por exemplo, o uso de vestimentas específicas); (d) não binário - pessoa que não se identifica como pertencente aos gêneros binários (isto é, masculino e feminino); (e) gênero fluído - pessoa que transita entre uma identidade e outra ao longo do tempo; e (f) agênero - pessoa que não se identifica com gênero algum (Colling, 2018). Importa ressaltar que a identidade de gênero não implica em uma orientação afetivo-sexual específica (Butler, 2014).

Da mesma maneira que as pessoas podem apresentar diferentes identidades de gênero, inúmeras são as possibilidades de “expressão de gênero”. Assim, a expressão de gênero pode ser descrita pela forma com que cada pessoa expressa publicamente seu gênero, incluindo a aparência física (por exemplo, roupas, estilo de cabelo, acessórios e cosméticos), maneirismos, fala e padrões comportamentais (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2022). Ademais, a escolha do nome e referência pessoal (por exemplo, apelidos) também são formas comuns de expressar a sua identidade de gênero (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021a).

A orientação-afetivo sexual também adiciona importante explicação à sexualidade, sendo compreendida como a tendência persistente de sentir (ou não) atração sexual, fantasias, desejos, e a se relacionar sexualmente com determinada pessoa (Hercowitz; Vito Ciasca, Lopes Junior, 2021). O seu desenvolvimento está associado a fatores biológicos, psicológicos

---

<sup>15</sup> A palavra “travesti” é utilizada em países latino-americanos, de modo que, não apresenta traduções para outros idiomas (Colling, 2018).

e socioculturais, sendo composta por três elementos, a saber, atração sexual, comportamento sexual e identidade sexual (Hercowitz; Vito Ciasca, Lopes Junior, 2021). A atração sexual refere-se à atração sexual e/ou romântica da pessoa e por qual gênero está orientada (quando esse está presente). O comportamento sexual refere-se às relações sexuais e relacionamentos afetivos estabelecidos e com qual gênero, independente da atração. Por fim, a identidade sexual refere-se a como a pessoa se identifica em relação à sua capacidade de sentir atração afetivo-sexual e seu histórico de comportamento afetivo-sexual. Salienta-se que a identidade sexual não é um elemento fixo, podendo variar ao longo da vida.

Para descrever a interação desses três elementos e as preferências de cada pessoa, algumas nomenclaturas têm sido utilizadas. Por exemplo, o termo heterossexual refere-se a uma pessoa que sente atração por um sexo/gênero diferente<sup>16</sup> do seu (NASEM, 2022). Por outro lado, homossexual é aquela pessoa que sente atração por outra do mesmo sexo/gênero (NASEM, 2022). A bissexualidade refere-se às pessoas que sentem atração por pessoas do mesmo sexo/gênero, ou por pessoas com o sexo/gênero diferente ao seu próprio (NASEM, 2022). A bissexualidade é uma categoria muito confundida com a pansexualidade, mas elas não são a mesma coisa. A palavra pansexual deriva do prefixo grego “pan”, que significa “tudo”. Assim, pansexuais são pessoas que sentem atração por outras pessoas independente do sexo/gênero (NASEM, 2022). Assexuais são pessoas que estão em um espectro de sentirem pouca ou nenhuma atração/desejo sexual por pessoas, embora possam apresentar respostas a estímulos sexuais<sup>17</sup> (NASEM, 2022). Nesse caso, a ausência de atração/desejo sexual pode, ou não, vir acompanhada de um desinteresse afetivo/amoroso (Colling, 2018).

Nos últimos anos, com a maior divulgação dos estudos e perspectivas *queer*, as pessoas têm se apropriado desse neologismo integrando-o ao contexto da orientação afetivo-sexual; contudo, essa palavra também está associada ao sexo e a identidade de gênero. O termo *queer* pode ser utilizado para identificar pessoas que se imponham de maneira diversa às normas de gênero socialmente construídas, ou seja, com a ideia de que o padrão endossexo, cisgênero e heteronormativo seja o único correto, saudável e possível (Butler, 2014; 2018). Assim, esse modelo tem como um de seus objetivos normatizar as relações sexuais, desconstruindo o argumento de que a sexualidade segue um curso natural (Butler, 2014; 2018). Para um aprofundamento teórico acerca da teoria *queer* sugerem-se os trabalhos de

---

<sup>16</sup> A palavra “diferente” deve ser preferível para caracterizar a orientação afetivo-sexual, evitando-se o termo “oposto”, visto que o gênero não é uma construção necessariamente binária.

<sup>17</sup> A concepção de atração sexual como capacidade tem recebido algumas críticas, pois pessoas assexuais poderiam ser consideradas pessoas com deficiência, visto que não teriam atração/capacidade por outras pessoas.

Judith Butler, apontada como uma das percussoras dos estudos *queer* (Butler, 2014; 2018; 2019).

Diante das várias nomenclaturas para descrição do sexo, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual, a sigla LGBTQIAP+<sup>18</sup> tem sido utilizada para representar a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais, Pansexuais e outras identidades de gênero e orientações afetivo-sexuais que não se encaixam no “padrão hetero-cis-normativo” – ideia e/ou crença de que apenas as manifestações, atitudes e comportamentos cisgênero e heterossexuais são socialmente normais e/ou corretos, ou seja, o padrão cisgênero e heterossexual são colocados como normas sociais. O principal problema associado a esse padrão é que ele impõe normas rígidas em relação à manifestação da sexualidade, de modo que, todo pensamento, atitude e/ou comportamento que se afasta do padrão cisgênero e heterossexual é descrito como desviante, anormal e/ou patológico (Butler, 2014).

Na atualidade, a população LGBTQIAP+ continua sofrendo com o preconceito, a discriminação e o estigma em diversas esferas sociais (Acontece Arte e Política LGBTI+; Associação Nacional de Travestis e Transexuais [ANTRA]; Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos [ABGLT], 2023; 2024; Benevides, 2024). Os pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos negativos, discriminatórios e preconceituosos em relação às minorias sexuais e de gênero têm sido descritos como: “LGBTfobia”, “LGBTQIA+fobia” e “LGBTQIAP+fobia”. Também têm sido utilizados os termos “homofobia” e “transfobia” para descrever esses eventos em homens não-heterossexuais e transexuais, respectivamente.

Segundo as associações “Acontece Arte e Política LGBTI+”, ANTRA e ABGLT a LGBTQIAP+fobia é uma realidade na sociedade brasileira (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024). Em um documento organizado por tais órgãos, nomeado de “Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2023”, foi evidenciado que entre os anos de 2000 e 2023, 5.865 (cinco mil, oitocentos e sessenta e cinco) pessoas, pertencentes a população LGBTQIAP+ foram mortas por crimes de ódio (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024). No ano de 2023, foi registrado um total de 230 mortes, sendo: 142 travestis e/ou mulheres transexuais (61,74%), 59 homens gays (25,65%), 13 homens trans e

---

<sup>18</sup> As siglas associadas as minorias sexuais e de gênero tem mudado ao longo do tempo, como, por exemplo: GLS (gays, lésbicas e simpatizantes), LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) e LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, *Queer*, Intersexo, Assexuais e outros). No presente estudo, optou-se por utilizar a sigla LGBTQIAP+ por seu reconhecimento no contexto nacional, internacional e por sua representatividade.

pessoa transmasculina (5,65%), sete mulheres lésbicas (3,04%), uma pessoa não-binária (0,43%) e oito pessoas de outros segmentos<sup>19</sup> (3,48%) (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024).

O contexto de discriminação, preconceito, estigma, insegurança e medo experienciado por pessoas LGBTQIAP+ contribui para que essa população esteja susceptível a uma série de aspectos estressores, que geralmente, não são experienciados pelas pessoas cisgênero e heterossexuais (Flentje *et al.*, 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Frost; Meyer, 2023; Mezza *et al.*, 2024; Meyer, 2003; Meyer; Frost, 2013). Destacam-se entre os aspectos estressores as experiências de vitimização, a homofobia internalizada, as expectativas de rejeição e a ocultação da orientação afetivo-sexual (Flentje *et al.*, 2020; Mezza *et al.*, 2024; Meyer; Frost, 2013).

Em conjunto, esses estressores colocam à população LGBTQIAP+ em um risco elevado para o desenvolvimento de uma série de problemas de saúde (Flentje *et al.*, 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Mezza *et al.*, 2024). Dessa forma, compreendendo as especificidades relacionadas à saúde da população LGBTQIAP+ (OMS, 2023), o próximo tópico abordará seus principais determinantes.

### 3.2 SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIAP+

Em uma definição clássica apresentada pela OMS (1948, p. 1), a saúde pode ser compreendida como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Embora essa definição representasse um avanço para a época, atualmente é considerada obsoleta por visar um estado de completude inatingível (Brasil, 2022). Nesse contexto, pode-se pensar a saúde em graus ou coeficientes individualizados, de acordo com a capacidade de evolução de cada pessoa (Gaudenzi, 2014). Assim, a saúde deve ser entendida como um estado que emerge das condições de vida, ou seja, das fontes materiais essenciais para a sobrevivência, e do estilo de vida, que inclui escolhas individuais, hábitos e comportamentos (Gaudenzi, 2014). Esses fatores, por sua vez, são moldados pela ação política dos sujeitos sociais, que disputam recursos de diversas naturezas (por exemplo, financeiros, políticos e institucionais). Dessa forma, a saúde resulta de uma combinação entre práticas individuais e a disponibilidade de serviços de saúde (Gaudenzi, 2014). Portanto, a saúde deve ser compreendida através das relações históricas,

---

<sup>19</sup> Outras pessoas vitimadas pela LGBTIfobia (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024).

econômicas, políticas e sociais, da qualidade de vida, das necessidades básicas dos seres humanos, suas crenças, valores, direitos e deveres, bem como por meio das suas relações dinâmicas e construídas ao longo do ciclo da vida e do meio em que convivem (Brasil, 2022).

Verdadeiramente, o gozo do mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção (OMS, 1948). Contudo, a população LGBTQIAP+ apresenta piores indicadores de saúde física e mental quando comparada aos seus pares cisgêneros e heterossexuais (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010; Bybee *et al.*, 2009; Kamen *et al.*, 2014; Mijas *et al.*, 2021; Schmidt *et al.*, 2022; Shenkman; Ifrah; Shmotkin, 2018; 2020; Stall; Wiley, 1988; Ussher *et al.*, 2016). Para o entendimento dessas diferenças, dois elementos merecem destaque. O primeiro, associa-se a desinformação, ao preconceito, ao estigma e a patologização das diferenças sexuais no contexto da saúde, incluindo organizações, profissionais e serviços de saúde (Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). O segundo, relaciona-se às condições externas experienciadas pela população LGBTQIAP+, como o estigma, a vitimização e o preconceito em relação a (não)manifestação da sua sexualidade (Flentje *et al.*, 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Frost; Meyer, 2023; 2023; Mezza *et al.*, 2024; Meyer, 2003).

Diversos estudiosos concordam em afirmar que a população LGBTQIAP+ tem sido ignorada, sub tratada e incompreendida no que diz respeito às suas necessidades de saúde, sobretudo, devido à patologização das diferenças sexuais e do estigma associado a esse fenômeno (Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). Para identificar a gênese desses problemas, torna-se necessário compreender o contexto histórico, visto que, ao longo do tempo, as pessoas que não se encontravam dentro do padrão hetero-cis-normativo foram consideradas e tratadas como malfeitores, lunáticos e/ou pervertidos (Foucault, 1978). Além disso, suas diferenças sexuais foram criminalizadas como má conduta e tratadas como doença (Foucault, 1978).

Na área da saúde, as práticas consideradas “anormais<sup>20</sup>” para determinada época, local ou contexto já foram conceituadas pela medicina como “perversão sexual” (Von Krafft-Ebing, 1886). O presente termo surgiu nos diagnósticos médicos a partir da publicação do livro *Psychopathia Sexualis*, editado por Krafft-Ebing, em 1886. Desde então, qualquer comportamento “anormal”, “disfuncional” ou “estranho” na manifestação da sexualidade foi considerado uma doença mental (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

---

<sup>20</sup> Práticas que não se adequassem ao padrão hetero-cis-normativo (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

A crença do “homossexualismo<sup>21</sup>” como uma doença mental tornou-se taxativa em 1952, com a publicação da 1ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) pela American Psychiatric Association (APA, 1952). O homossexualismo foi descrito na seção de “desvio sexual”, junto a outras psicopatologias, como, travestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo sexual - estupro, agressão sexual e mutilação (APA, 1952). Essa descrição sugere que os desejos e atitudes homossexuais deixaram de ser um comportamento e passaram a ser considerados uma condição inerente à vontade dos sujeitos, ou seja, um transtorno mental (APA, 1952). Assim, a “identidade homossexual” não poderia ser culpabilizada, exceto quando o tratamento não era desejado (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

Em 1973, o “homossexualismo” foi retirado da 2ª edição do DSM (DSM-II) (APA, 1973), o que foi considerado um avanço para a comunidade LGBTQIAP+. Entretanto, na 3ª edição do DSM (DSM-III), inclui-se o diagnóstico de homossexualidade egodistônica - caracterizada como a ausente ou fraca excitação heterossexual, atrapalhando o início ou a manutenção de relacionamentos heterossexuais desejados, assim como, por uma elevada excitação homossexual, que é vista como indesejada pelo indivíduo, tornando-se uma fonte persistente de angústia (APA, 1980). Essa inclusão foi vista como um retrocesso; pois, retomava o contexto de patologização das diferenças sexuais.

Contudo, a mudança de nomenclatura (homossexualismo para homossexualidade) representou um avanço, visto que, o sufixo “ismo” apresenta uma ideia de doença/patologia (por exemplo, tabagismo e alcoolismo). Por outro lado, o sufixo “dade” denota um sentido de expressão e manifestação humana (por exemplo, identidade, felicidade e sexualidade). Dessa maneira, em 1987, o diagnóstico de homossexualidade egodistônica foi retirado da versão revisada do DSM III (DSM-III-R; APA, 1987). Na 4ª (DSM-IV; APA, 1994) e 5ª edição (DSM-5; APA, 2013) do DSM, os avanços alcançados no documento anterior foram mantidos, de modo que, a homossexualidade não é mais considerada um transtorno mental.

Em 1985, o Conselho Federal de Medicina<sup>22</sup> (CFM) do Brasil retirou a homossexualidade da lista de patologias, decisão que antecedeu a manifestação da OMS e da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), que se posicionaram da mesma forma em 1990 e 1992, respectivamente. Contudo, embora tenha deixado de ser considerada uma doença na CID-10, permaneceram diagnósticos relacionados

---

<sup>21</sup> Até a década de 1980, os diagnósticos médicos utilizavam o termo “homossexualismo”. Contudo, a partir da 3ª edição do DSM (DSM-III; APA, 1980), essa palavra se tornou pretérita, sendo substituída por homossexualidade.

<sup>22</sup> O Conselho Federal de Medicina (CFM) é um órgão reconhecido por Lei, com objetivo de fiscalização e normatização da prática médica.

na categoria de “transtornos psicológicos e comportamentos associados ao desenvolvimento sexual e à orientação”, como, por exemplo, o transtorno da maturação sexual, a orientação sexual egodistônica, o transtorno do relacionamento sexual, outros transtornos do desenvolvimento psicosexual e transtorno do desenvolvimento sexual, não especificado (OMS, 1992).

Na orientação sexual egodistônica os sujeitos não apresentam dúvidas em relação à identidade e/ou orientação sexual, mas desejariam que isso ocorresse de outra forma devido a transtornos psicológicos ou de comportamento associados a essa identidade ou a essa orientação, de modo que, poderia buscar tratamento para alterá-la (CID-10; OMS, 1992). Esse diagnóstico foi utilizado por muitos profissionais para defender a “cura gay”, justificando terapias de conversão de homossexualidade, visto que, a pessoa homossexual que sofre teria direito de procurar ajuda para mudar de “orientação” (Vito Ciasca; Pouget, 2021).

Em 2022, a OMS lançou a 11ª versão da CID (CID-11; OMS, 2022), de modo que, os diagnósticos associados à categoria de transtornos psicológicos e comportamentos associados ao desenvolvimento sexual e à orientação foram removidos. Esses diagnósticos eram imprecisos e constantemente utilizados como subterfúgio para patologização da homossexualidade. Esse avanço era necessário, já sendo reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia<sup>23</sup> (CFP) do Brasil desde 1999, no qual a Resolução número 001/1999 proibiu os profissionais da área de realizarem qualquer tipo de tratamento que vise redefinir a orientação afetivo-sexual (CFP, 1999). Ressalta-se que, os homossexuais não foram os únicos a sofrer

---

<sup>23</sup> Conselho Federal de Psicologia (CFP) é um órgão reconhecido por Lei, com objetivo de fiscalização e normatização do exercício da profissão de Psicólogo.

com a patologização das diferenças sexuais, as pessoas transexuais<sup>24</sup> e intersexuais<sup>25</sup> também vivenciaram/vivenciam esse processo<sup>26</sup>.

Percebe-se que, historicamente, a patologização das diferenças sexuais tem restringido a compreensão e a atuação das organizações, profissionais e serviços de saúde ao “tratamento” de tais condições e não às verdadeiras necessidades de saúde da população LGBTQIAP+ (Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). Segundo revisão sistemática de Brooks *et al.* (2018), muitas pessoas da população LGBTQIAP+ evitam buscar atendimento de saúde e quando buscam, tem medo de divulgar sua identidade de gênero e/ou orientação afetivo-sexual, mesmo que nesse processo recebam um tratamento menos apropriado às suas reais necessidades. No estudo, os autores evidenciaram algumas barreiras para divulgação da identidade de gênero e/ou orientação afetivo-sexual nos serviços de saúde, incluindo a utilização de uma linguagem hetero-cis-normativa, percepção de não aceitação da população LGBTQIAP+, o registro em documentos médicos (por exemplo, prontuários), a vergonha, o constrangimento, o medo de discriminação e da perda da qualidade do atendimento (Brooks *et al.*, 2018).

Buscando superar essa lacuna no atendimento das pessoas LGBTQIAP+, o governo brasileiro publicou a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Contudo, o documento base para a aplicação dos pressupostos e diretrizes estabelecidos na presente portaria só foi publicado dois anos depois, sendo nomeado de Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013). Essa política é um marco histórico de reconhecimento às demandas dessa população, sendo

---

<sup>24</sup> Historicamente as pessoas transexuais sofreram com a patologização da sua identidade de gênero. Contudo, atualmente, no CID-11 o “transexualismo” passa a não ser reconhecido como doença, mantendo apenas o diagnóstico de incongruência de gênero – caracterizada por uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero vivenciado por um indivíduo e o sexo atribuído no nascimento (OMS, 2022). Assim, oficialmente, o “transexualismo” deixa de ser reconhecido como uma doença (OMS, 2022).

<sup>25</sup> Até recentemente, os corpos intersexo estiveram em categorias como “hermafroditismo”, “distúrbios de desenvolvimento sexual”, “anomalias”, “genitália ambígua” e “ambiguidades” (Vito Ciasca; Pouget, 2021). Compreender a condição intersexo como “anomalia” gerou uma ideia de pronta correção, em geral, de forma cirúrgica ou hormonal (Feder, 2014). A problemática dos procedimentos precoces, como, por exemplo, gonadectomias, redução clitoridiana, vaginoplastia, cirurgias de hipospádia e intervenções hormonais na infância, é o fato de que eles podem conduzir a esterilizações, disfunções sexuais e urinárias, dor crônica, terapia de reposição hormonal, além de vergonha, isolamento e sentimentos de inadequação, levando a depressão, estresse pós-traumático e ideação suicida (Feder, 2014). Não obstante, pode conduzir a própria incongruência de gênero por atribuição errônea de gênero.

<sup>26</sup> Para o entendimento dos principais determinantes de saúde nessas populações, sugere-se a leitura do trabalho de Vito Ciasca, Hercowitz e Lopes Junior (2021b).

um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades (Brasil, 2013). O presente documento tem como um de seus pressupostos o fato de que, a discriminação em virtude da identidade de gênero e orientação afetivo-sexual incide nos determinantes sociais de saúde e no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado à população LGBTQIAP+ (Brasil, 2013).

Embora a Política Nacional de Saúde Integral LGBT represente um avanço para a saúde LGBTQIAP+, ao atender essa população, os profissionais de saúde reiteram um discurso do “não” – “não diferença”, “não saber” e “não querer” (Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019). Em relação a “não diferença”, os médicos da família e da comunidade destacaram não existir diferenças entre o atendimento de saúde da população LGBTQIAP+ e o das demais populações atendidas por eles (Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019). No caso do “não saber”, os participantes destacaram por meio de suas falas não saber quais são as demandas específicas da população LGBTQIAP+ (Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019), incluindo o desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (Brasil, 2013). Por fim, o discurso do “não querer” busca justificar a ausência da população LGBTQIAP+ nos serviços de saúde em virtude de sua própria decisão (Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019).

Para além dos problemas relacionados aos sistemas de saúde, a população LGBTQIAP+ tem sofrido com condições externas, como o estigma, a vitimização e o preconceito em relação a (não)manifestação da sua sexualidade (Flentje *et al.*, 2020; Frost; Lehavot; Meyer, 2015; Frost; Meyer, 2023; Mezza *et al.*, 2024; Meyer, 2003; Meyer; Frost, 2013). A Teoria do Estresse de Minoria (TEM)<sup>27</sup> tem sido utilizada para explicar de que forma os processos de estigmatização podem impactar os desfechos de saúde das pessoas LGBTQIAP+ (Meyer, 2003).

Em seu surgimento, o estresse de minoria foi definido como “o excesso de estresse, o qual os indivíduos de categorias sociais estigmatizadas são expostos como resultado de sua posição social, frequentemente como uma minoria” (Meyer, 2003, p. 3, tradução minha). Desse modo, a TEM considera o estresse de minoria como um fator único e aditivo ao estresse geral experienciado por todas as pessoas, de modo que, pessoas estigmatizadas requerem uma adaptação extra, esforçando-se mais do que outras pessoas não estigmatizadas (Meyer, 2003). Embora algumas formas de estresse de minoria são experienciados por vários grupos socialmente estigmatizados (por exemplo, causadas por eventos de vida relacionados ao preconceito, discriminação cotidiana e expectativas de rejeição), vários processos, como

---

<sup>27</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Minority Stress Theory*.

ocultação da sexualidade, homofobia internalizada e discriminação em virtude da identidade sexual e/ou orientação afetivo-sexual são exclusivos para indivíduos de minoria sexual e de gênero (Pitoňák, 2017).

Segundo a TEM, o processo de estresse de minoria pode ser descrito como um processo contínuo entre fatores estressores distais (condições e eventos objetivos) e processos pessoais proximais (Meyer, 2003). Assim, enquanto os fatores distais estão associados a condições sociais externas, os fatores proximais são subjetivos, pois dependem da avaliação e percepção de cada sujeito (Meyer, 2003). Nesse sentido, a TEM propõe três tipos de estressores: 1º) experiências de vitimização – caracterizadas pelo preconceito, violência, rejeições e agressões relacionadas à orientação afetivo-sexual; 2º) homofobia internalizada – caracterizada pelas ideias aversivas de uma pessoa sobre sua própria sexualidade; 3º) ocultação da orientação afetivo-sexual – quando a pessoa esconde sua identidade LGBTQIAP+ de si e/ou de outros (Meyer, 2003).

Essas condições tornam essa população susceptível a uma série de agravos físicos e mentais, destacando-se taxas elevadas de ansiedade (Pachankis; Bernstein, 2012), sintomas depressivos (Balakrishnan *et al.*, 2022; Lindley; Walsemann; Carter Jr, 2012; Liu *et al.*, 2023; Pellicane; Ciesla, 2022), TAs (Convertino *et al.*, 2021b; Kamody; Grilo; Udo, 2020; Schmidt *et al.*, 2022), transtorno dismórfico corporal – TDC (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010; Convertino *et al.*, 2021b; Gonzales; Blashill, 2021; Schmidt *et al.*, 2022), ideação suicida (Balakrishnan *et al.*, 2022; Hill *et al.*, 2022), tentativas de suicídio (Pellicane; Ciesla, 2022), abuso de substâncias, incluindo bebidas alcoólicas, cigarros e EAA (Blashill *et al.*, 2017; Compton; Jones, 2021; Convertino *et al.*, 2021b; Gonzales; Blashill, 2021). É importante salientar que essas discrepâncias se devem ao estigma social associado às orientações não-heterossexuais e não a orientação não-heterossexual em si (Paveltchuk; Borsa, 2020; Valdiserri *et al.*, 2019). Em outras palavras, o estigma social associado às identidades LGBTQIAP+ é o que expõe essa população aos piores desfechos de saúde.

Embora a TEM possa explicar algumas disparidades em relação à saúde mental de minorias sexuais e de gênero em comparação aos seus pares cisgênero e heterossexuais, ela não explica todas as diferenças observadas entre essas populações (Brewster *et al.*, 2017; Convertino *et al.*, 2021b). Autores têm evidenciado que os distúrbios de imagem corporal apresentados por homens cisgênero gays e bissexuais estão associados, principalmente, aos fatores de influência sociocultural e a objetificação sexual (Brewster *et al.*, 2017; Martins; Tiggemann; Kirkbride, 2007; Nowicki *et al.*, 2022; Simpson, 2024; Tylka, 2011b; Wiseman; Moradi, 2010).

Os distúrbios de imagem corporal podem afetar as pessoas independente da identidade de gênero ou orientação afetivo-sexual; entretanto, homens cisgênero gays e bissexuais apresentam maior insatisfação com a imagem corporal em comparação aos seus pares cisgênero e heterossexuais, bem como apresentam uma maior preocupação com a sua própria imagem corporal e a de seus parceiros, quando comparados com os homens e mulheres cisgênero e heterossexuais (Dahlenburg *et al.*, 2020; Morgan; Arcelus, 2009). Realmente, as (sub)culturas gays masculinas atribuem uma elevada importância à aparência corporal (Dahlenburg *et al.*, 2020).

Para além dos problemas supracitados, os distúrbios de imagem corporal exercem grande influência na saúde sexual dos homens cisgênero gays e bissexuais (Levitan *et al.*, 2019). Por exemplo, estudo de Levitan *et al.* (2019), demonstrou que, durante as relações sexuais, 42% dos homens cisgênero gays já esconderam uma parte do seu corpo por uma autopercepção negativa, escores superiores aos encontrados em mulheres cisgênero heterossexuais (30%), lésbicas (27%) e homens heterossexuais (22%) (Levitan *et al.*, 2019). É importante salientar que, aproximadamente 39% dos homens gays investigados destacaram que essa imagem negativa afeta sua saúde sexual, o que é quase o dobro do observado em homens heterossexuais (20%) (Levitan *et al.*, 2019). Assim, compreendendo que a imagem corporal é um construto dinâmico e multifacetado, bem como está associada a uma série de psicopatologias, ela será apresentada e discutida no próximo capítulo, com especial atenção à população de homens cisgênero gays e bissexuais.

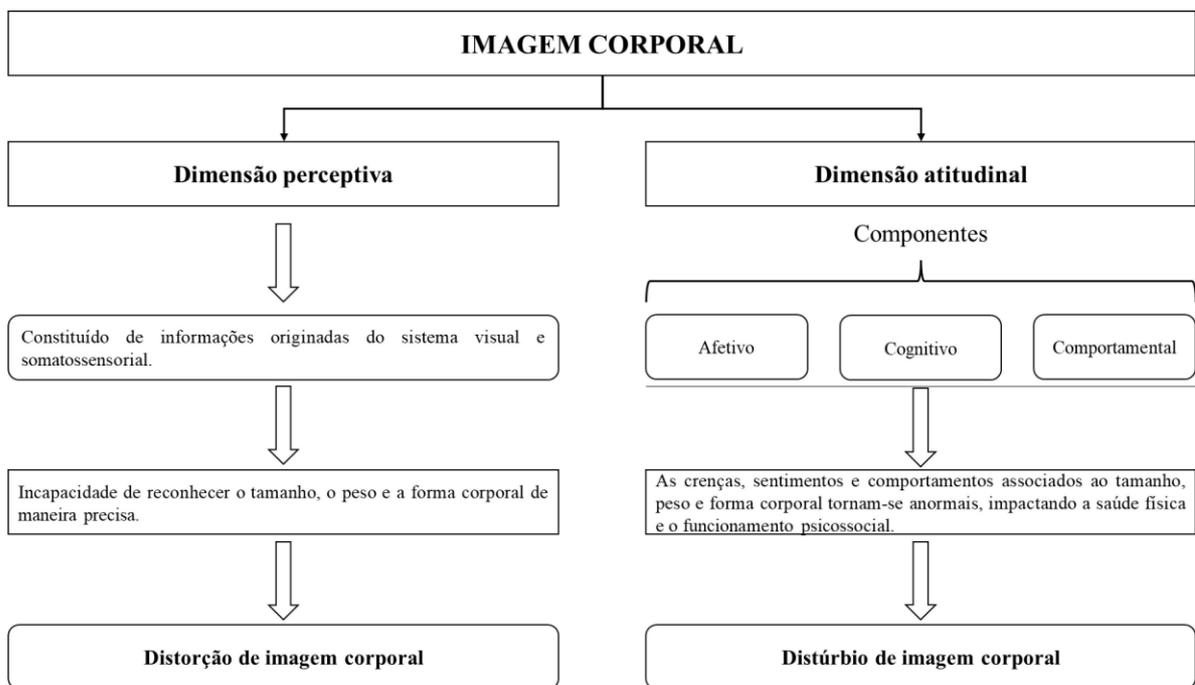
### 3.3 IMAGEM CORPORAL EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS

A imagem corporal tem sido compreendida como a imagem que o indivíduo tem do tamanho, da forma e dos contornos corporais, bem como os sentimentos associados a essas características e as partes que as constituem (Slade, 1994). Este é um construto complexo e multifacetado que pode ser influenciado por uma série de características biológicas, psicológicas e sociais, como, por exemplo, a cultura, a cor/raça, o status socioeconômico, o sexo, a identidade de gênero e a orientação afetivo-sexual (Cash, 2004; Grogan, 2016; 2021). Realmente, ela não é uma construção apenas cognitiva, mas também um reflexo dos desejos, das emoções e da interação social (Schilder, 1994).

Devido a sua apresentação multidimensional, autores concordam em dividir a imagem corporal, para fins de estudo e pesquisa, em duas dimensões, a saber, perceptiva e atitudinal (Figura 2) (Cash; Pruzinsky, 2002; Cornelissen *et al.*, 2019). A dimensão perceptiva está

associada à acurácia ou inacurácia com que uma pessoa reconhece as dimensões físicas do próprio corpo, incluindo o tamanho, o peso e a forma corporal (Cash; Pruzinsky, 2002). Salienta-se que esse processo não é constituído apenas pelo sistema visual, mas em conjunto com outras informações somatossensoriais, incluindo aspectos exteroceptivos, proprioceptivos e interoceptivos, que em conjunto permitem uma representação neural do corpo na área parietal do córtex cerebral (Coelho; Portugal, 2021; Thurm *et al.*, 2020). A incapacidade de reconhecer o corpo de forma precisa, levando a sub (isto é, hipoesquematia) ou superestimação (isto é, hiperesquematia) do tamanho e da forma corporal tem sido descrita na literatura especializada como distorção da imagem corporal (Coelho; Portugal, 2021; Thurm *et al.*, 2020).

Figura 2 – Esquema ilustrativo da composição da imagem corporal



Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Por sua vez, a dimensão atitudinal tem sido subdividida em três componentes: afetivo, cognitivo e comportamental (Cash, Pruzinsky, 2002; Cornelissen *et al.*, 2019; Thurm *et al.*, 2020). O componente afetivo relaciona-se aos sentimentos positivos e/ou negativos relacionados ao corpo e/ou aparência corporal (por exemplo, satisfação e insatisfação corporal) (Cash, Pruzinsky, 2002; Thurm *et al.*, 2020). O componente cognitivo pode ser caracterizado pelas crenças, pensamentos e representações mentais relacionadas ao corpo (por exemplo, crença de que se está gordo[a]) (Cash, Pruzinsky, 2002; Thurm *et al.*, 2020). Por

fim, o componente comportamental relaciona-se a uma série de atitudes e comportamentos associados ao corpo e a aparência física (por exemplo, comportamentos de evitação e checagem corporal) (Cash, Pruzinsky, 2002; Thurm *et al.*, 2020). Essas definições apresentam um caráter prático e teórico; pois, em caso de tratamento é importante compreender quais aspectos da imagem corporal são sensíveis às intervenções, de modo que alguns componentes são menos susceptíveis a mudanças (Thompson, 2004).

Ao adentrar o contexto clínico e epidemiológico, o componente afetivo da imagem corporal tem sido o mais investigado, mais precisamente a insatisfação corporal – crenças e sentimentos negativos que uma pessoa tem sobre o próprio corpo (Grogan, 2021; Karazsia; Murnen; Tylka, 2017; Paterna *et al.*, 2021). De fato, existe uma preocupação crescente com a insatisfação corporal no contexto da saúde coletiva, visto que ela tem sido descrita como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças, incluindo psicopatologias como os TAs e os transtornos dimórficos corporais (Rodgers *et al.*, 2023). Autores salientam que os distúrbios de imagem corporal, como é o caso da insatisfação corporal, devem ser vistos como um problema de saúde mental em um nível global (Blundell *et al.*, 2024; Rodgers *et al.*, 2023). Rodgers *et al.* (2023) destacam a necessidade emergente de intervenções preventivas que promovam a redução da insatisfação corporal em diferentes populações e contextos culturais.

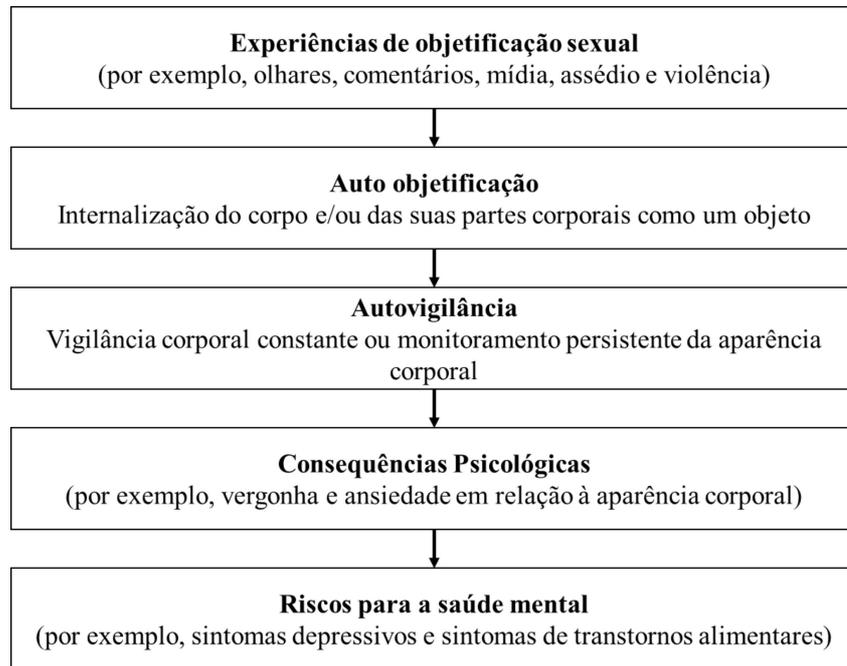
Historicamente, o desenvolvimento dos estudos acerca da imagem corporal está profundamente associado aos TAs (Cash; Pruzinsky, 2002). Porém, problematiza-se que, por muito tempo, essa psicopatologia foi estereotipada como “coisa de mulher”, o que influenciou diretamente o estudo do tema (Tylka, 2021). Podemos observar essa influência na forma como a insatisfação corporal foi originalmente definida (motivação para se tornar magra), nas medidas desenvolvidas para avaliação desse construto (escalas desenvolvidas para avaliar a motivação para a magreza), nos estudos conduzidos (as amostras foram predominantemente de mulheres brancas) e no desenvolvimento de modelos etiológicos (fatores relevantes para a magreza foram incluídos com prioridade) (Tylka, 2021). Entretanto, atualmente, um grande *corpus* de pesquisas tem buscado compreender o desenvolvimento da imagem corporal em diversas populações, incluindo homens cisgênero gays e bissexuais (Dahlenburg *et al.*, 2020; He *et al.*, 2020; Nowicki *et al.*, 2022; Simpson, 2024).

Nesse contexto, uma das principais perspectivas teóricas que tem buscado explicar a maior incidência/prevalência de distúrbios de imagem corporal em homens cisgênero gays e bissexuais é a teoria da objetificação sexual (Brewster *et al.*, 2017; Moradi, 2010; Parent; Moradi, 2011; Simpson, 2024; Wiseman; Moradi, 2010). Originalmente, a teoria da

objetificação sexual foi desenvolvida para explicar o desenvolvimento da imagem corporal de mulheres, sendo definida como “as experiências de ser tratado como um corpo (ou uma coleção de partes corporais) valorizadas predominantemente por seu uso (ou consumo) por outras pessoas” (Fredrickson; Roberts, 1997, p. 174, tradução minha). Após a sua criação, essa teoria vem sendo investigada em diversas populações, de modo que, no presente trabalho ela será apresentada e discutida tendo como foco a população de homens cisgênero gays/bissexuais.

Para melhor compreensão da teoria da objetificação sexual, um modelo explicativo pode ser visualizado na Figura 3. Inicialmente, algumas experiências, como a exposição a imagens hipersexualizadas na mídia, olhares, comentários e assédio reduzem a compreensão das pessoas/dos seres aos seus corpos, suas partes corporais ou as suas funções sexuais (Fredrickson; Roberts, 1997). Quando ideais de atratividade são internalizados, os sujeitos podem desenvolver uma auto objetificação ou a adoção de uma perspectiva de observador em relação ao próprio corpo (Fredrickson; Roberts, 1997). Posteriormente, a auto objetificação se manifesta por meio da autovigilância corporal ou do monitoramento persistente da aparência corporal (“estou bonito[a]?”), em comparação às sensações (“como me sinto?”) e ao funcionamento corporal (“quais são minhas habilidades físicas?”) (Fredrickson; Roberts, 1997). Nesse processo, os sujeitos enfrentariam algumas consequências, como o desenvolvimento de vergonha corporal e ansiedade em relação à aparência, que por sua vez, estão associados a maiores riscos para a saúde mental, como os sintomas de TAs (Fredrickson; Roberts, 1997; Wiseman; Moradi, 2010).

Figura 3 – Modelo explicativo da teoria de objetificação sexual



Fonte: Adaptado de Calogero, Tantleff-Dunn e Thompson (2011).  
Tradução: O autor (2024).

É notório que os homens, independente da orientação afetivo-sexual, valorizam em demasia a aparência física ao buscar um parceiro romântico (Wood, 2004). Assim, indivíduos que estão tentando atrair parceiros do sexo masculino são socializados a ver sua aparência física na perspectiva de um observador, ou seja, como um objeto sexual (Frederick *et al.*, 2022). Aumentando a complexidade dessa objetificação, no caso dos homens gays e bissexuais, eles são tanto os sujeitos quanto os executores da objetivação de outros homens, o que autores tem chamado de olhar gay masculino<sup>28</sup> (Wood, 2004).

Em homens cisgênero gays e bissexuais, a aparência corporal tem sido vista como uma ferramenta de atratividade física e sexual (Tiggemann; Martins; Kirkbride, 2007). Além disso, homens que se consideram moderada ou altamente pertencente à comunidade gay/bissexual experenciam níveis mais altos de insatisfação corporal e baixa autoestima (Kousari-Rad; McLaren, 2013). Não obstante, homens gays também demonstram uma maior internalização das pressões recebidas pelos pares, bem como relataram se sentirem mais julgados em relação à sua aparência e pensar sobre ela mais constantemente ao longo do dia em comparação aos homens heterossexuais (Frederick; Essayli, 2016; Frederick *et al.*, 2022). Verdadeiramente, um grande *corpus* de estudos indica que o envolvimento na comunidade gay/bissexual está

<sup>28</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Gay male gaze*.

associado a um risco aumentado para o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal<sup>29</sup> (Beren *et al.*, 1996; Doyle; Engeln, 2014; Green *et al.*, 2005; Kousari-Rad; McLaren, 2013; Tylka; Andorka, 2012).

Estudo de Davids e Green (2011) com homens gays ( $n = 233$ ) identificou que as experiências de auto objetificação mediou completamente o relacionamento entre o envolvimento na comunidade gay, o senso psicológico de comunidade e a insatisfação corporal. A vigilância e o monitoramento corporal parece ser maior em (sub)grupos que são alvos do olhar masculino<sup>30</sup>, como é o caso dos homens cisgênero gays/bissexuais (Frederick *et al.*, 2022). Ademais, a atração sexual por homens, independente da orientação afetivo-sexual, tem se mostrado como um fator de risco para os desenvolvimentos de distúrbios de imagem corporal e TAs em homens cisgênero gays (Ruiz De Assin Varela; Caperos; Gismero-González, 2022).

Buscando compreender a extensão da teoria da objetificação sexual em homens de minoria sexual e de gênero, Wiseman e Moradi (2010) conduziram um estudo com 231 homens de diversos países (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Índia, Austrália, Bélgica, Indonésia, Iraque, Noruega, Portugal, África do Sul e Emirados Árabes). Eles identificaram que a internalização dos padrões culturais de atratividade mediou parcialmente o relacionamento entre as experiências de objetificação sexual e os comportamentos de vigilância/monitoramento corporal (Wiseman; Moradi, 2010). Por sua vez, a vigilância/monitoramento corporal mediou parcialmente o relacionamento entre a internalização dos padrões culturais de atratividade e a vergonha corporal (Wiseman; Moradi, 2010). Por fim, a vergonha corporal mediou parcialmente o relacionamento entre a vigilância/monitoramento corporal e os sintomas de TAs (Wiseman; Moradi, 2010).

No caso dos homens cisgênero gays e bissexuais, a imagem corporal socioculturalmente valorizada incluiu um corpo com adequada quantidade de massa muscular e um baixo índice de gordura corporal, no intuito de dar maior visibilidade à musculatura (Fogarty; Walker, 2022). Em resumo, o corpo idealmente valorizado por essa população seria em formato de “V”, com ombros largos, cintura fina e músculos abdominais bem definidos, o

---

<sup>29</sup> É importante mencionar que alguns estudos não identificaram relação entre o envolvimento na comunidade gay/bissexual e o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal (Levesque; Vichesky, 2006; Tiggemann; Martins; Kirkbride, 2007). Nesse sentido, Lebeau e Jellison (2009) destacam que às percepções e experiências de envolvimento na comunidade gay/bissexual apresentam grande diversidade, o que pode modular os resultados encontrados.

<sup>30</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Male gaze*.

que os autores têm descrito como “ideal mesomórfico”<sup>31</sup> (Tylka, 2021). Percebe-se que os homens de minoria sexual apresentam tanto uma elevada “busca pela magreza”<sup>32</sup> quanto uma elevada “busca pela muscularidade”, sendo que ambos os construtos são essenciais para compreensão da insatisfação corporal nessa população (Hunt; Gonsalkorale; Murray, 2013; Hunt; Gonsalkorale; Nosek, 2012).

A busca pela magreza envolve atitudes e comportamentos que expressam o grau de preocupação dos sujeitos com o peso, o tamanho e a forma corporal (Cooper; Cooper; Fairburn, 1985). Geralmente, a busca pela magreza é desencadeada quando existe uma discrepância perceptiva entre o peso corporal real e o idealizado pelos sujeitos (Cooper; Cooper; Fairburn, 1985). Homens cisgênero gays/bissexuais apresentaram maior busca pela magreza quando comparados aos homens e mulheres heterossexuais e as mulheres lésbicas (Ruiz De Assin Varela; Caperos; Gismero-González, 2022). Ademais, em homens, a busca pela magreza mediou completamente o relacionamento entre a atração sexual (homens *versus* mulheres) e a insatisfação corporal (Ruiz De Assin Varela; Caperos; Gismero-González, 2022). Os autores identificaram também que as pessoas atraídas por homens (independente da orientação afetivo-sexual) apresentaram maior busca pela magreza em comparação aqueles atraídos por mulheres (Ruiz De Assin Varela; Caperos; Gismero-González, 2022).

Ao comparar o estigma de peso entre homens cisgênero gays ( $n = 351$ ), bissexuais ( $n = 357$ ) e heterossexuais ( $n = 408$ ), Austen, Greenaway e Griffiths (2020) identificaram que homens cisgênero gays e bissexuais experienciaram maior discriminação em relação ao peso e internalização do viés de peso comparado aos homens heterossexuais. Ademais, em homens cisgênero gays e bissexuais a internalização do viés de peso e a insatisfação corporal mediarão o relacionamento entre as experiências de discriminação em relação ao peso e o pior bem-estar psicológico (Austen; Greenaway; Griffiths, 2020). A insatisfação com a gordura corporal tem sido associada a um maior comprometimento da qualidade de vida (Griffiths *et al.*, 2019).

No caso da busca pela muscularidade, ela tem sido caracterizada pelas atitudes e comportamentos que expressam o grau de preocupação dos indivíduos com sua muscularidade (McCreary; Sasse, 2000). Geralmente, esses indivíduos aprendem em seu contexto sociocultural, que um físico musculoso é altamente valorizado e desejável (Morrison *et al.*, 2006). Assim, elas começam a se comparar com outras pessoas para determinar se têm níveis adequados de muscularidade (Morrison *et al.*, 2006). Dessa forma, àquelas pessoas que

---

<sup>31</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Mesomorphic ideal*.

<sup>32</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Drive for thinness*.

se sentem pouco musculosas acabam se engajando em atitudes e comportamentos de busca pela muscularidade (Morrison *et al.*, 2006).

Ao observar os homens cisgênero gays, percebe-se que eles têm demonstrado uma maior busca pela muscularidade em comparação aos seus pares heterossexuais (Nerini *et al.*, 2016). As diferenças em relação à busca pela muscularidade associada à orientação afetivo-sexual não está totalmente esclarecida, mas autores acreditam que o maior envolvimento na comunidade gay/bissexual exerce uma grande explicação para essa diferença, em especial, devido ao olhar gay masculino (Hunt; Gonsalkorale; Murray, 2013; Hunt; Gonsalkorale; Nosek, 2012).

Além das preocupações com a magreza e muscularidade, estudos evidenciam que homens cisgênero gays e bissexuais têm apresentado uma elevada preocupação com a altura, tamanho do pênis, quantidade, volume e distribuição dos pelos corporais (Griffiths *et al.*, 2019; Tran *et al.*, 2020). Embora se acredite que a imagem corporal pode apresentar diferenças em relação aos (sub)grupos que os sujeitos se identificam dentro da comunidade gay/bissexual, essas diferenças não foram observadas em um dos únicos estudos que avaliou essas diferenças (Fogarty; Walker, 2022). O único resultado encontrado é que pertencer a um (sub)grupo pode aumentar os comportamentos alimentares transtornados orientados à muscularidade (Fogarty; Walker, 2022).

O problema associado às experiências de objetificação sexual, bem como a internalização dos padrões culturais de atratividade (auto objetificação) é o fato de que ambos levam em consideração uma aparência que raramente pode ser alcançada sem a realização de comportamentos patológicos, como o comer transtornado, a prática de exercício excessivo e o uso de EAA (Brewster *et al.*, 2017). Em homens cisgênero gays/bissexuais, a busca pela magreza parece estar associada a uma série de variáveis, como, baixa autoestima (Hunt; Gonsalkorale; Nosek, 2012), maior homonegatividade/heterossexismo internalizado(a) (Badenes-Ribera; Fabris; Longobardi, 2018), sintomas de TAs e DM (Convertino *et al.*, 2022). Não obstante, a busca pela muscularidade nessa população tem sido associada a uma série de problemas de saúde, incluindo os sintomas de TAs, sintomas depressivos, maior risco sexual<sup>33</sup> (Brennan; Craig; Thompson, 2012), uso de EAA, exercício excessivo (Brewster *et al.*, 2017) e sintomas de DM (Santos *et al.*, 2023). Essa associação também está presente em homens cisgênero gays/bissexuais do Brasil, onde a busca pela muscularidade apresentou uma

---

<sup>33</sup> No estudo de Brennan, Craig e Thompson (2012), o risco sexual foi avaliado investigando-se o tipo de relação sexual (anal/oral), o uso de preservativos, bem como se o parceiro era positivo ou negativo para HIV/Aids.

associação positiva com os sintomas de TAs (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023) e DM (Santos *et al.*, 2023).

Além da auto objetificação, os distúrbios de imagem corporal em homens cisgênero gays/bissexuais pode ser um efeito potencial da homofobia (Badenes-Ribera; Fabris; Longobardi, 2018; Halkitis, 2001). Nesse sentido, uma grande quantidade de indivíduos dentro da (sub)cultura gay/bissexual tem buscado apresentar-se “mais másculos/masculinos” por meio da aparência física (Halkitis, 2001). A busca pela muscularidade tem apresentado uma associação significativa com a homonegatividade/heterossexismo internalizado(a) (Badenes-Ribera; Fabris; Longobardi, 2018; Brennan; Craig; Thompson, 2012; Brewster *et al.*, 2017). Além disso, homens cisgênero gays/bissexuais que relatam ou temem ser estigmatizados são mais propensos a apresentar taxas mais altas de insatisfação corporal e estresse em alcançar um ideal de corpo masculino (Hamilton; Mahalik, 2009; Kimmel; Mahalik, 2005).

Levando em consideração essa relação, o desenvolvimento dos distúrbios de imagem corporal em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais é preocupante, visto que a população brasileira é altamente preconceituosa (Cardoso *et al.*, 2022a; Cardoso; Rocha, 2022; Cardoso *et al.*, 2022b). Por exemplo, em um estudo qualitativo desenvolvido com homens gays brasileiros, eles destacaram algumas experiências de homofobia no trabalho, que se manifestou por meio de comentários sarcásticos e ofensivos, barreiras impostas para o trabalho, dificuldade nos relacionamentos, intimidação e desestímulo à revelação da orientação afetivo-sexual e desligamento da empresa (Cardoso *et al.*, 2022a). Como mencionado anteriormente, só no ano de 2023 foram registradas um total de 230 mortes de pessoas LGBTQIAP+ por crimes de ódio (Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2024). Não é por acaso que homens cisgênero gays/bissexuais do Brasil apresentam maior incidência de transtornos mentais e utilização de serviços dessa natureza quando comparados aos seus pares heterossexuais (Ghorayeb; Dalgarrondo, 2011). Diante do exposto, sugere-se que estudos futuros avaliem a relação entre as experiências de homonegatividade/heterossexismo internalizado(a) e a imagem corporal.

Além da insatisfação corporal, na última década, pesquisadores têm buscado compreender o desenvolvimento da imagem corporal positiva (Halliwell, 2015; Tylka, 2011a; Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). Essa preocupação está associada ao fato de que ela tem se apresentado como um fator protetivo para uma série de transtornos mentais (Halliwell, 2015; Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). Estratégias preventivas que reduzem aspectos da imagem corporal negativa, mas não adicionam aspectos às esferas positivas poderiam, na melhor das

hipóteses, promover uma imagem corporal neutra (Alleva *et al.*, 2015; Guest *et al.*, 2019; Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). 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 duradouros (Alleva *et al.*, 2015; Guest *et al.*, 2019; Wood-Barcalow; Casey, 2018).

A imagem corporal positiva tem uma apresentação multifacetada e envolve um sentimento de amor e respeito pelo próprio corpo, independente dele atender aos padrões sociais de como um corpo “deve” parecer ou funcionar (Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). Em minorias sexuais e de gênero, a apreciação corporal, um dos principais componentes da imagem corporal positiva, tem apresentado uma associação positiva com o comer intuitivo, com as percepções de saúde física, mental e global (Soulliard; Vander Wal, 2019; 2022). Por outro lado, apresenta uma relação negativa com a insatisfação corporal, comer transtornado, purgação, restrição alimentar, exercício excessivo e atitudes negativas em relação à obesidade (Soulliard; Vander Wal, 2019; 2022). Semelhantemente, na população de homens cisgênero gays e bissexuais do Brasil, a apreciação corporal apresentou uma associação negativa com a auto objetificação (Almeida *et al.*, 2022; De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023), objetificação dos pares (Santos *et al.*, 2023), internalização da aparência ideal (Almeida *et al.*, 2022; De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023), sintomas de TAs (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023) e DM (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023).

A associação inversa entre essas variáveis na população de homens cisgênero gays/bissexuais é teoricamente complexa, mas pode estar associada à redução da auto objetificação e internalização dos ideais de atratividade culturalmente estabelecidos. Por exemplo, na teoria da objetificação sexual os sujeitos internalizam um ideal de atratividade (“estou bonito[a]?”), deixando em segundo plano às sensações (“como me sinto?”) e o funcionamento corporal (“quais são minhas habilidades físicas?”). Por outro lado, a imagem corporal positiva direciona a atenção para as sensações e o funcionamento corporal (Alleva *et al.*, 2022), o que pode proteger os indivíduos de internalizarem o padrão de atratividade corporal culturalmente estabelecido, reduzindo a auto objetificação e, conseqüentemente, os efeitos negativos advindos dessa prática. Em homens, independente da orientação afetivo-sexual, a imagem corporal positiva foi um preditor da melhoria da satisfação corporal e redução da internalização da aparência ideal (Alleva *et al.*, 2022).

A imagem corporal positiva estimula os indivíduos a adotarem algumas atitudes positivas, como, por exemplo, apreciar a beleza única de seu corpo e as funções que ele

realiza, aceitar e admirar seu corpo, inclusive com aspectos que são inconsistentes com os ideais corporais, sentir-se belo, confortável, confiante e feliz com o próprio corpo, enfatizar pontos positivos do corpo ao invés de imperfeições e interpretar informações recebidas de maneira protetora, internalizando informações positivas e rejeitando as negativas (Tylka, 2011a; Tylka, 2018). Salienta-se que, a imagem corporal positiva e negativa são independentes e podem ocorrer de maneira simultânea (Alleva *et al.*, 2022; Tylka; Wood-Barcalow, 2015a). Por exemplo, uma pessoa pode estar satisfeita com o seu corpo de modo geral, mas insatisfeito com uma parte específica (Alleva *et al.*, 2022; Tylka; Wood-Barcalow, 2015a).

Evidencia-se que os homens cisgênero gays/bissexuais apresentam especificidades em relação à sua imagem corporal. Além disso, as alterações de imagem corporal são aspectos essenciais para o diagnóstico de diversos transtornos mentais, incluindo os TAs e os transtornos dimórficos corporais, como é o caso da DM (APA, 2013). Compreendendo que os TAs impactam significativamente a saúde física e o funcionamento psicossocial de homens cisgênero gays/bissexuais (Nagata; Ganson; Austin, 2020), essa psicopatologia será mais bem apresentada e discutida na próxima seção.

### 3.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS

Os TAs têm sido caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação, o que resulta no consumo ou na absorção alterada dos alimentos, gerando um comprometimento significativo da saúde física ou do funcionamento psicossocial (APA, 2013). No DSM-5, os TAs estão subdivididos nas seguintes categorias: Pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, AN, BN, transtorno de compulsão alimentar (TCA), outro transtorno alimentar especificado e transtorno alimentar não especificado (APA, 2013). A etiologia, classificações e critérios diagnósticos dos TAs podem ser visualizados no DSM-5<sup>34</sup> (APA, 2013), manual que está em consonância com o CID-11 (OMS, 2022).

Atualmente, os TAs têm sido visto como uma emergência em saúde pública; pois, as taxas de mortalidade estão entre as mais elevadas de todos os transtornos psiquiátricos (Hay *et al.*, 2023; Iwajomo *et al.*, 2021; Quadflieg *et al.*, 2019; Smink; Van Hoeken; Hoek, 2012; Van Hoeken; Hoek, 2020; Ward *et al.*, 2019). Eles podem afetar pessoas independentemente das

---

<sup>34</sup> A pretensão do presente capítulo não é descrever os critérios diagnósticos dos transtornos alimentares (TAs). Desse modo, sugere-se a leitura da 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2013).

características sociodemográficas; contudo, disparidades têm sido encontradas em grupos socialmente marginalizados, como é o caso das minorias sexuais e de gênero (Burke *et al.*, 2023; Calzo *et al.*, 2017; Hazzard *et al.*, 2020; Kamody; Grilo; Udo, 2020; Simone *et al.*, 2020). Os TAs apresentam um alto dismorfismo, incluindo aspectos da identidade de gênero e orientação afetivo-sexual (Burke *et al.*, 2023).

Resultados de um estudo representativo conduzido com a população americana (EUA;  $n = 35.995$ ) demonstrou que as chances de experimentar uma AN, BN ou TCA é de duas a quatro vezes maior em minorias sexuais e de gênero quando comparado à população de pessoas cisgênero e heterossexuais (Kamody; Grilo; Udo, 2020). Em geral, a prevalência de AN (1,71% *versus* 0,77%), BN (1,25% *versus* 0,24%) e TCA (2,17% *versus* 0,81%) foi maior em minorias sexuais e de gênero comparados às pessoas cisgênero e heterossexuais (Kamody; Grilo; Udo, 2020). Essa relação também tem sido observada em homens cisgênero gays/bissexuais, visto que, apresentam maior comportamento de risco para o desenvolvimento de TAs em comparação aos seus pares heterossexuais (Calzo *et al.*, 2017; Calzo *et al.*, 2019; Diemer *et al.*, 2015; Hazzard *et al.*, 2020; Nagata *et al.*, 2018; Simone *et al.*, 2020).

Os comportamentos de risco para o desenvolvimento dos TAs podem ser caracterizados por episódios de compulsão alimentar, comportamentos não saudáveis para controle do peso, incluindo vômito autoinduzido, jejum, pular refeições, uso de laxativos e/ou diuréticos voltado para perda de peso que são menos graves ou ocorrem em menor frequência àquela apontada pelo DSM-5 para o diagnóstico de um TA (Nagata *et al.*, 2018). É importante destacar que, dada a complexidade dos TAs, seu desenvolvimento é progressivo. Ou seja, o engajamento em comportamentos de risco, como os citados acima, são os primeiros indícios de um possível comprometimento alimentar (Smolak; Levine, 2015a).

Ao investigar esses comportamentos em uma amostra representativa de jovens adultos dos EUA ( $n = 14.322$ ), Nagata *et al.* (2018), identificaram que homens com sobrepeso ou obesidade demonstraram maior comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs em comparação àqueles com baixo peso ou peso normal (15,4% *versus* 7,5%). Adicionalmente, a probabilidade de adotar esses comportamentos foi 1,62 vezes maior em homens gays/bissexuais quando comparado aos seus pares heterossexuais (Nagata *et al.*, 2018).

Nessa mesma perspectiva, Calzo *et al.* (2017) avaliaram os estudos publicados sobre os comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs entre os anos de 2011 e 2017, identificando que homens de minoria sexual exibem uma maior prevalência desses comportamentos, incluindo purgação, jejum, prática de dietas e uso de pílulas dietéticas (Calzo *et al.*, 2017). Não obstante, eles observaram que os homens de minoria sexual e de

gênero também são mais susceptíveis a utilização de suplementos alimentares e drogas para aumentar a muscularidade, como os EAA (Calzo *et al.*, 2017).

Buscando confirmar esses achados em uma amostra representativa dos EUA ( $n = 322.687$ ), Calzo *et al.* (2019) identificaram que homens cisgênero gays ( $n = 3.433$ ) e bissexuais ( $n = 3.836$ ) apresentaram uma prevalência elevada de comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs, incluindo jejum ( $\geq 20,6\%$ ), uso de pílulas dietéticas ( $\geq 13,3\%$ ), purgação via vômito autoinduzido ou pelo uso de laxativos ( $\geq 12,5\%$ ), bem como uma elevada prevalência do uso de EAA ( $\geq 12,4\%$ ). Em consonância com esses achados, Diemer *et al.* (2015) identificaram que homens cisgênero gays/bissexuais dos EUA ( $n = 5.977$ ) apresentaram uma taxa representativa de diagnóstico para TAs no último ano (2,06%), incluindo o uso elevado de pílulas dietéticas (4,16%) e a prática de vômitos autoinduzidos ou uso de laxativos (3,69%).

Ao investigar o risco para o desenvolvimento de TAs, bem como o diagnóstico prévio para essa psicopatologia, Hazzard *et al.* (2020) avaliaram uma amostra de homens cisgênero gays ( $n = 2.411$ ) e bissexuais ( $n = 1.549$ ) dos EUA. No estudo, eles identificaram que os homens cisgênero gays (2,82%) e bissexuais (2,22%) demonstram uma maior probabilidade de um resultado positivo no *Sick, Control, One Stone, Fat, Food Questionnaire* (SCOFF; Morgan; Reid; Lacey, 2000) em comparação aos seus pares heterossexuais (Hazzard *et al.*, 2020). Não obstante, homens cisgênero gays (3,83%) e bissexuais (2,61%) apresentaram uma maior probabilidade de um diagnóstico de TAs ao longo da vida em comparação aos homens heterossexuais (Hazzard *et al.*, 2020).

No estudo conduzido por Nagata *et al.* (2019), homens cisgênero gays e bissexuais apresentaram altos escores para o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn; Beglin, 1994), um dos instrumentos mais utilizados para avaliação dos sintomas de TAs. Por exemplo, 5,7% dos homens cisgênero gays dos EUA preencheram escores clinicamente significantes para a subescala de restrição do EDE-Q, 2,1% para preocupações com a comida, 10,5% para preocupações com o peso, 21,4% para a subescala de preocupações com a forma e 4,0% para o escore global da medida (Nagata *et al.*, 2020). Adicionalmente, 19,8%, 10,9%, 10,1%, 1,1% e 0,6% dos participantes apresentaram, respectivamente, restrição dietética, episódios de compulsão alimentar objetiva, prática de exercício excessivo, uso de laxativos e vômito autoinduzido nos últimos 28 dias (Nagata *et al.*, 2020).

Recentemente, as propriedades psicométricas (isto é, validade e confiabilidade) do EDE-Q foram avaliadas em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais (De Oliveira Júnior

*et al.*, 2023). Os autores do estudo também apresentaram normas comunitárias para o escore total do EDE-Q. Assim, seguindo a sugestão de Nagata *et al.* (2019), um escore superior a 4 (o escore total do EDE-Q varia de 0 a 6) pode ser um indicativo de significância clínica para o desenvolvimento de TAs. Na amostra de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, aproximadamente 10% dos participantes apresentaram escores médios superiores a 4 (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023), percentual que foi superior àquele encontrado no estudo de Nagata *et al.* (2020) com homens cisgênero gays americanos (4%). Não obstante, os autores identificaram que os sintomas de TAs apresentaram uma associação positiva com os sintomas de DM, busca pela muscularidade, internalização da aparência ideal e auto objetificação, bem como demonstraram uma associação negativa com a apreciação corporal (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023). Salienta-se a necessidade de estudos que investiguem os comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais.

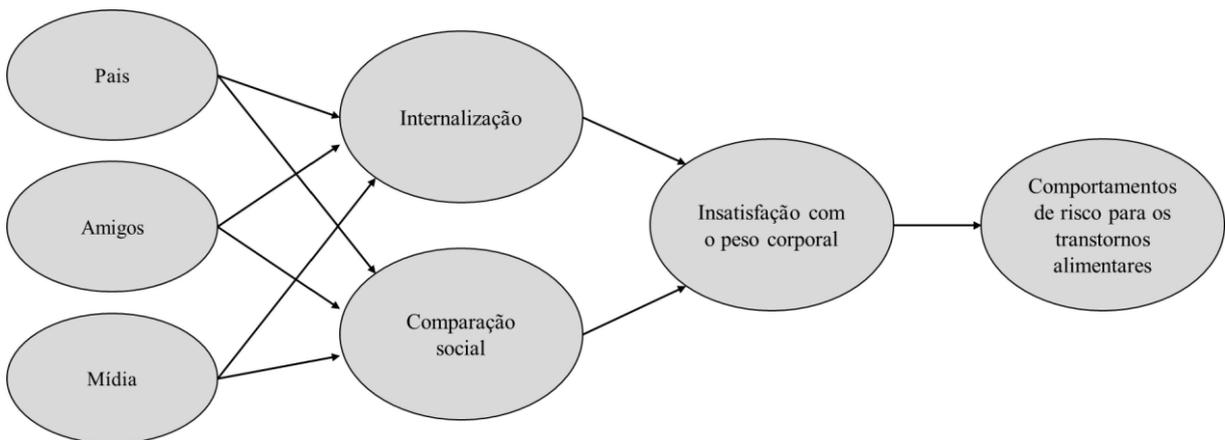
Buscando compreender os mecanismos que levariam as pessoas ao desenvolvimento de comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs, autores tem enfatizado o papel da perspectiva sociocultural (Thompson *et al.*, 1999). Essa perspectiva tem como princípio geral a existência de uma aparência ideal que é determinada socioculturalmente. Esse ideal é transmitido e reforçado por diversos meios de comunicação, sendo que, uma vez internalizado, reconhecido e assimilado como o padrão a ser adotado, exerce forte influência, tanto no desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal quanto sobre a adoção de comportamentos de alteração da aparência e de risco para os TAs (Thompson *et al.*, 1999).

Nesse contexto, a perspectiva sociocultural apresenta três premissas: (a) a existência de ideais de beleza determinados socioculturalmente; (b) a presença de fatores de influência socioculturais de transmissão e reforço destes ideais; e (c) a existência de aspectos mediadores entre os fatores de influência sociocultural e o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal e, conseqüentemente, o desenvolvimento de sintomas de TAs (Thompson *et al.*, 1999). Essa perspectiva teórica tem sido testada em diversas populações por meio de modelos etiológicos, incluindo em homens cisgênero gays (Tylka; Andorka, 2012).

Atualmente, o modelo sociocultural mais conhecido e investigado é o “modelo de influência dos três fatores” desenvolvido por Thompson *et al.* (1999). Inicialmente, esse modelo foi desenvolvido para explicar o desenvolvimento de comportamentos de risco para os TAs em mulheres jovens (Figura 4). No modelo, a influência dos pais, amigos e mídia conduziram os sujeitos aos comportamentos de comparação social e internalização da aparência ideal. Estes, por sua vez, se relacionaram ao desenvolvimento da insatisfação com o peso corporal e essa, à adoção de comportamentos de risco para os TAs (Thompson *et al.*,

1999). Os autores destacam que a comparação social indica que os sujeitos possuem um *drive*<sup>35</sup> natural para comparar suas competências, habilidades e características com as de outras pessoas (Thompson *et al.*, 1999); enquanto a internalização da aparência ideal é um processo em que os sujeitos adotam o ideal de corpo criado e difundido socioculturalmente como seu próprio padrão e objetivo corporal (Thompson *et al.*, 1999).

Figura 4 – Modelo teórico de influência dos três fatores para mulheres

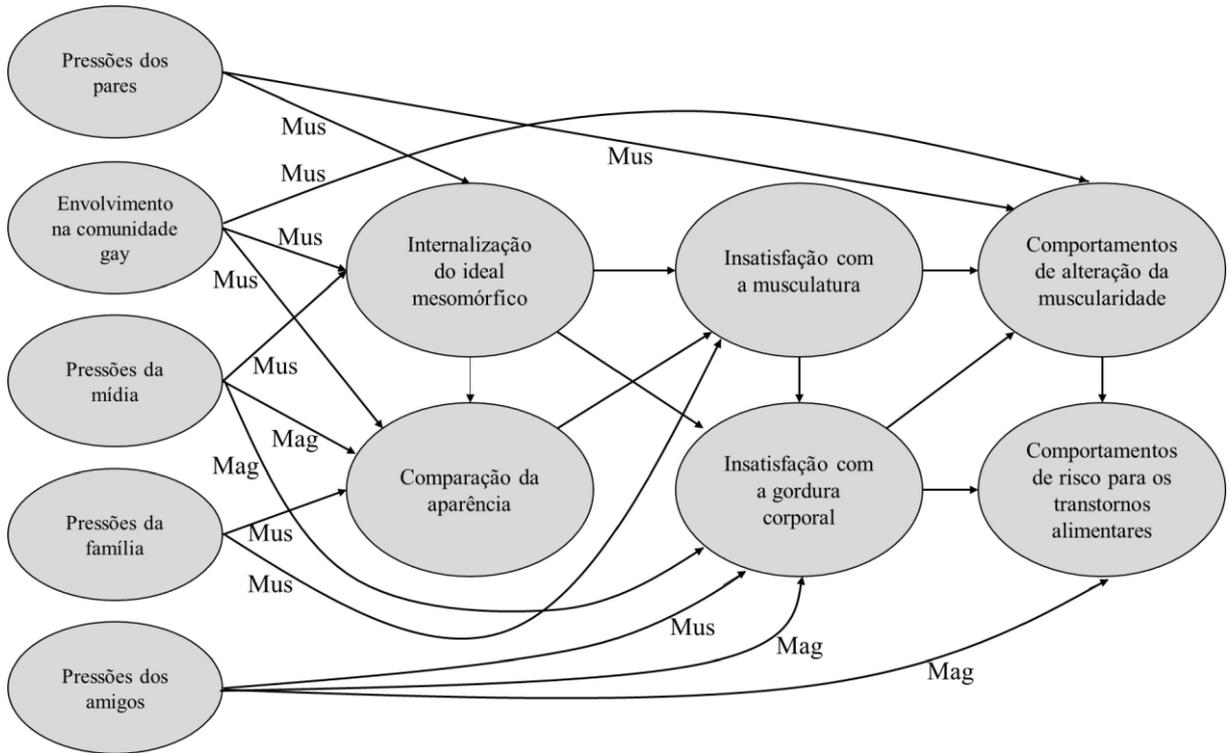


Fonte: Adaptado de Thompson *et al.* (1999).  
Tradução: O autor (2024).

Buscando compreender se o modelo de influência dos três fatores é uma perspectiva teórica robusta para explicar o desenvolvimento de comportamentos de risco para os TAs em homens de minoria sexual, Tylka e Andorka (2012) avaliaram uma versão ampliada desse modelo em homens gays ( $n = 346$ ) americanos (EUA) (Figura 5). Eles responderam uma série de instrumentos de autorrelato destinados à avaliação das principais variáveis incluídas no modelo teórico, como pressões da mídia, dos pais, amigos, par romântico, envolvimento na comunidade gay, internalização do ideal mesomórfico, comparação da aparência, insatisfação com a musculatura, insatisfação com a gordura corporal, comportamentos de alteração da aparência e comportamentos de risco para os TAs (Tylka; Andorka, 2012). Ressalta-se que para maior compreensão do modelo, os autores avaliaram separadamente as pressões pela muscularidade e magreza (Tylka; Andorka, 2012). Assim, para testar os caminhos (trajetórias hipotéticas causais) do modelo teórico, os autores utilizaram a técnica de modelagem de equações estruturais (Tylka; Andorka, 2012).

<sup>35</sup> Na psicologia, o termo "drive" se refere a uma força motivacional interna que impulsiona um indivíduo a agir de maneira específica para satisfazer uma necessidade biológica ou psicológica.

Figura 5 – Modelo de influência sociocultural para homens gays



Legenda: Mus = Pressões para a muscularidade; Mag = Pressões para a magreza.

Fonte: Adaptado de Tylka e Andorka (2012).

Tradução: O autor (2024).

O envolvimento na comunidade gay, assim como as pressões da mídia e do parceiro romântico para a muscularidade se relacionaram diretamente com a internalização do ideal mesomórfico (Tylka; Andorka, 2012). O envolvimento na comunidade gay, as pressões da mídia e da família, bem como a internalização do ideal mesomórfico conduziram a comparação da aparência (Tylka; Andorka, 2012). As pressões da família para a muscularidade, a internalização do ideal mesomórfico e a comparação da aparência conduziram à insatisfação com a muscularidade (Tylka; Andorka, 2012). As pressões dos amigos para ser magro e para a muscularidade, a internalização do ideal mesomórfico e a insatisfação com a muscularidade se relacionaram à insatisfação com a gordura corporal (Tylka; Andorka, 2012). O envolvimento na comunidade gay, as pressões dos pares para a muscularidade, a insatisfação com a muscularidade, a insatisfação com a gordura corporal conduziram aos comportamentos de alteração da muscularidade (Tylka; Andorka, 2012). Por fim, as pressões dos amigos para ser magro, a insatisfação corporal e os comportamentos de alteração da muscularidade tiveram efeito sobre os comportamentos de risco para os TAs (Tylka; Andorka, 2012).

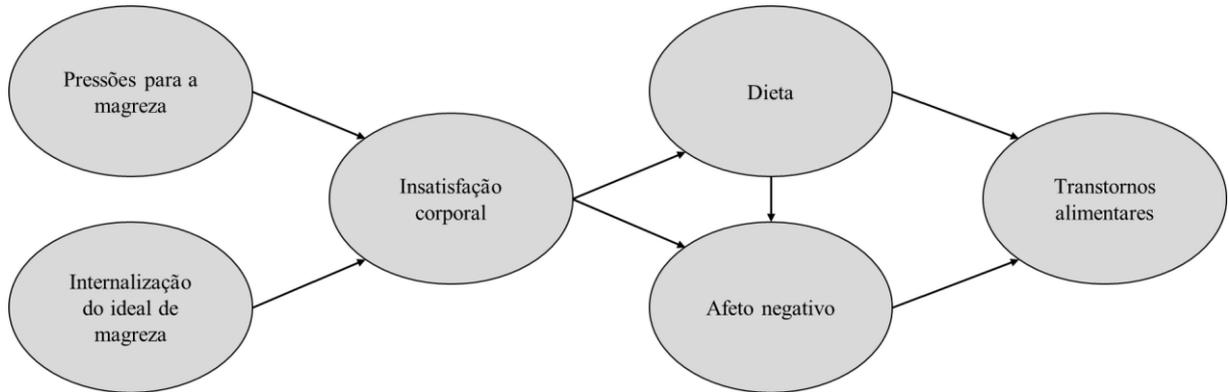
Além do modelo teórico apresentado, os autores buscaram compreender a interação entre as variáveis mediadoras (Tylka; Andorka, 2012). Assim, conduziram análises de mediação simples, com um *bootstrap* de 1000 reamostragens (Tylka; Andorka, 2012). Em relação às pressões para a muscularidade, eles identificaram que a internalização do ideal mesomórfico mediou totalmente o relacionamento entre as variáveis de pressões da mídia, pressões dos pares, envolvimento na comunidade gay e as variáveis de insatisfação com a musculatura (Tylka; Andorka, 2012). A mesma mediação foi observada entre essas variáveis e a insatisfação com a gordura corporal. Por sua vez, a insatisfação com a muscularidade mediou totalmente o relacionamento entre as pressões da família, a internalização, a comparação da aparência e os comportamentos de alteração da muscularidade (Tylka; Andorka, 2012). A insatisfação com a gordura corporal mediou totalmente o relacionamento entre as pressões dos amigos e a insatisfação com a muscularidade e gordura corporal, respectivamente (Tylka; Andorka, 2012). Ademais, a internalização também mediou totalmente o relacionamento entre o envolvimento na comunidade gay e a insatisfação com a muscularidade e gordura corporal (Tylka; Andorka, 2012).

Outro modelo teórico que tem buscado explicar o desenvolvimento dos TAs é o modelo de via dupla<sup>36</sup> (Figura 6), desenvolvido por Stice (1994) e avaliado, posteriormente, por Stice, Rohde e Shaw (2012). No modelo, as pressões para a magreza recebidas pelos fatores de influência sociocultural e a internalização do ideal de magreza conduziram a insatisfação corporal, que por sua vez, se relacionou à adoção de dietas restritivas e ao afeto negativo (Stice; Rohde; Shaw, 2012; Stice; Van Ryzin, 2019). Por fim, as dietas restritivas e o afeto negativo levaram ao desenvolvimento de sintomas de TAs em mulheres jovens (Stice; Rohde; Shaw, 2012; Stice; Van Ryzin, 2019).

---

<sup>36</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Dual-pathway model*.

Figura 6 – Modelo de via dupla para o desenvolvimento de transtornos alimentares



Fonte: Adaptado de Stice, Rohde e Shaw (2012).

Tradução: O autor (2024).

Para o melhor do nosso conhecimento, o modelo de via dupla ainda não foi avaliado em homens de minoria sexual e de gênero. Contudo, intervenções com foco na redução da internalização da aparência ideal em homens de minoria sexual e de gênero identificou que a redução dessa variável foi responsável pela redução dos sintomas bulímicos pós-intervenção (Brown; Keel, 2015). Assim, autores têm sugerido que modelos etiológicos para o desenvolvimento de TAs precisam levar em consideração a internalização da aparência ideal e a insatisfação corporal, visto que estes têm sido mediadores fundamentais para o desenvolvimento de patologias alimentares (Levine; Smolak, 2006; 2016; Smolak; Levine, 2015b; Stice; Van Ryzin, 2019). Assim, sugere-se que estudos futuros avaliem empiricamente o modelo de via dupla (Stice, 1994) em homens cisgênero gays/bissexuais.

Recentemente, os pressupostos teóricos do modelo de influência dos três fatores e do modelo de via dupla para o desenvolvimento de TAs foram confirmados em uma amostra de homens ( $n = 479$ ) americanos (EUA) cisgênero gays/bissexuais (Convertino *et al.*, 2021a). No estudo, os autores identificaram que as pressões da família, da mídia, dos pares e de outras pessoas significantes conduziram tanto a internalização do ideal de magreza, quanto a internalização do ideal de muscularidade. Por sua vez, a internalização do ideal de magreza conduziu à insatisfação com a magreza e com a muscularidade; e a internalização do ideal de muscularidade se relacionou com a insatisfação com a muscularidade (Convertino *et al.*, 2021a). Por fim, a insatisfação com a magreza levou à restrição dietética e a insatisfação com a muscularidade aos comportamentos de alteração da muscularidade (Convertino *et al.*, 2021a).

Evidencia-se entre os modelos prévios que avaliaram a população de homens cisgênero gays/bissexuais uma grande preocupação deste público em alcançar um corpo

mesomórfico, ou seja, com uma adequada quantidade de músculos e, ao mesmo tempo, um baixo percentual de gordura corporal, visando alcançar maior definição corporal (Convertino *et al.*, 2021a; Tylka; Andorka, 2012). A idealização de um corpo mesomórfico, apresenta-se de maneira distinta aos TAs tradicionais, cujo foco tem sido a magreza (APA, 2013). Dessa forma, enquanto os homens podem apresentar sintomas de TAs tradicionais; recentemente, discute-se a etiologia dos “comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade”<sup>37</sup>, caracterizados por atitudes e comportamentos rígidos em relação à alimentação com foco no ganho de massa muscular e redução da adiposidade corporal (Lavender; Brown; Murray, 2017; Messer *et al.*, 2023; Murray *et al.*, 2019; Murray; Griffiths; Mond, 2016; Nagata *et al.*, 2019).

Os homens que apresentam elevada incidência/prevalência de comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade controlam excessivamente a quantidade de proteínas ingeridas, evitando o consumo de carboidratos e gorduras, visando a redução do percentual de gordura corporal e ganho de densidade (massa) muscular (Murray *et al.*, 2017; 2019). Ademais, comem mesmo sem a sensação física de fome apenas para atender as prescrições dietéticas e buscam sempre manter um acesso contínuo aos alimentos planejamentos previamente, caracterizando uma dieta extremamente rígida (Murray *et al.*, 2017; 2019). Evidencia-se também que, homens com elevada incidência/prevalência de comportamentos de risco orientados à muscularidade costumam utilizar uma grande quantidade de suplementos alimentares e EAA (Nagata *et al.*, 2019).

Em um estudo conduzido com homens gays dos EUA ( $n = 594$ ), além da validação de um instrumento de autorrelato (isto é, *Muscularity-Oriented Eating Test* [Murray *et al.*, 2019]), os autores buscaram avaliar os comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade (Donahue *et al.*, 2022). Eles identificaram que esses comportamentos apresentaram uma associação positiva com a auto objetificação, assim como com os sintomas de TAs tradicionais, incluindo dietas restritivas, controle oral, sintomas bulímicos e preocupação com a comida (Donahue *et al.*, 2022). Ao comparar os escores médios dos homens gays incluídos no seu estudo ( $M = 18,61$ ;  $DP = 13,88$ ), com aqueles identificados no estudo de Murray *et al.* (2019), com homens ( $n = 511$ ) independentes da orientação afetivo sexual (Estudo 1;  $n = 307$ ;  $M = 11,32$ ;  $DP = 10,50$ ; Estudo 2;  $n = 204$ ;  $M = 13,73$ ;  $DP = 10,62$ ), Donahue *et al.* (2022) identificaram diferenças significantes entre as amostras ( $p < 0,001$ ). Os resultados sugerem que, assim como nos TAs tradicionais, homens de minoria

---

<sup>37</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Muscularity-oriented disordered eating*.

sexuais e de gênero podem apresentar maior sintomatologia de comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade. Sugere-se que estudos futuros avaliem as diferenças dos comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade entre homens de diferentes identidades de gênero e orientações afetivo-sexuais.

Os homens com elevada incidência/prevalência de comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade, geralmente, adotam um ciclo intermitente entre a busca pela densidade (massa) muscular e a busca por definição corporal (Murray *et al.*, 2017). Esse ciclo tem sido reconhecido como ciclo de “bulk/cut”; pois, caracteriza-se pela alternância entre comportamentos para ganhar (*bulk*) músculos e cortar (*cut*) gordura corporal (Murray *et al.*, 2017). Devido à similaridade, autores têm comparado o ciclo de “bulk/cut” em homens, aos ciclos de compulsão e purgação presentes em pacientes com BN (Murray *et al.*, 2017).

Discute-se também, as chamadas “refeições lixo”<sup>38</sup> ou “dias do lixo”<sup>39</sup> (Murray *et al.*, 2018; Pila *et al.*, 2017). Essa prática é caracterizada por períodos prolongados de restrição alimentar, nos quais adota-se uma dieta com baixo teor calórico, com alta ingestão de proteínas visando reduzir o percentual de gordura corporal e atribuir maior definição muscular, intercalando com “refeições lixo/dias do lixo” – refeições planejadas que compreendem um grande volume de calorias que seriam “proibidas” em refeições/dias normais (Murray *et al.*, 2018; Pila *et al.*, 2017).

Estudo de Pila *et al.* (2017) identificou milhares de postagens nas redes sociais associadas às “refeições lixo”, descrevendo um volume de alimentos compatíveis com episódios de compulsão alimentar objetiva<sup>40</sup>, incluindo alimentos com alto índice calórico, variando de 1000 a 9000 quilocalorias (Pila *et al.*, 2017). Ressalta-se que, os comentários associados a essas postagens estiveram associadas, principalmente, a três elementos: (a) uma perda de controle durante as “refeições lixo”; (b) a normalização de comer excessivamente durante as “refeições lixo”; e (c) a adesão estrita aos regimes de exercício físico e restrição alimentar fora dos episódios de “refeição lixo” (Pila *et al.*, 2017). O conteúdo visual encontrado nas redes sociais das pessoas que exibiam essas postagens, na maioria das vezes, retratava corpos musculosos, sugerindo que essa prática alimentar pode estar ligada à busca pelo ideal mesomórfico (Pila *et al.*, 2017).

---

<sup>38</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Cheat meals*.

<sup>39</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Cheat days*.

<sup>40</sup> A compulsão alimentar objetiva envolve a perda de controle sobre o episódio de compulsão alimentar, bem como a ingestão de uma quantidade objetivamente grande de alimentos (Niego; Pratt; Agras, 1997).

A principal justificativa teórica para a utilização das “refeições lixo” é que, acredita-se que a ingestão esporádica de calorias compensa os efeitos metabólicos da restrição alimentar prolongada, mantendo um estado de cetose<sup>41</sup>, bem como aumentando a velocidade de depreciação de gordura corporal (Murray *et al.*, 2018). Adicionalmente, essas refeições geralmente são ricas em carboidratos e gorduras, de modo que, a síntese desses macronutrientes fornece grande energia para aumentar/manter o volume e/ou intensidade dos exercícios físicos (por exemplo, musculação), prática muito comum em homens que adotam os comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade (Murray *et al.*, 2018).

Estudo desenvolvido por Murray *et al.* (2018) com homens do Canadá identificou que o engajamento em “refeições lixo” foi diretamente associado aos sintomas tradicionais de TAs, incluindo os comportamentos de compulsão alimentar objetiva. Adicionalmente, os participantes destacaram alguns motivos para se engajarem em “refeições lixo”, sendo: (a) para ajudar a controlar os desejos psicológicos por comida; (b) para ajudar a controlar os desejos físicos por comida; (c) por terem sido permitidos a consumir alimentos que não fazem parte da dieta; (d) ajudar a manter um plano alimentar rígido; (e) como parte de um regime de condicionamento físico e exercício; (f) para melhorar o metabolismo; e (g) como parte de um plano alimentar (Murray *et al.*, 2018). Em consonância com esses achados, estudo populacional desenvolvido por Ganson *et al.* (2022), identificou que entre os participantes do estudo, 60,9% já haviam praticado “refeições lixo” no último ano. Ademais, as “refeições lixo” apresentaram uma associação direta com os episódios de compulsão alimentar (Ganson *et al.*, 2022).

Como evidenciado, os ciclos de “bulk/cult” e as “refeições lixo” apresentam-se associados não apenas às estratégias alimentares, mas também com a prática de exercício físico excessivo (Calzo *et al.*, 2017; Murray *et al.*, 2017). Desse modo, autores salientam que a DM parece ser o desfecho clínico final da associação entre ambos, comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade e exercício excessivo (Murray *et al.*, 2017). As crenças e comportamentos adotados por indivíduos com TAs tem sido similares àqueles com DM (Murray *et al.*, 2012). Contudo, enquanto nos TAs o foco da preocupação são os comportamentos alimentares, na DM essas preocupações assumem o segundo plano, com a prática de exercício físico, assumindo o panorama central (APA, 2013).

Observa-se que, assim como os TAs, a DM pode apresentar especificidades em relação a identidade de gênero e orientação afetivo-sexual (Compte *et al.*, 2022; Convertino *et*

---

<sup>41</sup> A cetose é um processo metabólico caracterizado pela queima de gordura na produção de energia.

*al.*, 2022; Nagata *et al.*, 2021; 2022a; 2022b). Não obstante, compreendo que homens cisgênero gays/bissexuais apresentam elevada incidência/prevalência de sintomas de DM (Convertino *et al.*, 2022; Nagata *et al.*, 2021; 2022a; 2022b), as particularidades dessa psicopatologia nessa população serão apresentadas e discutidas no próximo capítulo.

### 3.5 DISMORFIA MUSCULAR EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS

A DM apresenta-se no DSM-5 como um especificador do TDC, sendo descrita no capítulo de Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados (APA, 2013). O TDC é marcado por uma preocupação intensa em relação à percepção de um ou mais defeitos ou imperfeições na aparência física<sup>42</sup>. Esses defeitos podem não ser visíveis ou serem apenas leves aos olhos de outras pessoas. Isso leva a uma série de pensamentos e comportamentos repetitivos em resposta a essas preocupações (APA, 2013). Não obstante, essas preocupações geram sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo (APA, 2013). Especificamente, no caso da DM, os indivíduos estão preocupados com a ideia de que o seu corpo é pequeno ou insuficientemente magro ou muscular<sup>43</sup>; quando, na verdade, têm uma aparência corporal normal ou são ainda mais musculosos (APA, 2013).

O DSM-5 apresenta três aspectos centrais para o diagnóstico de DM, a saber, intolerância em relação à aparência, busca pelo tamanho e comprometimento funcional (APA, 2013). No caso da intolerância em relação à aparência, os sujeitos apresentam preocupações excessivas com a musculatura e/ou gordura corporal. Essas preocupações podem ser intrusivas, indesejadas, tomam tempo e, geralmente, são difíceis de resistir ou controlar (APA, 2013). Na busca pelo tamanho, os sujeitos adotam uma série de comportamentos repetitivos ou atos mentais excessivos (por exemplo, comparações) em resposta às preocupações. Usualmente, esses comportamentos não são prazerosos e podem aumentar a ansiedade e disforia; ademais, tomam tempo e são difíceis de resistir ou controlar (APA, 2013). Entre os principais comportamentos experienciados por pessoas com DM, destacam-se a comparação da aparência, verificação do corpo constantemente em superfícies refletoras e espelhos, realização de dietas, prática de exercício físico de maneira excessiva e uso/abuso de

<sup>42</sup> No caso do transtorno dismórfico corporal – TDC, as preocupações com a aparência não são mais bem explicadas apenas pela preocupação com a gordura, peso e forma corporal, cuja os sintomas integram os critérios diagnósticos para os transtornos alimentares (APA, 2013).

<sup>43</sup> O TDC especifica-se em dismorfia muscular (DM) mesmo que o indivíduo apresente preocupações com outras áreas corporais, o que acontece com frequência (APA, 2013).

substâncias (por exemplo, EAA)<sup>44</sup>. Por fim, as preocupações em relação à aparência corporal geram um sofrimento clinicamente significativo, ou um prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida dos indivíduos (APA, 2013). Essas preocupações podem gerar esquivas de situações sociais, ou em caso mais extremos até o confinamento em sua residência (APA, 2013). Em alguns casos, os indivíduos podem experimentar comprometimento em seu trabalho (por exemplo, faltas injustificadas), desempenho acadêmico (por exemplo, faltas à escola/universidade) ou em papéis sociais (por exemplo, pai, mãe ou cuidador) (APA, 2013).

Originalmente, a DM foi descrita em um estudo clássico desenvolvido por Pope Jr., Katz e Hudson (1993) com homens fisiculturistas. No estudo, eles identificaram que, entre os participantes (108 homens), três apresentavam um diagnóstico prévio de AN e nove apresentavam sintomas de uma nova psicopatologia, nomeada pelos autores de “anorexia reversa”, devido à natureza reversa, mas análoga dos sintomas (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993). Por exemplo, na “anorexia reversa” os homens acreditavam que eles eram pequenos ou fracos, mesmo sendo grandes e musculosos, enquanto na AN a ênfase era um corpo pequeno e magro (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993). Homens com essa nova psicopatologia apresentavam um comportamento rígido em relação à alimentação (dieta hiperprotéica e hipercalórica), enquanto pacientes com AN se recusavam a se alimentar (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993). Ademais, homens com “anorexia reversa” estavam engajados na prática de exercício físico com a finalidade de aumentar a massa muscular, enquanto àqueles com AN realizavam exercício físico para perda/controle do peso corporal (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993). Finalmente, em ambas as psicopatologias se evidenciou a insatisfação corporal, sendo que, na “anorexia reversa” o foco da insatisfação foi a muscularidade e na AN a magreza (Pope Jr; Katz; Hudson, 1993).

Posteriormente, Pope Jr *et al.* (1997) renomearam a “anorexia reversa”, descrevendo-a como DM; pois, acreditavam que as pessoas com DM tendem a focar primariamente na prática de exercício físico, sendo os padrões alimentares patológicos o foco secundário e/ou uma característica desnecessária dessa psicopatologia (Pope Jr *et al.*, 1997). Essa ideia iria de encontro ao TAs, cujo foco central é primariamente os padrões alimentares patológicos, sendo os padrões patológicos de exercício físico um sintoma secundário que poderia ou não acompanhar a manifestação central dessa psicopatologia (Pope Jr *et al.*, 1997). Assim, no estudo, os autores apresentaram os primeiros critérios diagnósticos para essa psicopatologia,

---

<sup>44</sup> Comumente, esses são os sintomas apresentados por indivíduos diagnosticados com DM. Contudo, algumas pessoas apresentam um ou outro sintoma, ou todos eles.

sendo: (a) preocupação excessiva com um ou mais aspectos da aparência que a pessoa julga defeituosa, ou com um defeito imaginário; (b) a preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes na vida do indivíduo; e (c) a preocupação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como, por exemplo, a insatisfação com a forma e o tamanho corporal evidenciados em pacientes com AN (Pope Jr *et al.*, 1997). Diante do exposto, é notório que os estudos desenvolvidos por Pope Jr, Katz e Hudson (1993) e Pope Jr. *et al.* (1997) contribuíram para a classificação da DM como um TDC no DSM-5 (APA, 2013).

Desde a sua descoberta como “anorexia reversa”, a DM tem gerado conflitos em relação a sua categoria diagnóstica, com uma ausência de consenso entre pesquisadores, o que tem prejudicado o desenvolvimento de novos estudos, assim como a prática clínica (Murray *et al.*, 2010). Nas últimas duas décadas, diversos autores acreditam que essa psicopatologia apresenta um status nosológico semelhante aos TAs e defendem que ela seja analisada sobre esse prisma (Badenes-Ribera *et al.*, 2019; Goodale; Lou Watkins; Cardinal, 2001; Murray *et al.*, 2010; Murray *et al.*, 2012; Murray *et al.*, 2017).

É possível observar que pacientes com DM apresentam comportamentos obsessivos-compulsivos centrados no treinamento físico e na realização de uma alimentação extremamente rígida (isto é, comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade), comportamentos semelhantes àqueles com AN (Murray *et al.*, 2012). Adicionalmente, pessoas que buscam patologicamente uma aparência hipermusculosa têm endossado um perfil psicológico semelhante aos pacientes com TAs, incluindo um elevado perfeccionismo, traços obsessivos e anedóticos, bem como sustentam uma elevada preocupação com a imagem corporal, com o comportamento alimentar e a prática de exercício físico (Davis; Scott-Robertson, 2000; Mangweth *et al.*, 2001; Murray *et al.*, 2012).

O não reconhecimento da DM como um dos subtipos de TAs foi, parcialmente, devido a assunção de que as patologias alimentares eram apenas secundárias nessa psicopatologia; embora, o critério diagnóstico inicial desse transtorno faz referências contundentes aos comportamentos alimentares transtornados, como, por exemplo, a atenção excessiva à dieta e a necessidade compulsiva de manter seu planejamento dietético (Pope Jr *et al.*, 1997). Contudo, estudos posteriores têm documentado elevados níveis de distúrbios alimentares em homens com DM (Badenes-Ribera *et al.*, 2019), incluindo o fato de que a sintomatologia de DM pode evoluir como um resultado exclusivo da prática alimentar, independente do *status* de exercício físico (Murray; Rieger; Touyz, 2011).

Como mencionado, homens com DM têm apresentado elevados escores de comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade, incluindo um cálculo rígido de calorias, assim como o engajamento em um plano alimentar desbalanceado, com a ingestão de uma grande quantidade de proteínas e reduzida ingestão de carboidratos e gorduras (Cooper *et al.*, 2020). Quando não conseguem aderir a esse regime alimentar esses homens sentem-se culpados e estressados (Cooper *et al.*, 2020). Ademais, desviar-se desse planejamento frequentemente resulta em uma maior ansiedade física e social, assim como em tentativas imediatas de compensação (por exemplo, exercício excessivo), característica semelhante aos pacientes com AN, indicando que os comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade podem ser uma manifestação primária da DM, sendo o exercício excessivo uma manifestação complementar (Murray *et al.*, 2010; 2017). Autores acreditam que a DM parece ser o desfecho clínico final da associação entre ambos, comportamentos alimentares de risco orientados à muscularidade e exercício excessivo (Murray *et al.*, 2017).

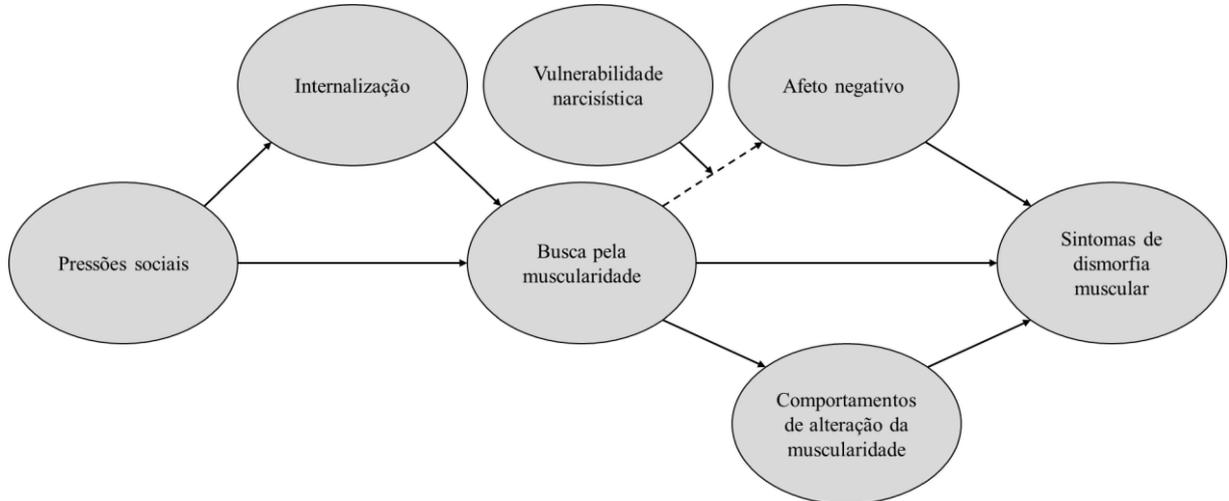
Em um estudo clássico, Murray *et al.* (2012) comparou o perfil sintomático da DM e da AN em homens de diferentes países, incluindo Austrália, EUA, Reino Unido e Singapura. Dessa forma, foram incluídos 21 homens com DM, 24 com AN e 15 praticantes de musculação sem nenhuma dessas psicopatologias (Murray *et al.*, 2012). Esses homens responderam instrumentos de autorrelato com adequados indicadores de validade e confiabilidade, incluindo o EDE-Q (Fairburn; Beglin, 1994), o *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory* (MDDI; Hildebrandt; Langenbucher; Schlundt, 2004), o *Compulsive Exercise Test* (CET; Taranis; Touyz; Meyer, 2011) e uma medida para avaliar o uso de substâncias relacionadas à aparência (Murray *et al.*, 2012). Homens com DM e AN não apresentaram diferenças significantes em relação às preocupações com o peso e a forma corporal (Murray *et al.*, 2012). Ademais, diferenças em relação à intolerância em relação à aparência e o comprometimento funcional não foram observadas entre os homens com DM e AN. Em relação aos sintomas de DM, a única diferença significativa observada entre os grupos, foi na variável de busca pelo tamanho, na qual, homens com DM apresentaram escores superiores e significantes àqueles com AN (Murray *et al.*, 2012). Esses resultados sugerem que, embora a aparência ideal almejada por homens com DM e AN seja diferente, essas psicopatologias podem ser conceitualmente similares<sup>45</sup> (Murray *et al.*, 2012).

---

<sup>45</sup> O presente estudo não tem a pretensão de defender a inclusão da DM em determinada categoria diagnóstica, apenas destacar que essa psicopatologia apresenta uma associação positiva e significativa com os TAs. Adicionalmente, revisões sistemáticas destacam que a DM é uma apresentação clinicamente válida; contudo, as evidências disponíveis até o momento não permitem a sua categorização de maneira precisa (Cooper *et al.*, 2020; Dos Santos Filho *et al.*, 2016).

Compreendendo as similaridades clínicas entre os sintomas de DM e de TAs, Bégin, Turcotte, Rodrigue (2019) propuseram a avaliação de uma versão adaptada do modelo de via dupla para o desenvolvimento de TAs (Stice, 1994) em uma amostra não-clínica de homens canadenses ( $n = 386$ ). No presente modelo, diferente daquele proposto por Stice (1994), a variável dependente foi a DM (Figura 7). Os autores observaram um efeito indireto significativo entre as pressões relacionadas à aparência e a busca pela muscularidade via internalização do ideal mesomórfico, assim como entre a busca pela muscularidade e os sintomas de DM via comportamentos de alteração da muscularidade (Bégin; Turcotte; Rodrigue, 2019). O efeito indireto entre a busca pela muscularidade e os sintomas de DM via afeto negativo não foi significativo (Bégin; Turcotte; Rodrigue, 2019). Desse modo, os autores optaram por incluir a vulnerabilidade narcisística como um moderador entre a busca pela muscularidade e o afeto negativo, o que adicionou relevante explicação ao modelo teórico (Bégin; Turcotte; Rodrigue, 2019). O presente modelo teórico explicou 64% da variância nos sintomas de DM (Bégin; Turcotte; Rodrigue, 2019).

Figura 7 – Modelo de via dupla adaptado para os sintomas de dismorfia muscular



Fonte: Adaptado de Bégin, Turcotte e Rodrigue (2019).  
Tradução: O autor (2024).

Para o melhor do nosso conhecimento, ainda não foram propostos modelos etiológicos para o desenvolvimento de DM em homens de minoria sexual e de gênero. Contudo, o desenvolvimento e a avaliação de modelos teóricos nessa população é uma necessidade emergente e indispensável, visto que, homens de minorias sexuais e de gênero têm apresentado uma maior incidência/prevalência de sintomas de DM comparados aos seus pares

heterossexuais (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010; Duggan; McCreary, 2004; Kaminski *et al.*, 2005; Nerini *et al.*, 2016; Schmidt *et al.*, 2022; Strübel; Petrie, 2019).

Até o momento, o modelo de influência dos três fatores adaptado por Tylka e Andorka (2012), parece ser a perspectiva teórica mais robusta para o desenvolvimento dos sintomas de TAs em homens gays. Dessa maneira, buscando compreender se alguns pressupostos teóricos desse modelo se aplicariam aos sintomas de DM, Convertino *et al.* (2022) conduziram um estudo com homens de minoria sexual e de gênero dos EUA ( $n = 452$ ). No estudo, os autores identificaram que uma maior internalização do ideal mesomórfico e uma menor internalização do ideal de magreza apresentaram uma associação significativa com a variável de busca pelo tamanho (Convertino *et al.*, 2022). Uma maior internalização do ideal mesomórfico e do ideal de magreza apresentaram uma associação significativa com a variável de intolerância relacionada à aparência (Convertino *et al.*, 2022). Uma maior internalização do ideal mesomórfico foi associada a um maior comprometimento funcional (Convertino *et al.*, 2022). Por fim, os autores verificaram que a interação entre a internalização do ideal mesomórfico e de magreza apresentaram uma associação significativa com as variáveis de busca pelo tamanho e comprometimento funcional (Convertino *et al.*, 2022).

O estudo de Convertino *et al.* (2022) oferece evidências iniciais de que a internalização da aparência ideal, assim como nos TAs, parece ser um mediador importante para o desenvolvimento dos sintomas de DM em minorias sexuais e de gênero. Em amostras brasileiras de homens cisgênero gays/bissexuais, a internalização da aparência ideal apresentou uma associação positiva com os sintomas de DM (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023). Contudo, a natureza desses estudos não permite a realização de inferências causais; assim, sugere-se que novos estudos sejam desenvolvidos buscando compreender os principais mediadores para o desenvolvimento dos sintomas de DM em homens cisgênero gays/bissexuais.

Revisão sistemática com metanálise desenvolvida por Mitchell *et al.* (2017), investigou os principais aspectos psicológicos associados à DM, identificando que os sintomas dessa psicopatologia estiveram associados a uma maior ansiedade física e social, sintomas depressivos, neuroticismo, perfeccionismo, assim como, apresentaram uma relação inversa com a autoestima. Em homens cisgênero gays/bissexuais, essa associação parece não ser diferente. Por exemplo, estudo conduzido por Chaney *et al.* (2008), identificou que os sintomas de DM nessa população ( $n = 314$ ) estiveram associados a uma menor autoestima e a um maior sentimento de solidão. Adicionalmente, homens com maior prevalência de sintomas de DM apresentaram uma menor autoestima e maior sentimento de solidão em comparação

àqueles com uma reduzida prevalência dessa psicopatologia (Chaney, 2008). Não obstante, entre os participantes do estudo, os autores identificaram uma prevalência de sintomas de DM de aproximadamente 18,1%, percentual que é superior ao encontrado em homens universitários independente da orientação afetivo-sexual (5,9%; Bo *et al.*, 2014), fisiculturistas independentes da orientação afetivo-sexual (8,4%; Pope Jr; Katz; Hudson, 1993) e homens com TDC (9,8%; Pope Jr *et al.*, 1997).

Buscando investigar a natureza e severidade dos sintomas de DM em homens cisgênero gays, Nagata *et al.* (2021) propuseram o estabelecimento de normas comunitárias para o MDDI, um dos principais instrumentos para avaliação da DM. Levando em consideração o ponto de corte sugerido na literatura para o escore total do MDDI ( $\geq 39$ ) (Gorrasi *et al.*, 2020; 2022), na amostra de Nagata *et al.* (2021) ( $n = 1090$ ), aproximadamente 10% dos homens investigados apresentaram-se em alto risco para o desenvolvimento da DM. É possível realizar algumas comparações entre o estudo de Nagata *et al.* (2021) e um estudo recente conduzido com uma amostra de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais ( $n = 705$ ) (Santos *et al.*, 2023). Por exemplo, os escores médios encontrados no estudo de Santos *et al.* (2023) para a subescala de busca pelo tamanho (13,6 *versus* 9,9) e comprometimento funcional (7,5 *versus* 6,1) foram superiores àqueles encontrados por Nagata *et al.* (2021). Contudo, para a subescala de intolerância em relação à aparência, os valores médios do estudo de Santos *et al.* (2023) foram inferiores (10,7 *versus* 11,5) se comparados aos de Nagata *et al.* (2021).

Além de avaliar as propriedades psicométricas do MDDI para a população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, Santos *et al.* (2023) identificou que os sintomas de DM nessa população estão associados a diversos construtos. Por exemplo, eles identificaram uma associação positiva dos sintomas de DM com as variáveis de auto objetificação, objetificação dos pares, internalização da aparência ideal, busca pela muscularidade e sintomas de TAs (Santos *et al.*, 2023). Ademais, identificaram também uma associação negativa entre os sintomas de DM e a apreciação corporal (Santos *et al.*, 2023). Embora o estudo de Santos *et al.* (2023) ofereça informações iniciais sobre a DM em amostras brasileiras de homens cisgênero gays/bissexuais, novos estudos são necessários visando identificar o *status* nosológico da DM nessa população.

Como evidenciado, homens cisgênero gays/bissexuais apresentam uma elevada incidência/prevalência de sintomas de DM (Convertino *et al.*, 2022; Nagata *et al.*, 2021; 2022a; 2022b). Esses sintomas apresentam-se associados a uma série de desfechos negativos para a saúde e qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico e social desses

indivíduos (APA, 2013). Não obstante, evidências advindas de estudos longitudinais apontam que os sintomas de DM estariam relacionados a uma maior ideação suicida (Grunewald; Troop-Gordon; Smith, 2022). Nessa conjectura, uma prioridade em saúde pública deve ser o desenvolvimento e/ou adaptação de intervenções preventivas para redução dos sintomas de DM em homens cisgênero gays/bissexuais (Sandgren; Lavallee, 2023).

Embora essa seja uma necessidade emergente, para o melhor do nosso conhecimento, até o momento, nenhum estudo buscou investigar a eficácia e ou/efetividade de intervenções preventivas com foco na redução dos sintomas de DM em homens adultos cisgênero gays/bissexuais do Brasil. Para além da DM, as intervenções preventivas deveriam ter como foco a redução dos distúrbios de imagem corporal e dos sintomas de TAs, problemas que também comprometem significativamente à saúde e qualidade de vida dessa população (Badenes-Ribera *et al.*, 2019). Levando em consideração a grande diversidade de intervenções preventivas desenvolvidas até o momento, elas serão apresentadas no próximo capítulo.

### 3.6 PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA EM DISTÚRBIOS DE IMAGEM CORPORAL, TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMORFIA MUSCULAR EM HOMENS CISGÊNERO GAYS/BISSEXUAIS

Os distúrbios de imagem corporal, os TAs e a DM impactam significativamente a saúde física e o funcionamento psicossocial (Badenes-Ribera *et al.*, 2019; Murray *et al.*, 2017; Sandgren; Lavallee, 2023; Treasure; Duarte; Schmidt, 2020). Esses problemas apresentam elevadas taxas de incapacidade, morbidade, mortalidade, assim como um curso crônico e recidivo (Andrés-Pepiñá *et al.*, 2020; Quadflieg; Fichter, 2019; Quadflieg *et al.*, 2019; Smink; Van Hoeken; Hoek, 2012; Suokas *et al.*, 2013; Van Hoeken; Hoek, 2020). Evidencia-se também, um elevado custo de tratamento para esses distúrbios/transtornos nos sistemas de saúde (Agh *et al.*, 2016; Beat, 2015; Samnaliev *et al.*, 2015; Van Hoeken; Hoek, 2020; Watson *et al.*, 2018). Não obstante, poucas pessoas com esses transtornos recebem tratamento adequado e, quando recebem, ele é efetivo apenas para um reduzido número de pacientes (Fichter *et al.*, 2017; Fichter; Quadflieg; Hedlund, 2008; Quadflieg *et al.*, 2019).

No caso dos homens, tratar os TAs e a DM é ainda mais desafiador, visto que, eles são menos susceptíveis a buscar tratamento para problemas mentais (Bomben; Robertson; Allan, 2022; Cohn *et al.*, 2016). Especialmente, no caso dos TAs, os homens apresentam um auto estigma de que estariam com um “problema tipicamente feminino” (Bomben; Robertson; Allan, 2022; Cohn *et al.*, 2016). Ademais, eles têm sido menos educados acerca dos TAs, de

modo que, podem não considerar seus comportamentos (por exemplo, perda de peso extrema, purgação, compulsão alimentar e exercício excessivo) como pertencentes ao espectro dessa psicopatologia (Cohn *et al.*, 2016). Além disso, muitos pacientes homens com TAs perceberam que os profissionais de saúde demoraram a reconhecer seus sintomas porque eles eram homens (Räisänen; Hunt, 2014).

No caso dos homens cisgênero gays/bissexuais, a busca por tratamento nos serviços de saúde pode ser ainda mais problemática; pois, têm sido evidenciadas algumas barreiras de acesso. Quando se trata das percepções subjetivas dos sujeitos, destaca-se o medo do estigma associado às minorias sexuais e de gênero, ter experiências negativas em virtude da orientação afetivo-sexual, ser tratado de maneira desagradável ou descuidada, bem como a ausência de profissionais competentes para atender as necessidades específicas da população LGBTQIAP+ (Brooks *et al.*, 2018; Cronin *et al.*, 2021).

Realmente, ao buscar os serviços de saúde, muitos homens de minoria sexual e de gênero optam por ocultar sua orientação afetivo-sexual (Brooks *et al.*, 2018). Por outro lado, a ocultação da orientação afetivo-sexual pode impactar as estratégias de promoção, prevenção e recuperação dos agravos de saúde, visto que, essa população apresenta necessidades específicas em relação à saúde (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021b). Nesse contexto, uma prioridade em saúde pública deve ser o desenvolvimento e disseminação de programas preventivos com eficácia e efetividade comprovadas na redução dos distúrbios de imagem corporal, TAs e DM em homens cisgênero gays/bissexuais (Sandgren; Lavalley, 2023).

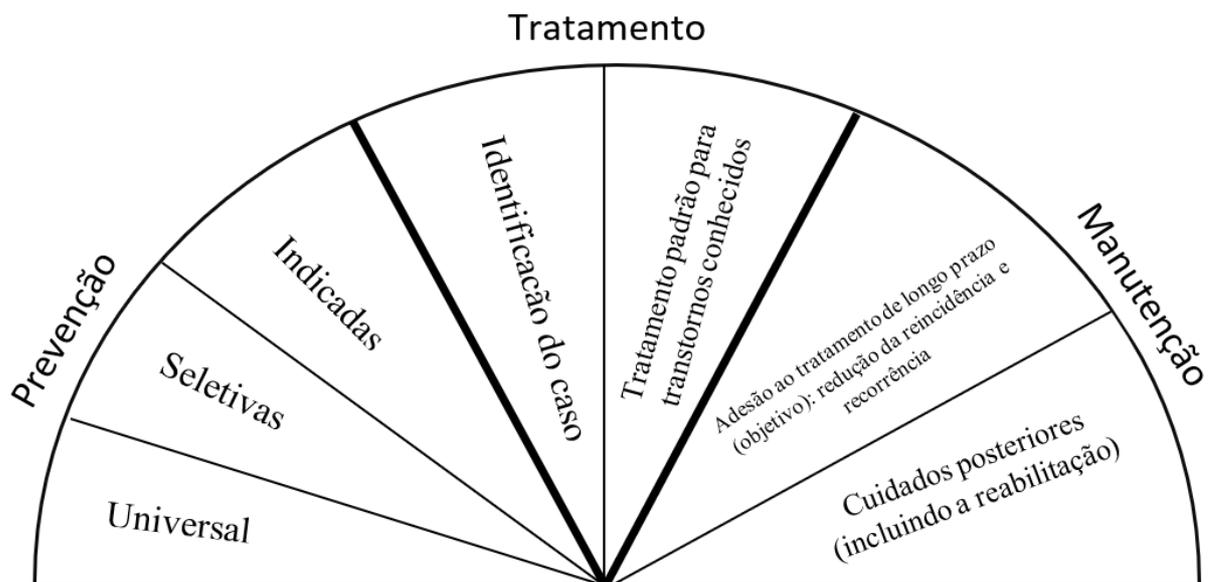
Os primeiros estudos de eficácia destinados aos programas preventivos de TAs surgiram na década de 1980 (Levine; Smolak, 2020). Desde então, diversos programas foram desenvolvidos e/ou adaptados para distintas populações (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021). Esses programas preventivos incorporam alguns pressupostos, sendo que: 1º) os pesquisadores devem conhecer quais fatores ou processos causam determinada doença; 2º) os pesquisadores devem conhecer quais fatores tornam a doença menos provável; e 3º) os pesquisadores devem conhecer a idade de início dos sinais e sintomas dessa doença (Levine; Smolak, 2020). Dessa forma, se todos esses pressupostos forem atendidos, mudanças oportunas poderiam ser realizadas nas pessoas e em seus ambientes, como uma forma de reduzir o número de novos casos ou atrasar o início da doença (Levine; Smolak, 2020).

As intervenções preventivas têm sido classificadas de acordo com a estrutura proposta pelo Comitê de Prevenção de Transtornos Mentais do Instituto de Medicina dos EUA,

desenvolvida por Mrazek e Haggerty (1994). Nesse documento, os autores forneceram um modelo estruturado para concepção, aplicação e avaliação das intervenções destinadas a prevenção dos transtornos mentais, bem como, propuseram um mecanismo para facilitar o diálogo entre o contexto teórico e a aplicação prática desses conhecimentos (Mrazek; Haggerty, 1994).

O comitê enfatiza a prevenção dos transtornos mentais, mas ressalta que é necessário um sistema de classificação que reconheça a importância de todo o espectro de intervenções para transtornos mentais, incluindo prevenção, tratamento e manutenção (Figura 8). Dessa maneira, o comitê reconhece que a prevenção é reservada às intervenções realizadas antes do início de um distúrbio, patologia ou transtorno (Mrazek; Haggerty, 1994). Assim, as intervenções em saúde mental foram divididas em três categorias, a saber: universais, seletivas e indicadas (Mrazek; Haggerty, 1994).

Figura 8 – Intervenções em saúde mental dentro do espectro dos transtornos mentais



Fonte: Adaptado de Mrazek e Haggerty (1994).  
Tradução: O autor (2020).

As intervenções preventivas universais são direcionadas ao público em geral ou a todo um grupo populacional, mesmo que não tenham sido identificados fatores de risco para o desenvolvimento de um transtorno mental (Mrazek; Haggerty, 1994). Por outro lado, as intervenções preventivas seletivas são direcionadas à indivíduos ou subgrupos da população cujo risco (imminente ou vitalício) de desenvolver um transtorno mental é maior do que a média (Mrazek; Haggerty, 1994). Nesse caso, os riscos podem ser identificados com base nos fatores biológicos, psicológicos e/ou sociais associados ao início de um transtorno mental (Mrazek;

Haggerty, 1994). Por fim, as intervenções preventivas indicadas direcionam-se aos indivíduos de alto risco, que já apresentam sinais e sintomas de um transtorno mental, ou apresentam marcadores biológicos indicando uma predisposição genética, mas que, no momento atual, ainda não atendem os critérios diagnósticos do DSM-5 (Mrazek; Haggerty, 1994).

No contexto dos TAs, as primeiras intervenções preventivas desenvolvidas tiveram como foco a população de mulheres adolescentes e jovens adultas; pois, acreditava-se que elas apresentavam uma maior sintomatologia dessa psicopatologia (Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021). Estudos recentes têm demonstrado que intervenções preventivas devem ser desenvolvidas/adaptadas para inúmeras populações, levando em consideração suas particularidades, como, por exemplo, sexo, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual (Stice; Onipede; Marti, 2021). Essas intervenções precisam avaliar indicadores de eficácia e efetividade, delineando um processo gradual entre os estudos de eficácia para os de efetividade (Marchand *et al.*, 2011; Stice; Becker; Yokum, 2013).

No contexto das intervenções preventivas, os estudos de eficácia são delineados para avaliar se uma intervenção produz efeitos sobre condições ideais, na qual os facilitadores são bem treinados e supervisionados, assim como, as intervenções são realizadas em locais específicos (por exemplo, clínicas), com uma equipe adequada e os participantes geralmente são homogêneos (Marchand *et al.*, 2011; Stice; Becker; Yokum, 2013). Por outro lado, os estudos de efetividade avaliam se as intervenções produzem efeitos quando aplicadas por facilitadores endógenos, em condições reais, ambientes naturais e com amostras heterogêneas (Marchand *et al.*, 2011). É importante salientar que muitos estudos, em particular, os ensaios clínicos controlados randomizados, apresentam uma característica híbrida, incluindo elementos de eficácia e efetividade<sup>46</sup> (Marchand *et al.*, 2011).

Revisões sistemáticas e metanálises têm buscado compreender os efeitos encontrados nos estudos de eficácia e efetividade de uma série de intervenções destinadas a prevenção dos TAs (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008). Dentre os inúmeros resultados encontrados nesses estudos, é consenso entre os autores que os efeitos das intervenções podem variar em relação à população-alvo (universal, seletiva ou indicada). Por exemplo, intervenções universais apresentam maiores efeitos quando são empregados elementos de alfabetização midiática<sup>47</sup> (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le

---

<sup>46</sup> Devido a robustez teórica dessa discussão, sugere-se a leitura do trabalho de Marchand *et al.* (2011), que propõe um delineamento entre os estudos de eficácia e efetividade.

<sup>47</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Media Literacy*.

*et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008). Nas populações seletivas, maiores efeitos têm sido encontrados em programas baseados na dissonância cognitiva<sup>48</sup> (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008). Por fim, nas intervenções preventivas indicadas, a Terapia Cognitivo-Comportamental tem demonstrado os maiores efeitos (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008).

Ao observar os estudos incluídos nessas revisões sistemáticas e metanálises, apenas um foi direcionado especificamente para a população de homens cisgênero gays, a saber, o estudo de Brown e Keel (2015). O reduzido número de estudos pode ser reflexo do estigma social experienciado pela população LGBTQIAP+, que tem suas necessidades de saúde, muitas vezes, negligenciadas (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021b). Buscando realizar uma busca integrativa da literatura acerca das intervenções voltadas para saúde mental da população de minorias sexuais masculinas, observa-se que essas intervenções apresentam grande preocupação com a prevenção do HIV/Aids, assim como, com os problemas mentais/sociais associados à essa infecção sexualmente transmissível (IST), como, por exemplo, os sintomas depressivos, ansiedade, trauma e ideação suicida (Collins *et al.*, 2021; Operario *et al.*, 2022). Uma maior incidência e/ou prevalência de problemas de saúde mental tem contribuído para reduzidas taxas de aderência ao tratamento, aumento dos comportamentos de risco e baixo engajamento na prevenção do HIV/Aids (Collins *et al.*, 2021; Operario *et al.*, 2022).

Contudo, limitar as intervenções em saúde mental a apenas uma área pode ser um erro, visto que outros construtos podem comprometer a saúde de homens cisgênero gays/bissexuais, como é o caso dos distúrbios de imagem corporal, TAs e DM (Nagata; Ganson; Austin, 2020; Parker; Harriger, 2020; Schmidt *et al.*, 2022). Além disso, intervenções direcionadas a redução dessas psicopatologias poderiam gerar benefícios adicionais à prevenção e tratamento do HIV/Aids. Por exemplo, o investimento em relação à aparência associado à insatisfação corporal foi descrito como um fator de risco para a prática

---

<sup>48</sup> Adicionalmente, no caso das intervenções preventivas seletivas, maiores efeitos têm sido encontrados em programas interativos, com múltiplas sessões, número ideal de participantes, incluem sujeitos com risco elevado, bem como acontecem presencialmente (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008).

sexual sem o uso de preservativos em homens cisgênero gays/bissexuais (Gholizadeh *et al.*, 2018), inclusive em homens latino-americanos (Brady *et al.*, 2019). Estudo de Brennan, Craig e Thompson (2012), demonstrou que participantes com maior insatisfação corporal reportaram um número maior de diagnósticos para ISTs, que não o HIV/Aids.

Ao nosso conhecimento, a primeira intervenção destinada a prevenção dos distúrbios de imagem corporal e dos TAs em minorias sexuais masculinas foi o PRIDE *Body Project* (Brown; Keel, 2015). Essa intervenção foi adaptada do *Body Project*<sup>49</sup>, um programa preventivo com eficácia e efetividade comprovada na redução dos sintomas de TAs em mulheres (independente da orientação afetivo-sexual) (Stice *et al.*, 2000). O *Body Project* é uma intervenção interativa que tem como objetivo a redução da internalização da aparência ideal, principal mediador para o desenvolvimento de sinais e sintomas de TAs (Stice *et al.*, 2000). Em sua versão original, o *Body Project* apresenta quatro sessões, com duração de uma hora cada e um intervalo semanal entre elas. Durante e após as sessões, os participantes são estimulados a realizar uma série de atividades verbais, escritas e comportamentais, bem como realizar algumas tarefas em casa. Um resumo das atividades desenvolvidas no *Body Project* pode ser visualizado no Quadro 1.

As atividades realizadas no *Body Project* foram estruturadas com base na teoria da dissonância cognitiva, desenvolvida em 1957, por Leon Festinger. Essa teoria descreve que o conflito (relação dissonante) entre as cognições (conhecimentos, opiniões ou crenças) e comportamentos dos sujeitos cria um intenso desconforto psicológico, o que, por sua vez, motiva as pessoas a restaurar a consistência (consonância) (Festinger, 1957). Segundo Festinger (1957), todos os indivíduos possuem um sentimento de autoproteção interno que tenta manter a consonância entre esses aspectos. Ademais, quanto maior for a discrepância entre as cognições e os comportamentos maior será a magnitude da dissonância e, conseqüentemente, maior será a motivação do sujeito para reduzi-la (Cooper, 2007). Indivíduos alocados em grupos com alta magnitude de dissonância cognitiva apresentaram efeitos maiores na redução dos sinais e sintomas de TAs em comparação àqueles alocados em grupos de baixa magnitude<sup>50</sup> (Green *et al.*, 2005; McMillan; Stice; Rohde, 2011).

---

<sup>49</sup> Com o objetivo de implementar amplamente a intervenção, assim como, facilitar o treinamento de novos líderes, em 2012, O Dr. Eric Stice e a Dra. Carolyn Becker criaram o “*The Body Project Collaborative*”. Disponível em: <https://sticebodyprojectsupport.weebly.com/>.

<sup>50</sup> A dissonância cognitiva é uma teoria complexa, que tem sido utilizada em inúmeros cenários e não apenas na prevenção dos TAs; assim, para uma visão detalhada acerca da teoria da dissonância cognitiva, sugere-se os trabalhos de Festinger (1957) e Cooper (2007).

Quadro 1 – Descrição das sessões do programa *Body Project*

Sessão	Resumo das atividades
1	(a) Comprometimento voluntário; (b) Definição e origem da aparência ideal; (c) Custos associados à busca pela aparência ideal; e (e) Concluir explicando as tarefas para casa (escrever um e-mail/carta para uma pessoa mais jovem elencando os custos da aparência ideal, exposição ao espelho com levantamento de atributos positivos sobre sua imagem e preencher o <i>checklist</i> de perpetuação da aparência ideal).
2	(a) Reforçar o comprometimento voluntário; (b) Rever as atividades feitas em casa e discutir sobre elas; (c) Participar de uma dramatização desencorajando à busca pela “aparência ideal”; e (d) Concluir explicando as tarefas para casa (completar o formulário de desafio verbal, elencando exemplos de situações nas quais se sentiram pressionados a se adequar a aparência ideal e formas de desafiar essas pressões e escrever uma lista de dez formas de desafiar a aparência ideal dentro da sua comunidade – ativismo corporal).
3	(a) Reforçar o comprometimento voluntário; (b) Rever as atividades feitas em casa e discutir sobre elas; (c) Realizar uma dramatização de como evitar conversas pró-aparência ideal; e (d) Concluir explicando as tarefas para casa (desafio comportamental e escolher duas atividades da sua lista de ativismo corporal e realizar durante a semana).
4	(a) Reforçar o comprometimento voluntário; (b) Rever as atividades feitas em casa e discutir sobre elas; (c) Respostas as pressões futuras para modificar a aparência; (d) Selecionar um exercício para continuar desafiando a “aparência ideal”; e (e) encerramento.

Fonte: Adaptado de Stice *et al.* (2000).

Tradução: O autor (2024).

Tratando-se dos programas preventivos destinados aos distúrbios de imagem corporal e TAs, a teoria da dissonância cognitiva propõe que envolver-se em atividades (escritas, verbais e comportamentais) que confrontam a aparência ideal magra aumenta o desconforto psicológico experienciado pelos participantes, o que, por sua vez, promove a redução da internalização dos ideais de corpo e dos fatores de risco para o desenvolvimento dessa psicopatologia (Stice *et al.*, 2000).

Buscando compreender as possíveis alterações neurais ocasionadas pela participação no *Body Project*, Stice, Becker e Yokum (2013) desenvolveram um estudo com auxílio de uma ressonância magnética funcional. No estudo, os participantes foram aleatorizados em dois grupos, GI, que recebeu as sessões do programa e GC, que recebeu apenas um livro educacional. Ambos os grupos foram expostos a imagens de modelos, imagens de mulheres que apresentavam um ideal corporal magro e afirmativas pró-aparência ideal magra. A interação grupo *versus* tempo demonstrou que os participantes do GI demonstraram uma

redução significativa na ativação do sistema de recompensa do cérebro (região caudal) em comparação a um pequeno aumento observado no GC. O GI também demonstrou uma redução significativa da ativação do córtex cingulado anterior (principal responsável pela atenção humana) em comparação a um aumento significativo no GC. Esses dados demonstram que o *Body Project* altera a percepção aos estímulos do ideal de magreza, de modo que, após a conclusão da intervenção as jovens não percebem o ideal de magreza como um objetivo desejável, alocando uma menor atenção a esse ideal (Stice; Becker; Yokum, 2013).

No estudo de Brown e Keel (2015), participaram 87 homens cisgênero gays, com idade entre 18 e 30 anos ( $M = 21,48$ ,  $DP = 2,53$  anos), desde que não preenchessem os critérios diagnósticos para um dos TAs descritos no DSM-5 (APA, 2013). Entretanto, os participantes deveriam apresentar elevada insatisfação corporal, atingindo os critérios de estudos conduzidos com populações seletivas (Brown; Keel, 2015). Os interessados em participar completaram uma entrevista de elegibilidade pelo telefone. Essa entrevista incluiu questões referentes à identidade sexual, comportamentos sexuais e atração sexual ao longo do último ano, bem como incluiu um módulo de transtornos alimentares do *Structured Clinical Interview for Axis-I Disorders* (SCID-I) (First *et al.*, 1995). Ademais, os participantes também foram perguntados sobre o quanto eles estavam insatisfeitos com sua muscularidade, gordura corporal e com seu corpo como um todo. Aos participantes elegíveis foi enviado um link direcionando-os para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em contrapartida, aos participantes não-elegíveis foi enviado um link direcionando-os para uma lista com vários recursos disponíveis na comunidade (Brown; Keel, 2015).

Os participantes que concordaram em participar da pesquisa foram aleatorizados em GI ( $n = 47$ ) e GC ( $n = 40$ ). Posteriormente, eles completaram o protocolo de pesquisa, contendo um questionário sociodemográfico, informações sobre o envolvimento na comunidade LGBTQIAP+, assim como instrumentos destinados à avaliação da insatisfação com o peso e a forma corporal (*Body Shape Questionnaire* – BSQ; Cooper *et al.*, 1987), busca pela muscularidade (*Drive for Muscularity Scale* – DMS; McCreary; Sasse, 2000), internalização do corpo ideal (*Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3* - SATAQ-3; Thompson *et al.*, 2004), restrição dietética, sintomas bulímicos (EDE-Q; Fairburn; Beglin, 1994), auto objetificação e objetificação dos pares (*Self-Objectification Questionnaire* – SOQ; Fredrickson *et al.*, 1998). Com exceção do questionário sociodemográfico e das informações referentes ao envolvimento na comunidade LGBTQIAP+, todos os instrumentos

foram respondidos novamente por ambos os grupos (GI e GC), logo após a intervenção e após quatro semanas de *follow-up* (Brown; Keel, 2015).

Os participantes alocados no GI participaram de suas sessões, com duração de aproximadamente duas horas cada, com um intervalo semanal entre elas (Brown; Keel, 2015). Assim como no *Body Project*, as sessões incluíram exercícios escritos, verbais e comportamentais. Contudo, ênfase foi dada no ideal de aparência para homens cisgênero gays, que envolve um corpo musculoso e com pouca gordura corporal, visando dar maior visibilidade a musculatura, além de outros aspectos que poderiam emergir durante as sessões (Brown; Keel, 2015). Um resumo das atividades desenvolvidas na intervenção PRIDE *Body Project* por ser visualizado no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição das sessões do programa PRIDE *Body Project*

Sessão	Resumo das atividades
1	(a) Definir a aparência do corpo “ideal” dentro da comunidade gay; (b) Discutir a origem e perpetuação dessa “aparência ideal”; (c) Debater os custos associados a perseguição dessa “aparência ideal” (d) Participar de um desafio verbal contrariando as mensagens acerca da “aparência ideal” magra ou muscular; e (e) Concluir explicando 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 as atividades feitas em casa e discutir sobre elas; (b) Participar de uma dramatização para desencorajar a busca pelo “aparência ideal”; (c) Discutir maneiras de desafiar e/ou evitar declarações negativas sobre a aparência; (d) Criar maneiras de resistir às pressões para perseguir o “aparência ideal”, de maneira individual, ou em grupo dentro da comunidade gay (no projeto original essa atividade foi denominada “ativismo corporal”); (e) Discutir barreiras para implantação do “ativismo corporal” e maneiras de superá-las; e (f) Selecionar um exercício para continuar desafiando o “aparência ideal”.

Fonte: Adaptado de Brown e Keel (2015).

Tradução: O autor (2024).

Em relação a aceitação da intervenção, as taxas de retenção foram superiores a 86% em ambos os grupos. A escala de aceitação do programa incluiu quatro itens destinados a avaliação dos seguintes aspectos: (a) utilidade na promoção de uma imagem corporal positiva; (b) utilidade em melhorar a imagem corporal do próprio participante; (c) satisfação geral com o programa; e (d) probabilidade de recomendar o programa para um amigo (Brown; Keel, 2015). Esses itens foram respondidos em uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos (1 = extremamente inútil/extremamente insatisfeito/improvável a 7 = extremamente

útil/extremamente satisfeito/provável). Todos os itens apresentaram média  $\geq 5,77$ . Todos os participantes alocados no GI realizaram pelo menos uma tarefa para casa entre a 1ª e 2ª sessão, sendo que 83,9% dos participantes realizaram todas as tarefas.

Utilizando uma análise de modelos mistos com efeito quadrático do tempo, o estudo identificou reduções significantes, pós-intervenção e no *follow-up* de quatro semanas, para todas as variáveis incluídas (isto é, insatisfação com o peso e a forma, busca pela muscularidade, restrição dietética, sintomas bulímicos, auto objetificação e objetificação dos pares), exceto para a variável de internalização da aparência ideal, que não apresentou diferença significativa no *follow-up* de quatro semanas (Brown; Keel, 2015). Como mencionado anteriormente, os programas baseados na dissonância cognitiva, como é o caso do PRIDE *Body Project*, tem como foco a redução da internalização da aparência ideal, que por sua vez, pode mediar os efeitos da intervenção sobre os demais fatores de risco para o desenvolvimento dos TAs (Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021). Com o objetivo de confirmar essa relação, as autoras conduziram uma análise de mediação simples, identificando que a redução da internalização da aparência ideal mediou completamente o relacionamento entre o grupo (GI *versus* GC) e a variável de sintomas bulímicos (Brown; Keel, 2015).

O estudo de Brown e Keel (2015) foi inovador ao avaliar a eficácia de uma intervenção preventiva baseada na dissonância cognitiva para homens cisgênero gays com elevada insatisfação corporal. Entretanto, o estudo avaliou um período reduzido de *follow-up* (quatro semanas) em comparação com outras intervenções preventivas baseadas na dissonância cognitiva desenvolvidas com mulheres jovens, nas quais a magnitude dos resultados tem sido mantida por até quatro anos de *follow-up* (Stice *et al.*, 2020). Ao utilizar um *follow-up* mais longo é possível demonstrar que a intervenção promove mudanças que permanecem além do período de vigência do programa (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023). Ademais, um *follow-up* mais longo permite demonstrar que as mudanças induzidas pela intervenção nos fatores de risco contribuem para uma redução significativamente comparativa no período de início dos TAs (Stice; Onipede; Marti, 2021).

Embora homens cisgênero gays/bissexuais apresentem elevada sintomatologia de DM (Compte *et al.*, 2021; Nagata *et al.*, 2021), as autoras não incluíram os sintomas de DM como uma variável do estudo. Estudos com a população de homens americanos (independente da orientação afetivo-sexual) (Brown *et al.*, 2017) e brasileiros (heterossexuais) (Almeida *et al.*, 2021) demonstraram um efeito significativo de uma intervenção baseada na dissonância cognitiva (*Body Project: More than Muscles*) nos sintomas de DM, com a magnitude dos resultados sendo mantida por até seis meses de *follow-up* (Almeida *et al.*, 2021). Dessa forma,

torna-se necessário avaliar a eficácia de intervenções preventivas baseadas na dissonância cognitiva na redução dos sintomas de DM.

Brown e Keel (2015) não avaliaram a eficácia do PRIDE *Body Project* no aumento dos fatores de proteção para o desenvolvimento de sintomas de TAs e DM, como é o caso da apreciação corporal. Revisões sistemáticas têm destacado que essa é uma necessidade emergente em intervenções nesse formato (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Guest *et al.*, 2019). Em um estudo prévio com homens brasileiros heterossexuais a intervenção *Body Project: More than Muscles* demonstrou evidências de eficácia no aumento da apreciação corporal, com a magnitude dos resultados sendo mantida por até seis meses de *follow-up* (Almeida *et al.*, 2021).

As evidências empíricas sobre a eficácia e efetividade das intervenções preventivas baseadas na dissonância cognitiva, em especial, do PRIDE *Body Project*, na redução da internalização da aparência ideal, objetificação sexual, insatisfação corporal e sintomas de TAs, suscitam a sua avaliação em contextos culturais diversos, incluindo em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais. Comparado 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).

O caráter acolhedor e interativo do PRIDE *Body Project* pode favorecer a participação dos homens gays/bissexuais, visto que, ao buscar tratamento nos diversos níveis de atenção à saúde, muitas vezes, vivenciam experiências de preconceito, discriminação e estigmatização (Brooks *et al.*, 2018; Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019). Os processos de discriminação, estigmatização e patologização voltado às identidades de gênero e orientação afetivo-sexual dissidentes do padrão hetero-cis-normativo configuram-se como os principais determinantes dos agravos à saúde física e mental da população LGBTQIAP+ (Flentje *et al.*, 2022; Flentje *et al.*, 2020; Helminen *et al.*, 2023; Hoy-Ellis, 2023), incluindo sinais e sintomas de TAs (Convertino *et al.*, 2021a; 2021b) e DM (Oshana; Klimek; Blashill, 2020).

Estudo de revisão sistemática recente buscou investigar as intervenções preventivas desenvolvidas e/ou adaptadas para prevenção dos TAs em países da América Latina (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023). Eles destacaram que a maioria dos estudos incluiu apenas adolescentes do sexo feminino e mulheres jovens, sendo que alguns estudos utilizaram amostras mistas e apenas um focava em homens (heterossexuais) (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023). Nesse contexto, os autores destacaram que é de salutar importância o desenvolvimento e/ou adaptação de intervenções específicas para homens de minorias sexuais

e de gênero em países da América Latina, incluindo o Brasil (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023).

## 4 MÉTODO

Na presente seção estão descritos os procedimentos metodológicos empregados para atingir os objetivos estabelecidos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa caracteriza-se como um ensaio clínico controlado e randomizado, com desenho de intervenção paralelo, mascaramento aberto, com dois braços e seguimento prospectivo de 52 semanas (Moher *et al.*, 2010). Randomização simples, uma vez que, a comparação dos grupos aconteceu em um processo aleatório, caracterizado pela imprevisibilidade (Moher *et al.*, 2010). Desenho paralelo e com dois braços devido à alocação dos participantes em dois grupos (GI e GC). Desse modo, todas as diretrizes do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT; ANEXO A) foram seguidas (Moher *et al.*, 2010).

### 4.2 AMOSTRA

Com o objetivo de verificar efeitos estatisticamente significantes da intervenção foi realizado cálculo amostral, por meio do website <[www.intxpower.com](http://www.intxpower.com)>. Seguindo as recomendações de Sommet *et al.* (2023), foi empregado um design fatorial misto com interação reversa e teste de hipótese unilateral. Os critérios utilizados foram: a)  $\alpha$  igual a 0,05; b) poder de 80%; e c) tamanho de efeito de 0,45 ( $d$  de Cohen mais baixo encontrado no estudo de Brown e Keel [2015] para variável de objetificação dos pares, resultante da comparação entre GI e GC). As análises sugeriram a necessidade de no mínimo 61 participantes por grupo.

Entretanto, ensaios clínicos controlados e randomizados apresentam uma reduzida taxa de retenção entre as etapas iniciais de recrutamento e seleção e à randomização dos participantes nos respectivos grupos (Teague *et al.*, 2018). Por exemplo, o estudo de Brown e Keel (2015) com minorias sexuais masculinas apresentou uma perda amostral na ordem de 34,58%. De fato, um estudo de revisão sistemática com metanálise demonstrou que a retenção média em estudos nesse formato se aproxima de 73,5% (Teague *et al.*, 2018). Desse modo, considerando uma perda de aproximadamente 20%, nós convidamos um maior número de homens para participar do presente estudo.

#### 4.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos homens do sexo masculino, auto identificados como cisgênero, gays ou bissexuais, que após a explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como leitura do TCLE (APÊNDICE A) optaram pela participação voluntária no estudo. Ademais, foram incluídos participantes de qualquer cor, raça ou etnia, maiores de 18 anos e até o limite de 30 anos de idade, vide a proposta original do projeto desenvolvida por Brown e Keel (2015).

Com o objetivo de atingir populações seletivas, foram incluídos apenas homens com moderada ou elevada insatisfação corporal (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Watson *et al.*, 2016). Para atingir esse critério, junto ao questionário sociodemográfico, os participantes responderam a três perguntas de autorrelato, utilizando uma escala do tipo *Likert* que varia de 1 (nada insatisfeito) a 10 (muito insatisfeito), em relação ao quanto estavam insatisfeitos com seu corpo como um todo, sua muscularidade e gordura corporal (APÊNDICE B). Adotando uma estratégia semelhante, já empregada em outros estudos com populações seletivas, foram incluídos apenas aqueles que preencheram escores iguais ou superiores a seis em qualquer uma das perguntas (Almeida *et al.*, 2021; Almeida *et al.*, 2024a; Brown; Keel, 2015; Brown *et al.*, 2017).

#### 4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os participantes que autorrelataram já ter recebido um diagnóstico para transtorno mental comum, alimentar e/ou dismórfico corporal. Estudo de revisão sistemática com metanálise destacou que participantes com essas psicopatologias tendem a não participar de maneira adequada das sessões (Stice *et al.*, 2019). Nesse caso, segundo os mesmos autores, os participantes devem ser incentivados a buscar tratamento especializado<sup>51</sup>. Foram excluídos ainda, os participantes que por ventura solicitaram o encerramento de sua participação, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida, e ainda aqueles que solicitaram expressamente a não utilização de seus dados.

---

<sup>51</sup> Na presente pesquisa, os participantes que autorrelataram já ter recebido um diagnóstico para algum transtorno mental, alimentar e/ou dismórfico corporal foram encaminhados para atendimento em centros de referência em saúde mental do Sistema Único de Saúde da cidade de Governador Valadares, Minas Gerais. Importa destacar que, na cidade de Governador Valadares, não existem centros especializados em transtorno alimentar e dismórfico corporal.

### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, com o número de registro 44553021.8.0000.5147 e parecer de aprovação número 4.690.224, de 04/05/2021 (ANEXO B). Destaca-se que todos os procedimentos seguiram os princípios especificados na Declaração de Helsinki e na 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 (ReBEC), sob o identificador RBR-62fctqz (ANEXO C).

Os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como seu caráter voluntário, dando assim, a anuência em participar de maneira voluntária<sup>52</sup>. Como sugerido na Declaração de Helsinki, mediante os resultados positivos, após o encerramento do *follow-up* de 52 semanas, todos os participantes do GC foram convidados a participar das sessões do programa por meio de mensagens enviadas pelos aplicativos WhatsApp<sup>®53</sup> e Instagram<sup>®54</sup>.

### 4.4 PROCEDIMENTOS

No presente tópico estão descritos os procedimentos adotados para realizar a adaptação transcultural, análise de equivalências, treinamento dos líderes de pares, bem como divulgação e implementação do programa de intervenção PRIDE *Body Project*.

#### 4.4.1 Procedimentos para adaptação transcultural e análise de equivalências

Inicialmente, seguindo as sugestões de Beaton *et al.* (2000), a professora Tiffany A. Brown, autora original do PRIDE *Body Project*, foi contatada e autorizou a adaptação do programa para população brasileira, bem como se dispôs a fornecer todo suporte necessário (ANEXO D). Posteriormente, o protocolo de intervenção foi enviado para uma tradutora, bilíngue, nativa americana, com mais de cinco anos de experiência em processos de adaptação

<sup>52</sup> Além de um pressuposto ético, no caso do GI, a participação de maneira voluntária pode potencializar os efeitos das intervenções baseadas na dissonância cognitiva (Stice *et al.*, 2019).

<sup>53</sup> O WhatsApp<sup>®</sup> é um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para *smartphones*.

<sup>54</sup> O Instagram<sup>®</sup> é uma rede social on-line de compartilhamento de fotos e vídeos entre seus usuários.

transcultural. Desse modo, ela realizou a tradução do protocolo da língua inglesa (EUA) para língua portuguesa (Brasil). Seguindo as sugestões de Menezes e Murta (2018), algumas precauções foram adotadas pela tradutora: a) a tradução privilegiou aspectos conceituais em detrimento aos literais, ou seja, não foram realizadas traduções de palavra por palavra, mas sim de enunciados mais amplos; b) as traduções foram realizadas de modo a trazer maior simplicidade, clareza e concisão, evitando ambiguidades; c) a tradução foi realizada com foco em pessoas comuns e não em profissionais especializados em determinada área de conhecimento; d) a tradução evitou o uso de jargões e/ou termos técnicos; e e) a tradução levou em consideração questões de aplicabilidade de gênero, idade e outras características sociodemográficas, evitando-se termos ofensivos.

Logo após, as duas versões, original e traduzida foram apresentadas a um comitê com nove especialistas, sendo dois especialistas em intervenções preventivas, dois especialistas em TAs, dois especialistas em DM, dois membros da equipe de pesquisa e um linguista, responsável pela tradução inicial do instrumento. Os especialistas avaliaram as equivalências semântica, cultural, idiomática e operacional do protocolo, assim como apresentaram comentários específicos em relação as suas percepções (Herdman; Fox-Rushby; Badia, 1998). O título original do programa “PRIDE *Body Project*” foi traduzido para “O Projeto Corpo PRIDE”. Contudo, os especialistas foram uníssonos ao destacar que o título da intervenção deveria ser alterado para “PRIDE O Corpo em Questão”, buscando a padronização com outras intervenções nacionais, especialmente, aquelas baseadas na metodologia do *Body Project* (Almeida *et al.*, 2021; Amaral; Stice; Ferreira, 2019). Ademais, o comitê de especialistas sugeriu modificações mínimas, principalmente em relação à semântica de determinadas palavras. Não obstante, as imagens utilizadas no protocolo original foram mantidas na versão brasileira, pois constituem imagens gerais, que apresentam as modificações do corpo masculino, cisgênero, gay e bissexual ao longo do tempo.

Por fim, visando identificar a adequação do protocolo à população de homens brasileiros adultos cisgênero gays/bissexuais, um grupo focal foi conduzido com cinco membros da população-alvo ( $M_{idade} = 26,75$ ,  $DP = 3,59$ ). Eles se autoidentificaram como homens cisgênero gays ( $n = 4$ , 80%) e bissexuais ( $n = 1$ , 20%). Em relação à cor/raça, eles se autodeclararam como Branco ( $n = 2$ , 40%), Preto ( $n = 2$ , 40%) e Pardo ( $n = 1$ , 20%). O Índice de Massa Corporal (IMC) do grupo variou de 19,28 a 26,26 kg/m<sup>2</sup> ( $M = 22,63$ ,  $DP = 2,93$ ). Os participantes destacaram que o protocolo não apresentou itens ofensivos ou com duplo sentido, sobretudo em relação às especificidades de sexo, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual. Assim como os especialistas, eles sugeriram modificações mínimas em relação

à semântica de algumas palavras, bem como sugeriram a manutenção das imagens originais do programa. Desse modo, obteve-se a versão traduzida e adaptada para população brasileira do protocolo de intervenção “PRIDE O Corpo em Questão”.

#### 4.4.2 Procedimentos para treinamento dos líderes de pares

O treinamento para condução das sessões do programa aconteceu em um formato interativo, síncrono e *on-line*, por meio do *Google Meet*<sup>®</sup> - plataforma de videoconferências. O treinamento teve uma duração total de 10 horas<sup>55</sup>, divididas em dois encontros com duração de 5 horas cada. Assim, após estudarem a versão final do protocolo de intervenção adaptado para língua portuguesa (Brasil), os líderes de pares foram treinados por professores com experiência prévia na metodologia do *Body Project*, a saber, Maurício Almeida e Pedro Henrique Berbert de Carvalho. Destaca-se que os professores foram treinados pela idealizadora original do programa PRIDE *Body Project*, a professora Tiffany A. Brown.

No primeiro e segundo dia, foi realizado o treinamento para a 1ª e a 2ª sessão do programa, respectivamente. Seguindo uma proposta prévia (Almeida, 2020), o treinamento apresentou a seguinte sequência organizacional: (1º) visão geral da sessão; (2º) condução do grupo pelos líderes de pares; (3º) ponderações em relação à postura dos líderes e aderência ao manual; e (4º) momento para dúvidas/sugestões. Participaram do treinamento quatro estudantes ( $M_{idade} = 29,75$ ,  $DP = 7,41$ ) da UFJF *campus* Governador Valadares. Desses, três se autoindetificaram como homem cisgênero gay (75%), enquanto um deles se identificou como homem cisgênero e heterossexual (25%). Em relação à cor/raça eles se autodeclararam como Branco ( $n = 2$ , 50%), Preto ( $n = 1$ , 25%) e Pardo ( $n = 1$ , 25%). O IMC do grupo variou de 19,88 a 25,53 Kg/m<sup>2</sup> ( $M = 22,39$ ,  $DP = 2,37$ ).

Inicialmente, os professores Maurício Almeida e Pedro Henrique Berbert de Carvalho deram explanações gerais sobre as atividades do programa e maneiras de abordá-las para estimular uma maior dissonância cognitiva. Em posse dessas informações e direcionamentos, os líderes de pares conduziram as sessões do programa sem interrupções, simulando um cenário real. Salienta-se que, idealmente, no protocolo original do PRIDE *Body Project* as

---

<sup>55</sup> Revisão sistemática com metanálise destacou que o número de horas de treinamento pode ser considerado um dos principais moderadores para os efeitos das intervenções baseadas na dissonância cognitiva, de modo que um treinamento superior a seis horas deve ser adotado (Stice *et al.*, 2019).

sessões sejam conduzidas por dois líderes de pares, um líder imediato e um não imediato<sup>56</sup>. Assim, visando atingir esse critério os líderes conduziram as sessões em dupla, em formato de revezamento, no qual cada dupla era responsável por uma atividade e/ou processo interativo dentro da sessão. Ao final, os professores Maurício Almeida e Pedro Henrique Berbert de Carvalho pontuaram aspectos relevantes para melhor condução das sessões e aderência ao protocolo de intervenção. Por fim, os líderes do grupo tiraram dúvidas existentes em relação ao protocolo e/ou às interações, bem como sobre os desafios vivenciados durante a sessão.

As principais dúvidas e/ou sugestões que surgiram durante o treinamento foram: a) em relação às sessões como um todo, destaque foi dado a entonação, expressão corporal e facial ao conduzir as sessões, visto que o ambiente tem que ser convidativo aos participantes; b) deve-se sempre estimular a participação de todos os membros do grupo, inclusive daqueles mais tímidos, criando um ambiente em que todos se sintam motivados a interagir; c) em relação ao comprometimento voluntário, uma resposta mais enfática e convincente deve ser modelada pelos líderes; d) ao dar exemplos ao longo das atividades do programa, os líderes de pares precisam escolher, sempre, os mais desafiadores; e) 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; f) ao final da explicação dos exercícios para casa é muito importante destacar para os participantes que eles são realmente desafiadores, mas que por uma experiência prévia é muito importante a realização de cada um deles; g) após cada participante ler a sua carta/e-mail, o líder imediato deve fazer uma síntese dos principais elementos incluídos na carta/e-mail, valorizando o esforço dos participantes; h) os líderes devem filmar a leitura da sua própria carta, de modo que depois perguntem aos participantes se querem ser filmados, usando o próprio celular; i) nas dramatizações, utilizar afirmações que os participantes façam pró-aparência ideal, mostrando que esses comportamentos são mais comuns do que imaginamos; e j) os líderes de pares devem atentar-se ao tempo destinado a cada atividade dentro das sessões, buscando passar por todas as atividades com detalhes suficientes.

---

<sup>56</sup> Líderes imediatos (do original: *on-point leaders*) são responsáveis por liderar a discussão durante aquela sessão. Líderes de grupo não imediatos (do original: *not on-point leaders*) são responsáveis por dar assistência quando necessário durante toda a sessão, mantendo o controle das dinâmicas de grupo e fazendo perguntas investigatórias quando necessário. Revisão sistemática com metanálise destacou que intervenções conduzidas com dois ou mais líderes de pares devem ser adotadas, potencializando os efeitos das intervenções baseadas na dissonância cognitiva (Stice *et al.*, 2019).

#### 4.4.3 Procedimentos para divulgação e implementação do programa

Logo após as etapas anteriores, a pesquisa foi divulgada em locais específicos da cidade de Governador Valadares, Minas Gerais. Em relação às instituições de ensino superior, os coordenadores de curso da UFJF *campus* Governador Valadares foram procurados e autorizaram a divulgação da pesquisa nos seus respectivos cursos. Além disso, a UFJF divulgou uma matéria informativa sobre a pesquisa, visando atrair potenciais participantes, bem como dar pleno conhecimento do projeto à comunidade acadêmica<sup>57</sup>. Não obstante, os diretores da unidade de Governador Valadares da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), Escola Técnica José Rodrigues da Silva, Faculdade Pitágoras, Centro Universitário de Patos (UNIFIP) e Centro Universitário Internacional (UNINTER) também autorizaram a divulgação da pesquisa em suas respectivas instituições. No âmbito dos setores público e privado, a pesquisa foi divulgada em locais estratégicos da cidade de Governador Valadares, incluindo: Ative Contact Center, AeC Contact Center, Boate Sambahy, Hospital UNIMED, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Como sugerido pela professora Tiffany A. Brown, para a adaptação da intervenção é necessário a parceria com organizações regionais voltadas à comunidade LGBTQIAP+. Desse modo, os pesquisadores estabeleceram parceria com a Associação Atlética União, Igualdade e Força<sup>58</sup> (ANEXO E) e com a Comissão de Diversidade Sexual e Gênero da 43ª Subseção da Ordem dos Advogados do Brasil<sup>59</sup> (ANEXO F). A colaboração com essas instituições envolveu a divulgação da pesquisa em redes sociais, em eventos *on-line* e presenciais, assim como o incentivo aos membros das organizações a participarem e se engajarem com as atividades da pesquisa. Nesse contexto, os pesquisadores divulgaram a pesquisa nos seguintes eventos: primeira e segunda roda reflexiva sobre masculinidades (2022), concurso noite das

---

<sup>57</sup> Link de acesso à matéria informativa: <https://www2.ufjf.br/noticias/2022/05/17/projeto-abre-inscricoes-para-rodas-de-conversa-sobre-insatisfacao-corporal-em-homens-gays-e-bissexuais/>

<sup>58</sup> A Associação Atlética União, Igualdade e Força é uma instituição sem fins lucrativos, que luta pelas causas de pessoas LGBTQIAP+, bem como busca promover ações que garantam a cidadania e os direitos humanos dessa população, contribuindo para a construção de uma sociedade democrática, na qual nenhuma pessoa seja submetida a quaisquer formas de discriminação, coerção, violência, em razão de sua orientação sexual e identidade de gênero.

<sup>59</sup> A Comissão de Diversidade Sexual e Gênero da 43ª Subseção da Ordem dos Advogados do Brasil tem caráter pedagógico e consultivo, visto que os membros da comissão são especialistas na temática do direito das pessoas LGBTQIAP+. Ademais, apresenta uma função social, auxiliando os poderes públicos na promoção de ações afirmativas, políticas públicas e eventos associados à população LGBTQIAP+.

estrelas (2022), terceira e quarta edição do piquenique cultural (2022) e circuito pela diversidade (2022).

Além das estratégias adotadas acima, uma conta nas seguintes redes sociais foi criada: Instagram® (@pridebodyufjfgv<sup>60</sup>), Twitter®<sup>61</sup> (@pridebodyufjfgv<sup>62</sup>), LinkedIn®<sup>63</sup> (Pride Body<sup>64</sup>). Ressalta-se que para além da divulgação da pesquisa, essas contas foram utilizadas para disseminação de informações relacionadas à saúde mental na população LGBTQIAP+<sup>65</sup>. Além disso, visando aumentar a visibilidade da pesquisa e atrair potenciais participantes, diversos digitais *influencers* e ativistas da cidade de Governador Valadares foram contatados, os quais divulgaram a pesquisa em suas redes sociais, incluindo: Luciano de Moraes, Bianka Gomes (*Im Memoriam*), Pedro Hiago, Raul Santa Barbara e Marcos José.

Nas instituições e eventos supracitados, visando dar ampla divulgação a pesquisa, foram afixados cartazes (ANEXO G, H, I e J), assim como distribuídos *folders* (ANEXO K). Em especial, o *folder* solicitava o preenchimento de algumas informações, como: nome, telefone de contato, endereço de e-mail, endereço do Instagram® e a disponibilidade de dias e horários para participar, de acordo com as opções sugeridas. Após o preenchimento pelos interessados, os *folders* eram recolhidos e as informações fornecidas eram utilizadas para convidar os participantes<sup>66</sup> a responderem os instrumentos da pesquisa (*baseline*). Atendendo ao cronograma da pesquisa, a divulgação ocorreu de março a agosto de 2022. Desse modo, após responderem aos instrumentos da pesquisa no momento *baseline*, os participantes elegíveis eram randomizados por meio do website *Research Randomizer*<sup>67</sup> (endereço eletrônico: <[www.randomizer.org](http://www.randomizer.org)>). Importa ressaltar que os instrumentos da pesquisa foram aleatorizados para controlar possíveis efeitos de ordem.

O protocolo original do PRIDE *Body Project* (Brown; Keel, 2015) e estudos de revisão sistemática têm sugerido que efeitos maiores são produzidos em programas

---

<sup>60</sup> Link de acesso ao perfil do Instagram®: <<https://www.instagram.com/pridebodyufjfgv/>>.

<sup>61</sup> O Twitter® é uma rede social e um serviço de micro blog, que permite aos usuários enviar e receber atualizações pessoais de outros contatos por *softwares* específicos de gerenciamento.

<sup>62</sup> Link de acesso ao perfil do Twitter®: <<https://twitter.com/pridebodyufjfgv>>.

<sup>63</sup> O LinkedIn® é uma rede social que tem como foco os relacionamentos profissionais, podendo ser utilizada para encontrar oportunidades de trabalho, anunciar vagas, fazer parcerias e networking.

<sup>64</sup> Link de acesso ao perfil do LinkedIn®: <<https://www.linkedin.com/in/pride-body-753643222/>>.

<sup>65</sup> Durante as sessões do programa muitos participantes destacaram que suas ações de ativismo corporal seriam desenvolvidas utilizando-se as redes sociais, de modo que eles eram incentivados a marcarem em suas publicações os perfis destinados a pesquisa.

<sup>66</sup> O contato com os participantes foi realizado pelo aplicativo WhatsApp® e pela rede social Instagram®.

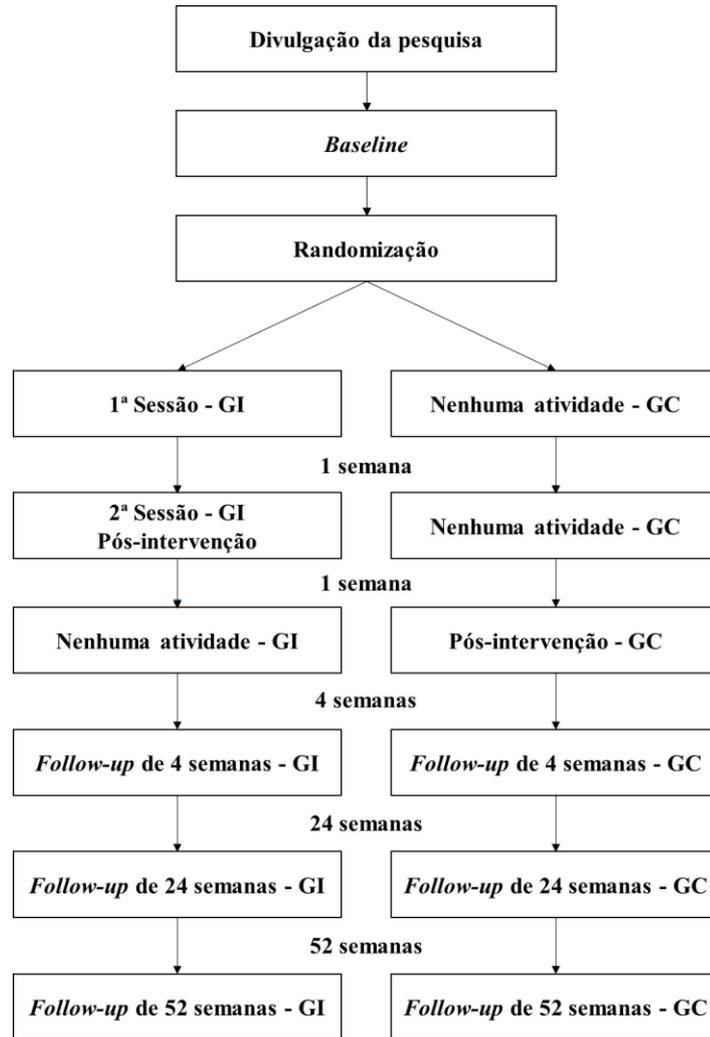
<sup>67</sup> O *Research Randomizer* é um site gratuito para pesquisadores e estudantes que precisam de uma maneira rápida de gerar números aleatórios ou atribuir participantes a condições experimentais.

interativos, com um número maior de participantes (Guest *et al.*, 2019; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Watson *et al.*, 2016). Assim, os grupos do programa foram desenvolvidos com no mínimo quatro e no máximo dez participantes, o que oportunizou o adequado compartilhamento de experiências e atender o tempo destinado para cada atividade do protocolo. Os grupos foram agendados na confluência de horários previamente apresentados nos *folders* de divulgação. Desse modo, logo após a randomização os participantes foram contatados para informar o dia e horário da primeira sessão do programa, os quais confirmavam ou não a sua participação. Os homens que não pudessem participar no dia e horário disponibilizado ou que faltaram a primeira sessão do programa eram reagendados para novos grupos.

Devido aos problemas de infraestrutura da UFJF/GV, além dessa instituição, as sessões do programa foram realizadas em outros locais, disponibilizados por meio de parcerias realizadas pelos pesquisadores, incluindo: Faculdade Pitágoras, Escola Técnica José Rodrigues da Silva, Centro Universitário Internacional (UNINTER), Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) e Defensoria Pública da União. Assim, diante do agendamento dos locais, os participantes eram informados por meio do WhatsApp® e Instagram®. A primeira e segunda sessão teve uma duração de aproximadamente duas horas cada e aconteceram em um intervalo de uma semana entre elas. Foi organizado um total de nove grupos, de modo que os integrantes dos grupos sempre se mantiveram os mesmos na primeira e segunda sessão do programa.

Os participantes alocados no GI, ao finalizar a 2ª sessão do programa respondiam novamente o protocolo de pesquisa, assim como a escala de aceitação do programa (ANEXO L). Posteriormente, respondiam novamente o protocolo de pesquisa em um *follow-up* de quatro, 24 e 52 semanas. Com exceção da escala de aceitação do programa, o mesmo processo era seguido para o GC. Para maior entendimento dos procedimentos realizados, o protocolo experimental da pesquisa pode ser visualizado na Figura 9.

Figura 9 – Protocolo experimental da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

#### 4.5 INTERVENÇÃO

O PRIDE O Corpo em Questão é uma intervenção composta por duas sessões, com duração de aproximadamente duas horas cada. Durante as sessões os participantes realizaram uma série de atividades verbais, escritas e comportamentais (Brown; Keel, 2015). Seguindo as sugestões do protocolo original do programa (Brown; Keel, 2015), quando os participantes faltavam a 1ª sessão eles eram direcionados a um novo grupo. Já aqueles que faltaram a 2ª sessão foram convidados a participar de uma sessão individual, no qual compartilhavam as tarefas realizadas em casa, bem como vivenciavam as demais atividades do programa. Um resumo das atividades realizadas em cada sessão pode ser visualizado no Quadro 3. Além das

atividades realizadas durante as sessões, os participantes foram incentivados a realizar algumas “tarefas para casa”<sup>68</sup>.

Os líderes do programa contam com um “Guia do Facilitador”<sup>69</sup> (APÊNDICE C), que direciona o andamento das sessões em relação ao conteúdo, dinâmica do grupo, tempo de realização para cada atividade, assim como a função de cada líder, imediato e não imediato. Ao iniciar o programa os participantes recebem um “Caderno de Atividades”<sup>70</sup> (APÊNDICE D). Esse caderno inclui uma série de atividades para o preenchimento individual, que devem ser realizadas ao longo das sessões, bem como no intervalo entre a 1ª e 2ª sessão (isto é, as “tarefas para casa”).

Quadro 3 – Descrição das sessões do programa PRIDE *Body Project*<sup>71</sup>

Sessão	Resumo das atividades
1	(a) Definir a aparência do corpo “ideal” dentro da comunidade gay; (b) Discutir a origem e perpetuação dessa “aparência ideal”, incluindo a visualização de imagens que ilustram como a aparência ideal para homens gays mudou ao longo do tempo (APÊNDICE E); (c) Debater os custos associados a perseguição dessa “aparência ideal”; (d) Participar de um desafio verbal contrariando as mensagens acerca da “aparência ideal” magra ou muscular; (e) Participar de um desafio contrariando conversar negativas sobre o corpo; e (e) Concluir explicando as atividades para casa (dois desafios comportamentais, exposição ao espelho com levantamento de atributos positivos sobre sua imagem e escrever um e-mail para um jovem do ensino médio).
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) Discutir maneiras de desafiar e/ou evitar conversas negativas sobre a aparência; (d) Criar maneiras de resistir às pressões para perseguir a “aparência ideal”, de maneira individual, ou em grupo dentro da comunidade gay (no projeto original essa atividade foi denominada “ativismo corporal”); (e) Discutir barreiras para implantação do “ativismo corporal” e maneiras de superá-las; e (f) Selecionar um exercício para continuar desafiando a “aparência ideal”.

Fonte: Adaptado de Brown e Keel (2015).

Tradução: O autor (2024).

O GI foi submetido às duas sessões do programa, e o GC foi caracterizado como passivo<sup>72</sup> (Moher *et al.*, 2010) e não realizou nenhuma atividade, apenas respondeu o

<sup>68</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Home exercises*.

<sup>69</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Facilitator guide*.

<sup>70</sup> Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Workbook*.

<sup>71</sup> O presente quadro foi duplicado para contribuir com a fluidez da leitura, facilitando a compreensão e a conexão entre as diferentes seções do trabalho.

protocolo de coleta de dados, seguindo a estrutura do protocolo original do programa (Brown; Keel, 2015). Em consonância com estudos prévios (Almeida *et al.*, 2021; Brown; Keel, 2015), um instrumento com quatro questões de autorrelato foi utilizado para avaliar a aderência e aceitação dos participantes em relação a intervenção proposta (ANEXO L). Destaca-se que o instrumento apresentou adequada consistência interna ( $\hat{\omega}$  de McDonald [ $\omega$ ] = 0,81 [95% IC = 0,76-0,85]).

Com base no estudo de Brown e Keel (2015), foram utilizados um instrumento para avaliação da aderência ao protocolo do *PRIDE Body Project* (APÊNDICE F) e também a competência dos líderes para condução das sessões (APÊNDICE G). Como sugerido no estudo de Brown e Keel (2015), quatro gravações de áudio foram aleatoriamente selecionadas para avaliar a aderência às sessões e a competência dos líderes, isto é, um grupo para cada um dos quatro líderes. As avaliações foram realizadas por Maurício Almeida e Pedro Henrique Berbert de Carvalho.

#### 4.6 INSTRUMENTOS

Nesta seção serão descritos os instrumentos utilizados. Ressalta-se que as escalas de medidas utilizadas, embora traduzidas para português (Brasil), não apresentavam indicadores psicométricos de validade e confiabilidade para a população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais. Desse modo, concomitantemente ao presente trabalho, uma série de estudos psicométricos foi desenvolvida buscando estabelecer indicadores de validade e confiabilidade para essas escalas<sup>73</sup>.

##### 4.6.1 Questionário sociodemográfico

Para descrever a amostra, um questionário sociodemográfico foi utilizado (APÊNDICE B). Ele apresentou questões relacionadas ao nome, e-mail e número de telefone celular, facilitando o contato posterior para as coletas de *follow-up*. Investigou a massa corporal (em quilogramas [kg]) e a estatura (em metros [m]) para cálculo do IMC – massa

---

<sup>72</sup> Estudos têm se referido a esse formato de GC passivo como “*assessment-only control group*” (Almeida *et al.*, 2021; Brown; Keel, 2015).

<sup>73</sup> Particularmente, o autor da presente tese ficou responsável pela construção e submissão dos estudos de validação da *Body Appreciation Scale - 2* (BAS-2; Almeida *et al.*, 2022), do fator latente de internalização da aparência ideal do *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised* (SATAQ-4R; Almeida *et al.*, 2023) e da *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale* (SOBBS; Almeida *et al.*, 2024b; *ahead of print*).

corporal dividida pela estatura ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (OMS, 1995). Estudos têm evidenciado que métodos indiretos, como o autorrelato da massa corporal e estatura têm apresentado adequada confiabilidade<sup>74</sup>, bem como apresentam comparabilidade com métodos de avaliação direta, por meio de balança digital e estadiômetro (Coqueiro *et al.*, 2009; Da Fonseca *et al.*, 2004; Peixoto; Benício; Jardim, 2006).

Posteriormente, investigaram-se questões relativas à cor/raça, levando em consideração os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), no qual o indivíduo pode se autoidentificar como Branco, Preto, Pardo, Amarelo ou Indígena. Os participantes foram incentivados também, a responder perguntas em relação ao seu sexo de nascimento, identidade de gênero e orientação afetivo-sexual.

Compreendendo que jovens universitários apresentam maiores fatores de risco para os distúrbios de imagem corporal, em especial, aqueles matriculados nos cursos de ciências da saúde (Souza; Alvarenga, 2016), os participantes foram perguntados se eram estudantes universitários, qual curso realizavam, qual período se encontravam e em qual instituição de ensino superior. Foram perguntados se possuíam alguma preocupação com a imagem corporal, especialmente em relação à musculatura, gordura corporal, altura, cabelo e/ou tamanho do pênis. Ainda, responderam se já haviam sido diagnosticados com um transtorno mental, alimentar e/ou dismórfico corporal.

Em relação ao estado civil, responderam se eram solteiros, casados, viúvos, divorciados ou em outro estado civil. Aqueles que destacaram estar em um relacionamento, foram incentivados, ainda, a responder o sexo da pessoa com a qual se relaciona, dentre as opções homem, mulher, homem transgênero (mulher para homem), mulher transgênero (homem para mulher).

Como mencionado anteriormente, visando identificar populações seletivas, três perguntas específicas foram inseridas com o objetivo de avaliar o quanto os participantes estavam insatisfeitos com o seu corpo como um todo, com a gordura corporal e com a musculatura. Destaca-se que essa estratégia tem sido utilizada em uma série de estudos nacionais e internacionais (Almeida *et al.*, 2021; Brown *et al.*, 2017; Brown; Keel, 2015).

---

<sup>74</sup>Segundo Coqueiro *et al.* (2009) vários fatores podem interferir na confiabilidade dos valores de medida da massa corporal e estatura autorreferidas, destacando-se para adultos, as seguintes características: sexo feminino, à obesidade, à idade mais avançada, ao baixo nível socioeconômico e à baixa escolaridade. Ressalta-se que em sua maioria, a presente amostra não compreende esses critérios, o que favorece a confiabilidade dos dados autorrelatados.

#### 4.6.2 Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Com o objetivo de avaliar a classe socioeconômica dos participantes incluídos no presente estudo, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2022). Para facilitar a aplicação, bem como as respostas dos participantes, o CCEB foi apresentado junto ao questionário sociodemográfico (APÊNDICE B).

O instrumento inclui perguntas referentes à disponibilidade de bens e serviços, como: quantidade de banheiros, automóveis, motocicletas, microcomputador, lava louças, lava roupas, secadora de roupas, geladeira, freezer, DVD, micro-ondas e empregados domésticos. Inclui também, perguntas referentes ao grau de instrução do chefe de família, bem como ao acesso a serviços públicos, como o fornecimento de água e pavimentação urbana (ABEP, 2022). Para cada pergunta é atribuída uma pontuação, de modo que o instrumento pode variar de zero a 100 pontos (ABEP, 2022). Em posse do somatório de todos os itens os participantes podem ser classificados em seis diferentes classes econômicas, a saber, A (45-100 pontos), B1 (38-44 pontos), B2 (29-37 pontos), C1 (23-28 pontos), C2 (17-22 pontos), D e E (0-16 pontos). É importante salientar, que segundo a ABEP (2022), o termo “classes sociais” é pretérito e deve ser substituído por “classes econômicas”.

#### 4.6.3 Internalização da aparência ideal

A versão para homens (independente da orientação afetivo-sexual) do *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised* (SATAQ-4R) é um instrumento de autorrelato, composto por 28 itens, respondidos em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente) (Schaefer *et al.*, 2017). Os itens são destinados a avaliação da internalização da aparência ideal, bem como das pressões sociais relacionadas à aquisição dessa aparência ideal (Schaefer *et al.*, 2017). O escore total é calculado com base na média dos itens que compõem cada subescala e pode variar de 1 a 5. Dessa forma, quanto maior a pontuação maior é a influência sociocultural na imagem corporal do indivíduo. Destaca-se que os itens 9, 10 e 14 apresentam uma pontuação reversa. Os itens da presente escala se organizam em sete subescalas: a) Internalização - Magreza/Baixa gordura corporal; b) Internalização - Muscular; c) Internalização - Atratividade Geral; d) Pressões - Família; e) Pressões - Pares; f) Pressões - Mídia; e g) Pressões - Outras Pessoas Importantes (Schaefer *et al.*, 2017).

O SATAQ-4R foi traduzido e adaptado para população de mulheres universitárias brasileiras, apresentando adequada validade fatorial (análise fatorial exploratória e confirmatória) e convergente, assim como adequada consistência interna (Claumann, 2019). A junção entre as subescalas de Internalização - Magreza/Baixa gordura corporal (Itens 3 e 6), Internalização - Muscular (Itens 1, 4, 8 e 15) e Internalização - Atratividade Geral (Itens 9 e 14) compõem um único fator latente do SATAQ-4R, a saber, o fator latente de internalização da aparência ideal (SATAQ-4R - INT) (Almeida *et al.*, 2023a). Dessa forma, o SATAQ-4R - INT teve suas equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural avaliadas para população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais (Almeida *et al.*, 2023a). Os mesmos autores avaliaram as propriedades psicométricas do instrumento, identificando adequada validade fatorial (análise fatorial confirmatória) e convergente, assim como adequada consistência interna e estabilidade teste-reteste (intervalo de duas semanas) (Almeida *et al.*, 2023a). Dessa maneira, a versão brasileira do SATAQ-4R - INT para a população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais foi utilizada no presente estudo (ANEXO M). O escore do SATAQ-4R - INT pode variar de 1 a 5, de modo que, quanto maior a pontuação maior é a internalização da aparência ideal. Na presente pesquisa, o SATAQ-4R - INT demonstrou adequada consistência interna para todos os cinco momentos de avaliação ( $\omega = 0,83$  a  $0,86$ ).

#### **4.6.4 Sinais e sintomas de transtornos alimentares**

O EDE-Q é um instrumento de autorrelato, composto por 28 itens, destinados a avaliar os principais sinais e sintomas de TAs (Fairburn; Beglin, 1994). Os itens de 1 a 12 e 19 são respondidos em uma escala do tipo *Likert* de sete pontos (0 = nenhum dia a 6 = todos os dias), os itens de 13 a 18 são destinados ao preenchimento do número de dias que os sujeitos apresentaram determinado comportamento, o item 20 é respondido em uma escala do tipo *Likert* de sete pontos (0 = nenhuma das vezes a 6 = todas às vezes), já os itens 21 a 28 também são respondidos em uma escala do tipo *Likert* de sete pontos (0 = nem um pouco a 6 = marcadamente), mas com diferentes opções de resposta.

Para calcular o escore total do questionário, primeiro é necessário encontrar a média de cada fator, ou seja, realizar a soma do valor atribuído aos itens, depois dividir pelo número de itens daquele fator. O escore total do instrumento, consiste na média dos quatro fatores, podendo variar de 0 a 6, de modo que, quanto maior a pontuação maior a incidência de sinais e sintomas de TAs. É importante salientar, que os itens destinados a avaliar a frequência de

comportamentos relacionados aos TAs (isto é, os itens de 13 a 18) não contribuem para calcular o escore total da medida. Ademais, os itens presentes no questionário englobam quatro subescalas: a) *Eating Concern*; b) *Shape Concern*; c) *Weight Concern*; e d) *Restraint* (Fairburn; Beglin, 1994).

O EDE-Q foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa (Brasil) (Moser *et al.*, 2020). Posteriormente, teve suas propriedades psicométricas avaliadas para população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, apresentando adequada validade fatorial (análise fatorial exploratória e confirmatória) e convergente, assim como adequada consistência interna e estabilidade teste reteste (intervalo de duas semanas), com uma estrutura unidimensional de 28 itens (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023). O escore total da medida pode variar de 0 a 6 pontos, de modo que quanto maior a pontuação, maior a sintomatologia de TAs. Nesse sentido, a versão do EDE-Q avaliada por De Oliveira Júnior *et al.* (2023) foi utilizada no presente estudo (ANEXO N) e apresentou adequada consistência interna em todos os momentos de avaliação ( $\omega = 0,92$  a  $0,95$ ).

#### **4.6.5 Sinais e sintomas de dismorfia muscular**

O MDDI é um instrumento de autorrelato, composto por 13 itens, respondido em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = nunca a 5 = sempre). O inventário é destinado a avaliação dos principais sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da DM (Hildebrandt; Langenbucher; Schlundt, 2004). O escore total é obtido com base no somatório de todos os itens, podendo variar de 13 a 65, de modo que, quanto maior a pontuação maior a incidência de sinais e sintomas de DM. O MDDI apresenta uma estrutura fatorial composta por três subescalas: a) *Drive for Size* (MDDI - DFS); b) *Appearance Intolerance* (MDDI - AI); e c) *Functional Impairment* (MDDI - FI).

O MDDI foi traduzido e adaptado para população brasileira (Almeida; Gomes; De Carvalho, 2019) e, posteriormente, apresentou adequada validade fatorial (análise fatorial confirmatória) e convergente, assim como adequada consistência interna e estabilidade teste-reteste em uma amostra de homens brasileiros fisicamente ativos (independente da orientação afetivo-sexual) (Gomes *et al.*, 2020). Recentemente, o MDDI teve suas propriedades psicométricas avaliadas para população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, demonstrando adequada validade fatorial (análise fatorial exploratória e confirmatória) e convergente, bem como adequada consistência interna e confiabilidade teste-reteste (intervalo de duas semanas), replicando a estrutura fatorial original do instrumento (Santos *et al.*, 2023).

Na presente pesquisa, a versão brasileira destinada a homens cisgênero gays/bissexuais foi utilizada (ANEXO O) e apresentou adequada consistência interna para os cinco momentos de avaliação ( $\omega$  MDDI - DFS = 0,86 a 0,91;  $\omega$  MDDI - AI = 0,82 a 0,84;  $\omega$  MDDI - FI = 0,87 a 0,92).

#### 4.6.6 Busca pela muscularidade

A DMS é uma escala de autorrelato, composta por 15 itens, respondidos em uma escala do tipo *Likert* de seis pontos (1 = sempre a 6 = nunca), destinados a avaliar as principais atitudes e comportamentos de busca pela muscularidade (McCreary; Sasse, 2000). O escore total da medida pode ser obtido pela soma de todos os itens, podendo variar de 15 a 90, de modo que, quanto maior a pontuação maior a incidência de atitudes e comportamentos de busca pela muscularidade. Contudo, todos os itens precisam ser invertidos para calcular o escore total da medida. Ademais, a DMS apresenta uma estrutura composta por dois fatores: a) *Muscularity-oriented body image* (DMS - OBI); e b) *Muscularity-oriented behavior* (DMS - OB) (McCreary; Sasse, 2000).

A versão brasileira da DMS apresentou adequada validade fatorial (análise fatorial confirmatória), convergente e discriminante, bem como adequada consistência interna com apenas 12 itens e dois fatores (isto é, DMS - OBI e DMS - OB) (Campana *et al.*, 2013). Para população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, a DMS apresentou adequada validade fatorial (análise fatorial exploratória e confirmatória) e convergente, assim como adequada consistência interna e confiabilidade teste-reteste (intervalo de duas semanas), com uma estrutura de dois fatores e 13 itens (Santos *et al.*, 2023). Assim, a versão destinada a homens cisgênero gays/bissexuais foi utilizada na presente pesquisa (ANEXO P) e apresentou adequada consistência interna para todos os momentos do estudo ( $\omega$  DMS - OBI = 0,92 a 0,95) e ( $\omega$  DMS - OB = 0,84 a 0,90) também foi adequada.

#### 4.6.7 Objetificação sexual

A *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale* (SOBBS) é uma escala de autorrelato, composta por 14 itens, respondidos em uma escala *Likert* de cinco pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente) (Lindner; Tantleff-Dunn, 2017). A escala destina-se à avaliação das perspectivas de observador que os indivíduos assumem quando pensam sobre o seu corpo, bem como à forma como eles avaliam a aparência do seu corpo

acima de outros atributos e qualidades (Lindner; Tantleff-Dunn, 2017). O escore total da medida pode ser calculado com base na média dos itens que compõem cada subescala, podendo variar de 1 a 5, de modo que, quanto maior a pontuação maiores são as crenças e comportamentos de auto objetificação. Os itens da escala se organizam em duas subescalas: *Observer's Perspective* (SOBBS - OP) e *Body as Self* (SOBBS - BS) (Lindner; Tantleff-Dunn, 2017).

A escala foi traduzida e adaptada para a população de mulheres universitárias brasileiras, apresentando adequada validade fatorial (análise fatorial exploratória e confirmatória) e convergente, assim como adequada consistência interna (Claumann, 2019). Recentemente, a SOBBS teve suas propriedades psicométricas avaliadas para a população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, demonstrando adequada validade fatorial (análise fatorial confirmatória) e convergente, bem como adequada consistência interna e confiabilidade teste-reteste (intervalo de duas semanas) (Almeida *et al.*, 2024b; *ahead of print*). Ademais, a escala foi invariante entre homens cisgênero gays e bissexuais (Almeida *et al.*, 2024b; *ahead of print*). Assim, a versão brasileira da SOBBS destinada a homens cisgênero gays/bissexuais foi utilizada na presente pesquisa (ANEXO Q). Na presente amostra, as duas subescalas da SOBBS apresentaram adequada consistência interna nos cinco momentos do estudo ( $\omega$  SOBBS - OP = 0,92 a 0,95;  $\omega$  SOBBS - BS = 0,87 a 0,93).

#### 4.6.8 Apreciação corporal

A *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2) é uma escala de autorrelato, composta por 10 itens, apresentados em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = nunca a 5 = sempre) (Tylka; Wood-Barcalow, 2015b). A escala tem como objetivo avaliar a aceitação corporal, demonstrada por meio de opiniões positivas e pelo respeito dos indivíduos pelo próprio corpo (Tylka; Wood-Barcalow, 2015b). O escore total da escala é calculado pela média dos seus itens, podendo variar de 1 a 5. Dessa forma, quanto maior a pontuação maior a apreciação corporal. Ademais, a escala apresenta uma estrutura fatorial unidimensional (Tylka; Wood-Barcalow, 2015b).

A BAS-2 foi traduzida e adaptada para população brasileira de jovens adultos do sexo masculino e feminino (independente da orientação afetivo-sexual), apresentando adequada validade fatorial (análise fatorial exploratória e confirmatória) e convergente, bem como adequada consistência interna e confiabilidade teste-reteste (intervalo de três semanas) (Junqueira *et al.*, 2019). Almeida *et al.* (2022) avaliaram as propriedades psicométricas da

BAS-2 para a população brasileira de homens cisgênero gays/bissexuais, identificando adequada validade fatorial (análise fatorial exploratória e confirmatória) e convergente, assim como adequada consistência interna e confiabilidade teste-reteste (intervalo de duas semanas), confirmando sua estrutura fatorial original (Tylka; Wood-Barcalow, 2015b). Dessa forma, a versão brasileira da BAS-2 avaliada por Almeida *et al.* (2022) foi utilizada na presente pesquisa (ANEXO R) e apresentou adequada consistência interna em todos os cinco momentos de avaliação ( $\omega = 0,95$  a  $0,96$ ).

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, procedeu-se com a organização das planilhas de dados, o que envolveu a ordenação, transformação e cálculo de algumas variáveis investigadas. Posteriormente, realizou-se a inspeção de normalidade dos dados, ou seja, o grau em que a distribuição dos dados da amostra corresponde a uma distribuição normal<sup>75</sup> (Hair *et al.*, 2009). Foi realizado o teste de Shapiro-Wilk ( $p > 0,05$ ), assim como a inspeção da assimetria ( $Sk \leq 3$ ) e curtose ( $Ku \leq 7$ ), sugerindo que os dados apresentam uma distribuição normal (Hair *et al.*, 2009).

Em relação à estatística descritiva, as variáveis qualitativas (nominais e ordinais) foram descritas em frequência absoluta e relativa. Diante da distribuição normal dos dados, as variáveis quantitativas (discretas e contínuas) foram descritas por meio de média e desvio padrão. Nesse sentido, para assegurar o pareamento dos grupos em relação às informações sociodemográficas, foram utilizados testes específicos para as variáveis qualitativas e quantitativas. Assim, para identificar a diferença de proporções entre as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) em conjunto com o  $V$  de Cramer para avaliar o efeito. Ademais, para comparar as variáveis quantitativas de ambos os grupos, foi utilizado o teste  $t$  de Student (amostras independentes) associado ao  $d$  de Cohen para avaliar o efeito.

Visando comparar os dois grupos (GI e GC) em relação às variáveis dependentes e independentes ao longo das avaliações de *follow-up* (*baseline*, pós-intervenção, quatro, 24 e 52 semanas), realizou-se uma análise por intenção de tratar (Demets; Cook, 2019; Streiner; Geddes, 2001), através do módulo de modelos mistos do *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (IBM Versão 21.0). Para estimar o modelo, bem como para lidar com os dados faltantes foi utilizado o método de máxima verossimilhança (Schafer; Graham, 2002). Os preditores em cada modelo foram o tempo, os grupos de intervenção (GI ou GC) e a

---

<sup>75</sup> A distribuição normal também é conhecida na literatura especializada como distribuição paramétrica.

interação entre o grupo e o tempo. Além disso, foi adicionada uma interceptação aleatória dos sujeitos e a variância dos componentes da estrutura de correlação foi utilizada. Para avaliar o melhor ajustamento do modelo, utilizou-se o *Bayesian Information Criteria* (BIC) e o *Akaike Information Criteria* (AIC), de modo que, para ambos quanto menor melhor o ajustamento (Bautista; Pavlakis; Rajagopal, 2018; Greven; Kneib, 2009). Ao inspecionar os modelos, foi observado que adicionar um efeito quadrático do tempo demonstrou um melhor ajuste do BIC e AIC em comparação aos demais modelos testados. O efeito quadrático permite um efeito não linear do tempo nos cinco momentos do estudo (*baseline*, pós-intervenção, quatro, 24 e 52 semanas). O tamanho de efeito (*d* de Cohen) foi calculado segundo as sugestões de Cohen (Cohen, 1992), no qual valores de 0,20-0,49, 0,50-0,79 e acima 0,80 foram considerados pequeno, médio e grande, respectivamente.

A consistência interna de todos os instrumentos, assim como de seus fatores foi avaliada por meio do coeficiente Ômega de McDonald ( $\omega$ ). Valores de  $\omega$  superiores a 0,70 foram considerados adequados (Reise; Bonifay; Haviland, 2013; Viladrich; Angulo-Brunet; Doval, 2017). Para o cálculo da consistência interna o *software* JASP v. 0.17.1 (Equipe JASP, 2021; Universidade de Amsterdã, Holanda) foi utilizado. Além disso, para todos os testes o nível de significância adotada foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

## 5 RESULTADOS

Buscando o pleno entendimento dos resultados, essa seção foi dividida em tópicos, a saber: a) análise descritiva e caracterização da amostra; b) aceitação da intervenção; c) aderência à intervenção e competência dos líderes; e d) efeitos da intervenção.

### 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Inicialmente, um total de 266 homens manifestou interesse em participar da pesquisa e respondeu ao protocolo de coleta de dados (*baseline*). Contudo, 23 (8,6%) se autoidentificaram com outra identidade de gênero que não cisgênero e 11 (4,1%) com outra orientação afetivo-sexual que não gay ou bissexual. Adicionalmente, 55 (20,7%) autorrelataram possuir um transtorno mental, 10 (3,8%) possuir um transtorno alimentar e 18 (6,8%) não apresentaram insatisfação com a imagem corporal (isto é, escore inferior a seis na escala de avaliação de insatisfação com o corpo como um todo, com a musculatura ou gordura corporal). Dessa forma, um total de 149 (56,0% da amostra inicial) homens cisgênero gays/bissexuais preencheu todos os critérios de elegibilidade e foram aleatorizados em dois grupos, a saber, GI ( $n = 74$ ) e GC ( $n = 75$ ). O fluxo detalhado de participantes ao longo do estudo pode ser visualizado na Figura 10.

Os participantes alocados no GI autoidentificaram sua orientação afetivo-sexual como gay ( $n = 56$ ; 75,7%) ou bissexual ( $n = 18$ ; 24,3%). Analogamente, os homens do GC se autoidentificaram como gay ( $n = 64$ ; 85,3%) ou bissexual ( $n = 11$ ; 14,7%). Em relação à orientação afetivo-sexual diferença significativa não foi observada entre os grupos ( $\chi^2 (1) = 2,216$ ;  $p = 0,137$ ;  $V - Cramer = 0,122$ ).

O GI apresentou uma média de idade de 24,47 anos ( $DP = 2,83$  anos) e um valor médio de IMC de 25,33 kg/m<sup>2</sup> ( $DP = 5,48$ ). Em relação ao GC, a média de idade foi de 24,87 anos ( $DP = 2,60$  anos), com um valor médio de IMC de 25,94 kg/m<sup>2</sup> ( $DP = 4,82$ ). Em relação às variáveis de idade ( $t (147) = -0,884$ ;  $p = 0,378$ ;  $d = -0,147$ ) e IMC ( $t (147) = -0,725$ ;  $p = 0,469$ ;  $d = -0,699$ ) não foi observada diferença significativa entre os grupos.

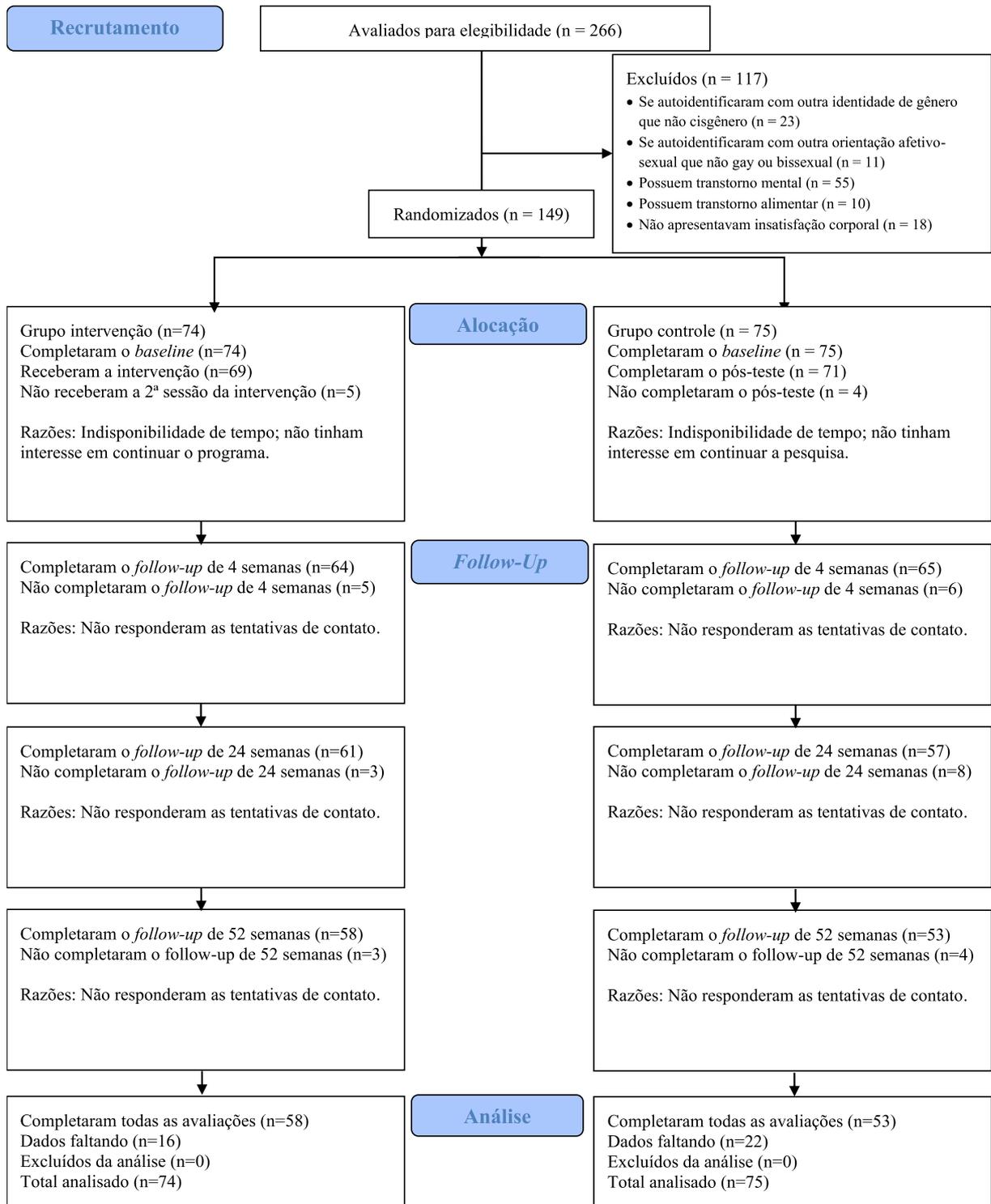
As informações estratificadas por grupo, referente às variáveis de raça/cor, status universitário e estado civil podem ser visualizadas na Tabela 1. No que concerne à variável de cor/raça, na amostra total, observa-se uma predominância de participantes Brancos ( $n = 65$ ; 43,6%), seguidos em ordem decrescente de frequência relativa por Pardos ( $n = 43$ ; 28,9%), Pretos ( $n = 37$ ; 24,8%) e outras origens étnicas ( $n = 4$ ; 2,7%). Não obstante, 71 (47,7%)

participantes relataram ser estudantes universitários, enquanto 78 (52,3%) relataram não ser estudantes universitários. Em relação ao estado civil, 143 participantes relataram ser solteiros (95,8%), 3 casados (2,1%) e 3 divorciados (2,1%). Não foi observada uma diferença significativa entre os grupos para a variável de cor/raça ( $\chi^2 (3) = 0,398, p = 0,941; V - Cramer = 0,052$ ), status universitário ( $\chi^2 (1) = 2,416, p = 0,12; V - Cramer = 0,127$ ) e estado civil ( $\chi^2 (2) = 0,667, p = 0,716; V - Cramer = 0,067$ ).

No tocante à classe econômica, entre os participantes do GI a categorização de maior frequência foi B1, seguido por B2, A1, C1, A2 e C2. Paralelamente, a categorização de maior frequência entre os participantes do GC foi B1, seguido por B2, A1, A2, C1 e C2. Observa-se que menos de 15% da amostra está alocada nos estratos C1 e C2; ademais, nenhum participante relatou pertencer ao estrato D/E (Tabela 1). Diferença significativa não foi observada entre os grupos para a variável de classificação econômica ( $\chi^2 (5) = 2,188, p = 0,823; V - Cramer = 0,121$ ).

Em relação às perguntas destinadas à inclusão amostral (amostra seletiva), a saber, insatisfação corporal como um todo ( $t (147) = 0,460; p = 0,646; d = 0,075$ ), com a musculatura ( $t (147) = 0,039; p = 0,969; d = 0,004$ ) e com a gordura corporal ( $t (147) = -1,072; p = 0,285; d = -0,176$ ), diferenças significantes não foram observadas entre os grupos (Tabela 1).

Figura 10 – Diagrama do *Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)* detalhando o fluxo de participantes através do estudo



Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, nível econômico, insatisfação com o corpo como um todo, com a musculatura e a gordura corporal entre o grupo intervenção (GI) e o grupo controle (GC)

Variáveis	GI (n = 74)	GC (n = 75)
<b>Cor ou Raça<sup>a</sup></b>		
Branca	31 (41,9%)	34 (45,3%)
Parda	21 (28,4%)	22 (29,3%)
Preta	20 (27,0%)	17 (22,6%)
Amarela	2 (2,7%)	1 (1,4%)
Indígena	-	1 (1,4%)
<b>Estudante universitário<sup>a</sup></b>		
Sim	40 (56,4%)	31 (43,7%)
Não	34 (43,6%)	44 (56,3%)
<b>Estado civil<sup>a</sup></b>		
Solteiro	71 (96,0%)	72 (96,0%)
Casado	1 (1,3%)	2 (2,7%)
Divorciado	2 (2,7%)	1 (1,3%)
<b>CCEB<sup>a</sup></b>		
A1	12 (16,2%)	10 (13,3%)
A2	7 (9,5%)	10 (13,3%)
B1	25 (33,8%)	31 (41,3%)
B2	19 (25,7%)	16 (21,3%)
C1	9 (12,2%)	7 (9,4%)
C2	2 (2,6%)	1 (1,4%)
<b>Insatisfação com o corpo<sup>b</sup></b>	5,71 (2,21)	5,54 (2,27)
<b>Insatisfação com a musculatura<sup>b</sup></b>	6,14 (2,33)	6,13 (2,46)
<b>Insatisfação com a gordura<sup>b</sup></b>	5,86 (2,56)	6,33 (2,76)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Legenda: <sup>a</sup>Resultado expresso em frequência absoluta e relativa – N (%); <sup>b</sup>Resultado expresso em média e desvio-padrão – M (DP); CCEB = Critério de Classificação Econômica Brasil.

## 5.2 ACEITAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A taxa de retenção do GI e do GC, do *baseline* para 52 semanas de *follow-up* foi de 78,4% (n = 58) e 70,7% (n = 53), respectivamente. Não foi observada associação entre grupo e retenção ( $\chi^2 [1] = 0,170$ ;  $p = 0,68$ ;  $V - Cramer = 0,066$ ). Ao comparar os participantes que desistiram do estudo (n = 38; 25,5%) com aqueles que completaram todas as avaliações de *follow-up* (n = 111; 74,5%), diferenças significantes não foram observadas para nenhuma variável sociodemográfica ( $p \geq 0,16$ ), desfecho primário ou secundário ( $p \geq 0,07$ ), com exceção da variável de status universitário. Participantes que completaram todas as etapas de *follow-up* (universitários [n = 61; 55,0%; não universitários [n = 50; 45,0%]) apresentaram uma maior probabilidade de serem estudantes universitários em comparação àqueles que desistiram do estudo (universitários [n = 11; 28,9%; não universitários [n = 27; 71,1%]) ( $\chi^2 [1] = 7,668$ ,  $p = 0,006$ ;  $V - Cramer = 0,214$ ).

Em relação à aceitação do programa PRIDE O Corpo em Questão, os itens da escala apresentaram uma média geral de 6,70 (variação = 6,54-6,80), o que indica uma alta aceitação da intervenção. Pelo menos duas das tarefas para casa foram concluídas por todos os participantes que receberam as duas sessões da intervenção ( $n = 69$ ). Além disso, 91,3% ( $n = 63$ ) completaram todas as tarefas para casa, demonstrando um alto grau de comprometimento com o programa.

### 5.3 ADERÊNCIA À INTERVENÇÃO E COMPETÊNCIA DOS LÍDERES

Para as quatro sessões analisadas, as avaliações de aderência foram superiores a 89,5%, para ambos os avaliadores (isto é, Maurício Almeida e Pedro Henrique Berbert de Carvalho). Em relação à competência do líder, todos os quatro líderes apresentaram escores acima da média e/ou excelente ( $M = 8,44/10$ ; variação = 8,25-8,66).

### 5.4 EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO

A Tabela 2 apresenta as médias marginais estimadas para os desfechos primários e secundários ao longo de todos os momentos do estudo para ambos os grupos (GI e GC). Foram considerados como desfechos primários a internalização da aparência ideal, os sintomas de TAs e DM. Os desfechos secundários foram a busca pela muscularidade, auto objetificação e apreciação corporal. A Tabela 3 apresenta as estimativas de efeitos fixos e componentes de variância para as variáveis de desfecho primário e secundário.

#### 5.4.1 Desfechos primários

Os resultados das análises de modelos mistos (Tabela 3) não demonstraram efeito significativo do Tempo ou do Grupo no SATAQ-4R, no EDE-Q, no escore total do MDDI, nem nas subescalas de DFS, FI e AI. Como esperado, uma interação significativa Grupo X Tempo foi encontrada (Tabela 3) para o SATAQ-4R, para o EDE-Q, para o escore total do MDDI e suas subescalas (DFS, FI e AI). Os resultados sugerem uma redução na internalização da aparência ideal, sintomas de TAs e DM ao longo do tempo no GI quando comparado ao GC (Tabela 3).

O GI e o GC não apresentaram diferença significativa pós-intervenção para nenhuma variável de desfecho primário (Tabela 2). No *follow-up* de quatro semanas, as subescalas de

DFS e FI do MDDI não apresentaram diferenças significantes; além disso, no *follow-up* de 52 semanas, todas as subescalas do MDDI (DFS, AI e FI) não apresentaram nenhuma diferença significativa (Tabela 2). No *follow-up* de 24 semanas, as subescalas de DFS, AI e FI do MDDI apresentaram uma diferença significativa entre os grupos. Por fim, os ganhos da intervenção foram observados no *follow-up* de quatro, 24 e 52 semanas para o SATAQ-4R, o EDE-Q e o escore total do MDDI (Tabela 3).

#### 5.4.2 Desfechos secundários

Para a BAS-2, o escore total da DMS e as subescalas de OBI e OB, assim como para o escore total da SOBBS e suas subescalas (OP e BS), não houve efeito significativo do Tempo tampouco do Grupo (Tabela 3). Como previsto, foi observada uma interação significativa Grupo X Tempo para a BAS-2, para o escore total da DMS e suas subescalas (OBI e OB), bem como para o escore total da SOBBS e as suas subescalas (OP e BS) (Tabela 3). Os participantes do GI mostraram um aumento significativo na apreciação corporal e uma diminuição significativa na busca pela muscularidade e na auto objetificação ao longo do tempo (Tabela 3).

Pós-intervenção, o GI apresentou uma redução significativa no escore total da SOBBS e na subescala de BS em comparação ao GC, com as diferenças sendo mantidas no *follow-up* de quatro, 24 e 52 semanas (Tabela 2). Para a subescala de OP da SOBBS, diferenças significantes entre os grupos só foram observadas para o *follow-up* de 24 semanas. Foi observada uma diminuição significativa no GI em comparação ao GC para o escore total da DMS e para a subescala de OBI no *follow-up* de quatro, 24 e 52 semanas (Tabela 2). Contudo, para a subescala de OB, diferença significativa entre os grupos (GI e GC) só foi observada para o *follow-up* de 24 semanas. Por fim, o GI demonstrou um aumento significativo na BAS-2 em comparação ao GC no *follow-up* de quatro, 24 e 52 semanas (Tabela 2).

Tabela 2 – Médias Marginais Estimadas para as variáveis de desfecho primário e secundário em cada momento do tempo para o grupo intervenção (GI) e o grupo controle (GC)

Medidas	Baseline		Pós-intervenção		4 semanas de follow-up		24 semanas de follow-up		52 semanas de follow-up		<i>d</i> de Cohen entre as condições (IC 95%)			
	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	Pós-intervenção	4 semanas	24 semanas	52 semanas				
	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC				
SATAQ-4R	3,16 (0,08)	3,20 (0,08)	3,12 (0,08)	3,20 (0,08)	2,96* (0,08)	3,20 (0,08)	2,51*** (0,10)	3,20 (0,11)	2,89* (0,10)	3,20 (0,11)	-0,12 (-0,44, 0,21)	-0,35 (-0,67, -0,02)	-0,76 (-1,09, -0,42)	-0,34 (-0,66, -0,02)
EDE-Q	1,60 (0,13)	1,83 (0,13)	1,53 (0,13)	1,83 (0,13)	1,40* (0,13)	1,83 (0,13)	1,05*** (0,14)	1,84 (0,14)	1,36* (0,15)	1,84 (0,15)	-0,22 (-0,54, 0,11)	-0,33 (-0,65, -0,01)	-0,61 (-0,94, -0,28)	-0,33 (-0,65, -0,01)
MDDI	28,18 (0,88)	28,50 (0,88)	27,70 (0,87)	28,51 (0,86)	25,63* (0,85)	28,54 (0,84)	19,97*** (1,09)	28,77 (1,12)	25,47* (1,13)	29,05 (1,16)	-0,09 (-0,41, 0,23)	-0,39 (-0,71, -0,06)	-0,92 (-1,25, -0,57)	-0,35 (-0,68, -0,03)
MDDI - DFS	11,98 (0,54)	12,11 (0,54)	11,76 (0,54)	12,12 (0,54)	10,85 (0,53)	12,14 (0,53)	8,45*** (0,65)	12,30 (0,66)	11,14 (0,66)	12,51 (0,67)	-0,08 (-0,40, 0,24)	-0,29 (-0,61, 0,04)	-0,69 (-1,01, -0,35)	-0,24 (-0,56, 0,08)
MDDI - FI	6,74 (0,33)	6,63 (0,33)	6,62 (0,33)	6,62 (0,32)	6,11 (0,32)	6,58 (0,32)	4,60*** (0,39)	6,45 (0,39)	5,63 (0,40)	6,60 (0,40)	0,07 (-0,25, 0,39)	-0,10 (-0,42, 0,22)	-0,50 (-0,83, -0,17)	-0,23 (-0,55, 0,09)
MDDI - AI	9,51 (0,42)	9,77 (0,42)	9,35 (0,42)	9,78 (0,42)	8,70* (0,42)	9,83 (0,42)	6,95*** (0,48)	9,98 (0,49)	8,78 (0,49)	9,88 (0,50)	-0,13 (-0,45, 0,19)	-0,32 (-0,64, 0,00)	-0,74 (-1,06, -0,40)	-0,27 (-0,59, 0,05)
DMS	34,42 (1,53)	38,27 (1,52)	34,01 (1,51)	38,23 (1,50)	32,24** (1,50)	38,03 (1,49)	27,07*** (1,70)	37,35 (1,72)	30,90** (1,73)	37,47 (1,75)	-0,26 (-0,58, 0,07)	-0,38 (-0,70, -0,06)	-0,64 (-0,97, -0,31)	-0,38 (-0,70, 0,14)
DMS - OBI	20,98 (0,90)	22,06 (0,90)	20,56 (0,89)	21,98 (0,89)	18,75* (0,88)	21,65 (0,87)	13,70*** (1,08)	20,69 (1,11)	18,09* (1,11)	21,60 (1,14)	-0,18 (-0,50, 0,14)	-0,38 (-0,70, -0,05)	-0,74 (-1,07, -0,41)	-0,36 (-0,68, -0,03)
DMS - OB	15,09 (0,84)	16,18 (0,84)	14,94 (0,84)	16,22 (0,83)	14,30 (0,83)	16,37 (0,83)	12,32*** (0,94)	16,68 (0,94)	13,45 (0,95)	15,93 (0,96)	-0,06 (-0,38, 0,26)	-0,17 (-0,49, 0,15)	-0,40 (-0,73, -0,08)	-0,20 (-0,52, 0,12)
SOBBS	2,41 (0,09)	2,62 (0,09)	2,39* (0,09)	2,62 (0,09)	2,29** (0,09)	2,62 (0,09)	1,98*** (0,10)	2,61 (0,10)	2,17** (0,10)	2,55 (0,10)	-0,31 (-0,63, 0,01)	-0,47 (-0,79, -0,14)	-0,76 (-1,08, -0,42)	-0,47 (-0,79, -0,14)
SOBBS - OP	2,00 (0,08)	2,08 (0,08)	1,98 (0,08)	2,07 (0,80)	1,91 (0,08)	2,06 (0,08)	1,68* (0,09)	1,96 (0,09)	1,81 (0,09)	1,89 (0,10)	-0,19 (-0,51, 0,13)	-0,28 (-0,60, 0,05)	-0,43 (-0,75, -0,10)	-0,13 (-0,46, 0,19)
SOBBS - BS	2,86 (0,11)	3,16 (0,11)	2,83* (0,11)	3,16 (0,11)	2,69** (0,11)	3,18 (0,10)	2,27*** (0,13)	3,25*** (0,13)	2,53*** (0,13)	3,21 (0,13)	-0,34 (-0,66, -0,01)	-0,53 (-0,86, -0,20)	-0,86 (-1,19, -0,52)	-0,60 (-0,93, -0,27)
BAS-2	3,68 (0,09)	3,65 (0,09)	3,72 (0,09)	3,65 (0,09)	3,89* (0,09)	3,65 (0,09)	4,38*** (0,10)	3,68 (0,10)	3,99* (0,10)	3,66 (0,10)	0,09 (-0,23, 0,41)	0,31 (-0,01, 0,63)	0,81 (0,48, 1,14)	0,37 (0,05, 0,69)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Legenda: EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança; GI = Grupo Intervenção; GC = Grupo Controle; SATAQ4-R = *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire – 4 Revised* (Internalization Thin/Low Body Fat, Muscular, and General Attractiveness subscales); EDE-Q = *Eating Disorder Examination Questionnaire*; MDDI = *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; MDDI – DFS = Subescala de *Drive for Size* do *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; MDDI – FI = Subescala de *Functional Impairment* do *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; MDDI – AI = Subescala de *Appearance Intolerance* do *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; DMS

= *Drive for Muscularity Scale*; DMS – OBI = Subescala de *Muscularity-oriented body image* da *Drive for Muscularity Scale*; DMS – OB = Subescala de *Muscularity-oriented behavior* da *Drive for Muscularity Scale*; SOBBS = *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale*; SOBBS – OP = Subescala de *Observer's Perspective* da *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale*; SOBBS – BS = Subescala de *Body as Self* da *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale*; 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 e secundário

Parâmetros	Efeitos fixos						Variância	
	Intercepto $\gamma$ (EP)	Tempo $\gamma$ (EP)	Grupo $\gamma$ (EP)	Tempo x Grupo $\gamma$ (EP)	Tempo x Tempo $\gamma$ (EP)	Tempo x Tempo x Grupo $\gamma$ (EP)	Entre os sujeitos $\gamma$ (EP)	Intercepto $\gamma$ (EP)
SATAQ-4R	3,20*** (0,08)	< 0,01 (0,00)	-0,04 (0,12)	< 0,01*** (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,01*** (0,00)	0,36*** (0,02)	0,38*** (0,05)
EDE-Q	1,83*** (0,12)	< 0,01 (0,00)	-0,26 (0,18)	< 0,01*** (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,01** (0,00)	0,40*** (0,02)	1,04*** (0,13)
MDDI	28,50*** (0,87)	< 0,01 (0,01)	-0,23 (1,24)	-0,08*** (0,01)	< 0,01 (0,00)	< 0,01*** (0,00)	41,93*** (2,64)	38,60*** (5,68)
MDDI - DFS	12,11*** (0,54)	< 0,01 (0,00)	-0,09 (0,77)	-0,03*** (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,01*** (0,00)	11,27*** (0,71)	17,14*** (2,32)
MDDI - FI	6,63*** (0,33)	< 0,01 (0,00)	0,12 (0,46)	-0,01*** (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,01*** (0,00)	4,04*** (0,25)	6,30*** (0,87)
MDDI - AI	9,77*** (0,42)	< 0,01 (0,00)	-0,23 (0,59)	-0,02*** (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,01*** (0,00)	5,26*** (0,33)	10,82*** (1,42)
DMS	38,28*** (1,52)	< 0,01 (0,00)	-3,78 (2,15)	-0,06*** (0,01)	< 0,01 (0,00)	< 0,01** (0,00)	54,61*** (3,45)	147,85*** (18,70)
DMS - OBI	22,08*** (0,90)	< 0,01 (0,01)	-1,02 (1,28)	-0,05*** (0,01)	< 0,01 (0,00)	< 0,01*** (0,00)	35,01*** (2,21)	45,14*** (6,30)
DMS - OB	16,17*** (0,84)	< 0,01 (0,00)	-1,06 (1,19)	-0,03*** (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,01** (0,00)	15,74*** (0,99)	45,87*** (5,78)
SOBBS	2,62*** (0,08)	< 0,01 (0,00)	-0,21 (0,12)	< 0,01*** (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,01** (0,00)	0,24*** (0,01)	0,48*** (0,06)
SOBBS - OP	2,08*** (0,08)	< 0,01 (0,00)	-0,07 (0,11)	-0,00* (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,00* (0,00)	0,24*** (0,01)	0,38*** (0,05)
SOBBS - BS	3,15*** (0,11)	< 0,01 (0,00)	-0,29 (0,15)	< 0,01*** (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,01*** (0,00)	0,39*** (0,02)	0,75*** (0,09)
BAS-2	3,64*** (0,08)	< 0,01 (0,00)	0,02 (0,12)	< 0,01*** (0,00)	< 0,01 (0,00)	< 0,01*** (0,00)	0,28*** (0,01)	0,45*** (0,06)

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Legenda: EP = Erro Padrão; SATAQ4-R = *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire – 4 Revised* (Internalization Thin/Low Body Fat, Muscular, and General Attractiveness subscales); EDE-Q = *Eating Disorder Examination Questionnaire*; MDDI = *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; MDDI – DFS = Subescala de *Drive for Size* do *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; MDDI – FI = Subescala de *Functional Impairment* do *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; MDDI – AI = Subescala de *Appearance Intolerance* do *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*; DMS = *Drive for Muscularity Scale*; DMS – OBI = Subescala de *Muscularity-oriented body image* da *Drive for Muscularity Scale*; DMS – OB = Subescala de *Muscularity-oriented behavior* da *Drive for Muscularity Scale*; SOBBS = *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale*; SOBBS – OP = Subescala de *Observer's Perspective* da *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale*; SOBBS – BS = Subescala de *Body as Self* da *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale*; BAS-2 = *Body Appreciation Scale – 2*.

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

## 6 DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como principal objetivo avaliar a eficácia do PRIDE O Corpo em Questão como uma proposta para reduzir fatores de risco para o desenvolvimento de TAs e DM, bem como aumentar a apreciação corporal em homens adultos brasileiros cisgênero gays/bissexuais. Assim, torna-se necessário salientar o pioneirismo desta pesquisa ao investigar uma estratégia preventiva para TAs e DM em homens cisgênero gays/bissexuais do Brasil. Sabe-se que essas psicopatologias, assim como outras condições subclínicas, podem estar associadas a severos distúrbios psiquiátricos (APA, 2013); portanto, devem ser tratadas como um problema de saúde coletiva (Ayton *et al.*, 2024; Hay *et al.*, 2023; Iwajomo *et al.*, 2021; Quadflieg *et al.*, 2019; Rodgers *et al.*, 2023; Smink; Van Hoeken; Hoek, 2012; Van Hoeken; Hoek, 2020; Ward *et al.*, 2019).

Além disso, minorias sexuais e de gênero, como é o caso de homens gays/bissexuais, têm piores indicadores de saúde mental quando comparados aos seus pares heterossexuais (Burke *et al.*, 2023; Calzo *et al.*, 2017; Ghorayeb; Dalgarrondo, 2011; Hazzard *et al.*, 2020; Kamody; Grilo; Udo, 2020; Simone *et al.*, 2020). Não obstante, quando buscam tratamento, essas pessoas têm sido estigmatizadas, subtratadas e incompreendidas em relação às suas especificidades físicas, mentais e emocionais (Brooks *et al.*, 2018; Pitoňák, 2017; Valdiserri *et al.*, 2019). Nessa conjectura, intervenções de conteúdo interativo, que incluam homens cisgênero gays/bissexuais, que levem em consideração suas preocupações únicas com o corpo e a aparência física podem ser uma estratégia eficaz para a prevenção em saúde mental nessa população. Destaca-se que, *a priori*, o presente estudo cumpre esse papel.

Inicialmente, os resultados do presente estudo demonstraram que a intervenção PRIDE O Corpo em Questão teve uma adequada aceitação pelos participantes. Em especial, a taxa de retenção encontrada no presente estudo (*follow-up* de 52 semanas = 74,49%) foi superior àquelas encontradas em estudos prévios com homens gays americanos (*follow-up* de quatro semanas = 68,96%; Brown; Keel, 2015) e homens brasileiros cisgênero heterossexuais (*follow-up* de 52 semanas = 62,77%; Almeida *et al.*, 2024a). Os escores de aceitabilidade da intervenção, bem como a realização das tarefas de casa foram altos, refletindo que o conteúdo da intervenção é altamente relevante para essa população. Um total de 38 participantes desistiu do estudo; entretanto, nenhuma diferença significativa foi encontrada em relação às variáveis sociodemográficas, de desfecho primário e secundário em comparação àqueles participantes que continuaram a intervenção, com exceção da variável de status universitário. Esses

resultados sugerem que não houveram fatores intrínsecos ao estudo que motivaram as desistências (Teague *et al.*, 2018).

Algumas estratégias específicas podem ter auxiliado na redução do número de desistências ao longo do estudo e no alto engajamento dos participantes. Seguindo as sugestões de Teague *et al.* (2018), criamos uma logomarca para o estudo, tornando-o facilmente reconhecível na comunidade LGBTQIAP+. Além disso, desenvolvemos redes sociais específicas para o programa (Instagram<sup>®</sup>, Twitter<sup>®</sup> e LinkedIn<sup>®</sup>), alimentando-as com informações sobre saúde mental na população LGBTQIAP+, o que pode ter aumentado o senso de comunidade. Para lembrar os participantes de responderem às avaliações de seguimento, a equipe de pesquisa enviava mensagens personalizadas via WhatsApp<sup>®</sup> e Instagram<sup>®</sup>. Por fim, estabelecemos parcerias com órgãos e entidades que defendem a causa LGBTQIAP+ na região de Governador Valadares, Minas Gerais (Associação Atlética União, Igualdade e Força e Comissão de Diversidade Sexual e Gênero da 43<sup>a</sup> Subseção da Ordem dos Advogados do Brasil), estimulando o engajamento e participação de seus membros.

Em relação à aderência ao protocolo de intervenção, todas as avaliações ( $\geq 89,5\%$ ) foram próximas daquelas encontradas em estudos prévios com homens gays americanos ( $\geq 94,0\%$ ; Brown; Keel, 2015) e homens americanos independentemente da orientação afetivo-sexual ( $\geq 87,0\%$ ; Brown *et al.*, 2017). Em relação à competência do líder, nossos resultados ( $M = 8,44/10$ ; variação = 8,25-8,66) também demonstraram consistência com estudos prévios com homens gays americanos (estudantes de pós-graduação [ $M = 9,10/10$ ]; estudantes de graduação [ $M = 7,62/10$ ]; Brown; Keel, 2015) e homens americanos independentemente da orientação afetivo-sexual (estudantes de pós-graduação [ $M = 8,60/10$ ]; estudantes de graduação [ $M = 7,25/10$ ]; Brown *et al.*, 2017).

Não é possível comparar nossos resultados com outros estudos desenvolvidos no contexto nacional, visto que, para o melhor do nosso conhecimento, este foi o primeiro estudo a realizar o processo de adaptação transcultural de instrumentos para a avaliação da aderência ao protocolo e competência dos líderes de programas baseados na dissonância cognitiva para o português (Brasil), bem como a realizar esse tipo de avaliação. Estudos de metanálise têm destacado que o número de atividades que estimulem a dissonância cognitiva pode modular os efeitos da intervenção, com um número maior de atividades sendo mais favoráveis; desse modo, garantir que os líderes de pares sigam completamente o protocolo de intervenção, assim como o tempo destinado a cada atividade é essencial para cobrir todo o conteúdo da intervenção, gerando níveis adequados de dissonância cognitiva (Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021). Desse modo, estudos futuros devem aplicar avaliações de aderência ao

protocolo da intervenção e competência do líder, a fim de reduzir possíveis vieses na condução das sessões do programa.

De modo geral, os participantes alocados no GI demonstraram reduções significantes nas variáveis de internalização da aparência ideal, busca pela muscularidade, crenças e comportamentos de auto objetificação, sintomas de transtornos alimentares e dismorfia muscular. Ademais, observou-se um aumento na apreciação corporal entre os homens que receberam a intervenção. Esses resultados são similares aos de intervenções baseadas na dissonância cognitiva conduzidas anteriormente com homens heterossexuais brasileiros (Almeida *et al.*, 2020; Almeida *et al.*, 2024a), homens americanos independentemente da orientação afetivo-sexual (Brown *et al.*, 2017) e homens gays americanos (Brown & Keel, 2015). Adicionalmente, os efeitos da intervenção variaram de pequenos a grandes em magnitude, confirmando nossas hipóteses.

Em geral, os efeitos da intervenção começaram a ser observados após quatro semanas de *follow-up*, com exceção da variável de crenças e comportamentos de auto objetificação. Em homens gays americanos, Brown e Keel (2015) encontraram reduções significantes pós-intervenção nas variáveis de insatisfação com o peso e a forma corporal, busca pela muscularidade, internalização da aparência ideal, sintomas bulímicos, restrição alimentar, auto objetificação e objetificação dos pares. Contudo, os efeitos tardios observados no presente estudo são semelhantes aos encontrados em homens brasileiros cisgênero heterossexuais (Almeida *et al.*, 2020; Almeida *et al.*, 2024a). É possível que homens brasileiros, independentemente da orientação afetivo-sexual, precisem de mais tempo para assimilar completamente o conteúdo da intervenção. Estudos de metanálise sobre intervenções preventivas baseadas na dissonância cognitiva encontraram que programas que espaçaram as quatro horas de duração da intervenção ao longo de um período mais longo, como quatro semanas, tiveram maiores efeitos (Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021). Assim, sugere-se que estudos futuros investiguem se as versões de duas ou quatro sessões da intervenção PRIDE O Corpo em Questão podem produzir diferentes efeitos ao longo do tempo, especialmente pós-intervenção.

Em relação à internalização da aparência ideal, reduções significantes foram observadas nos escores da SATAQ-4R em quatro, 24 e 52 semanas de *follow-up*. No estudo de Brown e Keel (2015), com homens gays americanos, resultados significantes foram observados somente no momento pós-intervenção. Por outro lado, no estudo de Almeida *et al.* (2024a), com homens brasileiros cisgênero heterossexuais, diferenças significantes foram encontradas em todos os momentos, ou seja, pós-intervenção, em quatro, 24 e 52 semanas de

*follow-up*. Ressalta-se que o instrumento utilizado no presente estudo (SATAQ-4R; Schaefer *et al.*, 2017) é uma versão diferente daquela utilizada nos estudos de Brown e Keel (2015; Subescala de Internalização Geral do *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3* para homens [Thompson *et al.*, 2004]) e Almeida *et al.* (2024a; Subescalas de Internalização Magro/Pouca gordura corporal, Internalização – Muscular/Atlético do *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4* [Schaefer *et al.*, 2015]). Assim, qualquer tipo de comparação em relação à variável de internalização da aparência ideal entre esses estudos deve ser realizada com precauções. Coletivamente, nossos resultados são promissores ao promover reduções significantes na variável de internalização da aparência ideal, com a magnitude dos efeitos variando de pequenos a grandes.

Diversos estudos têm destacado a importância da internalização da aparência ideal para o desenvolvimento e manutenção de sinais e sintomas de TAs e DM em homens cisgênero gays/bissexuais (Convertino *et al.*, 2021a; 2022; Tylka; Andorka, 2012). O modelo de influência dos três fatores adaptado por Tylka e Andorka (2012) para homens gays destaca que a internalização da aparência ideal é um mediador significativo entre os fatores de influência sociocultural (envolvimento na comunidade gay, pressões da mídia, parceiro romântico, amigos e família) e a insatisfação com a muscularidade e insatisfação com a magreza. Por fim, a insatisfação com a muscularidade e magreza estiveram relacionadas aos comportamentos para o aumento da muscularidade e aos comportamentos de risco para os TAs (Tylka; Andorka, 2012). Posteriormente, os pressupostos teóricos desse modelo foram confirmados por Convertino *et al.* (2021a), ressaltando a importância da internalização do ideal de muscularidade e magreza para o desenvolvimento da insatisfação corporal e dessa, para o desenvolvimento de comportamentos para o aumento da muscularidade e comportamentos de risco para os TAs.

Estudos conduzidos com homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais têm evidenciado uma associação positiva e significativa entre a internalização da aparência ideal e os sintomas de TAs (Almeida *et al.*, 2023a; Almeida *et al.*, 2024b, *ahead of print*; De Oliveira Júnior *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2023). Revisões sistemáticas e metanálises enfatizam que o objetivo das intervenções baseadas na dissonância cognitiva deve ser a redução da internalização da aparência ideal, uma vez que ela é o principal mediador para o desenvolvimento de sinais e sintomas de TAs (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008).

Nesse sentido, ao observar os sintomas de TAs, reduções significantes no EDE-Q foram identificadas em quatro, 24 e 52 semanas de *follow-up*. O estudo de Brown e Keel (2015) encontrou reduções significantes nos sintomas bulímicos e restrição alimentar pós-intervenção, com a magnitude dos efeitos sendo mantida por até quatro semanas de *follow-up*. Para homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais, o EDE-Q apresentou adequados indicadores psicométricos de validade e confiabilidade com uma estrutura unifatorial (De Oliveira Júnior *et al.*, 2023), o que dificulta estabelecer comparações diretas. Entretanto, nossos resultados reforçam àqueles encontrados por Brown e Keel (2015), indicando que a intervenção PRIDE O Corpo em Questão é eficaz na redução de sinais e sintomas de TAs. Além disso, avançamos ao demonstrar que a magnitude dos efeitos foi mantida por um longo período de *follow-up* (isto é, 52 semanas).

Em um estudo prévio conduzido com homens brasileiros cisgênero heterossexuais, Almeida *et al.* (2024a) identificaram reduções significantes na variável de comer transtornado em quatro e 24 semanas de *follow-up*. Contudo, diferenças significantes não foram encontradas no *follow-up* de 52 semanas. Na avaliação do comer transtornado, os autores utilizaram um instrumento diferente daquele aplicado no presente estudo, a saber, o *Eating Attitudes Test – 26* (EAT-26; Garner *et al.*, 1982). Como os autores também não encontraram uma diferença significativa no *follow-up* de 52 semanas para a variável de internalização da aparência ideal é possível que a magnitude da intervenção para essas variáveis não tenha se sustentado ao longo do tempo. Como mencionado, embora no presente estudo os resultados tenham sido identificados tardiamente, após quatro semanas, a magnitude dos efeitos foi sustentada por até 52 semanas de *follow-up*. Essas diferenças podem ser atribuídas a dois fatores. Primeiro, ao instrumento utilizado no estudo de Almeida *et al.* (2024a), que avalia apenas um sintoma dos TAs, o comer transtornado (Garner *et al.*, 1982). Segundo, os resultados podem estar associados à amostra incluída, uma vez que homens cisgêneros gays/bissexuais apresentam maior sintomatologia de TAs comparado aos seus pares heterossexuais (Boroughs; Krawczyk; Thompson, 2010; Duggan; McCreary, 2004; Nerini *et al.*, 2016; Schmidt *et al.*, 2022; Strübel; Petrie, 2019) é esperado que a magnitude dos efeitos seja maior nesse grupo (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016).

As intervenções preventivas em saúde mental tem sido classificadas em universais, seletivas e indicadas, com revisões sistemáticas demonstrando que as intervenções mais eficazes para prevenção dos TAs são àquelas baseadas na dissonância cognitiva (Dunker; De

Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008). Entretanto, essa informação não está clara para o contexto da DM, especialmente, porque não existe um consenso na literatura especializada se essa psicopatologia deve ser classificada como um TDC, um TA, ou uma condição psiquiátrica distinta (Cooper *et al.*, 2020; Devrim-Lanpir *et al.*, 2023; Murray *et al.*, 2012; Rodgers; Murray, 2022). Um estudo prévio que comparou o perfil sintomático entre pacientes homens com DM e AN encontrou similaridades nos sintomas relacionados a insatisfação corporal, comer transtornado e exercício excessivo (Murray *et al.*, 2012). Não obstante, modelos teóricos conduzidos com homens independentemente da orientação afetivo-sexual sugerem que a internalização da aparência ideal pode conduzir à insatisfação corporal e essa pode conduzir aos sintomas de ambos, TAs (De Carvalho; Ferreira, 2020) e DM (Bégin; Turcotte; Rodrigue, 2019). Diante dessas similaridades, autores têm destacado que intervenções que objetivam reduzir os sinais e sintomas de TAs deveriam ter sua eficácia avaliada no contexto da DM, especialmente em populações de alto risco, como é o caso de homens de minoria sexual e de gênero (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Sandgren; Lavalée, 2023). Nessa conjectura, este é o primeiro estudo que avaliou os efeitos de uma intervenção preventiva baseada na dissonância cognitiva na redução dos sintomas de DM em homens cisgênero gays/bissexuais.

Nossos resultados confirmam que o PRIDE O Corpo em Questão, inicialmente desenvolvido para redução de sinais e sintomas de TAs possui indicadores de eficácia na redução dos sinais e sintomas de DM em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais com elevada insatisfação corporal. Nosso estudo identificou reduções significantes no escore total do MDDI em quatro, 24 e 52 semanas de *follow-up*, com o tamanho de efeito variando de pequeno à grande. Nosso resultado é semelhante a um estudo prévio conduzido com homens brasileiros heterossexuais, no qual, os efeitos de uma intervenção baseada na dissonância cognitiva (isto é, O Corpo em Questão: Mais do que Músculos) foram observados por até 52 semanas de *follow-up* (Almeida *et al.*, 2024a). Ademais, estudo conduzido com homens americanos independentemente da orientação afetivo-sexual também encontrou reduções nos sintomas de DM pós-intervenção e no *follow-up* de quatro semanas (Brown *et al.*, 2017).

Para as subescalas de DFS e FI resultados significantes foram observados apenas para o *follow-up* de 24 semanas. Já para a subescala de AI, resultados significantes foram observados no *follow-up* de quatro e 24 semanas pós-intervenção. Em um estudo prévio conduzido com homens brasileiros heterossexuais, diferenças significantes também não foram observadas pós-intervenção, apenas no *follow-up* de quatro e 24 semanas, com exceção da

subescala de FI, na qual resultados significantes não foram observados no *follow-up* de 24 semanas (Almeida *et al.*, 2020). Já o estudo de Brown *et al.* (2017), com homens americanos independentemente da orientação afetivo-sexual, resultados significantes foram observados pós-intervenção e no *follow-up* de quatro semanas apenas para a subescala de AI, nenhum resultado foi observado para as subescalas de DFS e FI. Diante desses resultados, parece que a intolerância em relação à aparência é altamente influenciada pelo conteúdo da intervenção, o que faz sentido teórico, uma vez que o foco principal do PRIDE O Corpo em Questão é promover maior aceitação corporal entre os participantes (Brown; Keel, 2015). Cumpre ressaltar que essa é a única intervenção que avaliou as subescalas do MDDI separadamente em um *follow-up* de 52 semanas, o que inviabiliza a comparação com os demais estudos.

Em relação à busca pela muscularidade, resultados significantes foram observados para o escore total da DMS e para a subescala de OBI em quatro, 24 e 52 semanas de *follow-up*. Já para a subescala de OB, resultados significantes só foram observados para o *follow-up* de 24 semanas. Estudo conduzido com homens gays dos EUA (Brown; Keel, 2015) e, posteriormente, com homens independentemente da orientação afetivo-sexual (Brown *et al.*, 2017), encontraram diferenças significantes para o score total da DMS pós-intervenção e no *follow-up* de 4 semanas. Estudo prévio com homens brasileiros heterossexuais corrobora parcialmente nossos resultados ao encontrar diferenças significantes apenas em quatro e 24 semanas pós-intervenção para o escore total da DMS e para as subescalas de OBI (Almeida *et al.*, 2020). Contudo, para a subescala de OB, assim como no presente estudo, resultados significantes só foram observados no *follow-up* de 24 semanas (Almeida *et al.*, 2020). Ressalta-se que Almeida *et al.* (2020) não avaliaram o *follow-up* de 52 semanas, o que inviabiliza comparações acerca desse momento.

Ao observamos as crenças e comportamentos de auto objetificação, resultados significantes foram encontrados para o escore total da SOBBS e para as subescala de BS pós-intervenção e em quatro, 24 e 52 semanas de *follow-up*. Contudo, para a subescala de OP, resultados significantes só foram observados no *follow-up* de 24 semanas. O instrumento utilizado no presente estudo (isto é, SOBBS; Lindner; Tantleff-Dunn, 2017) foi diferente daquele utilizado por Brown e Keel (2015) em seu estudo com homens gays americanos (isto é, *Self Objectification Questionnaire* [SOQ; Strelan; Hargreaves, 2005]). Em seu estudo, as autoras identificaram uma redução significativa nos escores de auto objetificação e objetificação dos pares no momento pós-intervenção e em quatro semanas de *follow-up*. Estabelecer comparações entre estudos que utilizaram diferentes instrumentos pode ser problemático; entretanto, de modo geral, parece que a intervenção PRIDE O Corpo em

Questão é capaz de reduzir a auto objetificação e a objetificação dos pares entre homens cisgênero gays/bissexuais.

Como supracitado, a intervenção PRIDE O Corpo em Questão tem como objetivo aumentar a apreciação corporal e reduzir a internalização da aparência ideal, assim como sinais e sintomas de TAs (Brown; Keel, 2015). Ao longo das sessões da intervenção, os homens são encorajados a confrontar a aparência ideal existente, destacando que suas qualidades enquanto pessoas vão além de aspectos físicos de magreza, definição e muscularidade, incluindo aspectos da personalidade (Brown; Keel, 2015). Como exemplo, podemos destacar o exercício de espelho, no qual os participantes devem observar e trazer para o próximo encontro características físicas, mas também àquelas relacionadas a personalidade (Brown; Keel, 2015). Assim, não é inesperado que a subescala de BS demonstre diferenças significativas pós-intervenção e em quatro, 24 e 52 semanas de *follow-up*.

Por outro lado, a subescala de OP só apresentou resultados significantes no *follow-up* de 52 semanas. Embora a intervenção estimule o confronto com a aparência ideal existente, incluindo sobre como as pressões socioculturais dos amigos, pais, mídia e da comunidade gay influenciam a forma como os participantes enxergam o seu corpo e aparência física (Brown; Keel, 2015), os efeitos da intervenção podem demorar a serem internalizados, uma vez que esse aspecto depende da aplicação ativa dos conteúdos e exercícios aprendidos na intervenção. Por exemplo, usar roupas que geram desconforto corporal, responder comentários negativos em relação ao corpo e frequentar lugares que geralmente não frequenta por vergonha ou insegurança corporal. Contudo, como essa é a primeira intervenção a avaliar esses aspectos em um *follow-up* mais longo, não é possível fazer inferências causais sobre o porquê a subescala de OP só apresentou uma diferença significativa no *follow-up* de 52 semanas. Contudo, reduzir a auto objetificação entre homens cisgênero gays e bissexuais é indispensável em intervenções destinadas a essa população, uma vez que essa variável está diretamente relacionada ao desenvolvimento de transtornos mentais (Tiggemann, 2011; Ward *et al.*, 2023), incluindo os TAs e a DM (Convertino; Albright; Blashill, 2021; Heath *et al.*, 2016; Martenstyn; Maguire; Griffiths, 2022).

Incluir a apreciação corporal em intervenções destinadas à população de homens cisgênero gays/bissexuais é uma condição inédita, visto que o único estudo prévio conduzido com homens gays americanos não investigou nenhum fator de proteção para o desenvolvimento de sinais e sintomas de TAs e DM (Brown; Keel, 2015). Não obstante, revisões sistemáticas têm destacado que avaliar a eficácia das intervenções preventivas

baseadas na dissonância cognitiva no aumento dos fatores protetivos é um avanço necessário e imprescindível (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Guest *et al.*, 2019). No presente estudo, reduções significativas da apreciação corporal foram observadas em quatro, 24 e 52 semanas de *follow-up*, com a magnitude dos efeitos variando de pequeno à grande.

Os resultados do presente estudo corroboram àqueles encontrados com homens brasileiros cisgênero heterossexuais participantes de uma intervenção baseada na dissonância cognitiva (isto é, O Corpo em Questão: Mais do que Músculos) (Almeida *et al.*, 2020), ao observar que a intervenção PRIDE O Corpo em Questão também foi capaz de aumentar a apreciação corporal em até 24 meses de *follow-up*; ademais, o presente estudo avança ao demonstrar que a magnitude dos efeitos foi mantida por até 52 semanas de *follow-up*. Diversos fatores protetivos tem sido associados à prevenção dos TAs e DM, incluindo o comer intuitivo, auto compaixão, flexibilidade da imagem corporal e apreciação da funcionalidade corporal (Linardon, 2021). Dessa forma, sugere-se que estudos futuros avaliem se o PRIDE O Corpo em Questão é eficaz na redução de outros fatores protetivos para o desenvolvimento de TAs e DM, não apenas a apreciação corporal.

Ao observar os pontos fortes do presente estudo, destaca-se seu caráter inovador na realidade brasileira, uma vez que essa é a primeira intervenção destinada a prevenção dos TAs em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais. Ademais, avança ao avaliar os efeitos da intervenção na redução dos sintomas de DM e no aumento da apreciação corporal, variáveis que não foram consideradas em estudos prévios com homens cisgênero gays/bissexuais (Brown; Keel, 2015). Não obstante, realizou-se o acompanhamento dos participantes pelo *follow-up* de 52 semanas, característica inédita em intervenções conduzidas com homens cisgênero gays/bissexuais. O estudo incluiu uma metodologia robusta, sendo considerado um ensaio clínico controlado randomizado, o que tem sido sugerido como a melhor abordagem para esse formato de trabalho (Moher *et al.*, 2010). Ademais, como sugerido pelo CONSORT utilizou-se análise por intenção de tratar para lidar com os dados faltantes, evitando possíveis perdas no efeito randomização (Moher *et al.*, 2010). Esse procedimento permite identificar os reais efeitos da intervenção, evitando o viés de confusão causado pela exclusão de participantes não aderentes à intervenção (Armijo-Olivo; Warren; Magee, 2009). Por fim, as taxas de adesão ao programa foram iguais e/ou superiores a outros programas preventivos baseados na dissonância cognitiva na realidade brasileira (Almeida *et al.*, 2020; Almeida *et al.*, 2024a; Amaral; Stice; Ferreira, 2019; Hudson *et al.*, 2021; Resende *et al.*, 2022), o que reforça a importância de intervenções nesse formato para a população brasileira.

Embora apresente uma série de pontos fortes, o presente estudo possui algumas limitações. Em primeiro lugar, nós utilizamos instrumentos de autorrelato, o que pode incidir em um viés de desejabilidade social por parte dos respondentes (Morgado *et al.*, 2017). Contudo, a utilização de instrumentos dessa natureza é uma prática recorrente na área (Almeida *et al.*, 2020; 2024a; Amaral; Stice; Ferreira, 2019; Hudson *et al.*, 2021; Resende *et al.*, 2022). Ademais, todos os instrumentos utilizados no presente estudo apresentaram indicadores psicométricos de validade e confiabilidade para a população de homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais. Não obstante, a consistência interna desses instrumentos na amostra do presente estudo foi satisfatória para todos os momentos de *follow-up*.

Em segundo lugar, devido à natureza presencial da intervenção, todos os participantes incluídos no presente estudo foram recrutados de uma região específica do Brasil, à saber, a região Sudeste, mais precisamente na cidade de Governador Valadares, Minas Gerais. Consequentemente, a generalização dos nossos resultados para homens cisgênero gays/bissexuais de outras regiões do Brasil pode ser limitada. Contudo, testar a intervenção presencialmente é o primeiro passo para estabelecer sua eficácia, de modo que, estudos futuros devem avaliar se uma versão online apresenta os mesmos indicadores de eficácia. Nesse caso, sua ampla disseminação poderá ser fomentada em todo o território nacional.

Em terceiro lugar, o rastreio de participantes com TAs, DM e outros transtornos mentais foi realizado por meio de autorrelato. Embora essa estratégia venha sendo utilizada em estudos prévios na realidade brasileira (Almeida *et al.*, 2020; Almeida *et al.*, 2024a; Amaral; Stice; Ferreira, 2019; Hudson *et al.*, 2021; Resende *et al.*, 2022), estudos futuros devem incluir uma entrevista clínica para o diagnóstico de transtornos mentais, incluindo os TAs e a DM, como é o caso da Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (First *et al.*, 2017).

Em quarto lugar, seguindo a sugestão de estudos prévios na realidade brasileira (Almeida *et al.*, 2020; Almeida *et al.*, 2024a; Resende *et al.*, 2022), participantes que autorrelataram qualquer diagnóstico prévio de transtornos mentais realizados por um clínico foram excluídos. A inclusão de participantes com transtornos mentais pode modular a participação durante as sessões do programa, uma vez que os distúrbios de imagem corporal estão associados a uma série de psicopatologias, incluindo TDC, depressão, transtorno de ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo (APA, 2013). Entretanto, excluir participantes com transtornos mentais pode restringir a generalização dos resultados para uma população mais ampla, visto que os transtornos mentais são prevalentes dentro da população de minorias sexuais e de gênero (Mezza *et al.*, 2024; Wilson *et al.*, 2024). Além disso, excluir

participantes com transtornos mentais assume que todos os homens convidados para o estudo e que completaram o *baseline* tiveram acesso a um diagnóstico formal de transtorno mental, o que pode não ser o caso. Compreendendo que esse estudo investiga a eficácia inicial da intervenção PRIDE O Corpo em Questão, considerou-se prudente excluir participantes com transtornos mentais. Todavia, estudos futuros devem garantir que todos os participantes tenham acesso igualitário a serviços de diagnóstico de saúde mental para abordar possíveis vieses de seleção.

Em quinto lugar, não foi incluído um GC ativo, o que impossibilita descartar totalmente o efeito placebo (Moher *et al.*, 2010). Contudo, como esse é o primeiro ensaio clínico controlado randomizado de um programa baseado na dissonância cognitiva para homens cisgênero gays/bissexuais do Brasil, torna-se de salutar importância determinar sua eficácia inicial antes de investigar sua eficácia/eficiência frente a outras intervenções/tratamentos alternativos. Desse modo, sugere-se que estudos futuros avaliem condições ativas de controle, o que torna possível descartar totalmente o efeito placebo.

Finalmente, embora tenhamos feito progresso ao estabelecer um período de acompanhamento de 24 semanas, ainda não é possível determinar se a eficácia do programa se mantém ao longo de um período de acompanhamento mais extenso. Conforme nosso conhecimento atual, as intervenções baseadas na dissonância cognitiva realizadas com amostras brasileiras estabeleceram períodos de acompanhamento de quatro (Amaral; Stice; Ferreira, 2019), 24 (Almeida *et al.*, 2021; Hudson *et al.*, 2021; Resende *et al.*, 2022) e 52 semanas (Almeida *et al.*, 2024a). Estudos realizados com populações femininas em outros países mostraram que a magnitude dos efeitos variou de um a quatro anos (Stice *et al.*, 2008; Stice *et al.*, 2015; Stice *et al.*, 2020). Portanto, novos estudos com a população de homens cisgênero gays/bissexuais são altamente recomendados, monitorando a magnitude dos efeitos da intervenção por um período de acompanhamento prolongado.

## 7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a intervenção preventiva “PRIDE O Corpo em Questão” é altamente aceitável para homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais com elevada insatisfação corporal. A intervenção demonstrou eficácia na redução da internalização da aparência ideal, busca pela muscularidade, crenças e comportamentos de auto objetificação, sintomas de TAs e DM, assim como no aumento da apreciação corporal em homens cisgênero gays/bissexuais do Brasil. Os efeitos da intervenção nas variáveis de internalização da aparência ideal, busca pela muscularidade, apreciação corporal, sintomas de TAs e DM foram observados no *follow-up* de quatro semanas, com a manutenção da magnitude por até 52 semanas de *follow-up*. Já para a variável de crenças e comportamentos de auto objetificação os efeitos da intervenção foram identificados em todos os momentos do estudo.

## REFERÊNCIAS

ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS, TRANSEXUAIS E INTERSEXOS (ABGLT). **Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2022**. Florianópolis, SC: Acontece Arte e Política LGBTI+, ANTRA, ABGLT, 2023.

ACONTECE ARTE E POLÍTICA LGBTI+; ANTRA; ABGLT. **Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2023**. Florianópolis, SC: Acontece Arte e Política LGBTI+, ANTRA, ABGLT, 2024.

ADAM, M. P.; VILAIN, E. Emerging issues in disorders/differences of sex development (DSD). **American Journal of Medical Genetics**, v. 175, n. 2, p. 249-252, 2017.

ÁGH, 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, p. 353-364, 2016.

ALLEVA, J. M. *et al.* A longitudinal study investigating positive body image, eating disorder symptoms, and other related factors among a community sample of men in the UK. **Body Image**, v. 41, p. 384-395, 2022.

ALLEVA, J. M. *et al.* A meta-analytic review of stand-alone interventions to improve body image. **PLoS ONE**, v. 10, n. 9, p. e0139177, 2015.

ALMEIDA, M. **Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia corporal de jovens adultos: Um ensaio clínico controlado randomizado em homens brasileiros**. 2020. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física e Desportos, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.

ALMEIDA, M. *et al.* A randomized controlled trial of a dissonance-based eating disorder prevention intervention for body-dissatisfied Brazilian men: Results from a 1-year follow-up. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 46, p. e20233384, 2024a.

ALMEIDA, M. *et al.* Avaliação psicométrica do fator latente de internalização da aparência ideal do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised (SATAQ-4R) em homens brasileiros cisgênero gays e bissexuais. **Arquivos Brasileiros de Educação Física**, v. 6, n. 1, p. 33-47, 2023a.

ALMEIDA, M. *et al.* Dissonance-based eating disorder prevention delivered in-person after an online training: A randomized controlled trial for Brazilian men with body dissatisfaction. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 3, p. 293-304, 2021.

ALMEIDA, M. *et al.* Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among Brazilian cisgender gay and bisexual men. **Body Image**, v. 42, p. 257-262, 2022.

ALMEIDA, M. *et al.* Psychometric evaluation and measurement invariance of the Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale among Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity** (*ahead of print 2024b*).

ALMEIDA, M.; GOMES, V. M. G. M.; DE 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.; 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.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - First edition (DSM – I)**. 1ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition (DSM – 5)**. 5ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013..

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fourth edition (DSM – IV)**. Washington, DC: American Psychological Association, 1994.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Second edition (DSM – II)**. 2ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1973.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Third edition (DSM – III)**. 3ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Third edition revised (DSM – III R)**. 3ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

ANDRÉS-PEPIÑÁ, S. *et al.* Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 25, n. 1, p. 33-44, 2020.

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.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Brasil: Padrão de Classificação Econômica**. São Paulo: ABEP, 2022. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 12 nov. 2022.

AUSTEN, E.; GREENAWAY, K. H.; GRIFFITHS, S. Differences in weight stigma between gay, bisexual, and heterosexual men. **Body Image**, v. 35, p. 30-40, 2020.

AYTON, A. *et al.* From awareness to action: An urgent call to reduce mortality and improve outcomes in eating disorders. **The British Journal of Psychiatry**, v. 224, n. 1, p. 3–5, 2024.

- BADENES-RIBERA, L. *et al.* The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Behavioral Addictions**, v. 8, n. 3, p. 351-371, 2019.
- BADENES-RIBERA, L.; FABRIS, M. A.; LONGOBARDI, C. The relationship between internalized homonegativity and body image concerns in sexual minority men: A meta-analysis. **Psychology & Sexuality**, v. 9, n. 3, p. 251-268, 2018.
- BALAKRISHNAN, K. *et al.* Discrimination experienced by sexual minority males in Australia: Associations with suicidal ideation and depressive symptoms. **Journal of Affective Disorders**, v. 305, p. 173-178, 2022.
- 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.
- BEAT. **The costs of eating disorders: Social, health and economic impacts**. Norwich: BEAT, 2015.
- 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.
- 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.
- BELL, K.; RIEGER, E.; HIRSCH, J. K. Eating disorder symptoms and proneness in gay men, lesbian women, and transgender and gender non-conforming adults: Comparative levels and a proposed mediational model. **Frontiers in Psychology**, v. 9, n. 2692, p. 1-13, 2019.
- BENEVIDES, B. G. **Dossiê: Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2023** / Bruna G. Benevides. ANTRA. Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2024.
- BEREN, S. E. *et al.* The influence of sexual orientation on body dissatisfaction in adult men and women. **International Journal of Eating Disorders**, v. 20, n. 2, p. 135-141, 1996.
- BÍBLIA. Português. **Bíblia de Referência Thompson**. Tradução de João Ferreira de Almeida. Compilado e redigido por Frank Charles Thompson. São Paulo: Vida, 2010.
- BLASHILL, A. J. *et al.* Anabolic steroid misuse among US adolescent boys: Disparities by sexual orientation and race/ethnicity. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 2, p. 319-321, 2017.
- BLUNDELL, E. *et al.* Longitudinal pathways between childhood BMI, body dissatisfaction, and adolescent depression: an observational study using the UK Millenium Cohort Study. **The Lancet Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 47-55, 2024.
- BO, S. *et al.* University courses, eating problems and muscle dysmorphia: Are there any associations? **Journal of Translational Medicine**, v. 12, n. 221, p. 1-8, 2014.

BOMBEN, R.; ROBERTSON, N.; ALLAN, S. Barriers to help-seeking for eating disorders in men: A mixed-methods systematic review. **Psychology of Men & Masculinities**, v. 23, n. 2, p. 183-196, 2022.

BOROUGHES, M. S.; KRAWCZYK, R.; THOMPSON, J. K. Body dysmorphic disorder among diverse racial/ethnic and sexual orientation groups: Prevalence estimates and associated factors. **Sex Roles**, v. 63, p. 725-737, 2010.

BRADY, J. P. *et al.* Body image and condomless anal sex among Young Latino sexual minority men. **Behaviour Research and Therapy**, v. 115, p. 129-134, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **05/8 – Dia Nacional da Saúde**. 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>. Acesso em: 05 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html). Acesso em: 02 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1ª ed. Brasília: Editora MS, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf). Acesso em: 02 jan 2023.

BRENNAN, D. J.; CRAIG, S. L.; THOMPSON, D. E. A. Factors associated with a drive for muscularity among gay and bisexual men. **Culture, Health & Sexuality**, v. 14, n. 1, p. 1-15, 2012.

BREWSTER, M. E. *et al.* “Do you even lift, bro?” Objectification, minority stress, and body image concerns for sexual minority men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 18, n. 2, p. 87-98, 2017.

BROOKS, H. *et al.* Sexual orientation disclosure in health care: A systematic review. **British Journal of General Practice**, v. 68, n. 668, p. e187-e196, 2018.

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.

BURKE, N. L. *et al.* Socioeconomic status and eating disorder prevalence: At the intersections of gender identity, sexual orientation, and race/ethnicity. **Psychological Medicine**, v. 53, n. 9, p. 4255-4265, 2023.

BUTLER, J. **Corpos que importam: Os limites discursivos do "sexo"**. 1ª ed. São Paulo: N-1 Edições, 2019.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, J. Regulações de gênero. **Cadernos Pagu**, v. 42, p. 249-274, 2014.

BYBEE, J. A. *et al.* Are gay men in worse mental health than heterosexual men? The role of age, shame and guilt, and coming-out. **Journal of Adult Development**, v. 16, p. 144-154, 2009.

CALOGERO, R. M.; TANTLEFF-DUNN, S.; THOMPSON, J. K. Objectification theory: An introduction. *In*: CALOGERO, R. M.; TANTLEFF-DUNN, S.; THOMPSON, J. K. (Orgs.). **Self-objectification in women: Causes, consequences, and counteractions**. Michigan: APA, 2011. p. 3-21.

CALZO, J. P. *et al.* Alcohol use and disordered eating in a US sample of heterosexual and sexual minority adolescents. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 58, n. 2, p. 200-210, 2019.

CALZO, J. P. *et al.* Eating disorders and disordered weight and shape control behaviors in sexual minority populations. **Current Psychiatry Reports**, v. 19, n. 49, p. 1-10, 2017.

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.

CARDOSO, C. S. R. *et al.* Coming out y homofobia en el trabajo: Experiencias en Montes Claros-MG. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 22, n. 1, p. 1920-1928, 2022a.

CARDOSO, J. G. *et al.* Discriminação percebida e consequências emocionais da LGBTQIA+ fobia no consumo no Brasil. **Innovar**, v. 32, n. 85, p. 33-47, 2022b.

CARDOSO, J. G.; ROCHA, R. A. D. Do explícito ao sutil: Existe discriminação percebida pelo consumidor LGBTI+ no Brasil? **Cadernos EBAPE.BR**, v. 20, n. 4, p. 483-499, 2022.

CASH, T. F. Body image: Past, present, and future. **Body Image**, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2004.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Eds.). **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. New York, NY: The Guilford Press, 2002.

CHANEY, M. P. Muscle dysmorphia, self-esteem, and loneliness among gay and bisexual men. **International Journal of Men's Health**, v. 7, n. 2, p. 157-170, 2008.

CLAUMANN, G. S. **Tradução e validação das versões brasileiras de três instrumentos de avaliação da imagem corporal em mulheres universitárias**. 2019. Tese (Doutorado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

- COELHO, G. M. O.; PORTUGAL, M. R. C. Imagem corporal e transtornos alimentares. *In*: APPOLINARIO, J. C.; NUNES, M. A.; CORDÁS, T. A. (Ed.). **Transtornos alimentares: Diagnóstico e manejo**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2021. p. 71-96.
- COHEN, J. A power primer. **Psychological Bulletin**, v. 112, n. 1, p. 155-159, 1992.
- COHN, L. *et al.* Including the excluded: Males and gender minorities in eating disorder prevention. **Eating Disorders**, v. 24, n. 1, p. 114-120, 2016.
- COLLING, L. **Gênero e sexualidade na atualidade**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, 2018.
- COLLINS, P. Y. *et al.* Intervening for HIV prevention and mental health: A review of global literature. **Journal of the International AIDS Society**, v. 24, n. S2, p. e25710, 2021.
- COMPTE, E. J. *et al.* Psychometric evaluation of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among gender-expansive people. **Journal of Eating Disorders**, v. 10, n. 95, p. 1-11, 2022.
- COMPTE, E. J. *et al.* Psychometric evaluation of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among cisgender gay men and cisgender lesbian women. **Body Image**, v. 38, p. 241-250, 2021.
- COMPTON, W. M.; JONES, C. M. Substance use among men who have sex with men. **The New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 4, p. 352-356, 2021.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 001/99, de 22 de maro de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. 1999. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf). Acesso em: 02 jan. 2023.
- CONVERTINO, A. D.; ALBRIGHT, C. A.; BLASHILL, A. J. Eating disorders and related symptomatology in sexual minority men and boys. *In*: NAGATA, J. M. *et al.* (Eds.). **Eating disorders in boys and men**. Switzerland: Springer Nature, 2021. p. 253–264.
- CONVERTINO, A. D. *et al.* Integrating minority stress theory and the tripartite influence model: A model of eating disordered behavior in sexual minority young adults. **Appetite**, v. 163, p. 105204, 2021a.
- CONVERTINO, A. D. *et al.* Internalization of muscularity and thinness ideals: Associations with body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and muscle dysmorphic symptoms in at risk sexual minority men. **International Journal of Eating Disorders**, v. 55, n. 12, p. 1765-1776, 2022.
- CONVERTINO, A. D. *et al.* The role of sexual minority stress and community involvement on disordered eating, dysmorphic concerns and appearance-and performance-enhancing drug misuse. **Body Image**, v. 36, p. 53-63, 2021b.
- COOPER, J. **Cognitive dissonance: 50 years of a classic theory**. Califórnia: SAGE Publications Ltd, 2007.

- COOPER, M. *et al.* Muscle dysmorphia: A systematic and meta-analytic review of the literature to assess diagnostic validity. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 10, p. 1583-1604, 2020.
- COOPER, P. J. *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, Z.; COOPER, P. J.; FAIRBURN, C. G. The specificity of the Eating Disorder Inventory. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 24, n. 2, p. 129-130, 1985.
- COQUEIRO, R. *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.
- COSTA, Â. B.; NARDI, H. C. Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: Debate conceitual. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 715-726, 2015.
- CRONIN, T. J. *et al.* Minority stress and psychological outcomes in sexual minorities: The role of barriers to accessing services. **Journal of Homosexuality**, v. 68, n. 14, p. 2417-2429, 2021.
- DA FONSECA, M. D. J. M. *et al.* Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: Estudo pró-saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 392-398, 2004.
- DAHLENBURG, S. C. *et al.* Body image disturbance and sexual orientation: An updated systematic review and meta-analysis. **Body Image**, v. 35, p. 126-141, 2020.
- DAVIDS, C. M.; GREEN, M. A. A preliminary investigation of body dissatisfaction and eating disorder symptomatology with bisexual individuals. **Sex Roles**, v. 65, p. 533-547, 2011.
- DAVIS, C.; SCOTT-ROBERTSON, L. A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: Body shape ideals in the extreme. **Eating Behaviors**, v. 1, n. 1, p. 33-46, 2000.
- DE 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 & Saude Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4485-4495.
- DEMETS, D. L.; COOK, T. Challenges of non-intention-to-treat analyses. **JAMA**, v. 321, n. 2, p. 145-146, 2019.
- DE OLIVEIRA JÚNIOR, M. L. *et al.* Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire among Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. **International Journal of Eating Disorders**, v. 56, n. 4, p. 736-746, 2023.

DE TILIO, R. Teorias de gênero: Principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas. **Revista Gênero**, v. 14, n. 2, p. 125-148, 2014.

DEVIRIM-LANPIR, A. *et al.* Muscle dysmorphia and associated psychological features of males in the Middle East: A systematic review. **Performance Enhancement & Health**, v. 11, n. 3, p. 100256, 2023.

DIEMER, E. W. *et al.* Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. **Journal of Adolescent Health**, v. 57, n. 2, p. 144-149, 2015.

DONAHUE, J. M. *et al.* Establishing initial validity and factor structure for the Muscularity-Oriented Eating Test in gay men. **Eating Behaviors**, v. 45, p. 101631, 2022.

DOS SANTOS, J. B. S. O.; CARDIN, V. S. G. Da situação legal das pessoas intersexo e a possibilidade de reconhecimento do terceiro sexo pelo ordenamento jurídico brasileiro. **Revista da Faculdade de Direito da UFRGS**, n. 48, p. 96-119, 2022.

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

DOYLE, D. M.; ENGELN, R. Body size moderates the association between gay community identification and body image disturbance. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, v. 1, n. 3, p. 279-284, 2014.

DUGGAN, S. J.; MCCREARY, D. R. Body image, eating disorders, and the drive for muscularity in gay and heterosexual men: The influence of media images. **Journal of Homosexuality**, v. 47, n. 3-4, p. 45-58, 2004.

DUNKER, K. L. L.; DE CARVALHO, P. H. B.; AMARAL, A. C. S. Eating disorders prevention programs in Latin American countries: A systematic review. **International Journal of Eating Disorders**, v. 56, n. 4, p. 691-707, 2023.

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.

FEDER, E. K. **Making sense of intersex**: Changing ethical perspectives in biomedicine. Bloomington, Indiana: Indiana University Press, 2014.

FELDMAN, M. B.; MEYER, I. H. Comorbidity and age of onset of eating disorders in gay men, lesbians, and bisexuals. **Psychiatry Research**, v. 180, n. 2-3, p. 126-131, 2010.

FESTINGER, L. **A theory of cognitive dissonance**. Evanstone, IL: Row, Peterson, 1957.

FICHTER, M. M. *et al.* Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 9, p. 1018-1030, 2017.

FICHTER, M. M.; QUADFLIEG, N.; HEDLUND, S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. **International Journal of Eating Disorders**, v. 41, n. 7, p. 577-586, 2008.

FIRST, M. B. *et al.* The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part I: Description. **Journal of Personality Disorders**, v. 9, n. 2, p. 83-91, 1995.

FIRST, M. B. *et al.* **Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5: SCID-5-CV**. Versão Clínica edição (19 junho 2017). Porto Alegre: Artmed Editora, 2017.

FLENTJE, A. *et al.* Minority stress, structural stigma, and physical health among sexual and gender minority individuals: Examining the relative strength of the relationships. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 56, n. 6, p. 573-591, 2022.

FLENTJE, A. *et al.* The relationship between minority stress and biological outcomes: A systematic review. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 43, p. 673-694, 2020.

FOGARTY, S. M.; WALKER, D. C. Twinks, Jocks, and Bears, Oh My! Differing subcultural appearance identifications among gay men and their associated eating disorder psychopathology. **Body Image**, v. 42, p. 126-135, 2022.

FOUCAULT, M. **The history of sexuality**. New York, NY: Pantheon Books, 1978.

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. *et al.* Pathways from sociocultural and objectification constructs to body satisfaction among women: The US Body Project I. **Body Image**, v. 41, p. 195-208, 2022.

FREDRICKSON, B. L. *et al.* That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 75, n. 1, p. 269-284, 1998.

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.

FROST, D. M.; LEHAVOT, K.; MEYER, I. H. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 38, p. 1-8, 2015.

FROST, D. M.; MEYER, I. H. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. **Current Opinion in Psychology**, v. 51, p. 101579, 2023.

GANSON, K. T. *et al.* Characterizing cheat meals among a national sample of Canadian adolescents and young adults. **Journal of Eating Disorders**, v. 10, n. 113, p. 1-13, 2022.

GANSON, K. T. *et al.* Muscle dysmorphia symptomatology among a national sample of Canadian adolescents and young adults. **Body Image**, v. 44, p. 178-186, 2023.

- GARNER, D. M., *et al.* The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlations. **Psychology Medicine**, v. 12, n. 4 p. 871-878, 1982.
- GAUDENZI, P. A tensão naturalismo/normativismo no campo da definição da doença. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, n. 4, p. 911-924, 2014.
- GHOLIZADEH, S. *et al.* Body image and condomless anal sex among sexual minority men living with HIV. **AIDS and Behavior**, v. 22, p. 658-662, 2018.
- GHORAYEB, D. B.; DALGALARRONDO, P. Homosexuality: Mental health and quality of life in a Brazilian socio-cultural context. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 57, n. 5, p. 496-500, 2011.
- GOODALE, K. R.; LOU WATKINS, P.; CARDINAL, B. J. Muscle dysmorphia: A new form of eating disorder? **American Journal of Health Education**, v. 32, n. 5, p. 260-266, 2001.
- 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**, v. 21, n. 4, p. 622-631, 2020.
- GONZALES IV, M.; BLASHILL, A. J. Ethnic/racial and gender differences in body image disorders among a diverse sample of sexual minority US adults. **Body Image**, v. 36, p. 64-73, 2021.
- GORRASI, I. S. R. *et al.* Traits of orthorexia nervosa and muscle dysmorphia in Italian university students: A multicentre study. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 25, p. 1413-1423, 2020.
- GORRASI, I. S. R. *et al.* Use of online and paper-and-pencil questionnaires to assess the distribution of orthorexia nervosa, muscle dysmorphia and eating disorders among university students: Can different approaches lead to different results? **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 27, p. 989-999, 2022.
- 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, 2009.
- GRIFFITHS, S. *et al.* Anabolic steroid use among gay and bisexual men living in Australia and New Zealand: Associations with demographics, body dissatisfaction, eating disorder psychopathology, and quality of life. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 181, p. 170-176, 2017.
- GRIFFITHS, S. *et al.* Relative strength of the associations of body fat, muscularity, height, and penis size dissatisfaction with psychological quality of life impairment among sexual minority men. **Psychology of Men & Masculinities**, v. 20, n. 1, p. 55-60, 2019.

GROGAN, S. **Body image**: Understanding body dissatisfaction in men, women and children. 3<sup>th</sup> ed. London, UK: Routledge, 2016.

GROGAN, S. **Body image**: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children. 4<sup>th</sup> ed. London, UK: Routledge, 2021..

GRUNEWALD, W.; TROOP-GORDON, W.; SMITH, A. R. Relationships between eating disorder symptoms, muscle dysmorphia symptoms, and suicidal ideation: A random intercepts cross-lagged panel approach. **International Journal of Eating Disorders**, v. 55, n. 12, p. 1733-1743, 2022.

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.

HAIR, J. F. *et al.* **Multivariate data analysis**. 7<sup>th</sup> ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2009.

HALKITIS, P. N. An exploration of perceptions of masculinity among gay men living with HIV. **The Journal of Men's Studies**, v. 9, n. 3, p. 413-429, 2001.

HALLIWELL, E. Future directions for positive body image research. **Body Image**, v. 14, p. 177-189, 2015.

HALLWARD, L. *et al.* Examination of eating disorder psychopathology across sexual and gender identities among a Canadian sample. **International Journal of Eating Disorders**, v. 56, n. 3, p. 604-615, 2023.

HAMILTON, C. J.; MAHALIK, J. R. Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. **Journal of Counseling Psychology**, v. 56, n. 1, p. 132-141, 2009.

HAY, P. *et al.* Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia - A rapid review. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 23, p. 1-46, 2023.

HAZZARD, V. M. *et al.* Disparities in eating disorder risk and diagnosis among sexual minority college students: Findings from the national Healthy Minds Study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 9, p. 1563-1568, 2020.

HE, J. *et al.* Body dissatisfaction and sexual orientations: A quantitative synthesis of 30 years research findings. **Clinical Psychology Review**, v. 81, p. 101896, 2020.

HEATH, B. *et al.* The relationship between objectification theory and muscle dysmorphia characteristics in men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 17, n. 3, p. 297-308, 2016.

HELMINEN, E. C. *et al.* Self-compassion, minority stress, and mental health in sexual and gender minority populations: A meta-analysis and systematic review. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 30, n. 1, p. 26-39, 2023.

HERCOWITZ, A.; VITO CIASCA, S.; LOPES JUNIOR, A. Desenvolvimento da orientação afetivo-sexual. *In*: VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 44-50.

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, p. 323-335, 1998.

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.

HILL, A. O. *et al.* Suicidal ideation and suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, pansexual, queer, and asexual youth: Differential impacts of sexual orientation, verbal, physical, or sexual harassment or assault, conversion practices, family or household religiosity, and school experience. **LGBT Health**, v. 9, n. 5, p. 313-324, 2022.

HOY-ELLIS, C. P. Minority stress and mental health: A review of the literature. **Journal of Homosexuality**, v. 70, n. 5, p. 806-830, 2023.

HUDSON, Tassiana Aparecida *et al.* Dissonance-based eating disorder prevention among Brazilian young women: A randomized efficacy trial of the Body Project. **Body Image**, v. 38, p. 1-9, 2021.

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.

HUNT, C. J.; GONSALKORALE, K.; NOSEK, B. A. Links between psychosocial variables and body dissatisfaction in homosexual men: Differential relations with the drive for muscularity and the drive for thinness. **International Journal of Men's Health**, v. 11, n. 2, p. 127-136, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características étnico- raciais da população**: Classificações e identidades. IBGE. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

IWAJOMO, T. *et al.* Excess mortality associated with eating disorders: Population-based cohort study. **The British Journal of Psychiatry**, v. 219, n. 3, p. 487-493, 2021.

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.

KAMEN, C. *et al.* Disparities in health risk behavior and psychological distress among gay versus heterosexual male cancer survivors. **LGBT Health**, v. 1, n. 2, p. 86-92, 2014.

KAMINSKI, P. L. *et al.* Body image, eating behaviors, and attitudes toward exercise among gay and straight men. **Eating Behaviors**, v. 6, n. 3, p. 179-187, 2005.

- KAMODY, R. C.; GRILO, C. M.; UDO, T. Disparities in DSM-5 defined eating disorders by sexual orientation among US adults. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 2, p. 278-287, 2020.
- 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. 293-320, 2017.
- KIMMEL, S. B.; MAHALIK, J. R. Body image concerns of gay men: The roles of minority stress and conformity to masculine norms. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 73, n. 6, p. 1185-1190, 2005.
- KOUSARI-RAD, P.; MCLAREN, S. The relationships between sense of belonging to the gay community, body image dissatisfaction, and self-esteem among Australian gay men. **Journal of Homosexuality**, v. 60, n. 6, p. 927-943, 2013.
- 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. 32, p. 1-7, 2017.
- 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.
- LEBEAU, R. T.; JELLISON, W. A. Why get involved? Exploring gay and bisexual men's experience of the gay community. **Journal of Homosexuality**, v. 56, n. 1, p. 56-76, 2009.
- LEVESQUE, M. J.; VICHESKY, D. R. Raising the bar on the body beautiful: An analysis of the body image concerns of homosexual men. **Body Image**, v. 3, n. 1, p. 45-55, 2006.
- LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. **The prevention of eating problems and eating disorders: Theories, research, and applications.** New York, NY: Routledge, 2020.
- LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. **The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice.** Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 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.
- LEVITAN, J. *et al.* The relationship between body image and sexual functioning among gay and bisexual men. **Journal of Homosexuality**, v. 66, n. 13, p. 1856-1881, 2019.
- LINARDON, J. Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 11, p. 1967-1977, 2021.
- LINARDON, J.; MESSER, M.; TYLKA, T. Functionality appreciation and its correlates: Systematic review and meta-analysis. **Body Image**, v. 45, p. 65-72, 2023.

LINDLEY, L. L.; WALSEMANN, K. M.; CARTER JR, J. W. The association of sexual orientation measures with young adults' health-related outcomes. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 6, p. 1177-1185, 2012.

LINDNER, D.; TANTLEFF-DUNN, S. The development and psychometric evaluation of the Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale. **Psychology of Women Quarterly**, v. 41, n. 2, p. 254-272, 2017.

LIU, C. *et al.* Associations among internalized and perceived stigma, state mindfulness, self-efficacy, and depression symptoms among men who have sex with men in China: A serial mediation model. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 45, p. 81-88, 2023.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista**. 16<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

MANGWETH, B. *et al.* Body image and psychopathology in male bodybuilders. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 70, n. 1, p. 38-43, 2001.

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.

MARTENSTYN, J. A. MAGUIRE, S.; GRIFFITHS, S. A qualitative investigation of the phenomenology of muscle dysmorphia: Part 1. **Body Image**, v. 43, p. 486-503, 2022.

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.

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.

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.

MENEZES, J. C. L.; MURTA, S. G. Adaptação cultural de intervenções preventivas em saúde mental baseadas em evidências. **Psico-USF**, v. 23, n. 4, p. 681-691, 2018.

MESSER, M. *et al.* The independent contribution of muscularity-oriented disordered eating to functional impairment and emotional distress in adult men and women. **Eating Disorders**, v. 31, n. 2, p. 161-172, 2023.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003.

MEYER, I. H.; FROST, D. M. Minority stress and the health of sexual minorities. *In*: PATTERSON, C. J.; D'AUGELLI, A. R. (Eds.). **Handbook of psychology and sexual orientation**. United Kingdom: Oxford University Press, 2013. p. 252-266.

- MEZZA, F. *et al.* Minority stress and mental health in European transgender and gender diverse people: A systematic review of quantitative studies. **Clinical Psychology Review**, v. 107, p. 102358, 2024.
- MIJAS, M. *et al.* Dysregulated by stigma: Cortisol responses to repeated psychosocial stress in gay and heterosexual men. **Psychoneuroendocrinology**, v. 131, p. 105325, 2021.
- 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**, 47, n. 2, p. 233-259, 2017.
- MOHER, D. *et al.* CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 8, p. e1-e37, 2010.
- MORADI, B. Addressing gender and cultural diversity in body image: Objectification theory as a framework for integrating theories and grounding research. **Sex Roles**, v. 63, p. 138-148, 2010.
- 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. 3, p. 1-20, 2017.
- MORGAN, J. F.; ARCELUS, J. Body image in gay and straight men: A qualitative study. **European Eating Disorders Review**, v. 17, n. 6, p. 435-443, 2009.
- MORGAN, J. F.; REID, F.; LACEY, J. H. The SCOFF questionnaire. **The Western Journal of Medicine**, v. 172, n. 3, p. 164, 2000.
- 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**. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, 2006. p. 1-34
- MOSER, C. M. *et al.* Cross-cultural adaptation and translation into Brazilian Portuguese of the instruments Sick Control One Stone Fat Food Questionnaire (SCOFF), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA). **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 42, n. 3, p. 267-271, 2020.
- MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. **Reducing risks for mental disorders**: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academies Press, 1994.
- MURRAY, S. B. *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. *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.* 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.

- 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.; RIEGER, E.; TOUYZ, S. W. Muscle dysmorphia symptomatology during a period of religious fasting: A case report. **European Eating Disorders Review**, v. 19, n. 2, p. 162-168, 2011.
- NAGATA, J. M. *et al.* Appearance and performance-enhancing drugs and supplements (APEDS): Lifetime use and associations with eating disorder and muscle dysmorphia symptoms among cisgender sexual minority people. **Eating Behaviors**, v. 44, p. 101595, 2022a.
- NAGATA, J. M. *et al.* Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among cisgender gay men. **European Eating Disorders Review**, v. 28, n. 1, p. 92-101, 2020.
- NAGATA, J. M. *et al.* Community norms of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among cisgender sexual minority men and women. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 297, p. 1-9, 2021.
- 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.
- NAGATA, J. M. *et al.* Prevalence and correlates of disordered eating behaviors among young adults with overweight or obesity. **Journal of General Internal Medicine**, v. 33, n. 8, p. 1337-1343, 2018.
- NAGATA, J. M. *et al.* Psychometric validation of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among US transgender men. **Body Image**, v. 42, p. 43-49, 2022b.
- NAGATA, J. M.; GANSON, K. T.; AUSTIN, S. B. Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 33, n. 6, p. 562-567, 2020.
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE (NASEM). **Measuring sex, gender identity, and sexual orientation**. Washington, DC: The National Academies Press, 2022.
- NERINI, A. *et al.* Drive for muscularity and sexual orientation: Psychometric properties of the Italian version of the Drive for Muscularity Scale (DMS) in straight and gay men. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 17, n. 2, p. 137-146, 2016.

NIEGO, S. H.; PRATT, E. M.; AGRAS, W. S. Subjective or objective binge: Is the distinction valid?. **International Journal of Eating Disorders**, v. 22, n. 3, p. 291-298, 1997.

NOWICKI, G. P. *et al.* Body image and associated factors among sexual minority men: A systematic review. **Body Image**, v. 43, p. 154-169, 2022.

OKA, M.; LAURENTI, C. Entre sexo e gênero: Um estudo bibliográfico-exploratório das ciências da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 238-251, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, OMS, 1948.

OMS. Gender and Health. **OMS Site**, 2023. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1). Acesso em: 02 jan 2023.

OMS. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). **OMS Site**, 1992. Disponível em: <https://cid10.com.br/>. Acesso em: 02 jan 2023.

OMS. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). **OMS Site**, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption->. Acesso em: 02 jan 2023.

OMS. **Physical status**: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. Washington: WHO, 1995.

OMS. Sexual Health. **OMS Site**, 2006. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2). Acesso em: 02 jan 2023.

OPERARIO, D. *et al.* Integrating HIV and mental health interventions to address a global syndemic among men who have sex with men. **The Lancet HIV**, v. 9, p. e574-e584, 2022.

OSHANA, A.; KLIMEK, P.; BLASHILL, A. J. Minority stress and body dysmorphic disorder symptoms among sexual minority adolescents and adult men. **Body Image**, v. 34, p. 167-174, 2020.

PACHANKIS, J. E.; BERNSTEIN, L. B. An etiological model of anxiety in young gay men: From early stress to public self-consciousness. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 13, n. 2, p. 107-122, 2012.

PARENT, M. C.; MORADI, B. His biceps become him: A test of objectification theory's application to drive for muscularity and propensity for steroid use in college men. **Journal of Counseling Psychology**, v. 58, n. 2, p. 246-256, 2011.

PARKER, L. L.; HARRIGER, J. A. Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: A review of the literature. **Journal of Eating Disorders**, v. 8, n. 51, p. 1-20, 2020.

PATERNA, A. *et al.* Internalization of body shape ideals and body dissatisfaction: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 9, p. 1575-1600, 2021.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. D. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180279, 2019.

PAVELTCHUK, F. O.; BORSA, J. C. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. **Revista da SPAGESP**, v. 21, n. 2, p. 41-54, 2020.

PEIXOTO, M. D. R. G.; BENÍCIO, M. H. D. A.; JARDIM, P. C. B. V. Validade do peso e da altura auto-referidos: O estudo de Goiânia. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p. 1065-1072, 2006.

PELLICANE, M. J.; CIESLA, J. A. Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 91, p. 102113, 2022.

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.

PITOŇÁK, M. Mental health in non-heterosexuals: Minority stress theory and related explanation frameworks review. **Mental Health & Prevention**, v. 5, p. 63-73, 2017.

POPE JR, H. G. *et al.* Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**, v. 38, n. 6, p. 548-557, 1997.

POPE JR, 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.

QUADFLIEG, N. *et al.* Mortality in males treated for an eating disorder—a large prospective study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 12, p. 1365-1369, 2019.

QUADFLIEG, N.; FICHTER, M. M. Long-term outcome of inpatients with bulimia nervosa—Results from the Christina Barz Study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 7, p. 834-845, 2019.

RAFART, M. **Sexualidade Humana**. Curitiba, PR: InterSaberes, 2020.

RÄISÄNEN, U.; HUNT, K. The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: A qualitative interview study. **BMJ Open**, v. 4, p. e004342, 2014.

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.

RESENDE, T. R. O. *et al.* Dissonance-based eating disorder prevention improves intuitive eating: a randomized controlled trial for Brazilian women with body dissatisfaction. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 27, p. 1099-1112, 2022.

RODGERS, R. F. *et al.* Body image as a global mental health concern. **Cambridge Prisms: Global Mental Health**, v. 10, p. e9, 2023.

RODGERS, R. F.; MURRAY, S. B. Muscle dysmorphia and a growing preoccupation around size (of the evidence base): A cautionary tale in extrapolating from non-clinical data? **Journal of Psychiatric Research**, v. 154, p. 207-208, 2022.

RUIZ DE ASSIN VARELA, P. M.; CAPEROS, J. M.; GISMERO-GONZÁLEZ, E. Sexual attraction to men as a risk factor for eating disorders: The role of mating expectancies and drive for thinness. **Journal of Eating Disorders**, v. 10, n. 52, p. 1-10, 2022.

SAMNALIEV, M. *et al.* The economic burden of eating disorders and related mental health comorbidities: An exploratory analysis using the US Medical Expenditures Panel Survey. **Preventive Medicine Reports**, v. 2, p. 32-34, 2015.

SANDGREN, S. S.; LAVALLEE, D. Intervention development for people with muscle dysmorphia symptoms: Best practice and future recommendations. **Journal of Loss and Trauma**, v. 28, n. 4, p. 315-326, 2023.

SANTOS, C. G. *et al.* Psychometric evaluation of the Drive for Muscularity Scale and the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory among Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 2, p. 989, 2023.

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.

SCHAEFER, L. M. *et al.* Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-Revised (SATAQ-4R). **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 2, p. 104-117, 2017.

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.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo: As energias construtivas da psique**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1994.

SCHMIDT, M. *et al.* Body image disturbance and associated eating disorder and body dysmorphic disorder pathology in gay and heterosexual men: A systematic analyses of cognitive, affective, behavioral und perceptual aspects. **PLoS ONE**, v. 17, n. 12, p. e0278558, 2022.

SCHÜLER, K.; FERREIRA, L. G. A.; DA SILVA, M. R. D. Determinação e diferenciação biológica do sexo e suas diversidades. *In*: VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 28-37.

SHENKMAN, G.; IFRAH, K.; SHMOTKIN, D. Interpersonal vulnerability and its association with depressive symptoms among gay and heterosexual men. **Sexuality Research and Social Policy**, v. 17, p. 199-208, 2020.

SHENKMAN, G.; IFRAH, K.; SHMOTKIN, D. The association between negative attitudes toward aging and mental health among middle-aged and older gay and heterosexual men in Israel. **Aging & Mental Health**, v. 22, n. 4, p. 503-511, 2018.

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.

SIMONE, M. *et al.* Disparities in self-reported eating disorders and academic impairment in sexual and gender minority college students relative to their heterosexual and cisgender peers. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 4, p. 513-524, 2020.

SIMPSON, B. Assessing and understanding body image and bodysatisfaction in gay and bisexual men through objectification theory. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 39, n. 2, p. 598-610, 2024.

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

SMINK, F. R. E.; VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. **Current Psychiatry Reports**, v. 14, p. 406-414, 2012.

SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. Body image, disordered eating, and eating disorders: Connections and disconnects. *In*: SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. (Eds.). **The Wiley Handbook of Eating Disorders**. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd, 2015a. p. 1-10.

SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. Toward an integrated biopsychosocial model of eating disorders. *In*: SMOLAK, L.; LEVINE, M. P. (Eds.). **The Wiley Handbook of Eating Disorders**. New Jersey, NY: John Wiley & Sons, Ltd, 2015b. p. 929-941.

SOMMET, N. *et al.* How many participants do I need to test an interaction? Conducting an appropriate power analysis and achieving sufficient power to detect an interaction. **Advances in Methods and Practices in Psychological Science**, v. 6, n. 3, p. 1-21, 2023.

SOULLIARD, Z. A.; VANDER WAL, J. S. Measurement invariance and psychometric properties of three positive body image measures among cisgender sexual minority and heterosexual women. **Body Image**, v. 40, p. 146-157, 2022.

SOULLIARD, Z. A.; VANDER WAL, J. S. Validation of the Body Appreciation Scale-2 and relationships to eating behaviors and health among sexual minorities. **Body Image**, v. 31, p. 120-130, 2019.

SOUZA, A. C. D.; ALVARENGA, M. D. S. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários—Uma revisão integrativa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 286-299, 2016.

STALL, R.; WILEY, J. A comparison of alcohol and drug use patterns of homosexual and heterosexual men: The San Francisco Men's Health Study. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 22, n. 1-2, p. 63-73, 1988.

STELET, B. P. *et al.* Pessoas intersexo. *In*: VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 257-264.

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. *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.* 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. *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. *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. *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.; ONIPEDE, Z. A.; MARTI, C. N. A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. **Clinical Psychology Review**, v. 87, p. 102046, 2021.

STICE, E.; ROHDE, P.; SHAW, H. **The body project: A dissonance-based eating disorder prevention intervention**. New York, NY: Oxford University Press, 2012.

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.; 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.; VAN RYZIN, M. J. A prospective test of the temporal sequencing of risk factor emergence in the dual pathway model of eating disorders. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 128, n. 2, p. 119-128, 2019.

STREINER, D.; GEDDES, J. Intention to treat analysis in clinical trials when there are missing data. **BMJ Mental Health**, v. 4, n. 3, p. 70-71, 2001.

STRELAN, P.; HARGREAVES, D. Women who objectify other women: The vicious circle of Objectification? **Sex Roles**, v. 52, n. 9/10, p. 710-712, 2005.

STRÜBEL, J.; PETRIE, T. A. Appearance and performance enhancing drug usage and psychological well-being in gay and heterosexual men. **Psychology & Sexuality**, v. 10, n. 2, p. 132-148, 2019.

STRÜBEL, J.; PETRIE, T. A. Sexual orientation, eating disorder classification, and men's psychosocial well-being. **Psychology of Men & Masculinities**, v. 21, n. 2, p. 190-200, 2020.

SUOKAS, J. T. *et al.* Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995–2010. **Psychiatry Research**, v. 210, n. 3, p. 1101-1106, 2013.

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. 151, p. 1-22, 2018.

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. K. *et al.* **Exacting beauty**: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington, DC: APA, 1999.

THOMPSON, J. K. *et al.* The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. **International Journal of Eating Disorders**, v. 35, n. 3, p. 293-304, 2004.

THURM, B. *et al.* Imagem corporal nos transtornos alimentares - conceitos, e abordagens das questões corporais. In: ALVARENGA, M. S.; DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. (Orgs.). **Transtornos alimentares e nutrição da prevenção ao tratamento**. 1ª ed. Barueri, SP: Manole, 2020. p. 207-234.

TIGGEMANN, M. Mental health risks of self-objectification: A review of the empirical evidence for disordered eating, depressed mood, and sexual dysfunction. In: CALOGERO, R. M.; TANTLEFF-DUNN, S.; THOMPSON, J. K. (Eds.). **Self-objectification in women**: Causes, consequences, and counteractions. Washington: APA, 2011. p. 139–159.

- 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.
- TRAN, A. *et al.* "It's all outward appearance-based attractions": A qualitative study of body image among a sample of young gay and bisexual men. **Journal of Gay & Lesbian Mental Health**, v. 24, n. 3, p. 281-307, 2020.
- TREASURE, J.; DUARTE, T. A.; SCHMIDT, U. Eating disorders. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 899-911, 2020.
- TYLKA, T. L. Models of body image for boys and men. *In*: NAGATA, J. M. *et al.* (Eds). **Eating disorders in boys and men**. Berlin: Springer, 2021. p. 7-20
- TYLKA, T. L. Overview of the field of positive body image. *In*: DANIELS, E. A.; GILLEN, M. M.; MARKEY, C. H. (Eds) **Body positive: Understanding and improving body image in science and practice**. 1<sup>st</sup> ed. New York: Cambridge University Press, 2018. p. 6-33
- TYLKA, T. L. Positive psychology perspectives on body image. *In*: CASH, T. F.; SMOLAK, L. (Eds). **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. New York, NY: 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.; ANDORKA, M. J. Support for an expanded tripartite influence model with gay men. **Body Image**, v. 9, n. 1, p. 57-67, 2012.
- TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. **Body Image**, v. 12, p. 53-67, 2015b.
- 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, 2015a.
- USSHER, J. M. *et al.* Health-related quality of life, psychological distress, and sexual changes following prostate cancer: A comparison of gay and bisexual men with heterosexual men. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 3, p. 425-434, 2016.
- VALDISERRI, R. O. *et al.* Unraveling health disparities among sexual and gender minorities: A commentary on the persistent impact of stigma. **Journal of Homosexuality**, v. 66, n. 5, p. 571-589, 2019.
- VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Review of the burden of eating disorders: Mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 33, n. 6, p. 521-527, 2020.
- VILADRICH, C.; ANGULO-BRUNET, A.; DOVAL, E. A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. **Annals of Psychology**, v. 33, n. 3, p. 755-782, 2017.

VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. Definições da sexualidade humana. *In*: VITO CIASCA, S.;HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021a. p. 12-17.

VITO CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021b.

VITO CIASCA, S.; POUGET, F. Aspectos históricos da sexualidade humana e desafios para a despatologização. *In*: VITO CIASCA, S.;HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Eds.). **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 18-27.

VON KRAFFT-EBING, R. **Psychopathia sexualis**. Tradução de C. G. Chaddock. Philadelphia, : The F. A. Davis Company, 1886.

WARD, Z. J. *et al.* Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort. **JAMA Network Open**, v. 2, n. 10, p. e1912925, 2019.

WARD, L. M. *et al.* The sources and consequences of sexual objectification. **Nature Reviews Psychology**, v. 2, p. 496-513, 2023.

WATSON, H. J. *et al.* A register-based case-control study of health care utilization and costs in binge-eating disorder. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 108, p. 47-53, 2018.

WATSON, H. J. *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.

WILSON, L. C. *et al.* Gender minority stress and resilience measure: A meta-analysis of the associations with mental health in transgender and gender diverse individuals. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 25, n. 3, p. 2552-2564, 2024.

WISEMAN, M. C.; MORADI, B. Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. **Journal of Counseling Psychology**, v. 57, n. 2, p. 154-166, 2010.

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. (Eds) **Body positive: Understanding and improving body image in science and practice**. 1<sup>st</sup> ed. New York, NY: Cambridge University Press, 2018. p. 235-261.

YAGER, Z.; O'DEA, J. A. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: A review of large, controlled interventions. **Health Promotion International**, v. 23, n. 2, p. 173-189, 2008.

## 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 muscular de jovens adultos brasileiros: um ensaio clínico controlado randomizado em minorias sexuais masculinas**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é **o fato de que minorias sexuais masculinas como homens homossexuais e bissexuais têm apresentado maior fator de risco para o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular em comparação a homens heterossexuais, necessitando, portanto, de intervenções que tenham o potencial de reduzir esses problemas**. Nesta pesquisa pretendemos **adaptar e avaliar a aceitação e eficácia de uma proposta de intervenção preventiva desenvolvida para minorias sexuais masculinas, na redução dos fatores de risco, bem como no aumento dos fatores de proteção para o desenvolvimento de distúrbios de imagem corporal, transtornos alimentares e dismorfia muscular em jovens adultos brasileiros**.

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 (com intervalo de uma semana entre os encontros) do programa de intervenção (duração de duas horas cada) junto com um pequeno grupo de jovens de sua idade**. Nessas sessões teremos atividades como definir a “aparência ideal” e discutir sobre a origem, perpetuação e os custos associados a perseguição dessa “aparência ideal”. **Você será motivado a participar de um desafio verbal contrariando as mensagens acerca da “aparência ideal” e será incentivado a realizar tarefas e desafios comportamentais, como escrever um e-mail para um jovem do ensino médio e participar de um autorrelato após uma breve exposição ao espelho com levantamento de atributos positivos sobre sua imagem**. Junto ao grupo você poderá realizar uma dramatização para desencorajar a busca pela “aparência ideal” e discutir maneiras de desafiar e/ou evitar declarações negativas sobre a aparência.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são **riscos mínimos como responder questionários e participar de discussões em grupo, que incluem a possibilidade de constrangimento ao responder os questionários, cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas e quebra de sigilo e anonimato**. Em relação ao cansaço ao responder às perguntas foram selecionados instrumentos curtos, de resposta simples e objetiva. Ainda assim, as questões do formulário não exigem respostas a todas as perguntas. Se você desejar poderá deixar itens em branco ou simplesmente finalizar o protocolo sem completá-lo. Por se tratar de discussões relacionadas ao corpo, bem como transtorno alimentar e dismorfia muscular, você pode sentir desconforto ou mal-estar ao responder as perguntas ou participar das discussões. Mas, 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. Assim, 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 minorias sexuais masculinas, além de diminuir os riscos de adquirir comportamentos orientados a problemas de saúde como distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular, 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 causa das 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 (a). 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 (a) 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. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. 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 à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.



Assinatura do Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

**Nome do Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho**  
**Campus Universitário da UFJF**  
**Faculdade/Departamento/Instituto: Departamento de Educação Física/ Instituto de Ciências da Vida**  
**CEP: 36036-900**  
**Fone: 33 3022-0827 / 33 99114-3073**  
**E-mail: [pedro.berbert@uff.edu.br](mailto:pedro.berbert@uff.edu.br)**

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: \_\_\_\_\_

Rubrica do pesquisador:  \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico****QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1. Nome: \_\_\_\_\_.
2. E-mail: \_\_\_\_\_.
3. Celular: ( ) \_\_\_\_\_.
4. Idade: \_\_\_\_\_ anos.
5. Massa corporal (peso): \_\_\_\_\_ quilogramas
6. Estatura (altura): \_\_\_\_\_ metros.
7. Cor ou Raça (marque abaixo):  
( ) Branca            ( ) Preta            ( ) Indígena  
( ) Amarela        ( ) Parda            ( ) Outra. Especifique \_\_\_\_\_.
8. Sexo de nascimento (marque abaixo):  
( ) Masculino        ( ) Feminino        ( ) Intersexual
9. Orientação sexual (marque abaixo):  
( ) Homossexual    ( ) Heterossexual    ( ) Bissexual  
( ) Assexual        ( ) Pansexual        ( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_.
10. Identidade de gênero (marque abaixo)  
( ) Cisgênero        ( ) Transgênero        ( ) Não-binário        ( ) Travesti  
( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_.
11. Você é estudante universitário? ( ) Sim    ( ) Não
12. Curso de graduação \_\_\_\_\_.
13. Período: \_\_\_\_\_.
14. Faculdade/universidade: \_\_\_\_\_.
15. Você possui alguma preocupação com sua imagem corporal (ex. musculatura, gordura corporal, altura, cabelo, tamanho do pênis)? ( ) Sim    ( ) Não
16. Você já foi diagnosticado com algum transtorno alimentar (ex. anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsão alimentar ou outros)? ( ) Não    ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_.
17. Você já foi diagnosticado com algum transtorno mental (ex. depressão, ansiedade, TDAH ou outros)? ( ) Não    ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_.
18. Estado civil (marque abaixo):  
( ) Solteiro            ( ) Casado            ( ) Divorciado

( ) Viúvo ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_.

19. Se está em um relacionamento a pessoa com a qual se relaciona é:

( ) Homem ( ) Mulher

( ) Transgênero homem [mulher para homem]

( ) Transgênero mulher [homem para mulher]

20. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeito com o seu corpo como um todo?  
\_\_\_\_\_ (1 = Nada insatisfeito a 10 = Muito insatisfeito).

21. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeito com a quantidade de gordura em seu corpo? \_\_\_\_\_ (1 = Nada insatisfeito a 10 = Muito insatisfeito).

22. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeito com a quantidade de músculos em seu corpo? \_\_\_\_\_ (1 = Nada insatisfeito a 10 = Muito insatisfeito).

23. 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. Vamos começar? No domicílio tem:

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 <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms 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					

24. A água utilizada no seu domicílio é proveniente de:

1 ( )	Rede geral de distribuição
2 ( )	Poço ou nascente
3 ( )	Outro meio

25. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1 ( )	Asfaltada/Pavimentada
2 ( )	Terra/Cascalho

26. Qual é 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.

	<b>Nomenclatura atual</b>	<b>Nomenclatura anterior</b>
1 ( )	Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário incompleto
2 ( )	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário completo/Ginásio incompleto
3 ( )	Fundamental completo / Médio incompleto	Ginásio completo / Colegial incompleto
4 ( )	Médio completo / Superior incompleto	Colegial completo / Superior incompleto
5 ( )	Superior completo	Superior completo

APÊNDICE C – Guia do Facilitador

# PRIDE O Corpo em Questão

## Guia do Facilitador<sup>76</sup>

Maurício Almeida

Pedro Henrique Berbert de Carvalho

---

<sup>76</sup> Este guia é uma tradução e adaptação do “Facilitator Guide” que faz parte do protocolo original do programa de intervenção “PRIDE Body Project”, com autorização e participação de Tiffany A. Brown, Maurício Almeida e Pedro Henrique Berbert de Carvalho.

# PRIDE O Corpo em Questão

## Guia do Facilitador

Maurício Almeida

Pedro Henrique Berbert de Carvalho

**CONTEÚDO**

Agradecimentos.....	7
1 Visão geral do programa para líderes.....	8
2 Primeira sessão.....	14
3 Segunda sessão.....	30
4 Observações.....	40

## AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a Tiffany A. Brown por sua permissão e auxílio na adaptação da presente intervenção. Ademais, os autores gostariam de agradecer a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a adaptação dessa intervenção. Em especial, gostaríamos de agradecer o auxílio e apoio de Cleonaldo Gonçalves Santos e Mauro Lúcio de Oliveira Júnior.

## **1 Visão geral do programa para líderes**

### **1.1 Visão Geral**

Apesar de muitos programas terem sido desenvolvidos para abordar as preocupações com a imagem corporal em mulheres, até o momento, nenhum programa havia sido desenvolvido para abordar preocupações com a imagem corporal em homens gays e bissexuais. O Programa “PRIDE O Corpo em Questão” foi desenvolvido para abordar essa lacuna nos recursos disponíveis para aqueles em risco devido às preocupações com a imagem corporal.

O PRIDE O Corpo em Questão é adaptado de um programa com evidência científica, guiado por pares, para a prevenção dos transtornos alimentares e educação em relação à imagem corporal, que foi inicialmente criado para implementação entre mulheres com idade universitária. Esses materiais foram incrivelmente bem-sucedidos, em grande parte devido a sua implementação em grupos com valores culturais e experiências semelhantes. Dado que a comunidade gay já fornece uma forte rede de apoio, sentimos que um programa de grupo semelhante aproveitaria e reforçaria o senso de comunidade e apoio já existente entre homens gays na comunidade local. O PRIDE O Corpo em Questão é o primeiro programa deste tipo que é especificamente direcionado a melhorar a imagem corporal e reduzir os fatores de risco para os transtornos alimentares entre homens gays e bissexuais em idade universitária. Considerando as pressões sociais para ser magro e musculoso dentro da comunidade de homens gays, o programa visa especificamente discutir os investimentos no padrão de atratividade da aparência ideal dentro da comunidade de homens gays, bem como outros fatores de risco, incluindo emoções negativas, sinais iniciais de comportamentos alimentares transtornados, etc.

O programa utiliza um modelo altamente interativo, com um pequeno grupo de participantes, que é implementado por líderes de grupo em duas sessões de aproximadamente duas horas cada. 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.

### **1.2 Líderes de grupo**

Durante as sessões em grupo, os líderes de grupo são responsáveis não somente por aderirem ao protocolo, mas também por gerenciar as dinâmicas de grupo (exemplo:

desenvolver um ambiente seguro e convidativo, facilitando a conversa e lidando com participantes desafiadores). Líderes imediatos de grupo são responsáveis por liderar a discussão durante aquela sessão. Líderes de grupo não imediatos são responsáveis por dar assistência quando necessário durante todas as sessões, mantendo o controle das dinâmicas de grupo e fazendo perguntas investigatórias quando necessário.

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

- Faça perguntas relacionadas ao que acabou de ser dito;
- Fique confortável em deixar o ambiente permanecer em silêncio, por um momento, após uma pergunta ter sido feita;
- Reformule a pergunta, quando necessário;
- Fique atento a sinais não verbais que indicam que uma pessoa talvez tenha algo a dizer;
- Evite 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 cada atividade, para assegurar que todos os tópicos sejam cumpridos, e com detalhes suficientes.

Como modelos do programa, os líderes de grupo agem tanto como líderes de grupo quanto como participantes durante as sessões. Portanto, eles contribuirão com 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 líderes de grupo pensem em suas respostas com antecedência, principalmente para atividades desafiadoras. Por exemplo, se o líder disser que 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 assegurar que todos os membros do grupo se sintam confortáveis ao participarem e compartilharem histórias pessoais se desejarem. Isso pode ser alcançado mantendo contato visual, reconhecendo os comentários dos participantes e tentando criar um ambiente 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 sua imagem corporal, faça afirmações empáticas que mostram tanto compaixão quanto apreciação pela contribuição dele para com o grupo (exemplo: “Parece que você está tendo dificuldade para lidar com isso” ou “Deve ter sido doloroso quando sua mãe/seu pai fez esse comentário sobre o seu peso”). Apesar de ser extremamente importante permanecer no caminho certo e cobrir as informações necessárias para cada sessão, os participantes também querem se sentir ouvidos e entendidos.

### **1.3 Agendando sessões**

O tamanho ideal dos grupos é entre 7 e 10 participantes, mais dois ou três líderes de grupo. Contudo, em raros casos podem ocorrer intervenções em grupos com 4 pessoas ou até 15 participantes, a depender da comunidade e recursos disponíveis. Os mesmos participantes devem participar das duas sessões, mantendo-se o mesmo grupo.

### **1.4 Dicas gerais de treinamento do facilitador**

- É melhor ter os líderes divididos pelo círculo para que eles estejam igualmente distribuídos entre os membros do grupo;
- Atente-se ao “show do líder” - não permitir que os líderes tomem muito espaço da conversa dentro do grupo. Se o grupo estiver quieto e não responsivo, diga “Vamos ver o que cada um pensa sobre esta questão”, ou se você notar outro membro do grupo

concordando com a cabeça, gentilmente encoraje 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 dificuldades, diga algo como “Este é um exercício realmente desafiador. Obrigado por mostrar a todos como é difícil. Vamos ajudá-lo...” Em seguida, crie algumas respostas com o grupo e faça o indivíduo tentar novamente;
  - Se os participantes deram 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 conversas sobre o corpo/respostas rápidas:
    - Para declarações como “Você acha que está gordo? Olhe para mim”, uma possível resposta seria “Nossa! Eu não tinha reparado que havia começado uma conversa sobre o corpo. Isso foi muito errado da minha parte”;
    - “Eu me sinto 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”.

### **1.5 Registro em áudio/vídeo**

- Em geral, é recomendado que todas as sessões em 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 contra a aparência ideal feita pelos participantes. Em teoria, isso deveria deixar o efeito do 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 gravações estão sendo usadas para garantir que os grupos sejam bem dirigidos, e não para identificar participantes individuais.

### **1.6 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 na aparência ideal se envolvam produtivamente no programa. Se uma sessão contém um ou mais idealistas corporais, 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 corporal siga o que quer, mas impedirá que ele domine a conversa ou redirecione a sessão.

## 1.7 Exercícios para casa

Exercícios para casa são feitos para serem desafiadores. Especialmente, exercícios que parecem acadêmicos por natureza ou uma extensão da sala de aula. A adesão dos participantes às tarefas entre sessões depende do quão bem os líderes de grupo enfatizam a importância de completar esses exercícios e seguir as 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 quão útil eles consideram a atividade pode também adicionar valor (por exemplo, “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-las na próxima sessão.

## 1.8 Checklist da Implementação

- Antes da Sessão 1 assegure-se de que os seguintes pontos sejam abordados:
  - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido esteja assinado por todos os participantes;
  - Que a sessão seja gravada em áudio;
  - Os participantes devem ser solicitados a preencherem o protocolo de pesquisa (*baseline* - T1) ANTES de iniciar a Sessão 1.
  
- Depois da Sessão 1/Antes da Sessão 2:
  - Lembre o grupo da data, hora e local da Sessão 2;
  - Envie lembretes aos participantes sobre exercícios de casa dois dias antes da Sessão 2.
  
- Depois da Sessão 2:
  - Os participantes devem ser solicitados a preencherem o protocolo de pesquisa (pós-intervenção - T2) logo APÓS o término da sessão (incluindo questionário de aceitação do programa);
  - Todos os protocolos são coletados dos participantes;
  - Lembre os participantes de que eles receberão um e-mail uma mensagem de WhatsApp pedindo que preencham o protocolo novamente após 1 mês do término da intervenção.

## **2. Primeira sessão**

### **2.1 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 PRIDE O Corpo em Questão, quando foram recrutados para participar das sessões. No entanto, é de grande ajuda lembrá-los sobre, 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 salientada.

### **2.2 Materiais necessários**

- Cavalete ou quadro branco com pincéis e apagador;
- Cópia do caderno de atividades do participante.

### **2.3 Descrição**

- Fazer apresentações;
- Conduzir exercícios para “quebrar o gelo”;
- Rever regras e expectativas do grupo;
- Definir e discutir a aparência ideal;
- Discutir os custos associados com a busca pela aparência ideal;
- Envolver os participantes no exercício do desafio verbal;
- Explorar a sessão de conversas sobre o corpo;
- Passar exercícios para casa;
- Concluir a sessão.

### **2.4 Introdução**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

O líder imediato abre a sessão dizendo:

**Bem-vindos ao programa PRIDE O Corpo em Questão. Nós pensamos em começar nos apresentando e deixando vocês saberem quem somos e por que nos inscrevemos para liderar esse programa. Vamos começar...**

Todos os líderes de grupo iniciam apresentando-se ao grupo. Apresentações incluem nomes, período da faculdade/emprego e uma rápida razão individual pela qual o indivíduo se sentiu motivado a ser um líder de grupo.

Os líderes do grupo devem, então, verificar se todos no grupo se conhecem. Se sim, pule as apresentações. Se não, o líder imediato pede para os membros do grupo se apresentarem:

**Vamos nos conhecer melhor ou mesmo só refrescar nossas memórias sobre os detalhes dos outros. Cada um pode nos dizer seu nome, qual período você está/emprego e uma “curiosidade” sobre você mesmo?**

Líderes do grupo devem tentar fazer isso ser informal e relaxado, sorrindo e estando relaxados em suas apresentações.

Após as apresentações terem sido feitas, forneça ao grupo uma visão geral do programa PRIDE O Corpo em Questão. O líder imediato deve usar o seguinte diálogo como exemplo:

**Antes de começarmos, vamos rever o histórico desse programa. Esse programa foi adaptado de um programa internacional sobre imagem corporal, que foi originalmente desenvolvido por um grupo da Universidade de Trinity (uma Universidade em San Antônio, Texas, Estados Unidos da América), com o objetivo de discutir preocupações com a imagem corporal. Desde então o programa vem sendo implementado, em diversos ambientes; no entanto, todos esses programas têm sido direcionados as mulheres e não consideram preocupações com a imagem corporal de homens gays e bissexuais. Esse programa tem como objetivo discutir preocupações com a imagem corporal que são relevantes para homens gays e bissexuais.**

**Vocês têm alguma pergunta antes de continuarmos?**

## **2.5 Quebra-gelo (5 minutos)**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

Para esta sessão, o líder imediato deve introduzir a atividade quebra-gelo, dizendo:

**Vamos nos aquecer antes de começar usando uma atividade de quebra-gelo. Ela se chama “minha maior implicância com a imagem corporal”. Neste quebra-gelo, cada**

um de nós vai descrever nossa maior implicância com a mídia/mídia social ou a indústria, os quais influenciam a imagem corporal dos homens. Por exemplo, alguém pode dizer que a maior implicância dele é a forma como os editores retocam fotos em revistas para que nunca vejamos a pessoa de verdade. Outra pessoa pode ter um comercial específico ou uma propaganda que realmente o incomoda, ou certos produtos que são focados em homens gays. Outra pessoa pode mencionar os físicos “aumentados com esteroides” nas capas de revistas de saúde ou de academias 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-gelo funciona. Depois que você terminar com o quebra-gelo, faça uma afirmação de transição como:

**Agora que estamos aquecidos no assunto, vamos continuar...**

## **2.6 Comprometimento voluntário e visão geral (5 minutos)**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

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

**A ideia por trás do programa é que, quando discutimos as pressões sociais por detrás da insatisfação corporal e como responder a elas, podemos melhorar nossa imagem corporal. No passado, descobrimos que as pessoas conseguem tirar um melhor proveito desses grupos se elas participarem verbalmente e completarem todos os exercícios entre as sessões. Você está disposto a dar uma chance a esse programa e participar ativamente? Vamos rodar todo o grupo de modo que cada um possa dizer que está disposto a manter uma mente aberta e participar desse programa.**

**Eu começo...**

*[Observação: 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”.]*

Pergunte para cada membro do grupo se ele está disposto a manter a mente aberta e dar uma chance a este programa. Então, forneça uma visão geral da sessão usando o seguinte diálogo:

**Durante as duas sessões nós vamos:**

- 1. Definir a aparência ideal e explorar sua origem;**
- 2. Examinar os custos associados à busca pela aparência ideal;**
- 3. Explorar maneiras pelas quais podemos resistir a pressões para buscar um ideal não saudável;**
- 4. Discutir como desafiar nossas preocupações relacionadas ao corpo;**
- 5. Aprender novas maneiras de falar mais positivamente sobre nossos corpos;**
- 6. Falar sobre como podemos responder melhor as futuras pressões para sermos magros e musculosos.**

## **2.7 Registro em áudio (recomendado)**

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 sentir com veemência que não quer ser gravado, então os líderes devem desligar o gravador. No entanto, todos os participantes devem ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **2.8 Definição e origem da aparência ideal (20 minutos)**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

Escrivão: \_\_\_\_\_

Esta parte da reunião foca na aparência ideal. Como esta sessão requer o uso de um cavalete ou quadro branco, um líder do grupo deve ser designado como o “escrivão”. O escrivão vai escrever “Homem gay/bissexual perfeito” no topo do papel pregado no cavalete ou quadro. O líder imediato deve iniciar a discussão dizendo:

**Nós vamos começar definindo e descrevendo a “aparência ideal” para homens gays e bissexuais em nossa sociedade.**

**Como nos é dito que é o “homem gay/bissexual perfeito”? Por exemplo, qual a altura dele? Como são seus braços, pernas e abdômen? Quão magro e/ou musculoso ele é? Como é seu cabelo ou pele? Pense em celebridades que você vê na TV ou em revistas. Nosso escrivão vai criar nossa lista do “Homem gay/bissexual perfeito” para nós.**

Solicite respostas do grupo e peça ao escrivão para registrar as respostas dos participantes no cavalete ou quadro. Respostas possíveis incluem:

- Magro e atraente;
- Corpo perfeito;
- Físico tonificado;
- Barriga de tanquinho;
- Rasgado, esculpido, musculoso;
- Porte atlético/atleta;
- Jovem;
- Alto;
- Ombros largos;
- Cabelo grosso e cheio;
- “Twink” (magro, aparência jovem);
- “Urso” (cabeludo, atarracado);

**Então o homem gay/bissexual perfeito é... [leia a lista para o grupo]. Nós chamamos esse “visual”, esse homem magro, musculoso, de “aparência ideal”. É assim que você chamaria esse visual?**

Neste momento, o escrivão deve riscar “homem gay/bissexual perfeito” e escrever “Aparência ideal” no cavalete/quadro.

Líder imediato: \_\_\_\_\_

O líder imediato dessa sessão deve continuar a discussão dizendo o seguinte:

**Agora, antes de discutirmos mais sobre a aparência ideal, é importante contrastar este ideal magro, ultra musculoso com o ideal saudável. O ideal saudável é a forma única que nosso corpo se apresenta quando ele está fazendo as coisas necessárias para apropriadamente maximizar nossa saúde física, mental e nossa qualidade de vida geral. Isso significa comer uma quantidade suficiente de comida nutritiva, fazer exercícios físicos em quantidades suficientes sem exageros, estar envolvido em relações nas escolas e outros relacionamentos sociais, etc. É muito importante compreender que quando a grande maioria de nós está em um peso saudável, nós ainda estaremos muito distantes de atingir uma aparência ideal ou de atender todos os pré-requisitos de uma aparência ideal. Quando alguém busca atingir a aparência ideal, o objetivo é a magreza e muscularidade que não são realistas e nem saudáveis. O ideal saudável é sobre saúde,**

**capacidade física, e longevidade e inclui ambos, músculos e gordura em quantidades suficientes.**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

**Em resumo, nós queremos esclarecer que nós NÃO estamos sugerindo que seja uma boa ideia comer enormes quantidades de comida sem qualidade e não exercitar. Nós queremos que todo mundo que passe por este programa seja tão saudável e feliz quanto puder ser, tanto fisicamente quanto mentalmente.**

**Então, agora que deixamos isso claro, vamos discutir mais a aparência ideal.**

Faça as seguintes perguntas aos membros do grupo:

**Esta aparência ideal sempre foi o padrão-ouro de atratividade masculina? Em outras palavras, já houve um tempo em que o “homem gay/bissexual perfeito” parecia diferente?**

Solicite aos membros do grupo que digam o que já foi diferente em outros momentos.

**Aqui estão algumas imagens de capas de revistas no decorrer do tempo. [Mostre imagens do Apêndice 1.] Como as imagens mudaram ao longo do tempo?**

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.

**Alguém sabe dizer de onde vem essa aparência ideal? Em outras palavras, quais as origens da “aparência ideal” em nossa sociedade?**

Respostas possíveis incluem mídia, filmes/TV, as indústrias da moda e da propaganda (quer que modelos sejam magros, musculosos, de ombros largos, para que não atrapalhem a linha das roupas), a indústria de dieta/perda de peso, e a indústria de pornografia gay.

Líder imediato: \_\_\_\_\_

**Como a aparência ideal é promovida para nós? Quem o que nos encoraja a ver esse tipo físico como o ideal?**

Possíveis respostas incluem programas de TV, filmes, revistas, clipes de música, a internet, e a indústria da dieta/perda de peso.

**Algum de vocês já recebeu um comentário negativo sobre seu peso ou forma corporal de algum amigo, familiar ou parceiro? [pausa para respostas]**

**Como isso te fez sentir emocionalmente? [Pausa]**

**Como mensagens da aparência ideal na mídia impactam a forma como você se sente em relação ao seu corpo? Por exemplo, quais são seus pensamentos e sentimentos sobre o seu próprio corpo quando você olha para uma foto do corpo ideal em revistas? Vamos rodar todo o grupo para discutir essa questão. Quem gostaria de começar?**

**Já que estamos falando de revistas, quantas edições de imagens/photoshops eles usam?**

Discuta com o grupo várias formas com as quais fotos de moda e celebridades podem ser retocadas em capas de revistas (por exemplo, peitoral e braços podem ser expandidos para dar maior volume e definição, cinturas podem ser modeladas, pele suavizada, pelos removidos/adicionados).

**Vamos falar um pouco mais sobre isso. Como você se sente ao saber que os modelos masculinos, ou os chamados homens “mais atraentes” do mundo são retocados e, em outras palavras, não são tão atraentes assim?**

**Agora pense por um momento sobre o programador que realiza as edições de imagem e que decide como deve ser a aparência ideal. Você acredita que ele mesmo atende a esse ideal?**

**O que a cultura nos diz que acontecerá se nos parecermos com a aparência ideal?**

A resposta pode ser que seremos aceitos, amados, felizes, bem-sucedidos, ricos, etc. Diferencie a aparência ideal do ideal saudável se os participantes disseram que você é mais saudável se você se conformar com a aparência ideal.

**Atingir a aparência ideal realmente faz essas coisas acontecerem? Uma outra forma de pensar sobre isso é se perguntar: as celebridades, que geralmente chegam o mais próximo do ideal, têm vidas perfeitas?**

Sugira aos membros do grupo que atingir a aparência ideal provavelmente terá pouco impacto.

**O que é tão perfeito sobre a aparência ideal, então? Em outras palavras, a aparência ideal é realmente ideal, ou há outras formas de ser amado e valorizado?**

É importante que os participantes reconheçam que a aparência ideal não é ideal.

Durante essa sessão, os líderes precisam ter cuidado para não transmitir a ideia de que tentar ser saudável é ruim. Faça uma distinção entre ideal saudável e a aparência ideal (evitar obesidade e resultar em consequências para a saúde versus buscar incansavelmente 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 (isto é, é possível estar dentro da faixa de peso saudável, mas não cumprir com os padrões do ideal ultra magro e musculoso). Assegure-se de que os participantes saibam que a comunidade quer que eles sejam saudáveis. Em outras palavras, o objetivo não é trocar a busca pela aparência ideal pela compulsão por hambúrgueres, comer mal e nunca se exercitar. Ao contrário, os participantes devem se esforçar para viver 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.

## **2.9 Custos associados à busca pela aparência ideal (35 minutos)**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

Neste ponto da sessão, envolva todo o grupo em uma discussão sobre os custos da busca pela aparência ideal. Onde estiver linhas em branco, os líderes devem preencher com o nome da comunidade ou grupo de onde os participantes vem (por exemplo, clube, universidade, atlética). O líder imediato deve usar o modelo de diálogo a seguir:

**Nós discutimos a aparência ideal e de onde ela vem – agora vamos falar sobre os custos envolvidos com a aparência ideal. Gostaríamos que vocês tirassem 10 minutos para pensar em uma lista dos custos de buscar a aparência ideal. Favor pensar primeiramente nos custos individuais para homens que tentam buscar a aparência ideal. Em seguida, quando vocês não conseguirem pensar em mais ideias, pensem nos custos coletivos para a comunidade local ou \_\_\_\_\_ 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 usem todo o tempo que daremos para pensar.**

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.

**Quais foram os seus sentimentos enquanto construía essa lista?**

**Agora vamos rodar o grupo para que cada um fale um custo individual que anotou. Nós não vamos colocar nada no quadro ainda. Essa é uma pesquisa para ver o que pensamos.**

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

Escrivão: \_\_\_\_\_

O líder de grupo que está como escrivão deve organizar as respostas e escrevê-las no quadro nos domínios que elas foram listadas (exemplo, autoestima...).

**Então agora nós vamos classificar os diferentes tipos de custos de modo que possamos observar melhor todos os custos envolvidos. Para cada tipo de custo, vamos tentar obter a lista mais completa possível.**

**Quais são os efeitos de perseguir a aparência ideal na autoestima e em como você se sente em relação ao seu corpo - nós podemos pensar nisso como estima corporal? Nosso escrivão vai construir nossa lista autoestima/estima corporal.**

Possíveis respostas são autoestima baixa/negativa, sentir-se mal com o próprio corpo e consigo mesmo, etc. Tente obter respostas sobre objetificação (por exemplo, o corpo do homem é para ser usado, não apenas para olhar).

**Como isso pode afetar sua vida acadêmica?**

Possíveis respostas incluem dormir em sala de aula, dificuldade de se concentrar e focar, ir mal na faculdade ou mesmo ser reprovado, etc.

**Como a busca pela aparência ideal afeta a saúde das pessoas?**

Possíveis respostas incluem encorajar o uso de estratégias de manutenção de peso não saudáveis como passar fome, realizar exercício físico em excesso, ou usar esteroides. Explique que essas atitudes podem ocasionar osteoporose, problemas cardíacos, entre outros.

**Quais são os custos de perseguir a aparência ideal em nossa qualidade de vida em geral?**

Possível resposta inclui o alto custo financeiro. Outros custos incluem diminuição do autovalor, exaustão física e mental, e custos sociais por passar muito tempo realizando exercícios. Por exemplo, algumas pessoas se exercitam para “se enquadrar” ou ser aceito, porém gastam muito de seu tempo livre na academia e perdem a oportunidade de passar tempo com amigos ou com a família.

**Então agora que discutimos custos individuais, como isso pode afetar a [universidade/clube] \_\_\_\_\_ como um todo?**

Destaque para os participantes que isso pode tomar tempo de outras metas, criar uma atmosfera negativa, e valorizar a competição ao invés da colaboração. Isso também pode colocar pressão em outros membros da comunidade para que também persigam a aparência ideal, servindo de modelo de busca obsessiva pela aparência ideal em pessoas mais jovens, e pode afetar a vida de muitas pessoas devido à preocupação com outras pessoas.

**Pensando mais amplamente, se muitos homens gays e bissexuais estão lidando com essas questões, o quanto isso é custoso para nós como sociedade?**

A resposta pode ser que isso promove atitudes não saudáveis e irrealistas, o que pode resultar em aumento dos custos de saúde.

**Logo, se isso custa muito para todos nós, quem se beneficia com a busca da aparência ideal? Em outras palavras, quem são as pessoas que ganham dinheiro devido à aparência ideal?**

Possíveis respostas incluem a mídia, a indústria da moda, e a indústria da dieta/perda de peso.

Líder imediato: \_\_\_\_\_

Essa parte da sessão deve ser divertida e “irônica”. É particularmente desejável que o líder imediato faça pequenas pausas após cada uma das seguintes questões:

**Quanto de nós temos uma revista que faz homens não gostarem de seu corpo?**

**Quanto de nós ficou rico vendendo uma nova dieta ou pílulas de emagrecimento?**

**É dono de uma empresa de pornografia gay?**

**Ganha dinheiro como alguém importante da indústria da moda?**

**É dono de uma academia e ganha dinheiro de seus membros?**

Após apresentar essas questões, continue perguntando ao grupo:

**Então, nós somos pessoalmente parte deste grupo que se beneficia? [Resposta: Não]. E, dado todos estes custos que colocamos no quadro, faz sentido tentar se parecer com a aparência ideal? [Resposta: Não].**

Vamos rodar o grupo para que cada um de nós informe um motivo pelo qual seguir a aparência ideal não faz sentido. Isso pode ser tão simples quanto dizer: “é impossível de atingir” ou “os custos são muito altos”, ou ainda qualquer coisa que já discutimos e esteja alinhado com o motivo pelo qual você acredita que perseguir o ideal de corpo magro e musculoso (versus o ideal saudável) é problemático.

Garanta que cada participante faça uma crítica pública contra a aparência ideal neste ponto (ou em qualquer outro).

## **2.10 Exercício do desafio verbal (15 minutos)**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

O líder imediato pode apresentar o exercício da seguinte forma:

**Agora nós gostaríamos de pedir a vocês para fazerem um tipo diferente de exercício. Pense em três exemplos da sua vida real ligados às pressões que você encontrou para ser magro e musculoso. Pense em como você respondeu à pressão naquele momento e, em seguida, pense em alguns desafios verbais para essas pressões, ou em outras palavras, maneiras com as quais você gostaria de ter respondido àquela pressão para indicar que você não concorda com a aparência ideal.**

**Por exemplo, talvez um amigo diga que ele pensa que apenas homens com abdômen tanquinho deveriam ser vistos em roupa de banho.**

**Como você poderia responder para mostrar que você não concorda com a aparência ideal? Vamos pensar em pelo menos algumas respostas boas. Então, o que você poderia dizer a ele?**

Consiga respostas aqui. Identifique uma resposta que desafia a aparência ideal, ou dê uma como modelo, se necessário.

**Nós queremos enfatizar que os desafios verbais não refletem como você realmente respondeu às pressões no passado, mas como você idealmente responderia agora. Se você realmente não conseguiu pensar em algumas respostas, pense em um tempo em que você se sentiu pressionado por si mesmo para ser magro e/ou musculoso. Por exemplo, ao se olhar no espelho ou se comparar com um homem que é mais magro ou definido que você, e pensou “Eu realmente deveria perder peso” ou “Eu realmente deveria fazer exercícios”, o que você poderia dizer a si mesmo como um desafio verbal? Vamos pensar em algumas boas respostas para essas situações.**

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 das 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.**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

**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 imediato 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 dificuldade 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.

### **2.11 Desafio de conversa sobre o corpo (5 minutos)**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

**Nós passamos muito tempo discutindo pressões óbvias para ser magro que encontramos regularmente na mídia, amigos e familiares. No entanto, às vezes nos 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 elogiar a perda de peso alheia, comentar sobre o que ou o quanto você está comendo, reclamar sobre o seu corpo, falar sobre o corpo de amigos ou comentar sobre o corpo de estranhos, e falar sobre celebridades que/ou estão muito magro/musculoso ou parecem ter ganhado peso.

**No seu caderno de atividades há uma lista de declarações que homens talvez façam sobre seus corpos. Isso se chama “Lista de conversa sobre o corpo”. Por favor, tirem um momento para ler algumas dessas declarações, mas não leia nenhuma delas em voz alta.**

Indique aos participantes a “Lista de comentários 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 está usando aquela camisa? Olha aqueles “peitos de mulher”.
2. Você seria mais atraente se perdesse um pouco de peso.
3. Você está ótimo! Perdeu peso?
4. Não posso comer isso, vai me fazer engordar.
5. Eu preciso crescer e levantar peso.
6. Eu odeio meus braços; eles são tão magrelos.
7. Você acha que está gordinho? Olhe para mim.
8. Eu sou muito gordo para conseguir um namorado.
9. Você seria mais atraente se ganhasse um pouco de músculos.
10. Ele não deveria usar shorts – ele precisa malhar mais as pernas.
11. Se você comesse porções menores não seria tão gordo.
12. Eu sou muito gordo para usar roupas de banho.
13. Ele ganhou muito peso desde a última vez que eu o vi.
14. Eu prefiro morrer do que ficar tão gordo.
15. Se você emagrecer, talvez ele goste de você.
16. Aquele menino tem pernas de galinha.
17. Eu odeio o quanto eu sou baixinho.

Líder imediato: \_\_\_\_\_

**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.

**O que você poderia dizer para interromper esse tipo de conversa? Ou como você pode mudar o assunto?**

Possíveis respostas incluem discordar do comentário, mudar o assunto, ou simplesmente ignorar. Encoraje os participantes a dar exemplos específicos para cada comentário.

Como seus pensamentos sobre o seu corpo mudariam se você parasse de falar dessa forma? Se você parasse de fazer os comentários desta lista, como isso impactaria os outros ao seu redor?

Agora, nós gostaríamos de jogar um jogo 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.

Cada um de vocês vai selecionar um comentário sobre o corpo e dizer ao colega mais próximo. Nós vamos percorrer o grupo duas vezes. Vamos lá...

## 2.12 Desafio comportamental (10 minutos)

Líder imediato: \_\_\_\_\_

Há coisas que você gostaria de fazer, mas não faz por causa de preocupações com sua imagem corporal? Vamos percorrer o grupo para que todos possamos compartilhar uma coisa que nós evitamos fazer por causa de preocupações com a imagem corporal. Antes de eu iniciar este programa, minha preocupação era \_\_\_\_\_ [por exemplo, usar certas roupas, ir a lugares específicos, etc.].

Você está disposto a fazer um experimento para ajudá-lo a se sentir melhor em relação ao seu corpo? 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 reduzir suas preocupações. Trata-se de tomar o controle das nossas vidas de volta para que as preocupações com a imagem corporal não nos impeçam de viver a vida ao máximo.

Deixe-me dar alguns exemplos para vocês considerarem [certifique-se de ler a lista inteira]:

- Ir à escola/universidade de short;
- Ir à piscina de roupa de banho; (por exemplo, sunga);
- Usar short e roupa de banho e sentar sem cobrir suas pernas/coxas;
- Exercitar em público usando roupas justas;
- Usar camisas justas no shopping/jantar/biblioteca;
- Malhar usando short, mas sem camisa;
- Dançar quando for a uma festa/boate;
- Não passar muito tempo consertando ou penteando seu cabelo de manhã;

- Revelar partes do seu corpo, como o seu pé, que você tem a tendência de cobrir (outro exemplo seria usar camisas de manga comprida para cobrir uma cicatriz);
- Parar de verificar o espelho ou o corpo. Se você verifica constantemente o espelho para se certificar que você está bem, cubra todos os espelhos de onde você mora, ou se você verifica com frequência alguma parte do seu corpo (como a sua barriga está, ou se está murcha), então pare de fazer isso.

Vocês podem prometer fazer isso pelo menos duas vezes na próxima semana? 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. Escreva o desafio 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...

### 2.13 Exercícios para casa (5 minutos)

Agora que nós começamos a discutir os custos da aparência ideal, nós gostaríamos de pedir a vocês que escrevessem um e-mail a um adolescente que esteja tendo dificuldades para lidar com sua imagem corporal, falando sobre os custos associados a tentar parecer com a aparência ideal. Pense em quantos custos você conseguir e sinta-se à vontade para trabalhar com outras pessoas para ter ideias.

Tragam este e-mail à nossa próxima sessão para que vocês possam compartilhar suas anotações com o grupo e possamos discutir nossos pensamentos sobre escrever esse e-mail. 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 seus próprios e-mails essa semana para compartilhar com o grupo. [Em adição, se vocês quiserem, nós podemos gravar vocês lendo suas cartas (com seus próprios telefones) para que possam escolher compartilhar com outras pessoas ou guardar para vocês mesmo como forma de lembrar de todo o esforço colocado para escrever essas cartas].

Finalmente, gostaríamos de pedir para vocês se posicionarem de frente a um espelho e olharem para vocês mesmos, e escreverem todas as qualidades positivas no

exercício do espelho no caderno de atividades. Por favor, escreva pelo menos 15 qualidades positivas ou o quanto conseguir. 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 adoro correr e dançar, e eu sou grato pelo fato das minhas pernas me ajudarem a fazer essas atividades bem”. Você talvez goste também do seu senso de humor ou da forma como você se importa com as outras pessoas, ou sua atitude positiva frente à vida em geral. Esse exercício pode ser difícil inicialmente e parecer bobo, mas persevere nele, porque é importante reconhecer seus atributos positivos. Participantes anteriores consideraram esse exercício muito útil e empoderador.

Por favor, traga seu caderno de atividades com a lista de atributos positivos na próxima semana. Pediremos que compartilhe alguns atributos de sua lista. 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.

Todos entenderam o que pedimos para fazerem até a próxima sessão? Então, alguém pode resumir as atividades para nós em suas próprias palavras?

Três tarefas: Desafio comportamental, E-mail para um adolescente 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.

## **2.14 Finalizando a Sessão (5 minutos)**

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

O líder imediato para esta seção deve usar o diálogo seguinte 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 você gostou, aprendeu, algo que você não teve a chance de dizer, mas queria ter dito, reflexões, basicamente qualquer coisa... Eu começo. O que eu realmente gostei do grupo de hoje foi...**

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!**

### **3 Segunda sessão**

#### **3.1 Visão Geral**

O foco da Sessão 2 é revisar os materiais discutidos na sessão anterior e debater as reações às tarefas de casa. Além disso, essa sessão envolve os participantes em encenações (role play) para conseguir declarações ativas contra a aparência ideal.

#### **3.2 Materiais Necessários**

- Cavalete ou quadro branco com pincéis e apagador;
- Cópia do caderno de atividades do participante.

#### **3.3 Descrição**

- Revisar atividades para casa (Exercício do espelho, E-mail para um adolescente e Desafio comportamental);
- Envolver em atividades de dramatização (role -play);
- Introduzir e pedir aos participantes para completarem a lista do Top 10;
- Pressões futuras para ser magro e musculoso;
- Respostas rápidas;
- Envolver os participantes em exercícios de autoafirmações para encorajar comentários positivos sobre o corpo;
- Concluir a sessão.

Líder imediato: \_\_\_\_\_

**Nessa sessão nós vamos falar um pouco mais sobre os custos associados a busca pela aparência ideal e explorar maneiras pelas quais nós podemos resistir à pressão para nos conformarmos com esse ideal.**

**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 manter a mente aberta e participar ativamente essa semana. Eu começo...**

#### **3.4 Relatório da carta (25 minutos)**

**Na semana passada nós perguntamos se vocês estariam dispostos a escrever uma carta a um adolescente sobre os custos de tentar parecer com a aparência ideal. Agora cada um de nós vai compartilhar nossa carta com o resto do grupo. [Vamos lembrar, nós podemos gravar você com seu próprio celular se você quiser, de modo que possa fazer o que quiser com a gravação.] Eu começo.**

**[e \_\_\_\_\_ vai me gravar...]**

**Eu estou realmente impressionado com a consideração das suas cartas. [Fale sobre o esforço que as pessoas colocaram nessa atividade, criatividade, etc.] Ótimo trabalho!**

### **3.5 Relatório do desafio comportamental (10 minutos)**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

**Na semana passada nós também pedimos a vocês para fazerem algo que vocês normalmente não fazem por causa de preocupações com o seu corpo. Como foi o desafio? [Obtenha uma resposta geral.]**

**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. 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.**

### **3.6 Revisão do exercício do espelho (10 minutos)**

Líder imediato: \_\_\_\_\_

**Ótimo, vamos falar sobre outro exercício que todos nós fizemos essa semana.**

**Pedimos para vocês olharem para o espelho e listar algumas de suas qualidades positivas. Como vocês se sentiram quando fizeram esse exercício? [Percorra o grupo e obtenha o sentimento geral.]**

**Alguém achou o exercício desafiador? Como? [Não faça essa pergunta se todos comentaram que foi desafiador.]**

**Por que é tão difícil elogiar a nós mesmos? [Consiga uma resposta geral.]**

**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 dedos e do seu bumbum, vá em frente e diga “Eu gosto do meu bumbum” 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. Percorra o grupo duas vezes de modo que cada participante compartilhe pelo menos uma característica física e uma emocional.

Desencoraje afirmações “qualificativas” (exemplo: “Eu gostaria dos meus braços se...” ou “Eu acho que minha barriga não é tão horrível”). Sempre que possível, os líderes do grupo devem modelar compartilhando um aspecto físico que seja mais central da aparência ideal.

**Por que vocês acham que esse exercício nos ajuda?**

**Ok! Agora vamos praticar mais formas de resistir a aparência ideal.**

### **3.7 Dramatização (role-plays) para desencorajar a busca pela aparência ideal (25 minutos)**

Os líderes do grupo assumiram o papel de um seguidor extremo de dietas ou de um usuário de esteroides que se exercita 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 vai desafiar cada líder por cerca de 3 minutos. Em outras palavras, alterne os líderes de 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 frustrar 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 Imediato: \_\_\_\_\_

**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 imediato: \_\_\_\_\_

**Eu serei um amigo que segue uma dieta com muita proteína/sem carboidrato e vai à academia quase todos os dias porque quer “crescer”, “ficar firme” e diminuir a porcentagem de gordura corporal. Recentemente, meus amigos mencionaram que notaram que minha pele parece um pouco amarelada e tenho tido problemas de mau hálito. Eu também tenho reclamado muito de estar bastante cansado e meus amigos notaram que eu estou mais irritado do que o normal.**

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

**Eu vou interpretar um \_\_\_\_\_ que está exercitando tanto que está preocupando vocês. Eu malho 4 horas por dia, 7 dias por semana, mesmo quando estou machucado ou doente. Eu tenho medo de que se eu perder um treino sequer vou ganhar peso. Eu estou tentando perder peso e “crescer” para o Orgulho, onde eu precisarei ir sem camisa. Sempre que falamos sobre os planos para o Orgulho, eu só consigo falar do quanto eu quero uma barriga de tanquinho e quero ter o melhor corpo para o verão. Eu até tenho fotos de celebridades usando roupa de banho coladas na minha parede para me motivar acerca do que são braços e abdômen perfeitos.**

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

**Eu serei um \_\_\_\_\_ que só come uma refeição por dia para ficar magro e ser atraente para outros homens. Recentemente eu perdi 7kg durante o verão. Mesmo assim, eu ainda acho que muitas partes do meu corpo, como minha barriga, estão muito gordas. Atualmente, eu como apenas uma refeição por dia e evito estar perto de comida pelo resto do tempo. Eu também tentei eliminar salgadinhos e sobremesas da minha dieta. Se eu ganho um pouco de peso que seja, eu começo a pensar que nenhum homem jamais vai me achar atraente e que eu nunca vou conseguir um encontro. Eu constantemente pergunto aos meus amigos se minhas roupas me deixam gordo e sempre comparo meu corpo com o de outros homens que eu vejo quando meus amigos e eu saímos.**

**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...**

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 líder. Complete as dramatizações e reúna o grupo novamente.

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

Use o diálogo a seguir para revisar os exercícios de dramatização.

**Como você se sentiu fazendo a encenação? Como foi nos ver nestas dramatizações? [Compartilhe como foi para você (líder) realizar os papéis dentro das dramatizações]**

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.

### **3.8 Lista do Top 10 (20 minutos)**

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

Escrivão: \_\_\_\_\_

Como uma parte dessa sessão usará o quadro branco, um líder de grupo deve ser designado como “escrivão”. O líder imediato deve utilizar o seguinte diálogo para iniciar a discussão:

**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. 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.

**Quais foram as ideias que vocês tiveram? 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”. Por favor, compartilhe dois itens de sua lista.**

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 vamos fazer agora é colocar isso de volta no contexto da \_\_\_\_\_ [citar o nome da comunidade ou universidade]. Como vocês sabem, um dos objetivos desse programa é aproveitar o poder dos grupos de homens gays e bissexuais. Então, nós vamos adicionar a essa lista algumas coisas que nossa comunidade poderia fazer para combater a aparência ideal - por exemplo, fazendo a promessa de elogiar nosso(a) \_\_\_\_\_ por suas características não-físicas. Nós podemos chamar isso de “ativismo corporal da \_\_\_\_\_ [citar o nome da comunidade / universidade]”.**

**Então, como nós podemos fazer coletivamente para combater a aparência ideal? Nós queremos criar uma lista ampla, então sinta-se à vontade para acrescentar ideias.**

Permita tempo para que os participantes respondam.

Líder imediato: \_\_\_\_\_

Pergunte aos participantes as barreiras que podem impedir/difícultar a prática do ativismo corporal.

**Ok! Agora nós vamos identificar possíveis barreiras para a prática do ativismo corporal. Vamos identificar uma barreira e nosso escrivão vai escrever todas as formas pelas quais podemos superar essas barreiras. Por favor, cite uma barreira.**

O escrivão deve escrever a barreira no quadro. Após os participantes darem respostas, pergunte a eles como podemos superar essas barreiras.

**E como podemos superar essas barreiras?**

O escrivão deve listar as estratégias no quadro.

**Vamos fazer isso novamente. Cite outra barreira.**

Repita essa dinâmica até que as principais barreiras e formas de superá-las tenham sido identificadas.

**Agora vamos percorrer o grupo para que todos escolham dois atos da nossa lista mestre ou de nossas listas pessoais que possamos fazer na próxima semana. Nós vamos criar um e-mail para que vocês possam nos dizer o que fizeram.**

Líderes de grupo enviam um e-mail, mensagem de WhatsApp, ou algo parecido para que todos possam compartilhar suas atividades de ativismo corporal. Certifique-se de que os e-mails dos participantes estejam em cópia, ou de que todo o grupo vai ter acesso ao relato do ativismo corporal.

### **3.9 Pressões futuras para ser magro e musculoso (10 minutos)**

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

**Cada um de vocês consegue pensar em um exemplo de uma situação futura que o pressione a ser magro/musculoso?**

**Essas pressões podem ser de um futuro a curto ou longo prazo. [Por exemplo: férias de verão, envelhecer/metabolismo mais lento, ir à praia/piscina, ver familiares ou velhos amigos, reunião dos antigos colegas de escola, casamentos].**

**Agora nós vamos focar em como você planeja responder a essas pressões.**

Se o grupo estiver ansioso para dar respostas gerais, deixe-os fazê-lo. Se não, siga para o roteiro abaixo.

**Pode parecer estranho estar falando disso agora, mas é geralmente melhor pensar nestas questões previamente para estar preparado para lidar com essas pressões quando elas ocorrerem.**

**Quem gostaria de começar? Nós vamos percorrer o grupo nesta atividade. Primeiro descreva futura pressão, e então como respondê-la. Se você estiver travado, nós ajudaremos a pensar em ideias.**

### **3.10 Respostas rápidas para afirmações sobre a aparência ideal (10 minutos)**

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

**Agora vamos fazer um pequeno exercício de dramatização de modo que possamos dar respostas rápidas a pessoas que fazem comentários pró aparência ideal em situações do dia-a-dia. Nós vamos passar duas vezes por todos.**

**Eu farei uma afirmação para cada um de vocês e seu trabalho será dar uma resposta que mostre forte desacordo com minha afirmação.**

O líder deve percorrer o grupo e dizer uma afirmação para cada pessoa, até que todo mundo tenha ido duas vezes.

Amostra de afirmações:

- Vou começar uma dieta essa semana. Quer fazer junto comigo?
- Você sabe, se você só parasse de comer carboidratos, você perderia peso suficiente para ser bem atraente.
- João realmente ganhou peso nas férias.
- Só caras magros são chamados para sair.
- Olha aquela “baleia” ali.
- Você não acha aquele cara magrelo?
- Ele não tem corpo pra usar aquela roupa.
- Eu queria muito ter o corpo de um modelo de revista.
- Se eu não perder peso, não vou bater a meta de peso de minha categoria da luta.
- Eu não posso usar roupa de banho porque eu não quero que as pessoas vejam minha “gordura”.
- Homens gordos são nojentos.
- Homens de verdade têm músculos.
- Eu odeio tanto meu corpo. Eu só queria acordar em um novo corpo.
- Meu irmão diz que eu estou gordo, o que você acha?

### 3.11 Exercício do desafio final (5 minutos)

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

O líder imediato deve introduzir o exercício de autoafirmação da seguinte maneira:

**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, enquanto eu as leio em voz alta.**

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 alguma coisa que vocês gostam em vocês mesmos;
2. Mantenha um diário de todas as coisas boas que o seu corpo te permite fazer (exemplo: dormir bem e acordar descansado, jogar tênis, etc.);

3. Escolha um amigo para fazer um pacto para evitar conversa negativa sobre o corpo. Quando você pegar o seu amigo falando de forma negativa sobre o corpo dele, lembre-o do pacto;
4. Faça a promessa de acabar com reclamações sobre o seu corpo, como “Meus braços são pequenos demais” ou “Eu odeio minha barriga, panturrilhas, pernas, bumbum, cabelo, etc.”. Quando você se pegar fazendo isso, faça uma correção dizendo alguma coisa positiva sobre aquela parte do corpo, como “Eu estou feliz que minhas pernas tenham me levado para a aula hoje”;
5. Da próxima vez que alguém lhe fizer um elogio, ao invés de contestar (“Não, eu estou tão gordo”), pratique respirar fundo e dizer “obrigado”;
6. Faça o exercício do espelho uma vez por semana.

Alguém tem alguma ideia diferente de como podemos falar de maneira positiva sobre nosso próprio corpo?

Cada um de vocês pode escolher um desses e fazê-lo durante a próxima semana, e nos enviar um e-mail ou uma mensagem do WhatsApp contando como foi? 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. Se todos nós fizermos atividades assim, nós estaremos mais propensos a mudar nossa cultura para melhor.

Agora, cada um vai nos dizer qual atividade vai se comprometer a fazer. Vamos também tentar lembrar de nos responsabilizarmos uns aos outros depois da sessão de hoje.

Faça com que cada participante exponha qual exercício ele está disposto a fazer durante a próxima semana.

### **3.12 Encerramento (5 minutos)**

Líder Imediato: \_\_\_\_\_

O líder imediato deve finalizar a sessão dizendo:

**Já que esse é o nosso último encontro em grupo, gostaríamos de dar a chance a todos de dar uma última palavra. Pode ser alguma coisa que você gostou, aprendeu, algo que gostaria de dizer, mas ainda não disse, reflexões, ou qualquer outra coisa... Eu começo.**

**O que eu realmente gostei do grupo...**

Olhe para algum dos participantes e pergunte se ele deseja começar. Depois passe por todo o grupo. Encerre a sessão agradecendo a todos por terem vindo e lembrando os participantes de completarem as pesquisas e as avaliações de acompanhamento (nós vamos entrar em contato com vocês por e-mail/WhatsApp para os acompanhamentos).





APÊNDICE D – Caderno de atividades

# PRIDE O Corpo em Questão

## Caderno de Atividades<sup>77</sup>

Maurício Almeida  
Pedro Henrique Berbert de Carvalho

---

<sup>77</sup> Este caderno de atividades é uma tradução e adaptação do “Workbook” que faz parte do protocolo original do programa de intervenção “PRIDE Body Project”, com autorização e participação de Tiffany A. Brown, Maurício Almeida e Pedro Henrique Berbert de Carvalho.

## **Agradecimentos**

Os autores gostariam de agradecer a Tiffany A. Brown por sua permissão e auxílio na adaptação da presente intervenção. Ademais, os autores gostariam de agradecer a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a adaptação dessa intervenção. Em especial, gostaríamos de agradecer o auxílio e apoio de Cleonaldo Gonçalves Santos e Mauro Lúcio de Oliveira Júnior.

# Bem-vindo!

Muito obrigado por participar do projeto PRIDE O Corpo em Questão! Nós estamos felizes de tê-lo em nosso grupo e estamos ansiosos para conhecê-lo melhor durante as próximas semanas.

O propósito deste programa é ajudar você e seus companheiros de grupo a estabelecer e manter uma imagem corporal positiva. Trabalharemos juntos para lutarmos contra aparência ideal de atratividade para homens. No decorrer das próximas duas semanas, você irá se encontrar com seu grupo. A cada semana você irá se envolver em uma série de exercícios verbais, escritos e comportamentais que requerem que você critique a aparência ideal de atratividade para homens. Você também irá explorar diferentes formas nas quais pode resistir a estas pressões e desafiar suas próprias preocupações relacionadas ao corpo. Como 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 os exercícios em casa e preencha vários formulários e folhas de atividades. Esses materiais estão incluídos neste caderno de atividades e são projetados para ajudá-lo a aproveitar o máximo desse 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 de Contato dos Líderes de Grupo

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_



## Formulário do desafio verbal

Identifique pelo menos 3 exemplos da sua vida real relativos às pressões para ser magro e musculoso e como você respondeu a essas 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>Um dia eu estava comendo um pedaço de pizza e meu amigo olhou para mim com nojo e me disse que eu ia ficar gordo.</i>	<i>Eu desdenhei o comentário dele e não terminei minha pizza.</i>	<i>Eu diria a ele, “tudo bem comer pizza, porque eu geralmente como de forma saudável, e tenho um estilo de vida saudável, e estou confortável com a aparência do meu corpo”, enquanto continuaria a comer meu pedaço de pizza.</i>
Situação	O que eu fiz <i>então</i>	O que eu faria <i>agora</i>

### Lista de Comentários Negativos sobre o Corpo

1. Cara, por que ele está usando aquela camisa? Olha só os “seios” dele.	9. Ele seria mais atraente se tivesse um pouco mais de músculos.
2. Você ficaria mais atraente se perdesse peso.	10. Ele não deveria usar shorts – Ele precisar treinar mais suas pernas.
3. Você está ótimo! Perdeu peso?	11. Se você comesse porções menores não seria tão gordo.
4. Eu não posso comer isso, vai me fazer engordar.	12. Eu sou muito gordo para usar sunga.
5. Eu preciso ganhar massa/levantar peso.	13. Ele ganhou muito peso desde a última vez que eu o vi.
6. Eu odeio meus braços; eles são tão pequenos/magrelos.	14. Eu prefiro morrer do que ficar tão gordo.
7. Você acha que está gordo? Olha para mim.	15. Se você emagrecer, talvez ele goste de você.
8. Eu sou muito gordo para conseguir um(a) namorado(a).	





# Semana 2 *PRIDE O Corpo em Questão* Caderno de Atividades

## Desafios de dramatização

Use este espaço para organizar seus desafios para as dramatizações com os líderes do seu grupo. Seu objetivo é dissuadir o personagem em cada dramatização de buscar a aparência ideal.

Dramatização N°1: Amigo que está seguindo uma dieta com muita proteína/pouco carboidrato e malha muito.

---

---

---

---

---

Dramatização N°2: Amigo que está se exercitando 4 horas por dia, 7 dias por semana.

---

---

---

---

---

Dramatização N°3: Amigo que come apenas uma refeição por dia porque teme que nenhum homem/mulher vai achá-lo atraente se ele ganhar peso.

---

---

---

---

---

## Lista do Top 10

Favor listar as 10 coisas que homens/garotos podem fazer para resistir a aparência ideal.

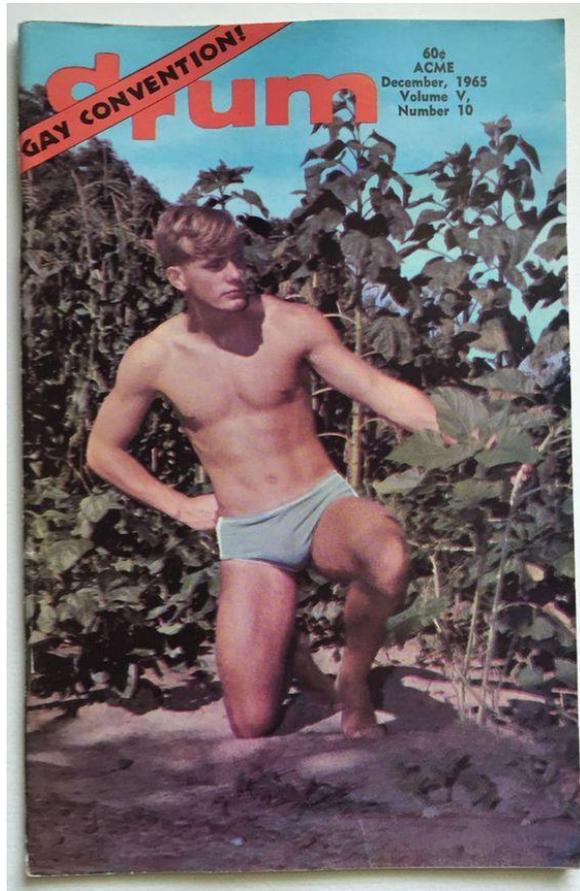
- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

## Exercício de autoafirmação

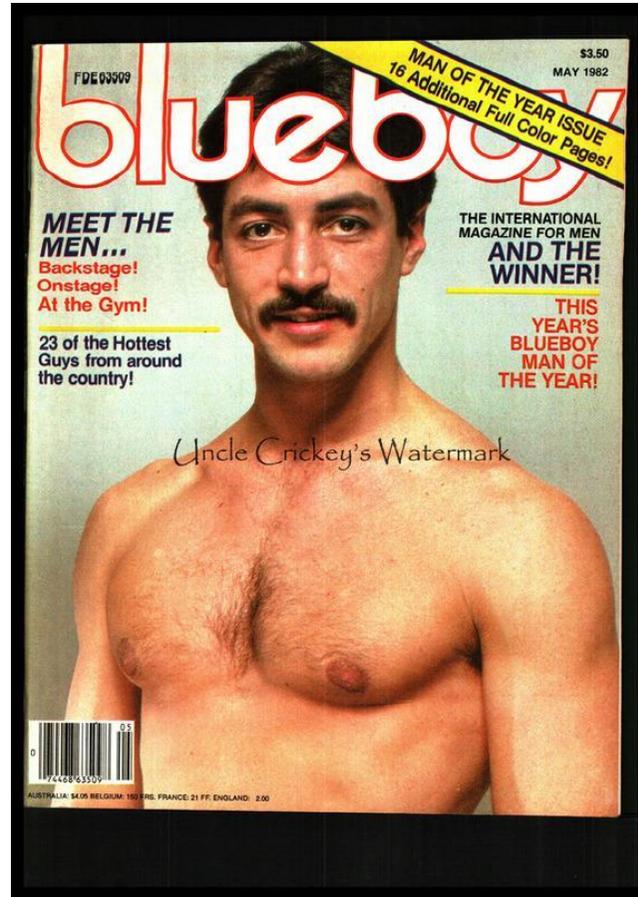
Escolha pelo menos uma das atividades a seguir para tentar durante a próxima semana e envie um “e-mail” ou uma mensagem de “WhatsApp®” para um dos seus líderes de grupo quando você tiver completado o exercício.

1. Escolha um amigo ou familiar e discuta uma coisa que vocês gostem em vocês mesmos.
2. Escreva um diário com todas as coisas boas que seu corpo te permite fazer (ex: dormir bem e acordar descansado, jogar tênis, etc.).
3. Escolha um amigo para fazer um pacto de evitar conversas negativas sobre o corpo. Quando você pegar o(a) seu(sua) amigo(a) falando de forma negativa sobre o corpo dele ou dela, lembre-o(a) do pacto que fizeram.
4. 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 alguma coisa positiva sobre aquela parte do corpo. Por exemplo, “Estou tão feliz que minhas pernas me levaram para o treino hoje”.
5. A próxima vez que alguém te fizer um elogio, ao invés de contestar (“Não, eu sou tão gordo”), pratique respirar fundo e dizer “Obrigado”.
7. Faça o exercício do espelho uma vez por semana.

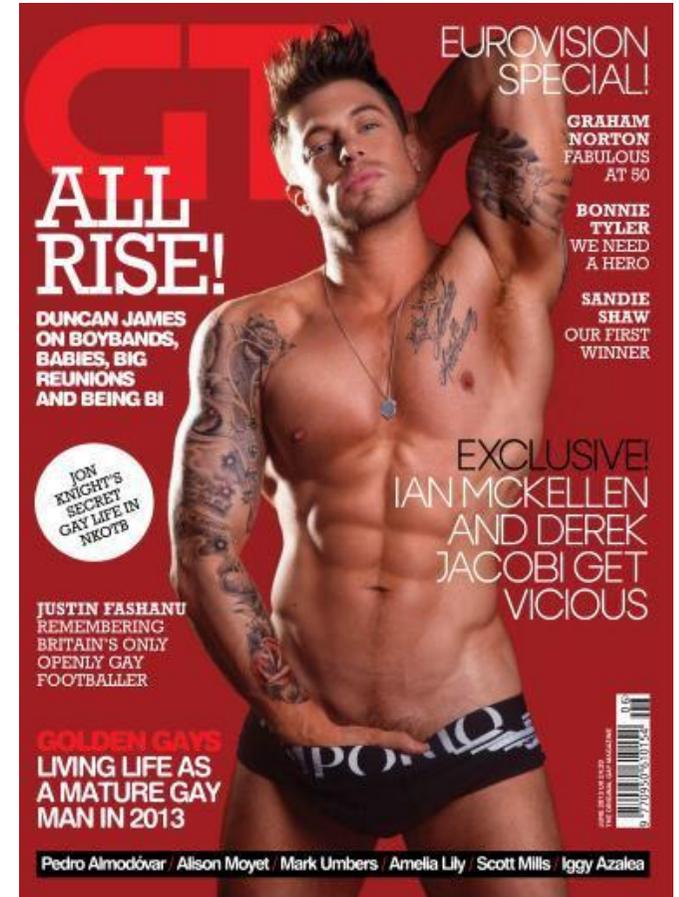
APÊNDICE E – Imagens utilizadas no programa PRIDE O Corpo em Questão



1965



1982



2013

**APÊNDICE F – Instrumento para a avaliação da aderência ao protocolo do PRIDE O  
Corpo em Questão**

**Instrumento de avaliação da aderência ao protocolo PRIDE O Corpo em Questão**

Número do grupo:  
Data da sessão:  
Co-líderes de pares:  
Avaliador:  
Data da avaliação:

**Use a seguinte escala de classificação:**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>não completou nada</b>	<b>completou um pouco</b>	<b>completou a maior parte</b>	<b>completou totalmente</b>

**Sessão 1**

Observação: As gravações de áudio só começam em "Definição e origem da aparência ideal"; pois, primeiro devemos verificar se todos os participantes estão em conformidade com a gravação.

**Definição e origem da aparência ideal (20 minutos)**

- \_\_\_\_\_ O líder seguiu o roteiro.
- \_\_\_\_\_ Obteve respostas e escreveu todas elas no quadro.
- \_\_\_\_\_ O líder incentivou os participantes a listar as características físicas.
- \_\_\_\_\_ Leu a lista de características em voz alta depois que todas as respostas foram recebidas.
- \_\_\_\_\_ O líder não imediato esperou até o final da atividade para escrever "Aparência ideal" no quadro. *(Pode avaliar com base na indicação verbal de que isso foi feito).*
- \_\_\_\_\_ O líder imediato leu todo o diálogo necessário contrastando a aparência ideal e o ideal saudável.
- \_\_\_\_\_ O líder imediato fez esclarecimentos e perguntou:
  - \_\_\_\_\_ Esse sempre foi o padrão/"ele" já teve uma aparência diferente?
  - \_\_\_\_\_ De onde vem esse ideal/quais são as origens da aparência ideal?

- \_\_\_ Discuti a origem e suscitou fontes como mídia (por exemplo, TV, revistas), indústria da moda, indústria de perda de peso. São necessárias pelo menos 2 fontes (2 fontes de mídia são aceitáveis) e não há problema se o grupo não tiver apresentado 2 fontes para que o líder as estimule.
- \_\_\_ O líder obtém respostas sobre como os comentários negativos impactaram emocionalmente os participantes.
- \_\_\_ Cada participante descreve seus sentimentos sobre o próprio corpo quando olham para as fotos de revistas.
- \_\_\_ Obtém respostas sobre o uso de aerografia/Photoshop em revistas.
- \_\_\_ Provoca respostas sobre o que a cultura nos diz que acontecerá se nos conformarmos com a aparência ideal.
- \_\_\_ Provoca respostas sobre se alcançar a aparência ideal realmente fará com que isso aconteça.
- \_\_\_ O líder diz que a aparência ideal *não* é a ideal.
- Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

### **Custos associados à busca pela aparência ideal (35 minutos)**

- \_\_\_ Explica claramente a tarefa.
- \_\_\_ Os facilitadores dão aos participantes tempo suficiente para concluir a tarefa.
- \_\_\_ Os líderes pediram que todos descrevessem dois custos individuais.
- \_\_\_ (Caso não tenha sido mencionado pelo grupo), o líder do grupo provocou comentários sobre a funcionalidade.
- \_\_\_ O líder imediato solicita ideias para:
- \_\_\_ homens individualmente e grupos de homens como um todo.
- \_\_\_ sociedade.
- \_\_\_ O líder imediato provoca respostas sobre quem se beneficia da aparência ideal.
- \_\_\_ As respostas são obtidas de todos ou da maioria dos participantes.
- \_\_\_ Foram fornecidos exemplos caso houvesse dificuldade em obter respostas.
- \_\_\_ Perguntado:
- \_\_\_ Fazemos parte do grupo que se beneficia da aparência ideal?
- \_\_\_ Faz sentido perseguir a aparência ideal?
- \_\_\_ Cada participante da sala criticou publicamente a busca pela aparência ideal.
- Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Exercício do desafio verbal (15 minutos)**

- \_\_\_\_\_ O líder lê as instruções e explica claramente a tarefa.
- \_\_\_\_\_ Solicitou respostas sobre o exemplo do “abdome definido”.
- \_\_\_\_\_ A ênfase é colocada no foco em como o participante responderia AGORA, não no passado.
- \_\_\_\_\_ O líder pontual faz uma pergunta sobre "Eu realmente deveria perder alguns quilos ou me exercitar mais" na página 13 e obtém respostas verbais para o exemplo.
- \_\_\_\_\_ O líder imediato e não imediato fornecem um exemplo pessoal.
- \_\_\_\_\_ Cada participante compartilhou um de seus desafios verbais.
- \_\_\_\_\_ Os exemplos detalhavam como eles responderiam AGORA.
- \_\_\_\_\_ Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Desafio de conversa sobre o corpo (5 minutos)**

- \_\_\_\_\_ O líder pergunta sobre as maneiras sutis como as pessoas promovem a aparência ideal e obtém respostas.
- \_\_\_\_\_ O líder imediato encaminha os participantes para à " Lista de Comentários Negativos sobre o Corpo" e pede que eles a leiam em silêncio.
- \_\_\_\_\_ O líder faz as três perguntas na pág. 14.
- \_\_\_\_\_ Cada pergunta é respondida em um tempo adequado e várias respostas são obtidas.
- \_\_\_\_\_ O líder apresentou o desafio de dramatização.
- \_\_\_\_\_ Cada pessoa responde a duas afirmações (percorra o círculo duas vezes).
- \_\_\_\_\_ Explicação e exemplos fornecidos quando necessário.
- \_\_\_\_\_ Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Desafio comportamental (10 minutos)**

- \_\_\_\_\_ O líder lê o roteiro e compartilha algo que ele evita devido a preocupações com a imagem corporal.
- \_\_\_\_\_ Cada participante compartilha um exemplo.
- \_\_\_\_\_ O líder lê toda a lista da pág. 15.
- \_\_\_\_\_ O líder lê o roteiro e esclarece o exercício, incluindo:
  - \_\_\_\_\_ Pedir aos participantes que façam a tarefa duas vezes esta semana.
  - \_\_\_\_\_ Compartilha o desafio pessoal.
- \_\_\_\_\_ Cada participante compartilha seu desafio.
- \_\_\_\_\_ Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Exercícios para casa (5 minutos)**

\_\_\_\_\_ O líder lê o roteiro que explica a carta para um adolescente do sexo masculino.

O líder lê o roteiro que explica o exercício do espelho, incluindo esclarecimentos:

\_\_\_\_\_ deve usar o mínimo de roupas possível.

\_\_\_\_\_ poderia escrever qualidades físicas, emocionais, intelectuais e sociais, mas certifique-se de que algumas delas sejam físicas.

\_\_\_\_\_ O líder pediu a alguém que repetisse as três tarefas.

\_\_\_\_\_ O líder pergunta se todos podem concluir todas as tarefas.

Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Resumo**

\_\_\_\_\_ Uma declaração final de todos.

**Sessão 2****Visão geral e revisão da carta/e-mail (25 minutos)**

\_\_\_\_\_ O líder solicita que todos façam uma declaração verbal de compromisso.

\_\_\_\_\_ O líder introduz a revisão da carta e lê sua própria carta.

\_\_\_\_\_ Cada participante lê sua carta (ou, se a carta não foi feita, o líder pergunta sobre desafios/obstáculos para escrevê-la).

Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Revisão do Desafio Comportamental (10 minutos)**

\_\_\_\_\_ O líder obtém uma resposta geral sobre como foi o desafio.

\_\_\_\_\_ O líder compartilha seu próprio desafio, modelando uma resposta de enfrentamento.

\_\_\_\_\_ Cada participante compartilha o que fez, como foi o resultado/qual a utilidade do exercício e o que aprendeu.

\_\_\_\_\_ O líder incentiva os participantes a continuarem desafiando preocupações relacionadas ao corpo.

Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Revisão do Exercício do Espelho (10 minutos)**

\_\_\_\_\_ O líder obtém uma resposta geral sobre como foi o exercício/se foi desafiador.

\_\_\_\_\_ O líder obtém uma resposta geral sobre por que é tão difícil nos elogiarmos.

- \_\_\_\_\_ O líder pergunta como podemos diferenciar confiança de arrogância.
- \_\_\_\_\_ Cada participante compartilha 2 qualidades que gosta (pelo menos uma física).
- \_\_\_\_\_ O líder pergunta e provoca respostas sobre por que este exercício é útil.
- Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

### **Dramatizações (25 minutos)**

- \_\_\_\_\_ Os líderes introduziram as dramatizações, lendo todos os três papéis.
- \_\_\_\_\_ Dividiram os participantes em grupos e deram tempo para planejar.
- Realizaram as dramatizações:
- \_\_\_\_\_ Dramatização #1
- \_\_\_\_\_ Dramatização #2
- \_\_\_\_\_ Dramatização #3
- \_\_\_\_\_ Os líderes provocam uma discussão sobre a experiência dos participantes ao realizar as dramatizações.
- Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

### **Lista do Top 10 (20 minutos)**

- \_\_\_\_\_ Introduziram a lista do Top 10 e pediram que os participantes fizessem a lista individualmente.
- Criaram a lista do Top 10 para:
- \_\_\_\_\_ Ativismo corporal individual (3 itens da lista de cada pessoa).
- \_\_\_\_\_ Ativismo corporal LGBTQIAP+.
- \_\_\_\_\_ O líder pede que cada pessoa escolha 2 coisas da lista (uma individual e uma comunitária) para fazer nesta semana.
- \_\_\_\_\_ Se os participantes tiverem dificuldade em encontrar ideias, o líder lê a lista na página 23.
- Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

### **Pressões Futuras (10 minutos)**

- \_\_\_\_\_ O líder lê o roteiro.
- \_\_\_\_\_ Cada participante compartilha 2 pressões futuras e a resposta para elas.
- \_\_\_\_\_ O líder provoca ajuda do grupo ou auxilia o participante se ele estiver com dificuldade.
- Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Respostas Rápidas (10 minutos)**

\_\_\_\_\_ O líder introduz a tarefa.

\_\_\_\_\_ O líder lê duas afirmações para cada participante (passa pelo círculo duas vezes).

\_\_\_\_\_ O líder provoca ajuda do grupo ou auxilia o participante se ele estiver com dificuldade.

Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Exercício do Desafio Final (5 minutos)**

\_\_\_\_\_ O líder introduz a tarefa e lê todos os 7 exercícios de autoafirmação.

\_\_\_\_\_ Os participantes indicam qual exercício final planejam concluir.

Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Exercício para Casa (5 minutos)**

\_\_\_\_\_ O líder introduz a segunda carta para um jovem homem de minoria sexual e lê o roteiro.

\_\_\_\_\_ Os líderes obtêm confirmação de que os participantes estão dispostos a escrever a carta (acenos de cabeça são suficientes).

\_\_\_\_\_ Se necessário, o líder esclarece qualquer dúvida/questão sobre a segunda tarefa.

Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**Discussão sobre os Benefícios do Grupo e Encerramento (5 minutos)**

\_\_\_\_\_ O líder obtém feedback sobre os benefícios da aceitação corporal, as atividades mais úteis e como a experiência mudou a forma como os participantes se sentem em relação ao próprio corpo.

\_\_\_\_\_ O líder pergunta como os participantes agirão de forma diferente no futuro para promover a aceitação corporal e como o grupo mudou a maneira como eles interagem/interagirão com outras pessoas em suas vidas.

\_\_\_\_\_ Os participantes deram um pensamento final.

Tempo gasto na seção: \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE G – Instrumento para a avaliação da competência do líder de grupo da  
intervenção PRIDE O Corpo em Questão**

**AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA DO LÍDER DE GRUPO  
PRIDE O CORPO EM QUESTÃO**

Data da avaliação: \_\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_  
 Data da sessão: \_\_\_\_\_ Líder: \_\_\_\_\_  
 Número do grupo: \_\_\_\_\_ Número da sessão: \_\_\_\_\_

Instruções: Revise toda a sessão de intervenção, primeiro avaliando a aderência ao protocolo usando o formulário de aderência à sessão. Em seguida, complete as avaliações de competência geral do líder de grupo.

**Adesão ao protocolo**

\_\_\_\_\_ Preencha a lista de verificação de adesão à sessão.

**Avaliações de competência geral**

1. Os líderes expressam ideias com clareza e em um ritmo adequado

10	Superior	Os líderes são excepcionalmente articulados e expressam ideias de forma que todos os membros do grupo entendam. Ritmo perfeito.
9		
8	Excelente/Acima da média	As ideias são expressas de maneira muito clara. O ritmo segue as necessidades dos membros do grupo.
7		
6	Bom/Médio	As ideias são expressas de maneira clara e em um ritmo fácil de acompanhar.
5		
4	Fraco/Abaixo da média	As ideias são expressas de maneira clara <u>ou</u> o ritmo é adequado, mas não ambos.
3		
2	Péssimo	São difíceis de acompanhar e a sessão prossegue em um ritmo desconfortável.
1		
	<u>Observações:</u>	Nota:

2. Os líderes são organizados

10	Superior	A sessão é executada sem problemas.
9		
8	Excelente/Acima da média	Os líderes parecem muito organizados e bem preparados.

7		
6	Bom/Médio	Os líderes parecem organizados e bem preparados na sessão.
5		
4	Fraco/Abaixo da média	Os líderes parecem pouco organizados ou preparados na sessão.
3		
2	Péssimo	Parecem desorganizados ou mal preparados na sessão.
1		
	<u>Observações:</u>	Nota:

3. Os líderes mantêm os membros do grupo concentrados na tarefa durante a sessão

10	Superior	Os líderes são excepcionalmente hábeis em manter o grupo no tópico, desviando habilmente várias tentativas de diferentes membros de sair do tópico.
9		
8	Excelente/Acima da média	Os líderes mantêm os membros na tarefa com muita habilidade. Não há discussões fora do tópico.
7		
6	Bom/Médio	Os líderes mantêm os membros na tarefa, limitando com tato as discussões fora do tópico. Menos de 1 minuto de discussão fora do tópico.
5		
4	Formal/Abaixo da média	Os líderes ocasionalmente permitem que a discussão se desvie da tarefa em andamento, mas esse é um problema pequeno; 1-2 minutos de discussão fora do tópico.
3		
2	Péssimo	Frequentemente permitem que a discussão se desvie da tarefa em questão, e a discussão fora do tópico é um grande problema.
1		
	<u>Observações:</u>	Nota:

4. Os líderes tentam proporcionar um tempo de fala aproximadamente igual para todos os membros

10	Superior	Os líderes fazem um trabalho excepcionalmente hábil para lidar com membros do grupo muito francos e/ou muito quietos.
9		
8	Excelente/Acima da média	Os líderes fazem um excelente trabalho ao promover tempo de fala igual para todos.
7		
6	Bom/Médio	Os líderes promovem com tato um tempo de fala <u>aproximadamente</u> igual para todos os membros do grupo.
5		

4	Fraco/Abaixo da média	Os líderes atraem com tato os indivíduos quietos ou evitam o domínio do grupo por alguns membros que se manifestam, <u>mas</u> não ambos.
3		
2	Péssimo	Permitem o domínio do grupo por alguns poucos membros que falam abertamente e não conseguem atrair os membros quietos.
1		
	<u>Observações:</u>	Nota:

#### 5. Os líderes solicitam feedback

10	Superior	Os líderes fazem um trabalho excepcionalmente bom ao solicitar feedback de <u>todos os</u> membros do grupo para garantir que o material seja claramente compreendido por todos.
9		
8	Excelente/Acima da média	Os líderes são especialmente hábeis em obter e responder ao feedback verbal e não verbal durante toda a sessão.
7		
6	Bom/Médio	Os líderes solicitam feedback de todos os membros do grupo e fazem perguntas suficientes para garantir que os membros entendam o material.
5		
4	Fraco/Abaixo da média	Os líderes obtêm feedback de alguns membros, mas não fazem perguntas suficientes para ter certeza de que todos os membros entenderam o material.
3		
2	Péssimo	Os líderes não solicitam feedback para determinar a compreensão e a resposta dos membros à sessão.
1		
	<u>Observações:</u>	Nota:

#### 6. Os líderes ouvem e compreendem

10	Superior	Os líderes são extremamente perceptivos e enfáticos. Habilidades de escuta excepcionalmente boas.
9		
8	Excelente/Acima da média	Os líderes parecem entender claramente os membros e são hábeis em comunicar esse entendimento por meio de respostas verbais e não verbais apropriadas. Excelentes habilidades de escuta e empatia
7		

6	Bom/Médio	Boa capacidade de ouvir, conforme indicado pela capacidade de responder a comunicações sutis.
5		
4	Fraco/Abaixo da média	Os líderes geralmente são capazes de refletir ou reformular o que os membros disseram explicitamente, mas não conseguem responder a uma comunicação mais sutil. Capacidade limitada de ouvir e ter empatia.
3		
2	Péssimo	Os líderes não compreenderam repetidamente o que os membros disseram explicitamente e, por conseguinte, falharam sistematicamente o objetivo. Fraca capacidade de empatia
1		
	<u>Observações:</u>	Nota:

#### 7. Os líderes comunicam aceitação e respeito

10	Superior	Os líderes transmitem um nível excepcionalmente alto de aceitação e respeito genuínos por cada um dos membros do grupo.
9		
8	Excelente/Acima da média	Os líderes comunicam de forma clara e consistente a aceitação e o respeito a todos os membros do grupo (a aceitação não deve ser confundida com a aprovação do comportamento da pessoa).
7		
6	Bom/Médio	Os líderes comunicam aceitação e respeito ao grupo.
5		
4	Fraco/Abaixo da média	Os líderes são inconsistentes na comunicação de aceitação e respeito.
3		
2	Péssimo	Os líderes não conseguem transmitir aceitação e respeito e podem ser vistos como julgadores, rudes, desrespeitosos ou condescendentes.
1		
	<u>Observações:</u>	Nota:

#### 8. Os líderes são entusiasmados

10	Superior	Os líderes fazem um trabalho excepcionalmente bom ao se mostrarem genuinamente entusiasmados com o curso. Seu entusiasmo é contagiante.
9		
8	Excelente/Acima da média	Os líderes transmitem uma atitude muito entusiasmada em relação ao curso e à probabilidade de aprimoramento.

7		
6	Bom/Médio	Os líderes transmitem uma atitude positiva sobre o curso e a probabilidade de melhoria.
5		
4	Fraco/Abaixo da média	Os líderes não transmitem uma atitude animada e positiva nem uma atitude cansada, irritada ou negativa, <u>ou</u> (b) os líderes variam de uma atitude animada e positiva para uma atitude cansada, irritada ou negativa.
3		
2	Péssimo	Os líderes parecem cansados, irritados e/ou letárgicos, <u>ou</u> transmitem uma atitude negativa em relação ao curso e à probabilidade de melhora.
1		
	<u>Observações:</u>	Nota:

9. Os líderes são calorosos

10	Superior	Os líderes transmitem um alto grau de cordialidade e interesse genuínos em todos os membros do grupo.
9		
8	Excelente/Acima da média	Os líderes transmitem cordialidade e interesse por todos os membros do grupo.
7		
6	Bom/Médio	Os líderes transmitem cordialidade e interesse pelo grupo como um todo.
5		
4	Fraco/Abaixo da média	Os líderes não são nem quentes nem frios.
3		
2	Péssimo	Os líderes parecem alheios e distantes, desinteressados nos membros do grupo.
1		
	<u>Observações:</u>	Nota:

10. Os líderes lidaram habilmente com os problemas especiais que surgiram durante a sessão

10	Superior	Os líderes foram extremamente hábeis em lidar com vários problemas incomuns.
9		
8	Excelente/Acima da média	Os líderes foram muito hábeis em lidar com um problema/situação especial.
7		
6	Bom/Médio	Os líderes foram moderadamente hábeis em lidar com um problema especial.
5		
4	Fraco/Abaixo da média	A resposta dos líderes a um problema foi minimamente adequado.
3		
2	Péssimo	Os líderes não conseguiram lidar adequadamente com problemas especiais que surgiram durante a sessão.

1  
NA Não aplicável

Caso tenha havido problemas, explique:

11. Tom geral da sessão

10	Superior	O tom da sessão é perfeito: engajado, divertido, focado e produtivo.
9		
8	Excelente/Acima da média	O tom da sessão é muito positivo.
7		
6	Bom/Médio	O tom da sessão é geralmente "alto".
5		
4	Fair/Abaixo da média	O tom da sessão é neutro ou varia consideravelmente
3		
2	Péssimo	O tom da sessão geralmente é "baixo".
1		

Observações:

Nota:

12. Avaliação geral da competência do terapeuta

10	Superior, um dos melhores!
9	
8	Excelente/Acima da média
7	
6	Bom/Médio
5	
4	Fraco/Abaixo da média
3	
2	Péssimo
1	

Nota:

**ANEXO A – Checklist do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT)**

<b>Section/Topic</b>	<b>Item N°</b>	<b>Checklist item</b>	<b>Reported on page N°</b>
<b>Title and abstract</b>	1a	Identification as a randomized trial in the title	1
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	10-11
<b>Introduction</b> Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	21-25
	2b	Specific objectives or hypotheses	26
<b>Methods</b> Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	81
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	-
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	82
	4b	Settings and locations where the data were collected	87-90
Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	90-92
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	92-99
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	-
Sample size	7a	How sample size was determined	81
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	-
Randomization: Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	88
	8b	Type of randomization; details of any restriction (such as blocking and block size)	88
	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	88
Allocation concealment mechanism Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	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	99-100
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	-
<b>Results</b>			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analyzed for the primary outcome	101-103
Recruitment	13b	For each group, losses and exclusions after randomization, together with reasons	101-103
	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	-
	14b	Why the trial ended or was stopped	-
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	104
Numbers analyzed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	107-108
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)	107-108
	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	-
Harms	19	All-important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	-
<b>Discussion</b>			
Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	119-120
Generalizability	21	Generalizability (external validity, applicability) of the trial findings	118
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	110-120
<b>Other information</b>			
Registration	23	Registration number and name of trial registry	83
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	83
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



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular de jovens adultos brasileiros: um ensaio clínico controlado randomizado em minorias sexuais masculinas.

**Pesquisador:** Pedro Henrique Berbert de Carvalho

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44553021.8.0000.5147

**Instituição Proponente:** Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.690.224

#### 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:

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

**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



Continuação do Parecer: 4.690.224

éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 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 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.

### Recomendações:

Reforçar as medidas de segurança pessoal, higiene e controle sanitário da equipe de pesquisa, durante os deslocamentos para qualquer atividade do projeto.

### 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 N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 02/08/2024

### Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições

**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



Continuação do Parecer: 4.690.224

definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°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.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1717873.pdf	15/03/2021 15:18:50		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_concordanciaeinfraestrutura.pdf	15/03/2021 15:18:36	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/03/2021 15:18:11	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	ANEXO_H.pdf	15/03/2021 10:24:33	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Anexo_G.pdf	15/03/2021 10:24:23	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Anexo_F.pdf	15/03/2021 10:24:12	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Anexo_E.pdf	15/03/2021 10:24:01	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Anexo_D.pdf	15/03/2021 10:23:45	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Anexo_C.pdf	15/03/2021 10:23:20	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Anexo_B.pdf	15/03/2021 10:23:10	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Outros	Anexo_A.pdf	15/03/2021 10:22:57	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2021 10:22:06	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	15/03/2021 10:21:55	Pedro Henrique Berbert de Carvalho	Aceito

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 – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos**

Continuação do Parecer: 4.690.224

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 04 de Maio de 2021

---

**Assinado por:**  
**Jubel Barreto**  
**(Coordenador(a))**

**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 C – Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

20/06/2022 16:49

1 nova mensagem

BRASIL

[Go to main content \[1\]](#)
[Go to main menu \[2\]](#)
[Enable high contrast \[3\]](#)

[Home](#) > [Record](#) > [View](#)

Search on trials



Public trial

### RBR-62fctqz Preventive intervention in changes in body image, Eating Disorders and Muscle Dismorphia in young adult Men of Sexual Mi...

Date of registration: 11/12/2021 (mm/dd/yyyy)

Last approval date : 11/12/2021 (mm/dd/yyyy)

#### Study type:

Interventional

#### Scientific title:

##### en

Preventive intervention in body image disturbances, Eating Disorders and Muscle Dismorphia of Brazilian young adults: a randomized controlled trial in Male Sexual Minorities

##### pt-br

Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, Transtorno Alimentar e Dismorfia Muscular de jovens adultos brasileiros: um ensaio clínico controlado randomizado em Minorias Sexuais Masculinas

##### es

Preventive intervention in body image disturbances, Eating Disorders and Muscle Dismorphia of Brazilian young adults: a randomized controlled trial in Male Sexual Minorities

#### Trial identification

- UTN code:
- Public title:

##### en

Preventive intervention in changes in body image, Eating Disorders and Muscle Dismorphia in young adult Men of Sexual Minority

##### pt-br

Intervenção preventiva em alterações da imagem corporal, Transtorno Alimentar e Dismorfia Muscular em Homens jovens adultos de Minoria Sexual

- Scientific acronym:
- Public acronym:

#### Secondaries identifiers:

- 44553021.8.0000.5147

Issuing authority: Plataforma Brasil

- 4.690.224

Issuing authority: Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora

#### Sponsors

- Primary sponsor: Universidade Federal de Juiz de Fora

#### Secondary sponsor:

## ANEXO C (Continua) – Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

20/06/2022 16:49

1 nova mensagem

o **Institution:** Universidade Federal de Viçosa

- **Supporting source:**

o **Institution:** Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)

### Health conditions

- **Health conditions:**

**en**

Body Dysmorphic Disorder; Body Image; Body Dissatisfaction

**pt-br**

Transtorno Dismórfico Corporal; Imagem Corporal; Insatisfação Corporal

- **General descriptors for health conditions:**

**en**

F03.400 Feeding and Eating Disorders

**pt-br**

F03.400 Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos

- **Specific descriptors:**

**en**

F45.22 Body Dysmorphic Disorder

**pt-br**

F45.22 Transtorno Dismórfico Corporal

**en**

F01.752.747.792.110 Body Image

**pt-br**

F01.752.747.792.110 Imagem Corporal

**en**

F01.752.747.792.110.500 Body Dissatisfaction

**pt-br**

F01.752.747.792.110.500 Insatisfação Corporal

### Interventions

- **Interventions:**

**en**

Experimental group: 66 men, sexual minorities, healthy young adults, will participate in two meetings lasting two hours each. The meetings are group format, interactive and dynamic, in which the subjects will perform oral, written and behavioral activities criticizing the appearance ideal transmitted culturally. Session 1: (a) defined the "ideal" body type within the gay community, (b) discussed the origin and perpetuation of the "ideal," (c) brainstormed the costs of pursuing the "ideal," (d) participated in a verbal challenge during which they countered the thin, muscular-ideal message, and (e) were asked to complete three homework assignments (a letter to an adolescent boy, a behavioral challenge, and a mirror exposure assignment) Data collection with the application of self-report

**pt-br**

Grupo experimental: 66 homens, minorias sexuais, adultos, jovens saudáveis, participarão de duas sessões, com intervalo de uma semana, com duração de duas horas cada. Os encontros tem formato de grupo, interativo e dinâmico, no qual os sujeitos realizarão atividades orais, escritas e comportamentais criticando a aparência ideal transmitida culturalmente. Sessão 1: (a) Definir a aparência do corpo "ideal" dentro da comunidade gay; (b) Discutir a origem e perpetuação dessa "aparência ideal"; (c) Debater os custos associados a perseguição dessa "aparência ideal" (d) Participar de um desafio verbal contrariando as mensagens acerca da "aparência ideal" magra ou muscular; e (e) Concluir explicando as tarefas para casa (escrever um e-mail para um jovem do ensino médio, dois desafios



1

## ANEXO C (Continua) – Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

20/06/2022 16:49

1 nova mensagem

instruments will take place in five moments of the baseline study, post-intervention, follow-up of four, 24 and 52 weeks. Session 2: (a) reviewed homework, (b) engaged in role plays to counter/discourage pursuit of the "ideal," (c) discussed ways to challenge and avoid negative "body talk" statements, (d) listed ways to resist the pressure to pursue this "ideal" both individually and as a group within the gay community (termed "body activism"), (e) discussed barriers to body activism and how to overcome those barriers, and (f) individually selected an exit exercise to continue actively challenging the body-ideal.

comportamentais, e uma exposição ao espelho com levantamento de atributos sobre sua imagem). Sessão 2: (a) Rever a atividade feita em casa e discutir sobre ela; (b) Participar de uma dramatização para desencorajar a busca pelo "aparência ideal"; (c) Discutir maneiras de desafiar e/ou evitar declarações negativas sobre a aparência; (d) Criar maneiras de resistir às pressões para perseguir o "aparência ideal", de maneira individual, ou em grupo dentro da comunidade gay (No projeto original essa atividade foi denominada "ativismo corporal"); (e) Discutir barreiras para implantação do "ativismo corporal" e maneiras de supera-las; e (f) Selecionar um exercício para continuar desafiando o "aparência ideal".

- **Descriptors:**

**en**  
I02.233.332.445 Health  
Promotion

**pt-br**  
I02.233.332.445  
Promoção da Saúde

**en**  
SP2.026 Disease  
Prevention

**pt-br**  
SP2.026 Prevenção de  
Doenças

**en**  
V03.175.250 Clinical Trial

**pt-br**  
V03.175.250 Ensaio  
Clínico

### Recruitment

- **Study status:** Recruiting

- **Countries**
  - Brazil

- **Date first enrollment:** 08/02/2021 (mm/dd/yyyy)

- **Target sample size:** Gender: Minimum age: Maximum age:

66	M	18 Y	30 Y
----	---	------	------

- **Inclusion criteria:**

**en**  
Young adults men aged between 18 and 30 years. Men of any color, race or ethnicity. Agree to voluntary participation in the study.

**pt-br**  
Homens jovens adultos com idade entre 18 e 30 anos. Homens de qualquer cor, raça ou etnia. Concordar com a participação voluntária no estudo.

- **Exclusion criteria:**

**en**  
Participants who do not identify themselves as sexual minority men (i.e., homosexual or bisexual).

**pt-br**  
Participantes que não se identificam como homens de minorias sexuais (ou seja, homossexuais ou

## ANEXO C (Continua) – Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

20/06/2022 16:49

1 nova mensagem

Ask for the termination of your participation, through an express, free and informed manifestation. Expressly request not to use your data. Have a mental disorder, eating disorder and/or body dysmorphic disorder diagnosed (self-reported).

bissexuais). Solicite o encerramento da sua participação, por meio de manifestação expressa, livre e informada. Solicite expressamente a não utilização de seus dados. Tenham um transtorno mental, transtorno alimentar e/ou transtorno dismórfico corporal diagnosticado (autorrelato).

### Study type

- Study design:

en

Expanded access program	Purpose	Intervention assignment	Number of arms	Masking type	Allocation	Study phase
1	Prevention	Parallel	2	Open	Randomized-controlled	N/A

### Outcomes

- Primary outcomes:

en

Acceptance and efficacy of the intervention proposed in the reduction of body image disturbances, symptoms of Eating Disorders and Muscle Dysmorphia.

pt-br

Aceitação e eficácia da intervenção proposta na redução de distúrbios de imagem corporal, sintomas de Transtorno Alimentar e Dismorfia Muscular.

- Secondary outcomes:

en

Mediation effects in reducing the body ideal internalization on the signs and symptoms of Eating Disorders and Muscle Dysmorphia.

pt-br

Efeitos de mediação na redução da internalização do corpo ideal sobre os sinais e sintomas de Transtorno Alimentar e Dismorfia Muscular.

### Contacts

- Public contact

- Full name: Mauricio Almeida
- Address: Rua Geraldo Daflon Faria, 128, Santa Rosa de Lima
- City: Governador Valadares / Brazil
- Zip code: 35059-690
- Phone: +55 (33) 99144-1481
- Email: maualmeida4@gmail.com
- Affiliation:
- Full name: Pedro Henrique Berbert de Carvalho
- Address: Rua São Paulo, 745, Centro
- City: Governador Valadares / Brazil
- Zip code: 35010-180
- Phone: +55 (33) 3301-1000
- Email: pedro.berbert@ufjf.br
- Affiliation:

- Scientific contact

- Full name: Mauricio Almeida
- Address: Rua Geraldo Daflon Faria, nº128
- City: Governador Valadares / Brazil

## ANEXO C – Aprovação no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

20/06/2022 16:49

1 nova mensagem

- **Zip code:** 35059-690
- **Phone:** +55 (33) 99144-1481
- **Email:** mau Almeida4@gmail.com
- **Affiliation:**
- **Full name:** Pedro Henrique Berbert de Carvalho
- **Address:** Rua São Paulo, 745, Centro
  - **City:** Governador Valadares / Brazil
  - **Zip code:** 35010-180
- **Phone:** +55 (33) 3301-1000
- **Email:** pedro.berbert@ufjf.br
- **Affiliation:**

- **Site contact**
  - **Full name:** Pedro Henrique Berbert de Carvalho
  - **Address:** Rua São Paulo, 745, Centro
    - **City:** Governador Valadares / Brazil
    - **Zip code:** 35010-180
  - **Phone:** +55 (33) 3301-1000
  - **Email:** pedro.berbert@ufjf.br
  - **Affiliation:**

### Additional links:

- [Download in ICTRP format](#)

Total de Ensaios Clínicos 11820.

cadastre um novo usuário

ajuda

Existem 5577 ensaios clínicos registrados.

notícias

contato

Existem 3240 ensaios clínicos recrutando.

sobre

equipe

Existem 254 ensaios clínicos em análise.

links úteis

Existem 4373 ensaios clínicos em rascunho.

glossário



1

## ANEXO D – Autorização para adaptação do programa PRIDE *Body Project*

22/06/2022 14:30

Gmail - PRIDE Body Project - Brazil



Mauricio Almeida &lt;maualmeida4@gmail.com&gt;

### PRIDE Body Project - Brazil

14 mensagens

**Mauricio Almeida** <maualmeida4@gmail.com>  
 Para: "Brown, Tiffany" <tiffanybrown@health.ucsd.edu>

6 de julho de 2020 12:39

Dear Tiffany,

I will try the exam for a doctorate degree. I would like to adapt the PRIDE Body Project for Brazilian men.

Our results with MTM were encouraging, in addition sexual minorities are among the populations that most suffer from ED and MD symptoms.

At our last meeting, you said that you talk about it with your research group. If they have not approved, do not worry I will try other alternatives.

Let me know what you think about it.

Best regards,

-

*Maurício Almeida**Mestrando em Educação Física (UFJF-GV)**Membro do Núcleo de Estudos Educação Física, Corpo e Sociedade (NECOS/CNPq)**Cel.(33) 99144-1481 Cel.(33) 98714-2878 (Whatsapp)*

**Brown, Tiffany** <tiffanybrown@health.ucsd.edu>  
 Para: Mauricio Almeida <maualmeida4@gmail.com>

6 de julho de 2020 14:25

Hi Maurício,

Hope you are staying healthy and safe! I am looking forward to reading the MTM manuscript and will make sure to get you feedback by the end of this week at the latest!

So glad to hear you are still interested in adapting the PRIDE Body Project for Brazilian men! I spoke with my colleague this morning and we wanted to follow up on a few things that we have found to be very important from the PRIDE program that differ a bit from MTM. First, we have found that partnering with a local LGBTQ organization has been critical for the success of the program (whether it is through the university or through the community more broadly). This has been really helpful to ensure that the materials are applicable to the local LGBTQ community. For example, when I moved from Florida to California in the US, we had local community members read through and provide feedback on changes that would be important to make regionally. And I assume that there may be several adaptations that may need to be made to fit the LGBTQ+ community in Brazil; form that in the states! DO you have a local organization that you have made contact with or could partner with for this project?

Another things that we have found that is critical for the success of the program is to make sure that the peer leaders (or at least 1 of 2 peer leaders) that deliver the intervention identify as LGBTQ males. Is that something that you would be doable for this program?

Also, given the current situation with COVID, we have had to move all intervention studies online (and I assume that things are similar in Brazil?). With the timeline for your dissertation, have you thought about how you would implement the program? In person or online?

Let me know what you are thinking! Look forward to hearing from you!

## ANEXO D (Continua) – Autorização para adaptação do programa PRIDE *Body Project*

22/06/2022 14:30

Gmail - PRIDE Body Project - Brazil

Best,  
Tiffany

--

**Tiffany A. Brown, Ph.D.**

Personal Pronouns: she/her/hers ([What's this?](#))

Assistant Project Scientist

UCSD Eating Disorders Treatment & Research Program  
Phone: 858-534-5612



UC San Diego Health

4510 Executive Dr. Suite 315  
San Diego, CA 92121  
clinic: 858-534-8019  
fax: 858-534-6727  
web: [eatingdisorders.ucsd.edu](http://eatingdisorders.ucsd.edu)

**IMPORTANT NOTICE:** This e-mail is meant only for the use of the intended recipient. It may contain confidential information which is legally privileged or otherwise protected by law. If you received this e-mail in error or from someone who was not authorized to send it to you, you are strictly prohibited from reviewing, using, disseminating, distributing or copying the e-mail. Please notify us immediately of the error by return e-mail and delete this message from your system. Thank you for your cooperation.

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Mauricio Almeida <[maualmeida4@gmail.com](mailto:maualmeida4@gmail.com)>  
Para: "Brown, Tiffany" <[tiffanybrown@health.ucsd.edu](mailto:tiffanybrown@health.ucsd.edu)>

7 de julho de 2020 14:06

Hi Tiffany,

That sounds great!

I understand your concern about the PRIDE Body Project. Initially, I got in contact with an LGBT + community in my city (Union, Equality and Strength Athletic). Its president liked the idea and said it would provide the necessary support for the program. I think that after translating the material following international guidelines, we could conduct a focal group with this population. This approach would make it possible to adapt the manual to the Brazilian reality (semantic, idiomatic, cultural and operational equivalence).

Pedro has an approved project with two scholarships. We thought about directing the LGBT + community. This would enable the groups to be led by me and other peer leaders (for example, LGBT + students).

Initially, my doctorate will last approximately four years. I think about conducting the program personally, to follow the original guideline. Have you developed the online guideline? We are open to suggestions regarding this.

## ANEXO D (Continua) – Autorização para adaptação do programa PRIDE *Body Project*

22/06/2022 14:30

Gmail - PRIDE Body Project - Brazil

On this occasion, have you been thinking about an online version of MTM?

Let me know what you think about it.

I apologize for my English he is not very good. I am studying to improve it.

Best,

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Brown, Tiffany** <tiffanybrown@health.ucsd.edu>  
Para: Mauricio Almeida <maualmeida4@gmail.com>

28 de julho de 2020 16:27

Hi Mauricio,

My apologies for the delay in responding to you! And your English is wonderful – I can't speak or write a single word in Portuguese, so I appreciate you supporting our communication in English! 😊 I am glad to hear that you could partner with an LGBTQ+ organization for this project! And in terms of in-person versus online groups, we have had to move fully to online for safety concerns and surges in COVID here in the states and California in particular – it is a little different from in person and there are certainly some challenges, but it has been a rather smooth transition. The one downside is that this does limit the groups to people who have reliable internet access, which definitely a barrier.

Let me touch base again with my collaborator today and get back in touch with you about using PRIDE for your dissertation.

Thanks!

Tiffany

[Texto das mensagens anteriores oculto]



UC San Diego Health

[Texto das mensagens anteriores oculto]

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Brown, Tiffany** <tiffanybrown@health.ucsd.edu>  
Para: Mauricio Almeida <maualmeida4@gmail.com>

29 de julho de 2020 11:46

Hi Mauricio,

I spoke with my colleagues and we are both on board with having you test the PRIDE Body Project in Brazil! What would be the best next steps to help support this? I have attached the program materials for you to get started on the translation and getting feedback from the local LGBTQ organization for acceptability. Let me know if you have any questions in the meantime!

## ANEXO D (Continua) – Autorização para adaptação do programa PRIDE *Body Project*

22/06/2022 14:30

Gmail - PRIDE Body Project - Brazil

[Texto das mensagens anteriores oculto]

---

### 3 anexos

-  **PRIDEBodyProject\_Handouts\_1.16.18.doc**  
76K
-  **PRIDEBodyProject\_Facilitator\_appendix\_1.16.18.docx**  
2223K
-  **PRIDEBodyProject\_Facilitator\_7.29.20\_d&i\_final.doc**  
254K

---

**Mauricio Almeida** <maualmeida4@gmail.com>  
Para: "Brown, Tiffany" <tiffanybrown@health.ucsd.edu>

29 de julho de 2020 14:33

Hello Tiffany,

That sounds great!

I think the best next step is (1 °) send the original protocol for translation with a linguist.

(2 °) Conduct a committee with experts in Brazilian male body image.

(3 °) Conduct a focal group with the target population (LGBT+ community).

(4 °) Perform peer leaders training with you and your colleagues.

(5 °) Conduct the program with brazilian population.

Let me know what you think about it.

Best,

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Maurício Almeida**

[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Membro do Núcleo Interprofissional de Estudos e Pesquisas em Imagem Corporal e Transtornos Alimentares (NICTA/CNPq)**  
**Cel.(33) 99144-1481 (Whatsapp)**

---

**Brown, Tiffany** <tiffanybrown@health.ucsd.edu>  
Para: Mauricio Almeida <maualmeida4@gmail.com>

29 de julho de 2020 16:36

Hi Mauricio,

That sounds like a good plan – I do imagine that the LGBTQ+ community group will be very helpful as I am sure a lot of the examples and league are specific to US experiences.

Let me know if you have any questions as things come up!

Best,

[Texto das mensagens anteriores oculto]

---

**Mauricio Almeida** <maualmeida4@gmail.com>  
Para: "Brown, Tiffany" <tiffanybrown@health.ucsd.edu>

2 de agosto de 2020 16:17

Hi Tiffany,

How are you?

## ANEXO D – Autorização para adaptação do programa PRIDE *Body Project*

22/06/2022 14:30

Gmail - PRIDE Body Project - Brazil

Hope you are staying healthy and safe!

I have some questions.

In your article you describe that you used the Self-Objectification Questionnaire with items adapted to assess the objectification of potential partners. Thus, you cite the Strelan & Hargreaves's (2005) study. They did not include the instrument as an appendix. Could you send me that instrument?

I would like to know if you used any specific folder or poster to invite participants to the program. If so, could you send it to me?

Best regards,  
[Texto das mensagens anteriores oculto]

**Brown, Tiffany** <tiffanybrown@health.ucsd.edu>  
Para: Mauricio Almeida <maualmeida4@gmail.com>

2 de agosto de 2020 18:53

Hi Mauricio,

Of course – attached are all of the measures I used in the original study, including the SOQ measure I used. I have also attached a pdf copy of our current flyers for our large scale study – I do not have an editable version off hand, but hopefully this will still be helpful!

Let me know if you need anything else!

[Texto das mensagens anteriores oculto]

 **MEASURES PACKET FULL.docx**  
82K

**Mauricio Almeida** <maualmeida4@gmail.com>

15 de janeiro de 2021 16:14

Para: Mauro Lucio de Oliveira Junior <maurojunior05@gmail.com>, Pedro Henrique Berbert de Carvalho <pedro.berbert@uff.edu.br>

Prezados,

Para arquivarem os documentos referentes ao PRIDE Body Project.

Atenciosamente,  
[Texto das mensagens anteriores oculto]

—  
**Maurício Almeida**

**Doutorando em Educação Física (UFJF/UFV)**

**Mestre em Educação Física (UFJF/UFV)**

**Membro do Núcleo de Estudos Educação Física, Corpo e Sociedade (NECOS/CNPq)**

**Membro do Núcleo Interprofissional de Estudos e Pesquisas em Imagem Corporal e Transtornos**

**Alimentares (NICTA/CNPq)**

**Cel.(33) 99144-1481 (WhatsApp)**

3 anexos

 **PRIDEBodyProject\_Handouts\_1.16.18.doc**  
76K

 **PRIDEBodyProject\_Facilitator\_appendix\_1.16.18.docx**  
2223K

 **PRIDEBodyProject\_Facilitator\_7.29.20\_d&i\_final.doc**  
254K

## ANEXO E – Termo de colaboração com a Associação Atlética União, Igualdade e Força

### TERMO DE COLABORAÇÃO

A Associação Atlética União, Igualdade e Força, CNPJ 44.021.572/0001-22, representada por seu presidente Webert Luiz Oliveira Silva Arão, CPF 124.890.066-90, aceita colaborar com o professor doutorando Maurício Almeida no desenvolvimento da pesquisa intitulada “Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular de jovens adultos brasileiros: um ensaio clínico controlado randomizado em minorias sexuais masculinas”. Ressalta-se que pesquisa se encontra aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, com o número de parecer: 4.690.224.

A colaboração envolve a divulgação da pesquisa em redes sociais da atlética, eventos on-line e presenciais, bem como incentivo dos membros da atlética a participarem do estudo, fomentando o engajamento das atividades propostas pelos pesquisadores.

Governador Valadares, Minas Gerais, 27 de novembro de 2020.

Documento assinado digitalmente  
 MAURICIO ALMEIDA  
 Data: 20/06/2022 14:42:56-0300  
 Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Professor Me. Maurício Almeida

Responsável pelas atividades de divulgação da pesquisa

ASSOCIACAO  
 ATLETICA UNIAO  
 IGUALDADE E  
 FORCA:44021572000-  
 122

Assinado de forma digital  
 por ASSOCIACAO ATLETICA  
 UNIAO IGUALDADE E  
 FORCA:44021572000122  
 Dados: 2022.06.15 14:11:12  
 -03'00'

Documento assinado digitalmente  
 WEBERT LUIZ OLIVEIRA SILVA ARAO  
 Data: 15/06/2022 14:13:06-0300  
 Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Webert Luiz Oliveira Silva Arão

Presidente da Associação Atlética União, Igualdade e Força

**ANEXO F – Termo de colaboração com a Comissão de Diversidade Sexual e Gênero da  
43ª Subseção da Ordem dos Advogados do Brasil**

**TERMO DE COLABORAÇÃO**

A Comissão de Diversidade Sexual e Gênero da 43ª Subseção da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de Minas Gerais, representada por seu presidente Washington Pacheco Souza Fabri Filho, advogado, inscrito na OAB/MG sob o nº 158.854, aceita colaborar com o professor doutorando Maurício Almeida no desenvolvimento da pesquisa intitulada “Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular de jovens adultos brasileiros: um ensaio clínico controlado randomizado em minorias sexuais masculinas”. Ressalta-se que pesquisa se encontra aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, com o número de parecer: 4.690.224.

A colaboração envolve a divulgação da pesquisa em redes sociais da atlética, eventos on-line e presenciais, bem como incentivo dos membros da atlética a participarem do estudo, fomentando o engajamento das atividades propostas pelos pesquisadores.

Governador Valadares, Minas Gerais, 27 de novembro de 2020.

Documento assinado digitalmente  
gov.br MAURICIO ALMEIDA  
Data: 22/06/2022 15:54:59-0300  
Verifique em <https://verificador.ti.br>

Professor Me. Maurício Almeida

Responsável pelas atividades de divulgação da pesquisa

Washington Pacheco Souza Fabri Filho

Presidente da Comissão de Diversidade Sexual e Gênero da 43ª  
Subseção da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de Minas Gerais

ANEXO G – 1º Modelo: cartaz de divulgação da pesquisa

# PRIDE

## o corpo em questão

Você é um homem gay ou bissexual e tem mais de 18 anos?

Gostaria de participar de um

### Programa de Aceitação Corporal

Para participar ou tirar dúvidas basta escanear o QR Code



## ANEXO H – 2º Modelo: cartaz de divulgação da pesquisa

# PRIDE

## O CORPO EM QUESTÃO

Você é um homem gay ou bissexual  
e tem mais de 18 anos?  
Gostaria de participar de um



## PROGRAMA DE ACEITAÇÃO CORPORAL

Para participar ou tirar  
dúvidas basta escanear o  
QR Code



## ANEXO I – 3º Modelo: cartaz de divulgação da pesquisa



# PRIDE

## O CORPO EM QUESTÃO



**Você é um homem  
gay ou bissexual e  
tem mais de 18 anos?  
Gostaria de participar  
de um**

### **Programa de Aceitação Corporal**

**Para participar ou tirar  
dúvidas basta  
escanear o QR Code**



## ANEXO J – 4º Modelo: cartaz de divulgação da pesquisa



**PRIDE**

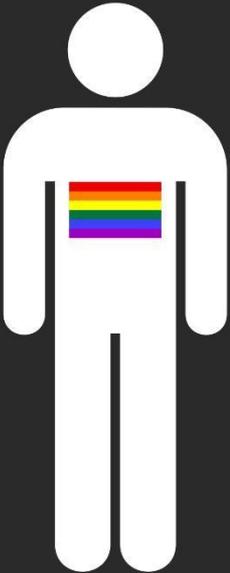
**O CORPO EM QUESTÃO**

Você é um homem gay ou bissexual e tem mais de 18 anos?

Gostaria de participar de um

**Programa de Aceitação Corporal**

Para participar ou tirar dúvidas basta escanear o QR Code





**ANEXO L – Escala de aceitação do programa**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

Em relação ao programa “PRIDE O Corpo em Questão”, 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 M – Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised  
(SATAQ-4R)**

Leia com atenção cada um dos itens a seguir e indique o número que melhor reflete o quanto você concorda com a afirmação.

**Para responder a todos os itens**, pense na sua aparência e em como você se sente em relação à sua imagem. As questões são sobre vários aspectos diferentes da sua aparência, incluindo o peso, o formato, os músculos, a gordura do corpo e a aparência geral.

(1)                      (2)                      (3)                      (4)                      (5)  
**Discordo**              **Discordo na**              **Não concordo**              **Concordo na**              **Concordo**  
**totalmente**              **maior parte**              **nem discordo**              **maior parte**              **totalmente**

	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
1. É importante, para mim, parecer musculoso(a).	1	2	3	4	5
2. É importante, para mim, parecer bem nas roupas que eu uso.	1	2	3	4	5
3. Eu quero que meu corpo pareça bem magro.	1	2	3	4	5
4. Eu penso muito em parecer musculoso(a).	1	2	3	4	5
5. Eu penso muito na minha aparência.	1	2	3	4	5
6. Eu penso muito em parecer magro(a).	1	2	3	4	5
7. Eu quero ter boa aparência.	1	2	3	4	5
8. Eu quero que meu corpo pareça musculoso.	1	2	3	4	5
9. Eu <b>NÃO</b> penso muito na minha aparência.	1	2	3	4	5
10. Eu <b>NÃO</b> quero que meu corpo pareça musculoso.	1	2	3	4	5
11. Eu quero que meu corpo pareça bem esbelto (magro/com pouca gordura corporal).	1	2	3	4	5
12. É importante, para mim, ser atraente.	1	2	3	4	5
13. Eu penso muito em ter pouquíssima gordura corporal.	1	2	3	4	5
14. Eu <b>NÃO</b> penso muito na minha imagem.	1	2	3	4	5
15. Eu gostaria de ter um corpo que parecesse bem musculoso.	1	2	3	4	5

**ANEXO N – Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)**

**Instruções:** As questões a seguir se referem apenas às últimas quatro semanas (28 dias). Por favor, leia cada questão cuidadosamente e responda todas as perguntas. Obrigado!

<p><b>Questões 1 a 12:</b> Por favor, circule o número apropriado à direita. Lembre-se que essas questões se referem apenas às últimas 4 semanas (28 dias).</p> <p>Nos últimos 28 dias, em quantos dias...</p>	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
1. Você <u>tentou</u> limitar intencionalmente (de propósito) a quantidade de comida que você come para influenciar sua forma corporal ou peso (tendo conseguido ou não)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Você ficou longos períodos de tempo sem comer nada - 8 horas ou mais, estando acordado(a) - para influenciar sua forma corporal ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. Você <u>tentou</u> excluir da sua alimentação algum alimento que gosta para influenciar sua forma corporal ou peso (tendo conseguido ou não)?	0	1	2	3	4	5	6
4. Você <u>tentou</u> seguir regras específicas em relação à sua alimentação (por exemplo, ter um limite máximo de calorias por dia) com o objetivo de influenciar sua forma corporal ou peso (tendo conseguido ou não)?	0	1	2	3	4	5	6
5. Você teve um desejo específico de ficar de estômago <u>vazio</u> com o objetivo de influenciar sua forma corporal ou peso?	0	1	2	3	4	5	6
6. Você teve um desejo específico de ter a barriga <u>totalmente reta</u> (chapada/negativa)?	0	1	2	3	4	5	6
7. Ficar pensando em <u>comida, alimentação ou calorias</u> , tornou muito difícil se concentrar em coisas em que você tem interesse (por exemplo trabalhar, acompanhar uma conversa ou ler)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Ficar pensando sobre <u>peso ou forma do corpo</u> tornou muito difícil se concentrar em coisas em que você tem interesse (por exemplo, trabalhar, acompanhar uma conversa ou ler)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Você teve um medo específico de perder o controle sobre a sua alimentação?	0	1	2	3	4	5	6
10. Você teve um medo específico de ganhar peso?	0	1	2	3	4	5	6
11. Você se sentiu gordo(a)?	0	1	2	3	4	5	6
12. Você teve um forte desejo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6
<p><b>Questões 13 a 18:</b> Por favor, preencha com o número apropriado nos campos à direita (<b>pontilhado</b>). Lembre-se que as questões se referem apenas às últimas 4 semanas (28 dias).</p> <p>Nas últimas quatro semanas (28 dias)3...</p>							

13. Nos últimos 28 dias, quantas <u>vezes</u> você comeu o que outras pessoas considerariam uma <u>quantidade exagerada de comida</u> (para aquelas circunstâncias/ocasião)?	.....
14. Em quantas dessas vezes (que você respondeu na questão 13) você também teve a sensação de ter perdido o controle sobre a sua alimentação (no momento em que estava comendo)?	.....
15. Nos últimos 28 dias, em quantos <b>DIAS</b> esses episódios de comer demais aconteceram (isto é, você comeu uma quantidade exagerada de comida e teve a sensação de ter perdido o controle naquele momento)?	.....
16. Nos últimos 28 dias, quantas <u>vezes</u> você provocou vômito como uma maneira de controlar a sua forma ou peso?	.....
17. Nos últimos 28 dias, quantas <u>vezes</u> você tomou laxantes como uma maneira de controlar a sua forma ou peso?	.....
18. Nos últimos 28 dias, quantas <u>vezes</u> você se exercitou de uma forma “focada” ou “compulsiva” como uma maneira de controlar seu peso, forma ou quantidade de gordura, ou então para queimar calorias?	.....
<p><b>Questões 19 a 21:</b> Por favor, circule o número apropriado. <u>Por favor, observe que para essas questões o termo “compulsão alimentar” significa comer o que outros considerariam uma quantidade exagerada de comida para as circunstâncias, acompanhada de uma sensação de ter perdido o controle sobre a alimentação naquele momento.</u></p>	
19. Nos últimos 28 dias, em quantos dias você comeu em segredo (escondido)? Não inclua os episódios de compulsão alimentar.	Nenhum dia
	0
20. Em quantas das vezes que você comeu, você se sentiu culpado(a) ou sentiu que tinha feito algo errado por causa dos efeitos que isso teria na sua forma ou peso? Não inclua os episódios de compulsão alimentar.	Nenhuma das vezes
	0
	1-5 dias
	1
	6-12 dias
	2
	13-15 dias
	3
	16-22 dias
	4
	23-27 dias
	5
	Todos os dias
	6
	Em algumas vezes
	Menos da metade
	Metade das vezes
	Mais da metade
	A maior parte das vezes
	Todas as vezes
	0
	1
	2
	3
	4
	5
	6

21. Nos últimos 28 dias, o quão preocupado(a) você ficou com a ideia de as pessoas verem você comendo? Não inclua os episódios de compulsão alimentar.	Nem um pouco		Levemente		Moderadamente		Marcadamente	
	0	1	2	3	4	5	6	
<p><b>Questões 22 a 28:</b> Por favor, circule o número apropriado à direita. Lembre-se que essas questões se referem apenas às últimas 4 semanas (28 dias).</p> <p>Nos últimos 28 dias...</p>	Nem um pouco		Levemente		Moderadamente		Marcadamente	
22. O seu <u>peso</u> teve influência na maneira como você se avalia/julga como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6	
23. A sua <u>forma</u> teve influência na maneira como você se avalia/julga como pessoa?	0	1	2	3	4	5	6	
24. Quanto você se sentiria chateado(a) se pedissem para você se pesar uma vez por semana (nem mais, nem menos) pelas próximas quatro semanas?	0	1	2	3	4	5	6	
25. Quão insatisfeito(a) você tem estado com seu <u>peso</u> ?	0	1	2	3	4	5	6	
26. Quão insatisfeito(a) você tem estado com a sua <u>forma</u> ?	0	1	2	3	4	5	6	
27. Quão desconfortável você se sentiu vendo o seu corpo (por exemplo, vendo a sua forma no espelho, no reflexo de uma vitrine, enquanto tirava a roupa ou tomava banho)?	0	1	2	3	4	5	6	
28. Quão desconfortável você se sentiu com <u>outras pessoas</u> vendo sua forma (por exemplo, em vestiários, na piscina/praias ou com roupas justas)?	0	1	2	3	4	5	6	

**ANEXO O – Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)**

Leia atentamente cada item e então, para cada um, marque com um X o número que melhor se aplica a você.	Nunca	Raramente	Às vezes	Muito frequentemente	Sempre
1. Eu acho que meu corpo é muito pequeno.	1	2	3	4	5
2. Eu uso roupas largas para que as pessoas não vejam meu corpo.	1	2	3	4	5
3. Eu odeio meu corpo.	1	2	3	4	5
4. Eu gostaria de poder ficar maior.	1	2	3	4	5
5. Eu acho que meu peitoral é muito pequeno.	1	2	3	4	5
6. Eu acho que minhas pernas são muito finas.	1	2	3	4	5
7. Eu sinto que eu tenho muita gordura corporal.	1	2	3	4	5
8. Eu gostaria que meus braços fossem maiores.	1	2	3	4	5
9. Eu tenho muita vergonha de deixar as pessoas me verem sem camisa.	1	2	3	4	5
10. Eu me sinto ansioso(a) quando perco um ou mais dias de treino.	1	2	3	4	5
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.	1	2	3	4	5
12. Eu me sinto deprimido(a) quando perco um ou mais dias de treino.	1	2	3	4	5
13. Eu deixo de conhecer pessoas novas por causa da minha rotina de treinos.	1	2	3	4	5

**ANEXO P – 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).	1	2	3	4	5	6
2. “Levanto peso” para desenvolver meus músculos.	1	2	3	4	5	6
3. Uso suplementos proteicos ou energéticos.	1	2	3	4	5	6
4. Tomo shakes de proteína ou de ganho de massa.	1	2	3	4	5	6
5. Diariamente, tento consumir o máximo de calorias possíveis.	1	2	3	4	5	6
6. Sinto culpa se perco um treino de musculação.	1	2	3	4	5	6
7. Acho que me sentiria mais confiante se meus músculos fossem maiores.	1	2	3	4	5	6
8. Os outros acham que eu faço exercícios com peso com muita frequência.	1	2	3	4	5	6
9. Acho que ficaria mais bonito(a) se ganhasse 5 quilos.	1	2	3	4	5	6
10. Penso em tomar esteroides anabolizantes.	1	2	3	4	5	6
11. Acho que me sentiria mais forte se eu ganhasse um pouco mais de massa muscular.	1	2	3	4	5	6
12. Acho que meu treinamento atrapalha em outros aspectos da minha vida.	1	2	3	4	5	6
13. Acho que meus braços não são musculosos o bastante.	1	2	3	4	5	6
14. Acho que meu tórax não é musculoso o bastante.	1	2	3	4	5	6
15. Acho que minhas pernas não são musculosas o bastante.	1	2	3	4	5	6

**ANEXO Q – *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale (SOBBS)***

Leia cada item com atenção e indique o quanto você concorda com as seguintes afirmações usando a escala abaixo:

	<b>(1) Discordo totalmente</b>	<b>(2) Discordo</b>	<b>(3) Não concordo nem discordo</b>	<b>(4) Concordo</b>	<b>(5) Concordo totalmente</b>
	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. Parecer atraente para os outros é mais importante para mim do que ser feliz com quem eu sou por dentro.	1	2	3	4	5
2. Eu tento imaginar como o meu corpo se parece para os outros (ou seja: como se eu estivesse olhando para mim mesmo(a) de fora).	1	2	3	4	5
3. Minha aparência é mais importante para mim do que o modo como penso ou me sinto.	1	2	3	4	5
4. Eu escolho roupas ou acessórios específicos com base em como eles fazem o meu corpo parecer para os outros.	1	2	3	4	5
5. Minha aparência física é mais importante para mim do que a minha personalidade.	1	2	3	4	5
6. Quando me olho no espelho, percebo aspectos da minha aparência que eu acho que os outros vão ver de forma crítica.	1	2	3	4	5
7. Eu levo em consideração como o meu corpo vai ser visto pelos outros nas roupas que estou vestindo.	1	2	3	4	5
8. Muitas vezes, eu penso em como o meu corpo se parece para os outros.	1	2	3	4	5
9. Minha aparência física diz mais sobre quem eu sou do que o meu intelecto.	1	2	3	4	5
10. O quanto os outros me acham sexualmente atraente diz algo sobre quem eu sou como pessoa.	1	2	3	4	5
11. Minha aparência física é mais importante para mim do que minhas habilidades físicas.	1	2	3	4	5
12. Eu tento prever a reação dos outros à minha aparência física.	1	2	3	4	5
13. Eu acredito que o meu corpo é o que me dá valor para as outras pessoas.	1	2	3	4	5
14. Eu penso sobre como o meu corpo se parece para os outros, mesmo quando eu estou sozinho(a).	1	2	3	4	5

**ANEXO R – *Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)***

Por favor, indique a frequência com que estas questões são verdadeiras sobre você: (1) nunca, (2) raramente, (3) às vezes, (4) frequentemente ou (5) sempre.

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
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 sorrio.	1	2	3	4	5
9. Eu me sinto confortável com meu corpo.	1	2	3	4	5
10. Eu 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