

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE**

Mauro Lúcio de Oliveira Júnior

Avaliação psicométrica da versão em português brasileiro do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais

Governador Valadares

2022

Mauro Lúcio de Oliveira Júnior

Avaliação psicométrica da versão em português brasileiro do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Área de concentração: Biociências.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Governador Valadares

2022

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

de Oliveira Júnior, Mauro Lúcio.

Avaliação psicométrica da versão em português brasileiro do Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais / Mauro Lúcio de Oliveira Júnior. -- 2022.

146 f.

Orientador: Pedro Henrique Berbert de Carvalho

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV. Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, 2022.

1. Psicometria. 2. Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. 3. Minorias Sexuais e de Gênero. 4. Brasil. I. de Carvalho, Pedro Henrique Berbert, orient. II. Título.

Mauro Lúcio de Oliveira Júnior

Avaliação psicométrica da versão em português brasileiro do *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Área de concentração: Biociências.

Aprovado em 02 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

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

Doutor. Luís Fernando Deresz
Universidade Federal de Juiz de Fora

Doutora. Gaia Salvador Claumann
Ministério da Saúde

Dedico esta dissertação em primeiro lugar a Yahweh, Alfa e Ômega. Se cheguei até aqui, foi com a graça D'ele. Aos meus filhos Felipe e Mauro Neto, por compreenderem tantos momentos de ausência. Aos meus pais Mauro e Nadir e também aos meus irmãos por todo apoio durante a caminhada do mestrado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, foram muitos dias difíceis, contudo, senti o seu cuidado em toda a caminhada. Estou convicto de que Ele colocou pessoas extraordinárias em minha vida acadêmica capazes de guiar-me até este momento.

Ao meu orientador Prof. Doutor Pedro Henrique Berbert de Carvalho. Durante a trajetória do meu mestrado, para mim não restou dúvida que a sua vocação é ensinar. Um homem ético, dedicado, com uma sabedoria imensurável. Você é para mim, exemplo de dedicação, competência e honestidade. Professor Pedro, és uma pessoa de raros dons intelectuais e de uma postura excepcional. Muito obrigado pela sua dedicação imensurável em me orientar, por tantas vezes que apresentei dificuldades, mas você acreditou no meu potencial e foi paciente comigo. Levarei os seus ensinamentos bem como o modelo do seu processo de trabalho para onde for.

Ao professor, mestre e doutorando Maurício Almeida, você é dono de uma inteligência espetacular. És um amigo que o mestrado me concedeu. Em meio a amizade e momentos de desentendimentos, sempre me auxiliou, aconselhou e incentivou em todos os momentos que eu precisei da colaboração de um grande amigo para conduzir a pesquisa. Logo, tornou-se praticamente um coorientador. Você é mais que um amigo, um irmão que a vida possibilitou escolher. Agradeço por escutar as minhas angústias em nossas longas conversas, as quais intitulamos como “terapia”. Muito obrigado pelas constantes palavras de incentivo quando tudo parecia contrário. Em minha mente ficou internalizado a sua frase no qual busquei motivação para nunca desistir “(...) essa é a hora em que se separa o joio do trigo”. Muito obrigado!

Ao meu pai, Mauro Lúcio de Oliveira, homem simples, do campo, porém forte e sábio, exemplo de honestidade que nunca mediu esforço para me ensinar o caminho do bem. Sou grato ao senhor meu pai, que renunciou aos seus sonhos e planos para educar os filhos. Nunca me esqueço que o senhor sempre se preocupou com a educação dos seus filhos quando todos viemos para a cidade de modo que ficou sozinho na roça trabalhando duramente para que pudessemos estudar. Juntos comemoramos, essa conquista é nossa, meu pai.

A minha mãe, Nadir Silva de Oliveira, fonte de amor e de carinho, mulher forte, guerreira e sábia. Um exemplo de mulher, dedicada com uma fé abençoada. Obrigado mãe por me proporcionar alcançar o que sequer sonhou para si mesma.

Aos meus irmãos, Wadson, Patrícia, Wallace e Jorge Luiz, obrigado pelas palavras de ânimo, por todo apoio. Peço desculpas pelos momentos de ausência que foram necessários.

Aos meus lindos filhos, Felipe Oliveira e Mauro Neto, obrigado pelos momentos de sorrisos, abraços e diversão. Nas ocasiões em que eu estava ansioso e preocupado com a pesquisa, estar com vocês permitiu registrar em nossas memórias lindas recordações entre pai e filhos. Eu os amo mais que tudo!

Obrigado a todos os meus familiares, que me apoiaram com palavras e orações.

A minha amiga tia Deise Mara Almeida, a considero minha segunda mãe, mulher de fé, que sempre orou por meus projetos todos os dias. Tenho certeza que foi sustentado pelo poder da sua oração que consegui chegar até aqui. Gratidão. Ao senhor Luiz Almeida, que sempre me acolheu em sua casa com um café e uma boa prosa, obrigado por esses momentos. Ao Matheus Almeida, que amigo incrível, sempre disposto a ouvir as minhas histórias no mestrado, obrigado por acompanhar a minha trajetória. Você tem razão, fazer mestrado é muito difícil mesmo. Também preciso agradecer a Dulcimara e a Luiza pelo carinho de vocês.

Aos alunos de Iniciação Científica Pedro Henrique Mól Baião e André Gustavo Pinto de Souza, agradeço pelo apoio na coleta de dados bem como pela oportunidade de convivência acadêmica no qual possibilitou-me compreender melhor a diversidade de gênero.

Ao Cleonaldo Gonçalves Santos, colega do mestrado, obrigado pela ótima convivência durante esse tempo. Também agradeço pelo apoio, pela troca de experiências e pelos momentos de cooperação. Você merece o melhor da vida! Obrigado!

A todos do Laboratório de Estudos, Núcleo Interprofissional de Estudos e Pesquisa em Imagem Corporal e Transtornos Alimentares (NICTA/CNPq), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), por compartilharem momentos de pesquisa, ensino e extensão.

Agradeço a cada pessoa que aceitou participar da pesquisa por entender que o seu compromisso voluntário foi fundamental para a concretização desse estudo.

À Profa. Dra. Tiffany Brown por aceitar participar desse lindo projeto e acreditar que é possível realizar pesquisa científica de qualidade no Brasil. Obrigado por ter atendido prontamente nossas solicitações, buscando meios de contribuir para realização desse trabalho.

Aos meus colegas da segunda turma de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde (PPGCAS) pelo apoio, parceria e colaboração.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, Prof. Dr. Alexandre Wesley Carvalho Barbosa, Prof.^a Dr.^a Andréia Cristiane Carrenho Queiroz, Prof. Dr. Ciro José Brito, Prof. Dr. Cleidiel Aparecido Lemos, Prof. Dr. Fábio Alessandro Pieri, Prof.^a Dr.^a Fabiola Galbiatti de Carvalho, Prof.^a Dr.^a Francielle Silvestre Verner, Prof. Dr. Girley Francisco Machado de Assis, Prof. Dr. Hugo Lemes Carlo, Prof. Dr. Leandro de Moraes Cardoso, Prof. Dr. Luís Fernando Deresz, Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho, Prof. Dr. Rafael Binato Junqueira, Prof. Dr. Rodrigo Furtado de Carvalho, Prof.^a Dr.^a Sibeles Nascimento de Aquino, que contribuíram para minha formação humana e acadêmica.

Aos Professores Adailson Costa e Valéria Lima, pelas aulas de inglês ministradas. Aos amigos, obrigado por entenderem meus momentos de ausência.

A diretoria e gerência do Hospital Unimed Governador Valadares, por sempre incentivar a formação continuada dos profissionais, por acreditar que a pesquisa científica de qualidade auxilia na tomada de decisão para garantir uma assistência de qualidade para os pacientes.

Ao time do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Unimed, Infectologistas Dr.^a Júnea Ferrari, Dr.^a Patrícia Ferraz e Drielly Souza bem como nossas ex-colaboradoras enfermeiras Preslliane Breder, Fernanda Oliveira, Ana Carolina e técnicas de enfermagem Edna Fernandes e Carolina Rodrigues e auxiliar administrativo Rosângela Silva agradeço o apoio. Muita gratidão por estarem comigo nesse momento.

Ao diretor professor, Mestre Rogério Primo e Coordenadora do Departamento de Enfermagem, a professora Mestre Gisele Sousa da UNIPAC-GV, muito obrigado pelo apoio enquanto docente durante a caminhada do mestrado. Agradeço também a cada aluno do curso de Enfermagem, pois a cada dia vocês colaboram para que eu seja uma pessoa e profissional melhor.

À Universidade pública e de qualidade, Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares (UFJF-GV), muito obrigado pela oportunidade de poder ser aluno dessa renomada instituição.

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

[...] O amor é paciente e bondoso. Não é invejoso, nem orgulhoso; não é arrogante, nem grosseiro. O amor não exige que se faça o que ele quer. Não é irritadiço e dificilmente suspeita do mal que os outros lhe possam fazer. Nunca fica satisfeito com a injustiça, mas alegra-se com a verdade. O amor nunca desiste, nunca perde a fé, tem sempre esperança e perseverança em todas as circunstâncias (A BÍBLIA, 1990, p.1474).

RESUMO

Diversos estudos têm destacado que homens, de minoria sexual e de gênero apresentam risco elevado para transtornos alimentares, quando comparados aos seus pares heterossexuais. Contudo, um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação de atitudes e comportamentos alimentares transtornados, o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), ainda não teve suas propriedades psicométricas avaliadas em homens adultos brasileiros cisgêneros gays e bissexuais. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar as propriedades psicométricas da versão em português brasileiro do EDE-Q em uma amostra de homens cisgêneros gays e bissexuais brasileiros. Trata-se de uma pesquisa metodológica mista e sequencial, com enfoque psicométrico, no qual foram incluídos homens adultos cisgêneros gays e bissexuais do Brasil com idade entre 18 e 50 anos, de qualquer cor, raça ou etnia. Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (número de aprovação: 4.690.224), os participantes, por meio do *Google Forms*, responderam a um questionário sociodemográfico, bem como instrumentos relacionados aos construtos de sinais e sintomas de transtornos alimentares, internalização da aparência ideal, dismorfia muscular, *drive for muscularity*, auto-objetificação e apreciação corporal. Ao final da coleta de dados, foi avaliada a validade fatorial e convergente, bem como a consistência interna e a estabilidade temporal do EDE-Q. Responderam à pesquisa 1.409 homens adultos gays e bissexuais, com uma média de idade de 26,96 anos (DP = 5,29 anos), e um valor de IMC médio de 25,99 kg/m² (DP = 5,26). A estrutura fatorial do EDE-Q brasileiro foi avaliada por meio de uma abordagem de duas etapas, com amostra dividida a saber, análise fatorial exploratória (AFE; n = 704) e análise fatorial confirmatória (AFC; n = 705). Os resultados de uma AFE e AFC revelaram uma estrutura unifatorial com 22 itens, suportando a validade fatorial do EDE-Q. Os escores do EDE-Q mostraram correlação forte e positiva com a auto-objetificação ($\rho = 0,56$; $p < 0,001$) e internalização do ideal de corpo ($\rho = 0,50$; $p < 0,001$). Ademais, os escores do EDE-Q apresentaram correlação moderada e positiva com os sintomas de dismorfia muscular ($\rho = 0,45$; $p < 0,001$); bem como uma correlação de magnitude fraca e positiva com a *drive for muscularity* ($\rho = 0,22$; $p < 0,001$). Por fim, observou-se correlação forte e negativa com a apreciação corporal ($\rho = - 0,62$; $p < 0,001$). Tais

correlações suportam a validade convergente do EDE-Q. Em relação à confiabilidade observou-se adequada consistência interna (ω de McDonald = 0,92, IC 95% = [0,91, 0,93]) e estabilidade temporal com intervalo de duas semanas (coeficiente de correlação intraclassa = 0,86, IC 95% = [0,82, 0,88], $p < 0,001$). Conclui-se que o EDE-Q apresentou bons indicadores psicométricos de validade e confiabilidade para a população de homens brasileiros cisgêneros gays e bissexuais. O presente estudo visa contribuir significativamente para a prática clínica e epidemiológica, disponibilizando um instrumento imprescindível para a avaliação dos sinais e sintomas de transtornos alimentares em uma população altamente estigmatizada.

Palavras-chave: Psicometria. Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos. Minorias Sexuais e de Gênero. Brasil.

ABSTRACT

Researches assert that sexual and gender minority men present high risk of eating disorders compared to their heterosexual counterparts. However, one of the most applied measures of disordered-eating attitudes and behaviors, the *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), hasn't had its psychometric properties evaluated in Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. Thus, the present study aimed to evaluate the psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the EDE-Q in a sample of Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. This is a mixed and sequential methodological research, with a psychometric focus, in which were included cisgender gay and bisexual adult men from Brazil with ages between 18 and 50 years, of any race/ethnicity. After the approval of the Internal Review Board of the Federal University of Juiz de Fora (approval number: 4.690.224), the participants, through Google Forms, answered to a sociodemographic questionnaire as well as measures of disordered-eating attitudes and behaviors, body-ideal internalization, muscle dysmorphia symptoms, drive for muscularity, self-objectification, and body appreciation. We evaluated the factorial and convergent validities, as well as the internal consistency and the test-retest reliability of the EDE-Q. One thousands and four hundred and nine Brazilian gay and bisexual adult men took part, with the average age of 26.96 years ($SD = 5.29$ years) and an average BMI of 25.99 kg/m² ($SD = 5.26$). The factor structure of the Brazilian EDE-Q was evaluated through a two-step approach, with samples divided as follows: exploratory factor analysis (EFA; $n = 704$) and confirmatory factor analysis (CFA; $n = 705$). The results of an EFA and CFA revealed a unifactorial structure with 22 items, supporting the factorial validity of the EDE-Q. The scores of the EDE-Q showed strong and positive correlations with the self-objectification ($\rho = .56$; $p < .001$) and the body-ideal internalization ($\rho = .50$; $p < .001$). Moreover, the scores of the EDE-Q presented moderated and positive correlation with muscle dysmorphia symptoms ($\rho = .45$; $p < .001$); as well as a weak and positive correlation with the drive for muscularity ($\rho = .22$; $p < .001$). At last, it was observed a strong and negative correlation with the body appreciation ($\rho = -.62$; $p < .001$). Such correlations support the convergent validity of the EDE-Q. Regarding reliability, it was observed an adequate internal consistency (McDonald' $\omega = .92$, IC 95% = [.91, .93]) and two-week test-retest stability (intraclass correlation coefficient = .86, IC 95% = [.82, .88], p

< .001). It is concluded that the EDE-Q presented good psychometric evidence of validity and reliability for Brazilian cisgender gay and bisexual adult men. The present study contributes to the clinical and epidemiological practice, providing an essential instrument for the evaluation of disordered-eating attitudes and behaviors in a highly stigmatized population.

Keywords: Psychometrics. Feeding and Eating Disorders. Sexual and Gender Minorities. Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de influência dos três fatores para mulheres.....	53
Figura 2 - Modelo de influência dos três fatores para homens brasileiros.....	54
Figura 3 - Fluxograma de seleção dos participantes do estudo.....	76

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Análises descritivas dos dados sociodemográficos, nível econômico, transtornos mentais e alimentares.....779
- Tabela 2 - Estatísticas descritivas e cargas fatoriais para cada item do EDE-Q com AFE para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros81.....81
- Tabela 3 - Análise Fatorial Confirmatória do EDE-Q para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros indicando média, desvio padrão, amplitude e cargas.....83
- Tabela 4 - Estatísticas descritivas e correlações bivariadas (correlação de ordem de classificação de Spearman) entre o EDE-Q brasileiro para homens adultos gays e bissexuais cisgêneros e medidas convergentes.....85
- Tabela 5 - Consistência interna e estabilidade temporal da versão brasileira do EDE-Q para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais.....87
- Tabela 6 - Distribuição da média, desvio-padrão, intervalo interquartil, intervalo e percentil para o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) pontuações globais entre homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros ($N = 1409$).....88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AI	<i>Appearance intolerance</i>
AN	Anorexia Nervosa
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BAS-2	<i>Body Appreciation Scale-2</i>
BN	Bulimia Nervosa
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CRASE	Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde
D^2	Distância quadrada de Mahalanobis
DFS	<i>Drive for size</i>
DM	Dismorfia Muscular
DMS	<i>Drive for Muscularity Scale</i>
DP	Desvio padrão
DSM-5-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5th ed. Text revision</i>
EDE-Q	<i>Eating Disorder Examination-Questionnaire</i>
EM	<i>Expectation maximization</i>
FI	<i>Functional impairment</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
ICC	<i>Intraclass correlation coefficient</i>
IM	Índices de Modificação
IMC	Índice de Massa Corporal
LGBTQIA+	Conjunto de pessoas que não são cisgêneras, heterossexuais, endossexo e alossexuais. As primeiras letras correspondem, respectivamente a lésbicas, gays, bissexuais, pessoas transgênero e <i>queer</i> , pessoas intersexo, assexuais e o “+” busca incluir outras identidades, como a pansexualidade.

MCAR	<i>Missing Completely at Random</i>
MDDI	<i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory</i>
OTAE	Outro Transtorno Alimentar Especificado
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
SATAQ-4R	<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-revised-female</i>
SEM	<i>Structural Equation Modeling</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology</i>
TAs	Transtornos Alimentares
TANE	Transtorno Alimentar Não Especificado
TARE	Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo
TCA	Transtorno de Compulsão Alimentar
TCAP	Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	<i>Tucker-Lewis Index</i>
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHO	<i>World Health Organization</i>
WLSMV	<i>Weighted least square mean and variance adjusted</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

g	Gramma
Kg	Quilograma
Kg/m ²	Quilograma por metro quadrado
<i>Ku</i>	Curtose (<i>Kurtosis</i>)
M	Média
<i>p</i>	Valor de <i>p</i>
<i>rho</i>	Coefficiente de correlação de postos de Spearman
<i>sk</i>	Assimetria (<i>Skewness</i>)
χ^2	Teste qui-quadrado de Pearson
χ^2/df	Teste qui-quadrado corrigido pelos graus de liberdade
λ	Lambda - carga fatorial
ω	Ômega de McDonald

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
2.3	HIPÓTESES	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1	TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	27
3.2	EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	38
3.3	FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA OS TRANSTORNOS ALIMENTARES	46
3.4	TRANSTORNOS ALIMENTARES EM HOMENS ADULTOS CISGÊNEROS GAYS E BISSEXUAIS	51
4	MÉTODO	62
4.1	DELINEAMENTO	62
4.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	62
4.3	AMOSTRA.....	63
4.3.1	Critérios de inclusão	64
4.3.2	Critérios de exclusão	65
4.4	PROCEDIMENTOS	65
4.5	INSTRUMENTOS	66
4.5.1	Questionário sociodemográfico	67
4.5.2	Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB; Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2021)	67
4.5.3	<i>Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)</i>	68
4.5.4	<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised (SATAQ-4R)</i>	69
4.5.5	<i>Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)</i>	69
4.5.6	<i>Drive for Muscularity Scale (DMS)</i>	70

4.5.7	<i>Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale (SOBBS)</i>	71
4.5.8	<i>Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)</i>	71
4.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	72
4.6.1	Análise fatorial exploratória	73
4.6.2	Análise fatorial confirmatória	74
4.6.3	Validade convergente	74
4.6.4	Confiabilidade	75
5	RESULTADOS	76
5.1	ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	76
5.2	ANÁLISE FATORIAL, VALIDADE CONVERGENTE E CONSISTÊNCIA INTERNA DO EDE-Q	80
5.2.1	Análise fatorial exploratória	80
5.2.2	Análise fatorial confirmatória	81
5.2.3	Validade convergente	83
5.2.4	Consistência interna e estabilidade temporal	86
5.3	NORMAS COMUNITÁRIAS DO EDE-Q	88
6	DISCUSSÃO	89
7	CONCLUSÃO	94
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	114
	APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico	116
	APÊNDICE C – Cartaz para divulgação da pesquisa	119
	APÊNDICE D – Folder para divulgação da pesquisa	120
	APÊNDICE E – Contato de pesquisa (Brasil): <i>Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE - Q)</i>	121
	APÊNDICE F – Pedido de autorização para a divulgação da pesquisa na universidade	124
	APÊNDICE G – Divulgação da pesquisa na rede social do Facebook na comunidade	126

APÊNDICE H – Divulgação da pesquisa na rede social do Twitter conta criada para o PRIDE.....	127
APÊNDICE I – Divulgação da pesquisa no Instagram do @PRIDEBODYUFJFGV.....	129
APÊNDICE J – Divulgação da pesquisa no Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde – CRASE.....	130
APÊNDICE K – Modelo testado do <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i>.....	130
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos... 	132
ANEXO B – Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	136
ANEXO C – <i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised (SATAQ-4R)</i>.....	139
ANEXO D – Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)	140
ANEXO E – <i>Drive for Muscularity Scale (DMS)</i>.....	141
ANEXO F – <i>Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale (SOBBS)</i>	142
ANEXO G – Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)	144

1 INTRODUÇÃO

Um número substancial de pesquisas documentam que homens gays e bissexuais têm um risco elevado de transtornos alimentares (TAs) e preocupações com a imagem corporal comparado com seus pares heterossexuais (CALZO *et al.*, 2017; PLODERL; TREMBLAY, 2015). Por exemplo, homens gays e bissexuais relatam escores globais em uma medida de comportamentos e atitudes de TAs (isto é, o *Eating Disorder Examination Questionnaire* [EDE-Q]; FAIRBURN; BEGLIN, 1994) quando comparados com homens heterossexuais (DONAHUE *et al.*, 2021).

Pesquisa sugere que esse risco crescente pode ser devido em parte ao estresse de minoria (ou seja, assédio e discriminação) como parte de ser um grupo estigmatizado com pressões (sub)culturais para atingir um corpo musculoso, magro e ideal dentro da comunidade masculina de gays e bissexuais e da cultura masculina mais ampla (CONVERTINO *et al.*, 2021).

Entender mais sobre os sintomas de TAs entre homens gays e bissexuais em contextos culturais diversos, incluindo países da América Latina, é crítico, dado aos diferentes fatores socioculturais que podem contribuir para aumentar o estresse de minorias. O Brasil, por exemplo, é um país com altos níveis de estigma, preconceito, violência e discriminação antiLGBTQIA+ (OLIVEIRA; MOTT, 2022; TERRA *et al.*, 2022) e a falta de medidas validadas de sintomas de TAs nessa população tem limitado ainda mais os esforços para pesquisas.

Pesquisas apontam que sintomas de TAs em homens gays e bissexuais estão associados a elevada internalização do corpo ideal (CALZO *et al.*, 2017), auto-objetificação (KOZAK *et al.*, 2009), o *drive for muscularity* (PARENT; BRADSTREET, 2017), insatisfação corporal (GRIFFITHS *et al.*, 2018), exercício compulsivo, uso de esteróides anabólicos e substâncias na tentativa de aumentar a massa muscular corporal, comportamentos alimentares transtornados orientados à muscularidade (CALZO *et al.*, 2017), estresse percebido (GRUNEWALD *et al.*, 2021), sintomas de depressão, tentativas de suicídio e abuso de drogas (PLODERL; TREMBLAY, 2015).

Além disso, um estudo conduzido com homens heterossexuais e de minoria sexual (ou seja, homens gays e bissexuais) identificaram que a apreciação corporal era inversamente relacionada com a patologia alimentar (medida pelo EDE-Q; ALLEVA; *et al.*, 2018). Dado o exposto, medidas válidas e confiáveis dos sintomas

de TAs em homens gays e bissexuais são cruciais para rastrear o comer transtornado nessa população e vinculá-los aos cuidados.

Apesar de muitas medidas de TAs estarem disponíveis, quase todas elas foram desenvolvidas primariamente entre pessoas brancas, adolescentes e jovens adultas do sexo feminino; sendo que poucas foram desenvolvidas e/ou validadas entre minorias, incluindo homens de minorias sexuais e de gênero ou indivíduos racialmente e etnicamente diversos (FORBUSH *et al.*, 2017). Portanto, não está claro até que ponto essas medidas são igualmente aplicáveis para diversas populações (FORBUSH *et al.*, 2017).

O EDE-Q é uma das medidas de autorrelato de sintomas de TAs mais amplamente usadas (BERG *et al.*, 2012; JENKINS; RIENECKE, 2022) e está baseada na EDE, uma entrevista semiestruturada usada na avaliação de TAs e sintomas associados (FAIRBURN; BEGLIN, 1994). A versão original consiste em 28 itens, seis dos quais (itens 13 a 18) avaliam a frequência (1 a 28 dias) em relação a compulsão alimentar, uso de laxantes, vômito autoinduzido e exercício físico excessivo. Os 22 itens restantes formam as quatro subescalas: 'Restrição alimentar', 'Preocupação alimentar', 'Preocupação com o peso' e 'Preocupação com a forma' (FAIRBURN; BEGLIN, 1994).

As propriedades psicométricas do EDE-Q foram avaliadas entre homens e mulheres em muitos países, culturas, línguas e idades (BERG *et al.*, 2012; JENKINS; RIENECKE, 2022; RAND-GIOVANNETTI *et al.*, 2020). No entanto, as propriedades psicométricas do EDE-Q não foram testadas para a maioria dos países latino-americanos, e ainda requer teste para o contexto de minorias sexuais e de gênero, bem como para indivíduos racialmente e etnicamente diversos.

A título de ilustração, de um total de 60 estudos incluídos em uma revisão sistemática recente (JENKINS; RIENECKE, 2022) sobre a validade estrutural do EDE-Q (incluindo alguns ou todos os seus itens originais), apenas três eram de amostras latino-americanas (COMPTE *et al.*, 2019; PENELO *et al.*, 2013; UNIKEL SANTONCINI *et al.*, 2018). CompTE *et al.* (2019) destaca ainda que há poucos estudos com homens latino-americanos, incluindo homens gays e bissexuais, no contexto dos TAs.

Embora o EDE-Q tenha sido previamente validado e/ou usado em amostras de homens e mulheres não-heterossexuais dos Estados Unidos (DONAHUE *et al.*, 2021; KLIMEK *et al.*, 2021; NAGATA *et al.*, 2021; NAGATA *et al.*, 2020a; NAGATA

et al., 2020b; NAGATA *et al.*, 2020c; SCHARMER *et al.*, 2020), nenhum desses estudos foi conduzido exclusivamente com amostras de países hispânicos ou latinos. Por isso, avaliar a validade do EDE-Q em amostras de homens gays e bissexuais na América Latina será fundamental para permitir estudos transculturais com homens cisgêneros não-heterossexuais.

A esse respeito, apenas dois estudos conhecidos avaliaram a estrutura fatorial do EDE-Q entre homens de minoria sexual (KLIMEK *et al.*, 2021; SCHARMER *et al.*, 2020). Scharmer *et al.* (2020) examinaram a invariância de medida do EDE-Q entre homens heterossexuais e de minoria sexual dos Estados Unidos (EUA), encontrando apoio para uma estrutura reduzida de três fatores e sete itens: 'Restrição Alimentar', 'Supervalorização de Peso/Forma' e 'Insatisfação Corporal' (uma estrutura fatorial previamente proposta por Grilo *et al.*, 2015).

Já Klimek *et al.* (2021) investigaram a estrutura fatorial do EDE-Q em uma amostra de homens e mulheres cisgêneros de minoria sexual dos EUA fornecendo suporte para uma estrutura de quatro fatores (ou seja, 'Restrição Alimentar', 'Preocupação e Restrição', 'Preocupação com Peso e Forma' e 'Vergonha de Comer'; uma estrutura fatorial previamente proposta por FRIBORG *et al.*, 2013) e uma de três fatores (isto é, 'Restrição Alimentar', 'Supervalorização do Peso/Forma' e 'Insatisfação Corporal'; GRILO *et al.*, 2015). É válido mencionar que nenhum dos estudos anteriores com homens de minoria sexual apoia o modelo original de quatro fatores proposto por Fairburn e Beglin (1994).

De fato, a estrutura fatorial original recomendada do EDE-Q recebeu pouco suporte da literatura dado que os itens do instrumento possivelmente não foram elaborados ancorados em uma base empírica, mas provavelmente por meio da utilização de uma base racional. Talvez por isso, a replicação do modelo de quatro fatores provou ser desafiadora (JENKINS; RIENECKE, 2022). A estrutura fatorial¹ é

¹ No presente estudo, optou-se por avaliar a estrutura fatorial original do EDE-Q por meio da estratégia de duas etapas. Ou seja, AFE e AFC uma vez que melhores práticas sugerem que a pesquisa inicie a investigação usando AFE para fornecer hipóteses sobre as estruturas latentes. Quando a estrutura fatorial da medida é testada em um grupo cultural diferente, recomenda-se idealmente iniciar pela AFE. A seguir, tais estruturas latentes descobertas serão expostas a AFC pois no entendimento de alguns autores, realizar a segunda etapa pode ser importante para testar se os dados se ajustam de modo adequado as hipóteses previamente identificadas. Além disso, cada etapa exige amostras distintas com tamanho adequado (SWAMI; BARRON, 2019). Adicionalmente, Jenkins e Rienecke (2022) sugeriram testar uma estrutura reduzida do EDE-Q pelo fato de apresentar resultados positivos com relação ao ajuste de modelo, sendo possivelmente robusta. Contudo, ainda que um estudo de revisão sistemática recente faça tais recomendações, pode ser mais adequado seguir as orientações de diretrizes de boas práticas específicas para a validação de instrumentos,

um importante componente do EDE-Q, pois orienta a agregação e a interpretação dos itens em subescalas. Assim, Jenkins e Rienecke (2022) identificaram que versões breves do EDE-Q produziram achados mais consistentes, sugerindo que essas medidas, particularmente na versão de sete itens (GRILO *et al.*, 2015), podem ser alternativas úteis para versões completas. Isso está de acordo com dois estudos anteriores com homens de minorias sexuais; embora esses estudos tenham sido realizados com uma amostra de homens norte-americanos (KLIMEK *et al.*, 2021; SCHARMER *et al.*, 2020).

Apesar de as pesquisas demonstrarem que homens gays e bissexuais têm risco elevado para TAs comparado com seus pares heterossexuais (CALZO *et al.*, 2017; PLODERL; TREMBLAY, 2015), há uma escassez de estudos sobre TAs em homens brasileiros cisgêneros gays e bissexuais. Por isso, o presente estudo buscou investigar a estrutura fatorial do EDE-Q em sua versão original com todas as quatro subescalas contendo vinte e dois itens em homens brasileiros adultos cisgêneros gays e bissexuais.

A presente dissertação foi estruturada em cinco partes: 1^a) Referencial teórico, na qual foram descritos os aspectos relevantes sobre os TAs, bem como a sua epidemiologia, os fatores de risco e proteção para os TAs, como também os TAs em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais; 2^a) Procedimentos metodológicos da pesquisa; 3^a) Resultados; 4^a) Discussão e 5^a) Considerações Finais.

visto que se trata de um estudo complexo que envolve teste de hipótese com valores de pontuação de corte. Por esse motivo, é aconselhado seguir as orientações de Swami e Barron (2019).

2 OBJETIVOS

Abaixo estão descritos os objetivos gerais e específicos. Na sequência são apresentadas as hipóteses relacionadas a cada um dos objetivos da presente dissertação. Pode ser importante citar que o último objetivo específico assim como a quinta hipótese não foram contemplados a priori no projeto de pesquisa. A posteriori foram adicionados no presente estudo por entender que seria útil apresentar alguma informação normativa descritiva sobre a distribuição da pontuação do EDE-Q para a amostra completa. Isso fornecerá informações normativas valiosas que serão úteis para pesquisas futuras.

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as propriedades psicométricas da versão em português brasileiro do EDE-Q em uma amostra de homens adultos cisgêneros gays e bissexuais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O presente estudo possui os seguintes objetivos específicos:

- a) realizar análise semântica dos itens do EDE-Q e sua pertinência para a população-alvo;
- b) avaliar a estrutura fatorial do EDE-Q para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais por meio de análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória;
- c) avaliar indicadores de validade convergente do EDE-Q para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais por meio de associação com os construtos de internalização da aparência ideal, *drive for muscularity*, sinais e sintomas de dismorfia muscular, auto-objetificação e apreciação corporal;
- d) avaliar indicadores de confiabilidade do EDE-Q para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais do Brasil, por meio de análise de consistência interna e estabilidade temporal, com aplicação da técnica teste e reteste com intervalo de duas semanas;

- e) apresentar normas comunitárias do EDE-Q entre homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros, compostas a partir do cálculo dos percentis das médias de respostas adquiridas pelos participantes.

2.3 HIPÓTESES

O presente estudo possui as seguintes hipóteses:

- a) a versão em português brasileiro do EDE-Q apresentará adequada compreensão semântica e pertinência para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais do Brasil;
- b) a versão em português brasileiro do EDE-Q apresentará uma adequada validade fatorial quando aplicada em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais do Brasil;
- c) os escores obtidos do EDE-Q, quando aplicados em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais do Brasil demonstrarão correlações positivas e significantes com as variáveis de internalização da aparência ideal, *drive for muscularity*, sinais e sintomas de dismorfia muscular e auto-objetificação, exceto com a variável de apreciação corporal, para a qual se espera uma correlação negativa e significativa;
- d) o EDE-Q demonstrará bons indicadores de confiabilidade, consistência interna e estabilidade temporal, para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros;
- e) os escores obtidos do EDE-Q possibilitarão a visualização de normas comunitárias para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros que participaram deste estudo, possibilitando a comparação dos escores a partir dos pontos de corte da escala.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Na sequência serão apresentados conceitos, teorias e dados prévios da literatura científica, divididos nas seguintes seções secundárias: 3.1 – Transtornos Alimentares, 3.2 – Epidemiologia dos Transtornos Alimentares, 3.3 – Fatores de risco e proteção para os Transtornos Alimentares e adicionalmente, 3.4 – Transtornos Alimentares em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais.

O referencial teórico da presente dissertação apresentará nos capítulos seguintes aspectos relevantes sobre cada tipo de TA. Assim o leitor poderá adquirir conhecimentos atualizados em relação aos critérios diagnósticos que foram destacados principalmente no DSM-5-TR (APA, 2022). Importa citar que o EDE-Q é um instrumento direcionado para investigar sintomas da psicopatologia alimentar mais relevantes para a clínica a saber, Bulimia nervosa (BN), Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCA) e pouco menos para Anorexia nervosa (AN) (APPOLINARIO *et al*; 2021).

Especificamente essas três são as únicas psicopatologias que possuem preocupação com o corpo e com a imagem corporal em conformidade com os critérios diagnósticos dos TAs. Desse modo, embora o presente estudo tenha buscado trazer informações importantes nos capítulos relacionados a cada tipo de TA, destaca-se que o instrumento EDE-Q possui íntima relação com as psicopatologias alimentares como mencionado anteriormente. No entanto, o questionário não é adequado para avaliar sintomas dos transtornos de Pica e Ruminação pelo fato de não abranger aspectos relacionados a preocupação com o peso e preocupação com a forma.

3.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Segundo a última edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em sua quinta versão (DSM-5, texto revisado; APA, 2022), o grupo de TAs tem como característica principal a perturbação da alimentação ou comportamentos relacionados, com consequências diretas na saúde física e psicossocial dos indivíduos acometidos. Estes transtornos são concebidos enquanto síndromes comportamentais, sendo que os seus respectivos critérios diagnósticos

têm sido amplamente investigados nos últimos 30 anos. Ademais, os TAs são denominados como transtornos e não como doenças, na medida em que, ainda não se pode estabelecer com precisão suas condições de etiopatogenia (TREASURE *et al.*, 2022).

Dentre os transtornos citados no manual, pode-se elencar os seguintes TAs: Pica, Transtorno de ruminação, Transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE), Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCA), Outro Transtorno Alimentar Especificado (OTAE) e o Transtorno Alimentar Não Especificado (TANE) (APA, 2022).

O transtorno Pica é caracterizado pela ingestão de substâncias de ordem não alimentar e não nutricional, sendo esse comportamento não relacionado a práticas culturalmente aceitas no contexto do indivíduo, além de ser inapropriado para o estágio de desenvolvimento (APA, 2022). Sua etiologia não tem consenso na literatura científica, podendo então ser explicada por fatores sociais, culturais, biológicos, psicológicos, comportamentais e ambientais (SANTOS *et al.*, 2020). Pode-se inferir ainda que o transtorno Pica tem sido mais frequente em crianças de 18 meses a seis anos de vida, principalmente em ambientes nos quais o nível socioeconômico é baixo. Recentemente, pesquisadores têm identificado que constantemente a gravidez tem sido associada a pagofagia e anemia ferropriva de modo que a literatura sugere que mulheres grávidas também apresentam o diagnóstico do transtorno com frequência. Adolescentes e adultos da Alemanha afirmaram consumir substância não considerado alimento (HARTMANN, 2020; EUNG; HON, 2019; TABAAC; TABAAC, 2015). Além disso, Tabaac e Tabaac (2015) identificaram deficiência de ferro em pacientes pós-cirurgia bariátrica com Pica.

O DSM-5-TR (APA, 2022) estabelece três grupos de critérios diagnósticos para a Pica. O primeiro critério (critério A) consiste na característica elementar desta condição: ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, durante um período mínimo de um mês. O segundo critério (critério B) estabelece uma condicionante: é necessário que a ingestão de substâncias não nutritivas (por exemplo, não alimentares) seja considerada inapropriada ao estágio de desenvolvimento de um dado indivíduo, assim como não faz parte de uma dada prática culturalmente aceita (critério C). Quanto ao critério D, este discrimina que se o comportamento alimentar ocorre na situação de outro transtorno mental (exemplo,

deficiência intelectual) ou condição médica (por exemplo, incluindo gestação), necessariamente, este quadro precisa de atenção clínica adicional.

Ainda, neste manual, ressalta-se que o diagnóstico somente poderá ocorrer a partir de uma idade mínima de dois anos, a fim de evitar que o ato de explorar objetos com a boca (que, ocasionalmente, possam ser ingeridos) seja um fator de confusão diagnóstica (estas ações são normais no desenvolvimento de crianças pequenas; APA, 2022). A avaliação de triagem conduzida de forma técnica no cenário da Pica deve ser prioridade. Este aspecto é fundamental em razão do diagnóstico diferencial. Inúmeros quadros clínicos devem ser considerados no diagnóstico diferencial, como outros TAs, esquizofrenia e psicose, transtorno do espectro autista e atraso no desenvolvimento em crianças, abuso de substâncias e dependência (KAR *et al.*, 2015; RABEL *et al.*, 2016).

Já o Transtorno de ruminação acontece quando o indivíduo apresenta comportamento de regurgitação repetida do alimento para a comida ser mastigada novamente, deglutida ou até cuspidada (APA, 2022). A regurgitação não está associada a condições gastrointestinais ou outras condições médicas ou fisiológicas como a náusea (HARTMANN *et al.*, 2012), e não ocorre somente durante o acometimento de outros TAs (APA, 2022). Entretanto, quando a regurgitação aparece como um sintoma de outro TA, o diagnóstico do Transtorno de ruminação não é possível, em exceção do transtorno Pica, que pode ser diagnosticado concomitantemente ao Transtorno de ruminação (HARTMANN *et al.*, 2012). O transtorno pode estar associado a pessoas que costumam controlar seu peso e forma corporal por meio da restrição alimentar, bem como aquelas que utilizam laxantes e diuréticos, induzem vômito e possuem compulsão alimentar (MURRAY *et al.*, 2018).

Para o Transtorno de ruminação, há um conjunto de quatro critérios. O ponto central (critério A) consiste na regurgitação reiterada de alimento após a ingestão (APA, 2022), com frequência de, pelo menos, várias vezes por semana (de forma geral, todos os dias). Quanto ao segundo critério (critério B), este implica no fato de que tal sintomatologia não ocorra por quadro gastrointestinal, assim como não aconteça exclusivamente na ocorrência AN, BN ou TARE (critério C). O quarto critério (critério D) aponta que em casos em que o Transtorno de ruminação ocorre no cenário de outro transtorno mental (deficiência intelectual, transtorno do neurodesenvolvimento), é preciso que sejam suficientemente graves para justificar

atenção médica adicional e deverão representar um aspecto primário da apresentação do indivíduo que requer intervenção.

Quanto ao processo de diagnóstico do Transtorno de ruminação, este pode ser detectado em todas as faixas do ciclo vital humano, sobretudo em indivíduos que, de forma associada, apresentam deficiência intelectual (APA, 2022). Ainda, boa parte das pessoas acometidas por tal transtorno, pode ser avaliada diretamente no decorrer do comportamento de ruminação por médicos; de outro modo, o diagnóstico pode ser realizado a partir do autorrelato ou em informações disponibilizadas por pais, cuidadores, dentre outros (as pessoas, nessa condição, podem relatar que estes comportamentos são corriqueiros ou fora de seu controle; APA, 2022).

Frequentemente, o Transtorno de ruminação é diagnosticado erroneamente como doença do refluxo gastroesofágico ou vômito, situação que se reverte em exames e tratamentos desnecessários, levando ao atraso nas terapias que ajudarão a aliviar o problema (DROSSMAN; HASLER, 2016). Apesar de esta condição, fisiologicamente, ser considerada benigna, estudos mostram que pacientes com Transtorno de ruminação geralmente têm ansiedade, depressão e somatização concomitantes, necessitando de terapia de longo prazo para auxiliar no controle dos sintomas (FEINGOLD *et al.*, 2019).

O TARE é caracterizado por uma manifestação de perturbação alimentar relacionada ao fracasso em satisfazer as necessidades nutricionais e ou energéticas do corpo, associadas a aspectos como: perda de peso significativa, deficiência nutricional significativa, dependência de alimentação enteral ou suplementação nutricional via oral e interferência crucial no funcionamento psicossocial (APA, 2022). Essa prática não é explicada por atos culturalmente aceitos ou por indisponibilidade de alimentos, além de não acontecer exclusivamente na presença de AN, BN ou outra condição médica concomitante (APA, 2022). Por outro lado, o transtorno aparenta estar relacionado ao medo das consequências de se ingerir determinado alimento, recusa a se alimentar devido às propriedades sensoriais do alimento e recusa a se alimentar por desinteresse por alimentos (ALMEIDA, *et al.*, 2022).

O TARE, no DSM-5-TR (APA, 2022), substitui e amplia o diagnóstico do DSM-IV de transtorno da alimentação da primeira infância (SEETHARAMAN; FIELDS, 2020). Para o transtorno em questão, há também menção a quatro critérios diagnósticos; o primeiro (critério A) tem quatro subdivisões. A característica

diagnóstica central do TARE consiste na esquivar/restricção da ingestão alimentar (critério A) expressa por fracasso clinicamente significativo na satisfação das demandas de nutrição ou ingestão energética escassa, através da ingestão oral de alimentos. Um ou mais das seguintes questões-chave devem estar presentes, como por exemplo: a perda de peso significativa ou insucesso na obtenção do ganho de peso esperado ou atraso de crescimento em crianças (critério A1); deficiência nutricional significativa, também baseada em avaliações clínicas: exame físico, testes laboratoriais, etc. (critério A2); dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais para garantir a ingestão adequada na ausência de uma condição médica subjacente (critério A3); interferência marcante no funcionamento psicossocial: incapacidade de participar de atividades sociais comuns, por exemplo, fazer refeições com outras pessoas ou sustentar relações em decorrência deste TA (critério A4).

Quanto aos demais critérios para o TARE (APA, 2022), o diagnóstico para tal condução não abrange a evitação ou restrição da ingestão alimentar em virtude da indisponibilidade de alimento ou de práticas culturais, como por exemplo, envolvendo práticas de jejum religioso ou dieta normal (critério B). No critério C, atenta-se para os comportamentos e padrões normais para o desenvolvimento de crianças, como por exemplo, casos de crianças pequenas com maiores níveis de exigência para comer ou a ingestão reduzida em adultos mais velhos. Por fim, no critério D, este transtorno não é mais bem explicado por preocupação excessiva por parte do sujeito acerca do peso/forma corporal ou por fatores médicos ou transtornos mentais concomitantes (APA, 2022).

É importante mencionar que, estudos recentes mostram que há uma falta de conhecimento generalizado acerca do TARE entre os profissionais de saúde, levando a um subdiagnóstico (TSAI *et al.*, 2017). De fato, famílias com crianças com TARE são menos encaminhadas para programas de tratamento de TAs em comparação com pacientes com AN ou BN; estas famílias tendem a ter um histórico de múltiplos contatos com médicos pediátricos antes de receber uma avaliação formal de TARE (STRANDJORD *et al.*, 2015).

A AN é caracterizada pelo comportamento de restrição calórica em relação às necessidades fisiológicas, medo intenso de ganhar peso ou engordar e a perturbação do modo o qual é experienciado o peso e a forma do próprio corpo (ALVARENGA; PHILIPPI, 2011; APA, 2022). A AN pode ser caracterizada em dois

subtipos: *restritivo* e *compulsão alimentar purgativa*. No primeiro caso, trata-se de dietas, jejum ou exercício excessivo, já o segundo diz respeito a vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas (APA, 2022).

Segundo Oliveira-Cardoso *et al.* (2018), o subtipo *restritivo* está relacionado a sintomas obsessivos e perfeccionistas, e o subtipo *compulsão alimentar purgativa* está associado a tendências impulsivas do indivíduo. Em ambos os subtipos de AN, os comportamentos devem ser investigados no período de três meses.

No âmbito do DSM-5-TR (APA, 2022) a AN abrange três características principais: restrição persistente da ingesta calórica, medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma. Dessa forma, no primeiro critério (critério A), a condição diagnóstica se refere ao fato de o sujeito apresentar peso corporal abaixo do valor minimamente normal para idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. No critério B, há a condição de que indivíduos neste quadro clínico, geralmente, apresentam medo intenso de ganhar peso ou de engordar. Ainda, estas apreensões habitualmente não são aliviadas pela perda de peso, assim como estes indivíduos podem não reconhecer ou perceber medo de ganhar peso. Este último aspecto abrange o critério C: a vivência e a importância do peso e da forma corporal são distorcidas nesses indivíduos. Dessa forma, autoestima de tais sujeitos está condicionada às percepções da forma/peso corporal e, adicionalmente, não admitem as graves implicações médicas de seu estado nutricional (APA, 2022).

O diagnóstico de AN deve ser atribuído considerando ainda seus subtipos (APA, 2022). O primeiro implica no tipo *restritivo*: esta condição ocorre durante os últimos três meses em que o indivíduo não tenha se envolvido em episódios frequentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo, que inclui atos de vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos/enemas, dentre outros (perda de peso em decorrência de dieta, jejum e/ou exercício físico excessivo). O segundo subtipo é a *compulsão alimentar purgativa*: caso, nos últimos três meses, o indivíduo tenha se envolvido em episódios frequentes de compulsão alimentar purgativa (exemplo, vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

A condição da AN consiste no TA mais conhecido e estudado em diferentes áreas do conhecimento. A questão diagnóstica nesta condição é fundamental, na

medida em que a taxa de mortalidade é a mais elevada de todos os transtornos psiquiátricos (FICHTER; QUADFLIEG, 2016). A maior parte de sujeitos acometidos com esta condição culmina em óbito por complicações médicas, enquanto uma parcela morre devido ao suicídio. Sujeitos nesta condição, em longo prazo, apresentam diversos quadros clínicos, como por exemplo, osteopenia, cabelos/unhas quebradiças, pele seca, constipação, hipotensão, bradicardia, hipotermia, lanugem e perda de massa muscular (ARCELUS *et al.*, 2011).

De igual modo, o processo de recuperação tem se mostrado complicado, como exemplo, quando comparada à BN em que os sujeitos se recuperam em 9 a 10 anos, no processo de recuperação da AN apenas 50% dos indivíduos se recuperam no mesmo período de tempo (EDDY *et al.*, 2017). Adicionalmente, o funcionamento cognitivo e emocional é, muitas vezes, marcadamente perturbado entre estes pacientes (TREASURE *et al.*, 2020).

Já o transtorno de BN está relacionado a episódios recorrentes de compulsão alimentar, que é caracterizado por ingestão de uma quantidade definitivamente maior de ingestão de alimentos, em comparação com a maior parte dos indivíduos, num período de tempo específico, e a sensação de perda de controle durante o episódio (APA, 2022). Esse comportamento compulsivo é acompanhado de comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso (APA, 2022; OLIVEIRA-CARDOSO *et al.*, 2018). Diferentemente de pacientes com AN, os quais geralmente têm autoestima baixa, aqui os indivíduos geralmente são acompanhados de autoestima flutuante, e experimentam pensamentos e emoções desadaptativas, além de obterem menor nível de qualidade de vida relacionada à saúde (OLIVEIRA-CARDOSO *et al.*, 2018).

O DSM-5-TR (APA, 2022) estipula alguns critérios diagnósticos para a BN, em que se destacam três aspectos centrais: episódios recorrentes de compulsão alimentar (critério A), comportamentos compensatórios inapropriados frequentes para evitar o ganho de peso (critério B), assim como uma autoavaliação indevidamente impactada pela forma e pelo peso corporais (critério D).

O diagnóstico, em si, é alcançado na presença de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios inapropriados ocorrendo, em média, no mínimo uma vez por semana pelo período de três meses (critério C). Ainda, com relação ao critério A, tem-se dois aspectos: o padrão de ingestão alimentar, ou melhor, “episódio de compulsão alimentar” definido como a ingestão, em certo período, de

uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos comeria em período e circunstâncias semelhantes (critério A1), assim como, o consumo excessivo de alimento deve ser seguido por uma sensação de falta de controle (critério A2), caracterizando, um episódio de compulsão alimentar.

No processo de avaliação da BN, outros exames físicos são necessários. Um exame neurológico é essencial para verificar as causas neurológicas primárias de perda de peso ou vômitos antes do diagnóstico de BN (BROWN; MEHLER, 2013). Em termos de exame clínico, os sinais comuns do exame físico associados à BN incluem hipotensão, pele seca, inchaço da glândula parótida, erosão dentária e calosidades no aspecto dorsal da mão (conhecido como “Sinal de Russell”); esta condição também pode estar associada à perda de cabelo, edema e epistaxe (BROWN; MEHLER, 2013). Assim, ao contrário da AN, em que as complicações são decorrentes da perda de peso/desnutrição, o tipo e a gravidade das complicações médicas da BN podem ser determinados com base na frequência e no método que o paciente usa para purgar (JOHNSON *et al.*, 2001). Ainda, pacientes com BN devem ser rastreados para suicídio e doenças psiquiátricas (comorbidade), pois apresentam maior risco de outras doenças mentais do que a população em geral (KASS *et al.*, 2013).

Em relação ao TCA, este acontece quando a compulsão alimentar está associada ao ato de comer mais rápido que o normal até se sentir desconfortavelmente cheio, além da ingestão de grande quantidade de alimento, mesmo sem a sensação física de fome instaurada, comer sozinho devido à vergonha e sentir desgosto, deprimido ou culpado em seguida do episódio de compulsão alimentar (APA, 2022). É importante ressaltar que o TCA não está associado a episódios compensatórios inapropriados, como a BN, e não ocorre exclusivamente durante o curso de BN e AN. Ressaltam-se ainda alguns achados na literatura que correlacionam o TCA com sintomas depressivos graves, que podem estar relacionados com o sentimento de baixa autoestima e perda de controle (BLOC *et al.*, 2019).

Cinco são os critérios diagnósticos para TCA (APA, 2022). O critério D indica a característica central do TCA: episódios recorrentes de compulsão alimentar ocorrendo, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses. Tecnicamente, como exposto acima, um episódio de compulsão alimentar consiste na ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento

definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sob circunstâncias semelhantes (critério A1). A segunda característica associada (critério A2), estabelece que o consumo excessivo de alimento deva ser seguido de uma sensação de falta de controle.

Quanto aos critérios diagnósticos restantes para o TCA, estes condicionam o diagnóstico às seguintes condições: a necessidade de que a compulsão alimentar seja caracterizada por sofrimento clínico significativo (critério C), assim como, apresentar pelo menos três (ou mais) dos seguintes aspectos: comer muito mais rapidamente do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente cheio; ingerir grandes quantidades de alimento sem estar com sensação física de fome; comer sozinho por vergonha do quanto se come; e sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida (critério B).

No processo de avaliação em suspeitas de diagnóstico de TCA, um amplo conjunto de áreas de funcionamento do sujeito necessita ser investigado (KORNSTEIN *et al.*, 2016): aspectos gerais (idade de início, frequência e duração dos episódios de compulsão alimentar); exame físico para avaliar comorbidades associadas à obesidade (pressão arterial, glicemia, se há abuso físico ou sexual, caso haja forte suspeita; circunferência da cintura, índice de massa corporal, hipertensão, hiperlipidemia, diabetes melito); exame psiquiátrico (comorbidades psiquiátricas: depressão e transtorno de abuso de substâncias); estado nutricional (dieta e histórico de peso ao longo da vida; atividade física e exercício; padrão alimentar atual e escolha de alimentos).

Ressalta-se que a maioria dos pacientes com TCA são obesos; este transtorno e a obesidade, na maioria das vezes, coexistem e compartilham complicações (MCCUEN-WURST *et al.*, 2018). Ainda, os profissionais que avaliam tais pacientes devem estar cientes de que os pacientes com TCA apresentam dificuldades em compartilhar suas condições com os profissionais de saúde, fato que exige habilidades adicionais no processo de avaliação diagnóstica (BECKER *et al.*, 2010).

O DSM-5-TR (APA, 2022) também inclui a categoria OTAE, que se refere a pessoas que apresentam um TA e que resulte em sofrimento considerável podendo ocasionar efeitos nocivos em diversos contextos na vida do indivíduo. Esse prejuízo funcional pode impactar em diversas áreas da vida, por exemplo, no âmbito pessoal, profissional, familiar, social, dentre outros ou até mesmo podendo ocasionar dano

físico na vida do indivíduo, mas que não preenchem todos os critérios diagnósticos para os TAs conforme descritos nas classificações.

Desse modo, na categoria OTAE, torna-se importante especificar o motivo pelo qual todos os critérios diagnósticos não se satisfazem (APPOLINARIO *et al.*; 2021). Corroborando com esses achados, a CID-11 evidencia que transtornos a exemplo de OTAE, não conseguem ser explicados de maneira adequada por outro transtorno mental que modifique o padrão de alimentação, de modo que não devem estar relacionados a comportamentos alimentares adequados para o período de desenvolvimento nem caracterizar o estabelecimento de um padrão conforme a cultura no qual o indivíduo está inserido.

Destaca-se, por exemplo, de acordo com a CID-11 as seguintes condições que podem ser especificadas usando a designação OTAE, a saber:

- a) AN atípica, condição em que os critérios para AN são preenchidos, porém, apesar da perda de peso considerável, o peso do indivíduo está dentro ou acima da faixa normal para idade e altura;
- b) BN (de baixa frequência e ou duração limitada): nessa condição, todos os critérios são preenchidos, excluindo os episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios que ocorrem menos de uma vez por semana e ou por um período menor que três meses;
- c) TCA (de baixa frequência e ou duração limitada): todos os critérios para esse tipo de transtorno são atendidos, excluindo que a hiperfagia ocorre, em média, menos de uma vez por semana e ou menos de três meses;
- d) Transtorno de purgação: definido pelo aparecimento de comportamento recorrente de purgação. Tais comportamentos poderão influenciar o peso ou a forma do corpo na ausência de compulsão alimentar;
- e) síndrome do comer noturno: condição caracterizada pela ingestão recorrente durante a noite, após despertar, ou pelo consumo excessivo de alimentos depois de uma refeição noturna. O indivíduo possui plena consciência e recordação da ingesta (ALVARENGA *et al.*, 2020; APA, 2022; APPOLINARIO *et al.*, 2021).

A categoria intitulada TANE aplica-se a situações em que a pessoa manifesta sintomas de TA considerada importante do ponto de vista clínico. Por outro lado, também poderá causar impacto nocivo nas diversas esferas da vida do indivíduo comprometendo aspectos sociais, profissionais bem como outras áreas relevantes

da vida da pessoa acometida pelo TA. Porém, não satisfazem todos os critérios em relação aos transtornos mencionados anteriormente (APA, 2022).

Na realidade, a dificuldade diagnóstica dos TAs é frequente. Deve-se ressaltar que ao longo dos anos ocorreram modificações nos critérios diagnósticos dos TAs, vide modificações destacadas entre a quarta e a quinta edição do DSM. Tais mudanças evidenciam que a compreensão desses fenômenos evoluiu ao longo do tempo e, como resultado, os critérios diagnósticos precisam se adaptar para refletir com mais precisão o entendimento atual (CALL *et al.*, 2013).

Tecnicamente, as mudanças nos critérios diagnósticos que aparecem no DSM-5 são relativamente pequenas (embora significativas) e abrangem questões de expressões e linguagem, ajustes nos diagnósticos existentes (a saber, a remoção do critério de amenorreia para AN e a redução da frequência limite de episódios de compulsão e comportamentos compensatórios na BN), assim como a inclusão do TCA como um transtorno formalmente reconhecido (AMIANTO *et al.*, 2015).

Outra implementação importante foi a adoção de princípios do modelo proposto por Walsh e Sysko (2009). A proposta em questão objetivou reduzir a frequência com que os indivíduos que se apresentam para tratamento dos TAs são classificados como OTANE ou TANE, atribuindo alguns desses indivíduos a uma categoria diagnóstica que captura com mais precisão seus sintomas e fornece maior utilidade clínica. Em outras palavras, as modificações nos critérios diagnósticos dos TAs no âmbito do DSM-5 buscam alocar um número maior de indivíduos em categorias diagnósticas específicas que são mais amplas do que as usadas no DSM-IV. Em termos concretos, a proposta taxonômica do DSM-5 buscou reduzir a preponderância de sujeitos diagnosticados como transtorno alimentar não especificado, aumentando a validade de outros grupos diagnósticos.

As revisões propostas aos critérios diagnósticos para AN e a adição do TCA como uma categoria diagnóstica separada podem reduzir o uso de transtorno alimentar não especificado entre aqueles com diagnóstico de TA ao longo da vida (KEEL *et al.*, 2011). De todo modo, ainda uma proporção considerável de sujeitos com alimentação problemática ainda é classificada nas categorias residuais, fato que mostra a necessidade de estudos adicionais a fim de entender os motivos subjacentes para estes diagnósticos (MANCUSO *et al.*, 2015).

Diversos fatores são desencadeantes de TAs, dentre os principais, os aspectos biológico, psicológico, cultural e familiar aparecem com maior importância,

entretanto, indicadores como depressão e obesidade são fortemente associados ao grupo de transtornos (APA, 2022). Dentre as variáveis sociais, a pressão pelo corpo ideal aparece como um dos fatores preditivos de alguns TAs como AN e BN (MCLEAN; PAXTON, 2019).

Diante deste contexto, faz-se importante conhecer a epidemiologia dos TAs, psicopatologia complexa, com importante impacto na saúde, qualidade de vida, e no funcionamento psicossocial dos sujeitos. Appolinário *et al.* (2021) sugerem existir poucos dados epidemiológicos sobre a ocorrência de alguns TAs a saber, Pica, Transtorno de ruminação e TARE. Assim, o capítulo seguinte apresentará um panorama em relação a epidemiologia dos principais TAs visto que ainda permanece um desafio medir a ocorrência dessas condições em nosso meio.

3.2 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Conforme exposto, os TAs consistem em perturbações de natureza comportamental frente aos hábitos alimentares. Em termos práticos, tais perturbações abrangem inquietações intensas em relação à imagem corporal fato que, por sua vez, demonstra comportamentos como a baixa ingestão de alimentos, consumo de laxantes e diuréticos tal qual a indução de vômitos seguido do consumo de alimentos (OLIVEIRA; DEIRO, 2013).

Tanto consequências alimentares, quanto psicológicas acompanham esses transtornos que são expressos através de alterações de peso e ou transtornos sociais que influenciam significativamente a qualidade de vida na função social dos sujeitos (HAY *et al.*, 2017). Em razão dos aspectos acima mencionados, esses transtornos têm sido motivo de preocupação para os profissionais e pesquisadores da área da saúde (APPOLINARIO *et al.*; 2021).

As múltiplas dificuldades de natureza individual e social que atingem os sujeitos, na maior parte jovens, e a cronicidade dos transtornos exigem uma resposta profissional adequada e precisa (DATTA *et al.*, 2022). A literatura aponta que, em geral, as pessoas acometidas por esses transtornos, somente buscam apoio profissional quando o quadro clínico já se encontra em estágio avançado (DUNKER; PHILIPPI, 2003; PRISCO *et al.*, 2013).

Para tanto, anteriormente à criação de protocolos de ação profissional de diferentes campos do conhecimento, é fundamental haver dados, de caráter

epidemiológico, que descrevam a evolução dos TAs de forma longitudinal, assim como indicadores explícitos que concorram para prognósticos adaptativos e não adaptativos (PINZON; NOGUEIRA, 2004). Consequentemente, dados empíricos que caracterizam o curso dos diferentes TAs poderão subsidiar decisões clínicas mais eficazes.

No que concerne diretamente às questões de ordem epidemiológica dos TAs, recentemente autores se propuseram a sintetizar os estudos a respeito dessa psicopatologia. Conforme evidenciado em uma recente revisão sistemática publicada por Galmiche *et al.* (2019) que buscou revisar estudos que relataram a prevalência dos diferentes TAs, assim como avaliar a sua evolução. Os autores analisaram estudos publicados nas línguas inglesa e francesa entre os anos de 2000 e 2018 (GALMICHE *et al.*, 2019).

Um total de 94 estudos foi incluído nesta revisão sistemática sobre a prevalência de TAs, existindo estudos que avaliaram diagnósticos específicos de TAs e pesquisas que avaliaram diagnóstico amplo de TAs (ou seja, sem diagnóstico preciso a partir do DSM-5 ou CID-10). Em torno de 27% dos estudos tiveram menos de 1.000 participantes e aproximadamente 20% incluíram mais de 5.000 participantes (GALMICHE *et al.*, 2019). A maioria dos artigos selecionados para a revisão teve tamanho amostral entre 1.000 e 5.000 participantes. O principal desfecho apontou para o fato de um crescimento progressivo da prevalência de TAs. Os dados mostram taxas que foram gradativamente evoluindo de 3,5%, entre os anos de 2000 e 2006, para 4,9% entre 2007 e 2012 e, finalmente, para 7,8% entre os anos de 2013 e 2018 (GALMICHE *et al.*, 2019). Em resumo, nos últimos 15 anos a prevalência de TAs mais do que dobrou.

Quanto aos estudos por países, existe ainda uma escassez de pesquisas, por exemplo, no Brasil. De toda forma, todas as investigações encontradas na literatura confirmam a tendência de aumento na prevalência e maior incidência dos TAs em nível global (GALMICHE *et al.*, 2019). Em relação aos casos específicos, por exemplo, no Japão, a prevalência encontrada (avaliada através de um questionário derivado do DSM-IV), foi elevada entre todos os tipos de TAs de 1,2% em 1982 para 4,5% em 1992 e, 12,7% em 2002 (NAKAI *et al.*, 2014). De igual modo, a prevalência de TAs (categorias amplas), na população geral da Austrália, aumentou duas vezes entre os anos de 1998 e 2008 (MITCHISON *et al.*, 2014). A mesma tendência de aumento foi observada, ao longo do tempo, no México e na Noruega (COMPTE *et*

al., 2015; ZACHRISSON *et al.*, 2008). Quanto ao recorte de dados por localização geográfica continental, os dados evidenciaram que a prevalência de TAs na América foi 4,6% (2,0 a 13,5%), na Ásia de 3,5% (0,6 a 7,8%) e na Europa de 2,2% (0,2 a 13,1%) (GALMICHE *et al.*, 2019), indicando maior prevalência geográfica no continente americano.

Quanto ao sexo dos participantes, em resumo, observou-se que a prevalência de TAs ao longo da vida foi 8,4% (3,3 a 18,6%) para mulheres e 2,2% (0,8 a 6,5%) para homens; enquanto a prevalência de TAs em 12 meses foi 2,2% (0,8 a 13,1%) para mulheres e 0,7% (0,3 a 0,9%) para homens (GALMICHE *et al.*, 2019). Os autores ainda reportaram dados de prevalência ao longo da vida dos diferentes tipos de TAs por sexo. Os dados de prevalência foram os seguintes: AN: médias ponderadas de 1,4% (0,1 a 3,6%) para mulheres e 0,2% (0 a 0,3%) para homens ao longo da vida; BN; 1,9% (0,3 a 4,6%) para mulheres e 0,6% (0,1 a 1,3%) para homens; TCA: 2,8% (0,6 a 5,8%) para mulheres e 1,0% (0,3 a 2,0%) para homens; TANE: 4,3% (0,6 a 14,6%) para mulheres e 3,6% (0,3 a 5,0%) para homens (GALMICHE *et al.*, 2019).

Interessante observar que os dados apresentados por Galmiche *et al.* (2019) corroboram com a assertiva de que os homens podem representar até 33% de todos os casos de TAs (HUDSON *et al.*, 2007), contrariando literatura prévia que estimava que homens representavam apenas 10% dos casos de TAs (APA, 2022). De acordo com dados da revisão de Galmiche *et al.* (2019), homens representam $\frac{1}{4}$ dos casos de TAs, quando considerada a prevalência ao longo de toda a vida, e $\frac{1}{3}$ dos casos, quando avaliada a prevalência nos últimos 12 meses. Este é um aspecto importante, uma vez que autores têm indicado que os TAs em homens são subdiagnosticados, subtratados e mal compreendidos (GANSON *et al.*, 2021; REAS; STEDAL, 2015; STROTHER *et al.*, 2012), o que requer maior atenção de pesquisadores e clínicos.

Os dados quanto às faixas etárias mostram que, em relação à população adulta, os TAs com maior prevalência ao longo da vida foram: OTANE (aproximadamente 7,4%), seguido por AN (3,6%), BN (2,1%) e TCA (2%) (MICALI *et al.*, 2017). Ao realizar a busca por estudos a fim de comparar a prevalência dos TAs ao longo de 12 meses em amostras de adolescentes e adultos, observou-se um único estudo. Desse modo, a amostra do estudo de Taylor *et al.* (2007), foi representativa, consistindo em adultos e adolescentes negros afro-americanos e caribenhos. Em relação à comparação adolescente em oposição ao adulto, os

resultados indicaram maior prevalência de AN e BN ao longo de 12 meses em adolescentes do sexo masculino do que em adultos do sexo masculino.

Já o TCA foi mais prevalente em adultos do sexo masculino do que em adolescentes do sexo masculino. Quanto à prevalência geral por idade, as médias ponderadas de prevalência pontual foram 8,8% (0,9 a 10,0%) em adultos e 5,7% (0,2 a 15,0%) em adolescentes. No entanto, os autores reportam questões metodológicas dos estudos que dificultam comparações em maior escala. Especificamente, inúmeros estudos não fizeram distinção entre adultos e adolescentes e, portanto, foram analisados como categoria mista (GALMICHE *et al.*, 2019).

Adicionalmente, quanto ao recorte por cor e etnia, Taylor *et al.* (2007), observaram que os achados do estudo são consistentes com pesquisas anteriores que mostram que a AN é incomum entre os afro-americanos (prevalência de 0,17%). Além disso, a idade de início da AN ocorreu no meio da adolescência (por volta dos 14,89 anos) para adultos afro-americanos, sem casos entre afro-americanos ocorrendo após os 19 anos. Uma vez que os dados indicaram que não houve relato de AN entre adultos negros do Caribe, os autores concluíram que os afro-americanos podem estar em maior risco de AN do que os negros do Caribe, com uma idade de início mais jovem do que a população geral dos EUA. Novamente, quanto ao gênero, nesta amostra, os homens foram significativamente menos propensos a desenvolver qualquer compulsão alimentar do que as mulheres.

Ademais, outro estudo meta-analítico mais recente, objetivou traçar o perfil epidemiológico dos TAs. Especificamente, Qian *et al.* (2022) investigaram a prevalência dos TAs na população geral. Artigos na língua inglesa e chinesa (pesquisa realizada em quatro bases de dados chinesas mais importantes) com publicações anteriores a 2021 foram identificadas e selecionadas. Os dados analisados neste estudo foram agrupados com os dados de um relatório anterior, totalizando 33 artigos. Esses artigos se referem a 315.877 participantes.

A coleta de dados dos estudos utilizados por Qian *et al.* (2022) ocorreu no período de 1984 a 2017, e aconteceu nos seguintes países: Estados Unidos; países europeus (Alemanha, Holanda, Noruega, Itália, Suíça, Bélgica, França e Espanha); países asiáticos (Coreia do Sul, China e Arábia Saudita); países oceânicos (Austrália e Nova Zelândia); países latinos, incluindo México (SWANSON *et al.*, 2012) e Brasil

(ANDRADE *et al.*, 2002). Em conjunto, os resultados convergem para o fato de que os TAs foram especialmente comuns em países ocidentais e em mulheres.

Em relação às taxas de prevalência ao longo da vida para os TAs de forma específica, observou-se os seguintes valores: 0,16% para a AN (IC 95%, 0,06 a 0,31), 0,63% para a BN (IC 95%, 0,33 a 1,02) e 1,53% para TCA (IC 95%, 1,00 a 2,17). A prevalência de BN ao longo da vida foi quase quatro vezes maior que a de AN; a prevalência de TCA foi quase 10 vezes maior que a de AN. A prevalência de TCA foi marcadamente maior do que a prevalência dos outros dois tipos clássicos, enquanto a prevalência de AN foi a mais baixa (QIAN *et al.*, 2022).

Qian *et al.* (2022) reportaram as versões das classificações utilizadas para fins dos diagnósticos dos TAs do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, texto revisado; APA 2022). As análises de subgrupo compararam o uso do DSM-IV e DSM-5. Observou-se que a prevalência combinada de AN ao longo da vida usando DSM-5 foi de 0,89%, representando uma estimativa 8,9 vezes maior, quando comparada ao uso DSM-IV. A prevalência combinada de 12 meses foi duas vezes maior usando como base o DSM-5 comparado ao emprego do DSM-IV. Para BN, a prevalência combinada ao longo da vida usando o DSM-5 foi de 1,41%, sendo 2,5 vezes maior que a do DSM-IV. Por outro lado, para o TCA, as taxas de prevalência ao longo da vida, e em 12 meses, diagnosticadas pelo DSM-5, foram sensivelmente inferiores ao número de diagnósticos pelo DSM-IV, não havendo diferenças significativas (QIAN *et al.*, 2022).

Ainda, no estudo de Qian *et al.* (2022) há dados comparando os anos de prevalência por década. As taxas de prevalência ao longo da vida de TAs nas décadas de 1990, 2000 e 2010 foram de 0,91%, 2,0% e 0,71%, respectivamente, enquanto as taxas de prevalência em 12 meses foram de 0,36%, 0,68% e 0,26%, respectivamente. A maior prevalência foi na década de 2000 para ambas as condições, com menor prevalência na década de 2010, indicando flutuações em função do tempo.

Quanto a AN, especificamente, as taxas de prevalência ao longo da vida nas décadas de 1980, 1990, 2000 e 2010 foram de 0,01%, 0,06%, 0,13% e 0,42%, respectivamente, com tendência de crescimento. Para a BN, ao longo da vida nas décadas de 1990, 2000 e 2010 foram de 0,53%, 0,41% e 1,08%, respectivamente, e as taxas de prevalência em 12 meses foram de 0,29%, 0,28% e 0,41%, respectivamente, indicando tendência de crescimento das taxas de prevalência de

BN nos anos 2010. As taxas de prevalência para o TCA, ao longo da vida, nas décadas de 2000 e 2010 foram de 1,58% e 1,48%, respectivamente, e as taxas de prevalência em 12 meses foram de 0,95% e 0,90%, sendo assim, pode-se considerar ligeira queda na prevalência do transtorno.

Adicionalmente, Qian *et al.* (2022) reportam os dados de prevalência por região geográfica e sexo. Os dados mostraram que as taxas de prevalência ao longo da vida e em 12 meses de TAs nos países ocidentais foram de 1,89% e 0,68%, respectivamente; esses valores representam uma quantidade maior que 8,5 vezes se comparado com aquelas taxas nos países asiáticos. Quanto à AN ao longo da vida, a prevalência em países ocidentais foi 21 vezes maior que em países asiáticos; para a BN foi 7,3 vezes maior e para o TCA, duas vezes maior. Já a prevalência em 12 meses foi para AN e BN, duas vezes e 1,2 vezes maiores nos países ocidentais do que nos países asiáticos, respectivamente. Assim, a prevalência nos países ocidentais foi significativamente maior do que na Ásia para qualquer tipo de TA.

No que concerne ao recorte por sexo, na tendência de estudos anteriores, a prevalência ao longo da vida de TAs no sexo feminino atingiram 2,58% (IC 95%, 1,06 a 4,74) e 0,74% (IC 95%, 0,24 a 1,52) para homens. Em suma, a prevalência de qualquer TA no sexo feminino foi aproximadamente três vezes maior do que no sexo masculino. As proporções de mulheres para homens na prevalência de AN, BN e TCA ao longo da vida foram 15,5, 3,2 e 2,1, respectivamente, e 3, 3,2 e 1,8 na prevalência de 12 meses. Quando comparado com os tipos clássicos (por exemplo, AN e BN), a relação proporcional foi menor para o TCA.

Todavia, para o melhor do nosso conhecimento, na revisão sistemática de Qian *et al.* (2022), os autores procederam a uma avaliação da qualidade do estudo e avaliação do viés de publicação. Para tanto, empregaram as diretrizes do *The Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE). Eles observaram que o escore de qualidade médio (desvio padrão) para os relatos dos dados em 19 estudos baseados nos itens STROBE foi de 17,97 (1,71), e o intervalo desse escore variou de 15,5 a 22,0.

De forma específica, 10 estudos (52,6%) pontuaram acima de 18,0, indicando alta qualidade geral da literatura. As limitações mais comuns nos relatos desses estudos, segundo os autores, versaram sobre as descrições inadequadas do número de indivíduos em cada fase ou procedimento, as explicações sobre as

razões da não participação de algumas partes das amostras e o número de indivíduos com dados faltantes.

Em termos gerais, na revisão de Galmiche *et al.* (2019), na mesma tendência de estudos anteriores, observou-se que há a ratificação da alta prevalência em todo o mundo dos TAs, especialmente em mulheres. De maneira geral, a prevalência observada em certos contextos geográficos (por exemplo, na cultura ocidental) e grupos sociodemográficos (isto é, com relação ao sexo) podem ser explicados pela presença de um conjunto de crenças e atitudes culturais frente à imagem corporal (MAKINO *et al.*, 2004).

Nomeadamente, com os processos crescentes de industrialização e a globalização, ou seja, processos em escala mundial, inúmeras regiões relataram um aumento nas taxas de incidência de TAs (HAY *et al.*, 2008).

No estudo de Qian *et al.* (2022), os autores mencionam importantes ressalvas. Exemplificando, a prevalência dos TAs pode, ainda atualmente, estar subestimada. Em segundo lugar, há uma sub-representação dos diferentes tipos de TAs em grande parte dos estudos epidemiológicos que foram objeto da revisão; já para os novos tipos de TAs, as taxas de prevalência apresentaram-se significativamente maiores. Por fim, os autores constataram que estudos de prevalência baseados nos critérios do DSM-5 foram escassos. Como consequência final, adverte-se para a padronização de novos critérios diagnósticos que sejam capazes de avaliar de forma abrangente todos os tipos de TAs. Tais constatações convergem com estudos epidemiológicos sobre os TAs, evidenciando que existe certa complexidade na integração dos dados de prevalência de TAs ao redor do mundo (GALMICHE *et al.*, 2019).

Quanto aos estudos de revisão sistemática sobre TAs conduzidos com amostras brasileiras, menciona-se o estudo de Trindade *et al.* (2019) com estudantes universitários. Entretanto, este estudo não estimou parâmetros de prevalência nas amostras. Os autores tão somente revisaram estudos que avaliaram os riscos para TAs em estudantes universitários de diferentes cursos, os quais utilizaram questionário de autorrelato (instrumentos de rastreio), de modo que em nenhum dos estudos utilizou-se uma entrevista clínica para diagnosticar TAs. Os pesquisadores puderam inferir que os universitários parecem estar em maior risco para o desenvolvimento de TA. Adicionalmente, outros autores conduziram estudos

com desenho epidemiológico no qual relataram prevalência de TAs desenvolvidos em amostras brasileiras.

Por exemplo, estudos relataram taxas de BN variando de 0,9 a 1,9% e taxas de TCA de 1,82 a 9,78% em brasileiros (VIANA *et al.*, 2009; FREITAS *et al.*, 2008). Estudo epidemiológico relatou uma prevalência de TCA de 6,9% em trabalhadores brasileiros (GRALLE *et al.*, 2017).

Uma revisão sistemática sobre TAs na América Latina incluiu amostras brasileiras (KOLAR *et al.*, 2016). As taxas de prevalência de BN ao longo da vida foram identificadas como 0,8% (12 meses: 0,3%) no México, 0,4% (12 meses: 0,2%) na Colômbia e 2,0% (12 meses: 0,9%) no Brasil. Para o TCA, o mesmo estudo identificou taxas de prevalência, ao longo da vida, como 1,6% (12 meses: 0,5%) para o México, 0,9% (12 meses: 0,3%) para a Colômbia e 4,7% (12 meses: 1,8%) para o Brasil. As taxas de prevalência ao longo da vida foram mais altas para BN e TCA no Brasil, e menor na Colômbia (KOLAR *et al.*, 2016).

Recentemente, Appolinario *et al.* (2022) avaliaram a prevalência de TAs, especificamente, TCA e BN recorrente em uma amostra representativa no Brasil. Os autores puderam evidenciar que os transtornos são condições prevalentes de modo que estão relacionadas a IMC elevado, comprometimento funcional, comorbidade psiquiátrica e piora na qualidade de vida relacionada à saúde.

Em resumo, como exposto, o objetivo deste tópico versou sobre a exposição de dados atuais acerca da epidemiologia dos TAs. Os dados incluíram informações sobre a distribuição, padrões de transtornos, dados que em termos práticos permitem a avaliação das condições de saúde sendo crucial para a compreensão desses quadros. Os dados epidemiológicos referentes aos países da América Latina ainda são escassos. Apenas recentemente, os instrumentos de medidas relacionadas aos TAs e imagem corporal foram validados em diferentes populações latino-americanas. As pesquisas em amostras clínicas em amostras latino-americanas permanecem uma lacuna na literatura (COMPTE; TRUJILLO, 2021).

No capítulo seguinte serão abordados aspectos que destacam a importância do estudo dos fatores de risco dos TAs bem como questões referentes aos fatores de proteção para os TAs.

3.3 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

De acordo com Jacobi *et al.* (2004) a expressão fator de risco equivale a comportamentos que antecedem um determinado desfecho. Certamente, compreender os fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento dos TAs, é primordial para garantir que intervenções de natureza preventiva sejam direcionadas para populações específicas visando a sua eficácia.

A etiologia dos TAs é entendida enquanto heterogênea e multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos, de desenvolvimento e socioculturais (RIKANI *et al.*, 2013). Em termos práticos, esses aspectos podem ser amplamente estratificados em três categorias: biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, os fatores citados em categorias diferentes podem estar relacionados e colaborar para o desenvolvimento dos TAs. Em relação à categoria de fatores biológicos, destaca-se a genética, epigenética, neurobiologia e neurocognição. Em conjunto, colaboram para identificar possíveis causas dos TAs. Referente aos fatores socioambientais, a literatura cita que o ambiente, bem como os aspectos culturais influenciam de maneira significativa no comportamento humano, na emoção e cognição podendo desencadear a manifestação de TAs (APPOLINARIO *et al.*, 2021).

Concernente aos fatores psicológicos entende-se que esse está relacionado a aspectos peculiares dos indivíduos, por exemplo, perfeccionismo, controle exagerado do peso e internalização do corpo ideal podendo favorecer a insatisfação corporal (MELE *et al.*, 2020; O'HARA *et al.*, 2015; PEARSON *et al.*, 2015). De fato, tais fatores etiológicos podem ser, igualmente, fatores de risco para os TAs. A seguir, serão apresentados aspectos sobre de fatores de risco frente aos TAs e, na sequência, os fatores de proteção serão considerados.

No TA denominado Pica, a característica elementar desta condição é a ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, durante um período mínimo de um mês (APA, 2022). Embora as causas de Pica ainda sejam imprecisas, a literatura aponta para alguns motivos que constituem fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno: estresse, fatores culturais, comportamento aprendido, baixo nível socioeconômico, transtorno de saúde mental subjacente, deficiência nutricional, negligência infantil, gravidez, epilepsia e psicopatologia

familiar (HOODA *et al.*, 2004; HUNT *et al.*, 2014; LÓPEZ *et al.*, 2004; NCHITO *et al.*, 2004).

No Transtorno de ruminação, a característica central do diagnóstico consiste na regurgitação reiterada de alimento após a ingestão, com frequência de, pelo menos, várias vezes por semana (de forma geral, todos os dias) (APA, 2022). São considerados fatores de risco para essa condição a negligência emocional em bebês (MOUSA *et al.*, 2014), estresse emocional (MALCOLM *et al.*, 1997), presença de diagnósticos de saúde mental, como transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade, depressão, transtorno de adaptação, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (HALLAND *et al.*, 2016), atraso no desenvolvimento e fibromialgia (ALMANSA *et al.*, 2009), e distúrbio de evacuação retal (VIJAYVARGIYA *et al.*, 2014).

Já o TARE, no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, texto revisado; APA 2022), expande o diagnóstico de transtorno da alimentação da primeira infância (SEETHARAMAN; FIELDS, 2020), tendo como característica diagnóstica central a esquivar/restricção da ingestão alimentar expressa por fracasso clinicamente significativo na satisfação das demandas de nutrição ou ingestão energética escassa, através da ingestão oral de alimentos. Dessa forma, a maioria dos estudos sobre TARE se concentra em amostras infantis, em vez de adolescentes ou adultos.

Quanto às questões correlatas, tanto a prevalência quanto os fatores de risco e os mecanismos de manutenção do TARE não são bem documentados; as abordagens de tratamento predominantes são baseadas na experiência clínica e não em dados científicos (THOMAS *et al.*, 2017). Assim, algumas evidências apontam para o fato de que pessoas com TARE possuem significativamente mais antecedentes em seus históricos clínicos e psiquiátricos; alguns fatores que podem ser de risco nesta condição, envolvem sintomas gastrointestinais que são as comorbidades médicas mais comumente relatadas (REILLY *et al.*, 2019; ZICKGRAF *et al.*, 2019). Quanto a questões psiquiátricas, há maior taxa de comorbidade para transtornos de ansiedade, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade e transtorno obsessivo-compulsivo (BECKER *et al.*, 2019).

Quanto à AN, esta condição envolve a restrição persistente da ingestão calórica, medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso e perturbação na percepção do próprio

peso ou da própria forma (APA, 2022). Em relação aos fatores de risco, o perfeccionismo e a autoavaliação negativa sobre o próprio corpo parecem ser antecedentes comuns (FAIRBURN *et al.*, 1999).

De igual modo, as preocupações com peso e forma, também, são fatores identificados no ano anterior ao início da sintomatologia da AN (PIKE *et al.*, 2008). Outros fatores de risco incluem obesidade infantil, sexo feminino, transtornos de humor, traços de personalidade (impulsividade e perfeccionismo), abuso sexual ou preocupações relacionadas ao peso de ambientes familiares ou de pares (LEVINSON *et al.*, 2019; NAGATA *et al.*, 2018; SACCO; KELLEY, 2018).

A BN, por sua vez, em termos de critérios diagnósticos, apresenta três aspectos centrais: episódios recorrentes de compulsão alimentar, comportamentos compensatórios inapropriados frequentes para evitar o ganho de peso, assim como uma autoavaliação indevidamente impactada pela forma e pelo peso corporal (APA, 2022). Em termos de fatores de risco, em artigo de revisão recente, realizada por Solmi *et al.* (2021), os autores sumarizaram os principais resultados de um conjunto de meta análises. Eles observaram que a vitimização por provocação relacionada à aparência é um fator de risco para qualquer TA, ao passo que os abusos emocionais e físicos e, sobretudo, os sexuais mostraram evidências altamente sugestivas como fator de risco para BN.

No estudo de Ruchkin *et al.* (2021), alguns fatores apresentaram as seguintes variáveis a saber, estresse pós-traumático, sintomas somáticos e depressivos; quando se consideram os sintomas psiquiátricos predisponentes, bem como as experiências traumáticas passadas visto que têm sido consideradas fatores de risco significativos (BREWERTON, 2015).

Ademais, há o TA denominado TCA. Este tem como característica central a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar ocorrendo, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses. Como dito anteriormente, o TCA pode ser explicado por inúmeros fatores: psicológicos, sociais, culturais e biológicos. Alguns dos fatores de risco para o TCA incluem: obesidade infantil, perda da alimentação controlada na infância, perfeccionismo, problemas de conduta, abuso de substâncias, preocupações com o peso da família e problemas alimentares, conflitos familiares e problemas parentais, psicopatologia parental, abuso físico e sexual, e deficiência de saúde mental (HILBERT, 2019). Ainda, outros fatores abrangem o envolvimento de genes de receptores de opioides Mu (*Mu-opioid*) e de

receptores de dopamina (por exemplo, DRD2), percepção da imagem corporal distorcida e alteração da microbiota intestinal (RAEVUORI *et al.*, 2016).

Em suma, como observado, inúmeros fatores de risco convergem na predição dos TAs de modo geral. Por exemplo, Culbert *et al.* (2015) realizaram uma revisão das variáveis biopsicossociais implicadas nos TAs. Os autores identificaram que fatores socioculturais (isto é, internalização ideal de magreza, expectativas de magreza), assim como variáveis intra-individuais, como a personalidade (ou seja, perfeccionismo, emocionalidade negativa, urgência negativa) são importantes fatores de risco para o aparecimento de TAs. Ainda, outras variáveis foram identificadas como correlatas da prevalência de TAs, tais como influências hormonais, funcionamento neurocognitivo e fatores neurobiológicos. Já Pearson *et al.* (2015) propuseram um modelo de psicopatologia de TA, abrangendo um modelo de risco e manutenção de BN que enfatiza as interações entre fatores estáveis (isto é, traços; a saber, urgência negativa) e fatores orientados ao estado (por exemplo, esgotamento do autocontrole).

De igual modo, a literatura aponta para a existência de fatores de proteção para os TAs. O fato é que, majoritariamente, a literatura sobre TAs enfatiza a redução de fatores de risco e não os possíveis elementos individuais e ou sociais que, por sua vez, podem operar enquanto fatores de proteção (SHISSLAK; CRAGO, 2001). Entretanto, a abordagem de fatores de proteção pode ser convertida em uma abordagem mais eficaz (LEVINE; SMOLAK, 2016).

Em termos conceituais, um fator de proteção implica em uma característica que pode ser biológica, psicológica, familiar ou comunitário/grupal e que se associa a uma menor probabilidade de desfechos problemáticos ou que atenua o impacto negativo de um fator de risco nos resultados de uma dada condição desadaptativa (O'CONNELL *et al.*, 2009).

Em outras palavras, um dos fatores de proteção frente aos TAs pode ser as habilidades sociais. Tal resultado foi encontrado na revisão de Uzunian e Vitalle (2015), observando-se que quanto maior o repertório de habilidades sociais dos adolescentes, maior o fator de proteção contra o desenvolvimento de TAs. Só para exemplificar, o desenvolvimento de habilidades sociais pode atenuar comportamentos de risco à saúde, uma vez que permite ao adolescente decidir por si mesmo, assim como discordar de grupos ou da sociedade em momentos de

pressão, por exemplo, das influências exercidas na imagem corporal considerada ideal (SILVA; MURTA, 2009).

De fato, estudos recentes replicam essas predições evidenciando, por exemplo, que o medo da avaliação negativa prediz sintomas de TAs, sendo tais associações parcialmente mediadas pela percepção de falta de competência social (CARDI *et al.*, 2018). Outros possíveis fatores de proteção descritos na literatura envolvem: viver em culturas menos ocidentalizadas, pertencer a uma família que não enfatiza o peso e nem os padrões corporais estabelecidos de formas corporais específicas (NATIONAL EATING DISORDERS COLLABORATION, 2018).

Outra variável protetiva dos TAs é a autocompaixão que serve como proteção para psicopatologias em geral. De forma específica, a variável apresenta esta função na medida em que possui os componentes que serão descritos a seguir, a saber: assume que o sofrimento é inevitável e é comum às pessoas, predispõe a aceitação ao invés de superidentificação com o sofrimento, e a capacidade do indivíduo contextualizar suas experiências e aceitar erros com menor autocrítica (NEFF, 2003).

Nessa direção, uma revisão mostrou que os achados em vários desenhos de estudo vincularam consistentemente a autocompaixão a níveis mais baixos de patologia alimentar e esta, por sua vez, foi implicada como um fator de proteção contra a imagem corporal negativa e patologia alimentar, com pequenas exceções (BRAUN *et al.*, 2016).

Por fim, outra variável individual que opera enquanto um importante fator de proteção para os TAs, é a apreciação corporal (*body appreciation*: respeito, aceitação e opiniões favoráveis de um indivíduo em relação ao seu corpo; ARGYRIDES, 2019). Por exemplo, Argyrides *et al.* (2020) objetivaram identificar potenciais fatores de risco psicossocial e de proteção que contribuem para TAs em adolescentes e observar diferenças entre os sexos. Os resultados do estudo ratificaram fortemente a importância deste construto como um fator protetor significativo para meninos e meninas. Os achados, ainda, implicaram que a apreciação corporal pode ser um fator de proteção mais robusto do que a autoestima global em adolescentes.

Finalmente, algumas considerações sobre a identificação de fatores de risco e proteção são importantes. Primeiramente, existem recomendações, em estudos recentes, da necessidade de estudos de coorte prospectivos em rede, colaborativos,

para identificar fatores de risco para os TAs; em segundo lugar, a falta de evidências claras que apoiem a identificação de fatores de risco para os TAs, especialmente para AN, é altamente relevante à luz da necessidade de detecção precoce de TAs como um componente crucial para melhorar a eficácia do tratamento de tais condições clínicas (SOLMI *et al.*, 2021).

Ademais, tanto os fatores de risco quanto os de proteção para os TAs documentados na literatura como apoio/conexão de/com familiares, podem não ser específicos para problemas alimentares e, assim, seriam responsáveis pelo desenvolvimento adaptativo geral e uma série de desfechos positivos. Fatores no ambiente familiar em torno da alimentação (por exemplo, alimentação, refeições familiares frequentes, comentários sobre peso) podem ser mais específicos para os TAs; imprecisões metodológicas empregadas afetam a capacidade de se fazer inferências sobre a especificidade dos fatores de risco e proteção (LANGDON-DALY; SERPELL, 2017).

O reconhecimento oportuno desses fatores é vital para estratégias de prevenção e intervenção precoces. Para tanto, após compreender os aspectos relativos à redução dos fatores de risco, bem como os fatores de proteção, dado que subgrupos de população LGBTQIA+ estão em maior risco de desenvolvimento de comportamentos alimentares transtornados e TAs comparados aos seus pares heterossexuais e cisgêneros, no próximo tópico serão apresentados de maneira específica os transtornos alimentares em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais (RUCHKIN *et al.*, 2021).

3.4 TRANSTORNOS ALIMENTARES EM HOMENS ADULTOS CISGÊNEROS GAYS E BISSEXUAIS

Historicamente, os TAs foram primeiramente descritos em mulheres caucasianas oriundas, geograficamente, da Europa Ocidental e América do Norte, levando à suposição de que características específicas dessas culturas poderiam ser cruciais para o desenvolvimento de um dado TA (PIKE *et al.*, 2014).

Décadas após o surgimento dos TAs na cultura ocidental, casos destes transtornos foram identificados em todas as culturas em uma extensão variável, principalmente com taxas de incidência crescentes nos últimos anos de forma global (GALMICHE *et al.*, 2019; HOEK, 2014; QIAN *et al.*, 2022).

Embora nos últimos anos tenha se observado uma série de avanços empíricos e clínicos frente aos TAs, como por exemplo, a publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, em sua quinta versão (DSM-5, texto revisado; APA 2022), ainda há importantes lacunas no entendimento desses transtornos. Por exemplo, os estudos que permitiram a classificação dos TAs são largamente baseados em amostras de adolescentes e ou adultos jovens brancos de nações ocidentais industrializadas, apesar de os TAs não estarem restritos a esses grupos.

A falta de diversidade nas amostras pode limitar a generalização e a utilidade das classificações dos TAs usados para caracterizar TAs em pessoas de culturas não ocidentais e de grupos étnicos/raciais minoritários (GORDON *et al.*, 2019). Por exemplo, concretamente, apenas recentemente, tem se observado estudos empíricos direcionados aos TAs em homens e meninos de minorias sexuais, ou seja, indivíduos que se identificam como gays, bissexuais ou qualquer outra identidade sexual não heterossexual, bem como homens e meninos que sentem atração e ou se envolvem em comportamento sexual com outros homens (CONVERTINO *et al.*, 2021).

O fato é que estudos recentes já demonstram que as minorias sexuais e de gênero, quando relacionadas aos TAs, apresentam preocupações singulares com relação à alimentação desordenada e à imagem corporal (NAGATA *et al.*, 2020c). Por consequência, os dados empíricos encontrados levantaram a necessidade de modelos teóricos para interpretação a respeito da especificidade deste fenômeno nestas populações (CONVERTINO *et al.*, 2021).

Até o presente momento três teorias podem ser mencionadas a fim de explicar o desenvolvimento e a manutenção da patologia alimentar em homens e meninos de minorias sexuais, a saber:

- a) a teoria sociocultural de estudos de imagem corporal e do comer transtornado (mais especificamente o modelo de influência dos três fatores, do original *tripartite influence model*; THOMPSON *et al.*, 1999);
- b) a teoria da objetificação (FREDRICKSON; ROBERTS, 1997);
- c) e a teoria do estresse da minoria sexual (MEYER, 1995, 2003).

As duas primeiras teorias foram testadas pela primeira vez em mulheres heterossexuais, enquanto que a última foi testada na população de minorias sexuais. Independente do público alvo, a teoria foi idealizada com o intuito de explicar a

patologia alimentar aumentada. Dentro dessa perspectiva, tornar-se importante entender o conceito de teoria.

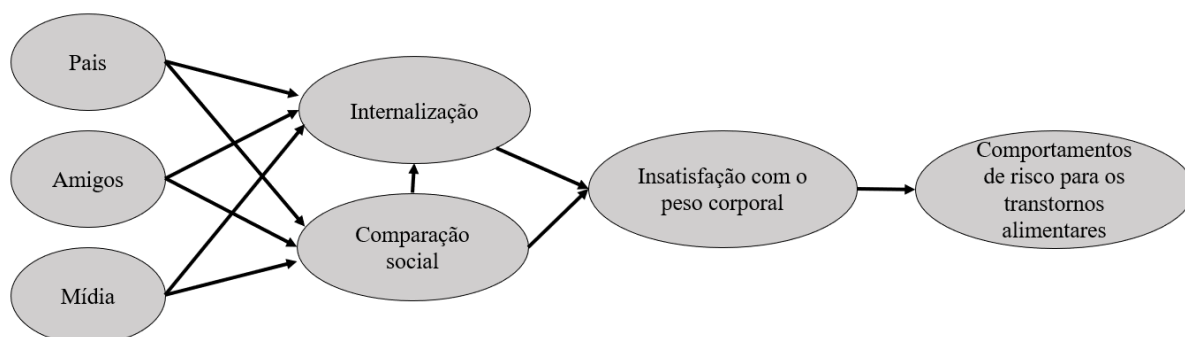
A teoria fundamenta a pesquisa científica podendo ser compreendida como um conjunto de princípios essenciais de uma ciência (HAIR *et al.*, 2009). Assim, para o melhor do nosso conhecimento, torna-se importante destacar aspectos conceituais e teóricos que permitirão compreender de maneira adequada cada hipótese. Sendo assim, as especificidades de cada teoria serão discutidas a seguir.

Em primeiro lugar, optou-se por discorrer sobre a teoria sociocultural de estudos de imagem corporal e do comer transtornado. Essa é uma das teorias mais utilizadas em estudos em imagem corporal e postula que os indivíduos de uma determinada sociedade enaltecem características da aparência corporal que são facilmente propagados para as pessoas por meio de muitos veículos de comunicação (THOMPSON *et al.*, 1999).

Tal teoria deu subsídios para que Thompson *et al.* (1999) desenvolvessem um modelo teórico denominado de modelo de influência dos três fatores que buscou avaliar fatores de risco relacionados à insatisfação corporal, bem como sintomas de bulimia em mulheres. O modelo assume que a família, os pares e a mídia podem agir como influenciadores com relação à imagem corporal e o comportamento alimentar. Assim, indivíduos podem comunicar mensagens sobre o corpo ideal para outras pessoas que poderão internalizar um ideal corporal e adicionalmente, comparar socialmente o seu corpo com o corpo de outras pessoas (THOMPSON *et al.*, 1999).

Ainda de acordo com a modelo de influência dos três fatores (Figura 1), a influência dos fatores socioculturais (pais, amigos e mídia) pode direcionar a pessoa para comportamentos de internalização de um ideal corporal e comparação social do corpo. Em conjunto, essas duas variáveis, podem levar a pessoa a desenvolver a insatisfação com o peso corporal. Assim, a última variável pode fazer com que a pessoa apresente comportamentos de risco para os TAs (THOMPSON *et al.*, 1999).

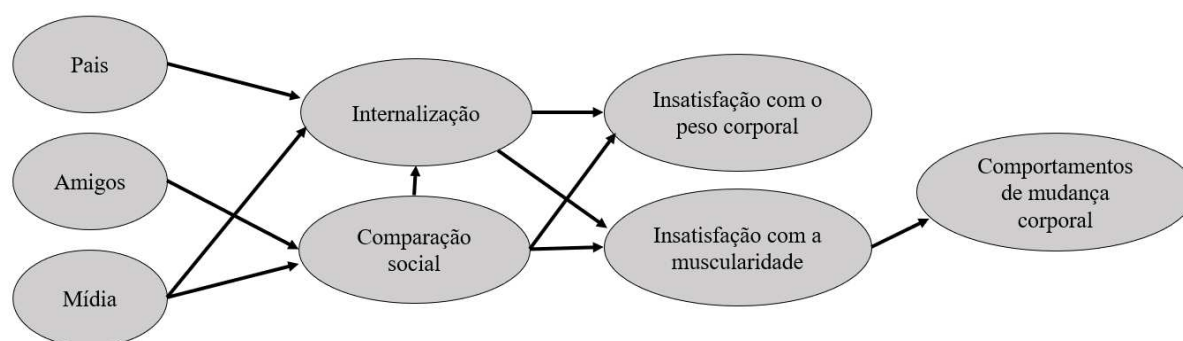
Figura 1 – Modelo de influência dos três fatores para mulheres



Fonte: Adaptado de Thompson *et al.* (1999). Tradução: Almeida (2020).

Corroborando com esses achados, no Brasil, Carvalho (2016), conduziu um estudo com o objetivo de adaptar e avaliar o modelo de influência dos três fatores para jovens adultos brasileiros. A pesquisa revelou que os pais influenciaram na variável de internalização de um ideal corporal, os amigos influenciaram na comparação social do corpo, enquanto a mídia apresentou associação com as variáveis de internalização de um ideal corporal e comparação social do corpo. O modelo final proposto por Carvalho (2016) pode ser verificado na Figura 2.

Figura 2 – Modelo de influência dos três fatores para homens brasileiros



Fonte: Adaptado de Carvalho (2016).

Considerando os avanços nos estudos sobre essa temática, pesquisadores identificaram por meio de um estudo realizado no Brasil com 707 homens, jovens universitários em regiões distintas do país, que as variáveis de internalização de um ideal corporal e comparação social do corpo estão intrinsicamente associadas com a insatisfação com a muscularidade e insatisfação corporal. Ademais, a insatisfação com a muscularidade apresentou associação com comportamentos de mudança corporal (CARVALHO; FERREIRA, 2020). Ocorre que estudos conduzidos sobre o modelo de influência dos três fatores em homens brasileiros não avaliou características amostrais como a identidade sexual ou de gênero, limitando a interpretação deste modelo teórico para homens gays e bissexuais.

Nessa perspectiva, o estudo de Tylka e Andorra (2012) foi promissor ao desenvolver uma pesquisa no qual os autores buscaram compreender se as

experiências de homens gays seriam representadas por meio do modelo teórico dos três fatores em uma versão expandida, na qual consideraram um quarto fator (par romântico). Todavia, para o melhor do nosso conhecimento, importa citar que a expansão da teoria foi constituída pela adição de parceiros, bem como o envolvimento com o grupo gay com destaque para a influência social e insatisfação com a muscularidade e com a gordura corporal. Esses fatores favorecem a adoção de comportamentos orientados para a muscularidade assim como comportamentos alimentares desordenados. Dessa maneira, a pesquisa contou com a participação de 346 homens gays, com idade entre 18 e 58 anos, a maioria solteira, identificada como branca, sendo alunos de graduação. A amostra foi composta principalmente por participantes dos EUA, ademais, também houve participantes que declararam residir em outros países a saber, Canadá e Reino Unido.

Os resultados do estudo demonstraram que a versão expandida do modelo teórico dos três fatores é capaz de representar de maneira adequada as experiências dos homens gays (TYLKA; ANDORKA, 2012), com os caminhos da imagem corporal dual e os vínculos mediacionais apoiados na teoria original dos três fatores. Houve interdependência entre a insatisfação com a muscularidade e com a gordura corporal. Essa interdependência propõe que essas duas variáveis podem estar mais direcionadas para homens gays, pois representa um ideal mesomórfico mais homogêneo para essa população se comparado aos achados para homens heterossexuais (TYLKA; ANDORKA, 2012). Por consequência, a insatisfação com o próprio corpo levará, então, alguns indivíduos a se engajarem em comportamentos alimentares desordenados para atingir um ideal corporal presente em um determinado contexto cultural na sociedade.

A segunda teoria de interesse é a teoria da objetificação. Essa assume que as mulheres, por meio de repetidas experiências de redução do valor de seu corpo ou partes deste, aprendem a internalizar e perpetuar o ponto de vista externo sobre si mesmas (FREDRICKSON; ROBERTS, 1997). Aqui, é importante compreender como as teorias atuais de patologia alimentar podem incluir influências específicas relevantes para homens e meninos de minorias sexuais (CONVERTINO *et al.*, 2021). Ou melhor, os padrões de beleza para os homens se tornaram crescentemente inatingíveis e o aumento do escrutínio corporal aos quais as mulheres estão sujeitas também pode ser observado em homens.

Já se observam evidências de que, por exemplo, homens gays experimentam objetificação em taxas semelhantes às mulheres heterossexuais (ENGELN-MADDOX *et al.*, 2011) e demonstram uma tendência maior de objetificar a si mesmos e a outros homens em comparação com homens heterossexuais (KOZAK *et al.*, 2009). Apesar disso, estudos metanalíticos demonstram que ainda há lacunas na literatura frente ao papel da objetificação e TAs em homens e minorias étnicas e sexuais (SCHAEFER; THOMPSON, 2018).

Por fim, a teoria do estresse da minoria sexual propõe que homens e meninos de minorias sexuais são submetidos ao estresse crônico com base em sua orientação sexual em uma sociedade heterossexista que leva a maiores tendências de doenças físicas e mentais (MEYER, 1995).

Em termos de classificação, os estressores podem ser os distais (discriminação direta e vitimização) e aqueles proximais (homofobia internalizada, ocultação de identidade sexual, dentre outros; MEYER, 2003). Estudos empíricos testaram o efeito preditor destes estressores tendo como variável de desfecho as desordens alimentares em minorias sexuais. Por exemplo, alguns estudos mostraram que a homofobia internalizada está associada aos TAs (WISEMAN; MORADI, 2010). Entretanto, os resultados de estudos da influência de estressores específicos de minorias sexuais nos TAs têm sido ambíguos, havendo ainda a escassez de dados longitudinais, por exemplo, analisando quais os estressores proximais ou distais predizem o desenvolvimento de patologias alimentares (CONVERTINO *et al.*, 2021).

Na presente pesquisa, entende-se como prevalência a proporção de um grupo de pessoas, neste caso, homens cisgêneros gays e bissexuais, que apresentam uma condição de saúde aqui definida como TAs (FLETCHER, 2014). Para melhor compreensão em relação à prevalência desses transtornos nessa população, as taxas de prevalência referente a essas condições serão discutidas nesse capítulo.

Autores argumentam que durante décadas já vem sendo discutida na literatura a relação entre a orientação sexual e sintomas de TAs na população de adolescentes e adultos do sexo masculino. Ademais, os pesquisadores destacaram que pode haver um aumento da prevalência em uma diversidade de sintomas de TAs em garotos que afirmaram identidade gay e bissexual, referindo maior

insatisfação corporal quando comparados com garotos de identidade heterossexual (GORRELL; MURRAY, 2019; WATSON *et al.*, 2017).

Dentro da população de minorias sexuais, grupos minoritários, por exemplo, de homens cisgêneros gays e bissexuais têm sido negligenciados dado que existem poucos estudos sobre a prevalência de TAs nessa população (APPOLINARIO *et al.*; 2021). Pesquisas consistentes enfatizam que homens gays e bissexuais correm maior risco de desenvolver algum tipo de TA em comparação com seus pares heterossexuais (APPOLINARIO *et al.*; 2021; DIEMER *et al.*, 2015; GORDON *et al.*, 2019).

Partindo desse pressuposto, pesquisadores ressaltam que 2,06% dos homens cisgêneros de minorias sexuais relataram apresentar TA no ano anterior enquanto 0,55% dos homens de identidade cisgêneros heterossexuais relataram ter tido um TA no ano anterior (DIEMER *et al.*, 2015). Outrossim, homens cisgêneros gays e bissexuais relataram apresentar maior objetificação e comparação social baseada na aparência do que homens cisgêneros heterossexuais (FREDERICK; ESSAYLI, 2016).

Mais recentemente, Appolinario *et al.* (2021) destacaram que evidências científicas apontam que a população de adolescentes e homens adultos gays estão mais expostos a desenvolverem TAs bem como comportamentos alimentares transtornados em comparação a homens cisgêneros heterossexuais. Adicionalmente, outros autores destacaram que homens cisgêneros adultos gays endossaram uma maior porcentagem de sintomas de TA (14%) em comparação aos homens cisgêneros heterossexuais (BELL *et al.*, 2019).

Estudos sobre os TAs em homens bissexuais são ainda mais limitados. Pesquisas sobre a bissexualidade e comportamento alimentar, indicam que pode haver uma maior incidência de comportamento alimentar transtornado em pessoas com identidade bissexual, podendo inferir que indivíduos bissexuais parecem apresentar maiores taxas de TAs quando comparado com homens heterossexuais (PARKER; HARRIGER, 2020). Ademais, estudos revelam que homens adultos bissexuais podem apresentar aumento da compulsão alimentar, da purgação bem como outros comportamentos alimentares transtornados com seus pares heterossexuais (SIMONE *et al.*, 2020).

Sob essa ótica, em relação a prevalência dos TAs na população alvo do estudo, buscando compreender os sintomas de TAs em adolescentes e homens

gays, pesquisadores no cenário internacional, puderam constatar por meio de estudos prévios que houve aumento da prevalência em amostras universitárias em homens com identidades gays e bissexuais em comparação aos homens heterossexuais (DIEMER *et al.*, 2015; WATSON *et al.*, 2017).

Importa citar que há uma escassez de pesquisas que avaliam a prevalência de TAs utilizando a avaliação clínica diagnóstica. Comumente se observa o uso de instrumentos de autorrelato e rastreio de TAs. Entretanto, o estudo de Parker (2022) encontrou elevadas taxas de prevalência de TAs ao decurso da vida em homens cisgêneros gays e bissexuais em comparação aos homens cisgêneros heterossexuais (por exemplo, qualquer TA em gays e bissexuais apresentou 8,8% em relação aos homens heterossexuais que foi 1,5%; para NA em gays e bissexuais o resultado foi de 1% quando comparado com heterossexuais que apresentou 0%; Transtorno como a BN por exemplo, atingiu 6,2% dos gays e bissexuais em relação a 0% de homens heterossexuais. Já o TCA acometeu 5,2% dos homens gays e bissexuais em relação 1,5% dos homens heterossexuais; KAMODY *et al.*, 2020).

Em consenso com o raciocínio anterior, com relação à prevalência dos TAs, torna-se importante compreender os fatores de risco para o desenvolvimento desses transtornos. Recentemente, os autores Parker e Harriger (2020) conduziram um estudo com o objetivo de revisar a literatura sobre os TAs e comportamentos alimentares transtornados em adultos e adolescentes gays e bissexuais em comparação com seus pares heterossexuais. Os resultados suportam que pessoas com identidades diferentes de heterossexual estão mais vulneráveis para o desenvolvimento de TAs. Ademais, minorias sexuais e de gênero é uma população marginalizada podendo ser facilmente afetada pelos TAs bem como os comportamentos alimentares transtornados (PARKER; HARRIGER, 2020).

Ainda que alguns modelos etiológicos para compreensão do desenvolvimento e manutenção dos TAs sejam equivalentes entre homens e meninos de minorias sexuais em comparação com mulheres e meninas heterossexuais, sugere-se que influências específicas de minorias sexuais (por exemplo, homofobia internalizada e ocultação de orientação sexual) podem colaborar para o entendimento sobre os TAs em minorias sexuais e de gênero (CONVERTINO *et al.* 2021).

Além disso, pesquisadores apontam que ser homem cisgênero gay é um fator de risco específico que predispõe o indivíduo a um maior risco para ser diagnosticado com algum tipo de TA com relação aos seus pares heterossexuais

(HAZZARD *et al.*, 2020; PARKER; HARRIGER, 2020). Ademais, em comparação aos homens heterossexuais, pesquisadores identificaram que homens cisgêneros gays afirmaram realizar frequentemente dietas com maior restrição alimentar, dificuldade em relação ao controle do comportamento alimentar, assim como aumento em relação a ocorrência de compulsão alimentar (PARKER; HARRIGER, 2020).

Outra população específica com risco considerável para o desenvolvimento dos TAs são os adolescentes do sexo masculino com identidade definida como bissexuais. Esses indivíduos estão mais predispostos a realizarem jejum, fazer uso de medicamentos anorexígenos, assim como apresentar comportamento recorrente de purgação para influenciar o peso e ou a forma do corpo (WATSON *et al.*, 2018). Nesse sentido, destaca-se também que homens adultos bissexuais estão mais inclinados a adotarem atitudes não saudáveis para controlar o peso. Um aspecto que merece atenção é que na comparação com homens heterossexuais, e até mesmo com gays, os homens com identidade bissexual, apresentaram maior predisposição para se envolverem em comportamentos não saudáveis (VANKIM *et al.*, 2016).

No cenário clínico, a insatisfação corporal tem ganhado destaque, pois acredita-se que homens cisgêneros gays e bissexuais são mais propensos a desenvolver insatisfação corporal em comparação aos seus pares heterossexuais (BROWN; KEEL, 2015; CALZO *et al.*, 2017; LASKA *et al.*, 2015). Por consequência, estudo de base populacional identificou que homens cisgêneros gays e bissexuais são mais propensos a adotar comportamentos de risco para os TAs em comparação aos seus pares heterossexuais (LASKA *et al.*, 2015).

É importante lembrar que essa disparidade tem sido atribuída a diversos fatores, destacando-se a teoria da objetificação sexual. Essa hipótese destaca que os indivíduos são aculturados a internalizar uma perspectiva de observador em relação ao seu físico. Essa internalização pode levar ao monitoramento corporal constante, aumentando a vergonha e ansiedade, reduzindo o estado motivacional e a consciência emocional interna (FREDRICKSON; ROBERTS, 1997).

Por outro lado, vários pesquisadores ressaltam que outros fatores de risco estão associados a essa população tal como: comportamentos alimentares desordenados, preconceito e estigma, estresse (GRUNEWALD *et al.*, 2021; NAGATA *et al.*, 2020), depressão, ansiedade, tentativas de suicídio e abuso de

drogas (PLÖDERL; TREMBLAY, 2015). Ademais, pode-se destacar os estressores minoritários (por exemplo, assédio e discriminação) como parte de ser um grupo estigmatizado e pressões (sub)culturais para alcançar um ideal de corpo musculoso dentro da comunidade masculina gay e bissexual (CONVERTINO *et al.*, 2021).

No Brasil, homens gays e bissexuais também sofrem com o estresse das minorias, vivenciando fenômenos que vão do preconceito, discriminação à vitimização. Assim, ao vivenciar tais experiências, além de ter que conviver constantemente com o estresse diário, a saúde mental dos indivíduos será prejudicada (TERRA *et al.*, 2022).

Ressalta-se que no Brasil, principalmente no campo da saúde, o estresse das minorias tem afetado um número maior de pessoas e pode causar sofrimento, bem como atitudes e pensamentos sociais negativos. Nessa perspectiva, optar por suprimir a orientação sexual na tentativa de se proteger pode ser prejudicial ao indivíduo e aumentar o estresse internalizado. Além disso, o atual cenário nacional configurado por uma sociedade heteronormativa, composta por membros do governo, incita à exposição de pensamentos violentos direcionados a homens cisgêneros gays e bissexuais. Nesse contexto, a limitação de recursos financeiros para a saúde, associada às desigualdades sociais, exclui ainda mais os indivíduos em situação de vulnerabilidade (CIASCA *et al.*, 2021).

Dentre as preocupações com a saúde mental das minorias sexuais masculinas, destaca-se os TAs (CALZO *et al.*, 2017; KAMODY *et al.*, 2020; LASKA *et al.*, 2015; PARKER; HARRIGER, 2020). Estas psicopatologias têm sido associadas à elevada internalização da aparência ideal (LEGENBAUER *et al.*, 2009) e auto-objetificação corporal (KOZAK *et al.*, 2009), baixa apreciação corporal (GUEST *et al.*, 2019), ao desejo de alcançar um corpo musculoso idealizado (CAMPANA *et al.*, 2013; KLIMEK *et al.*, 2021), à presença de insatisfação corporal (SOULLIARD; VANDER WAL, 2019) e estresse (GRUNEWALD *et al.*, 2021).

Avançando no entendimento, em face aos fatores de risco citados anteriormente, pesquisadores começaram a se atentar em relação aos fatores de proteção para o desenvolvimento dos TAs. Ainda é importante considerar que intervenções preventivas próprias para essa população devem ser desenvolvidas ou adaptadas de acordo com as diferentes realidades conforme a cultura local (ALMEIDA, 2020).

A partir desse contexto, com a finalidade de prevenir os fatores de risco para os TAs em homens cisgêneros gays, Brown e Keel (2015) desenvolveram o *PRIDE Body Project*. Desse modo, pode ser interessante adaptar e implementar o programa no Brasil com a finalidade de proteger principalmente homens cisgêneros gays e bissexuais para evitar o desenvolvimento de TAs nessa população que por vezes tem sido negligenciada em nossa sociedade (CIASCA *et al.*, 2021).

4 MÉTODO

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

4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa metodológica mista e sequencial, com enfoque psicométrico, que objetivou reunir evidências de validade e confiabilidade da versão em português do instrumento EDE-Q para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais do Brasil. O método misto é aquele que combina métodos qualitativos e quantitativos. Já o termo “sequencial” caracteriza o fato de que estes métodos são realizados em sequência (THOMAS *et al.*, 2012), em dois momentos distintos e ordenados pelo tempo, havendo interdependência entre estes (CHIANG-HANISKO *et al.*, 2016).

Assim, o presente estudo possui o desenho misto sequencial, de modo que a primeira etapa se refere ao método qualitativo, caracterizada pelas fases de análise de adequação semântica e de pertinência do instrumento para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais do Brasil. Na sequência adota-se o método quantitativo, etapa na qual foi realizada a análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC), bem como as análises de validade convergente e confiabilidade (THOMAS *et al.*, 2012).

Considerando que o instrumento já se encontra adaptado transculturalmente para o país (MOSER *et al.*, 2020), não houve a necessidade de executar todas as etapas de adaptação transcultural de instrumentos de medida conforme descrito por Beaton *et al.* (2000). Revisões semânticas e análise de pertinência foram realizadas de modo a verificar se algum termo seria mais bem ajustado para a população de homens gays e bissexuais.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com 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 A). Destaca-se que todos os procedimentos estão de acordo com a Declaração de Helsinki, e com as Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, bem como da Norma Operacional nº 001/2013. Ademais, de modo prévio ao início da pesquisa foi realizado contato por e-mail com os autores da versão original do instrumento; a resposta dos autores aos e-mails enviados está descrita nos procedimentos (APÊNDICE A).

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, bem como o caráter voluntário. Também foi assegurado o caráter de anonimato das informações cedidas e que eles poderiam abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem penalidades ou quaisquer danos a eles, dando assim, anuência em participar de maneira espontânea, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B).

Considerando que a presente pesquisa pode acarretar danos mínimos aos participantes, estes foram alertados sobre os riscos no TCLE. Foram descritos riscos de origem psicológica ou emocional para situações em que o participante apresente possibilidade de constrangimento ao responder ao questionário, desconforto, cansaço ao responder às questões e probabilidade de quebra de sigilo. Destaca-se que o estudo atende os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018, legislação brasileira que regula as atividades de tratamento de dados pessoais. Reforça-se que nenhum participante foi remunerado ou recebeu qualquer incentivo à participação.

A presente pesquisa faz parte de um estudo maior de modo que ao final de cada etapa concluída, os resultados serão apresentados para os participantes. Pode ser importante encaminhar para a população alvo do estudo os resultados do trabalho em formato de síntese contendo ilustrações para que todos possam compreender adequadamente os resultados da pesquisa.

4.3 AMOSTRA

Participaram do estudo homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros, com idade entre 18 e 50 anos. Os participantes foram recrutados por meio de anúncios divulgados em redes sociais (por exemplo: Instagram®, Facebook®, Twitter®, LinkedIn®, WhatsApp®, comunidades, fóruns *on-line*, envio

de e-mails para instituições de ensino com objetivo de solicitar apoio na divulgação da pesquisa). Ademais, a divulgação da pesquisa também ocorreu por meio de afixação de cartazes em serviços de saúde que prestam atendimento para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais.

Para estimar o número de participantes, levou-se em consideração as orientações da literatura específica na avaliação da validade e confiabilidade de instrumentos de medida em saúde (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009; MORGADO *et al.*, 2017; SWAMI, BARRON, 2019). Autores têm destacado a necessidade de no mínimo dez participantes para cada item/parâmetro do modelo a ser mensurado, tanto na AFE, quanto na AFC (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009; MORGADO *et al.*, 2017).

Considerando que o instrumento EDE-Q, possui 22 itens distribuídos em quatro fatores (FAIRBURN; BEGLIN, 1994), é necessária participação de no mínimo 220 homens adultos cisgêneros gays e bissexuais na etapa de AFE e o mesmo quantitativo de participantes para a segunda etapa, ou seja, AFC. Logo, a amostra mínima para condução das análises de validade do EDE-Q foi estimada em 440 participantes.

A esse valor foi acrescida uma taxa de 30% para fins de perda amostral. Logo a amostra final totaliza 572 participantes. Cabe ressaltar que no presente estudo a coleta de dados não foi finalizada após atingir o número amostral mínimo. Foi estipulado um período de três meses para a coleta de dados, período no qual o questionário estava disponível.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa adultos do sexo masculino, auto identificados como homens cisgêneros gays ou bissexuais, brasileiros, com idade entre 18 anos e até o limite de 50 anos de idade. Vide o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e o Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013). Para tanto, considerou-se também participantes de qualquer cor, raça ou etnia e que optaram pela participação voluntária no estudo após terem realizado a leitura do TCLE.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra os sujeitos que por algum motivo participaram da pesquisa, mas não se identificaram enquanto homens cisgêneros gays ou bissexuais. Também foram excluídos indivíduos que solicitaram o encerramento de sua participação na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida e, ainda, os participantes que solicitaram expressamente a não utilização de seus dados foram excluídos.

4.4 PROCEDIMENTOS

Abaixo são descritos os procedimentos adotados para a execução da pesquisa. No primeiro momento foram realizados contatos via e-mails com os autores da versão original do instrumento, na ocasião solicitou-se autorização destes para realização da adaptação transcultural e análise do EDE-Q (BEATON *et al.*, 2000). Os retornos, via e-mail, informaram que o EDE-Q já havia sido traduzido para o português do Brasil. As respostas dos autores aos e-mails enviados, são apresentadas no ANEXO A. Na oportunidade verificou-se que o questionário não teve suas propriedades psicométricas avaliadas para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais do Brasil, ou seja, não foram verificadas evidências psicométricas que corroborem a adaptação desta ao Brasil.

Inicialmente se deu a adequação semântica do instrumento, no qual se visitou uma universidade federal e na ocasião dois homens adultos cisgêneros gays foram convidados de maneira aleatória para avaliarem se os itens do questionário estavam dispostos de forma clara e compreensiva. Além disso, buscou-se investigar se o instrumento era pertinente para a população-alvo. Não obstante, o questionário foi disponibilizado *on-line*, por meio do aplicativo de gerenciamento de pesquisas intitulado *Google Forms* para elaboração do protocolo de coleta. Após o gerenciamento do questionário *on-line*, procedeu-se com a divulgação da pesquisa por meio de redes sociais e afixação de cartazes em locais estratégicos, como apresentado anteriormente.

Ademais, os pesquisadores estabeleceram contato com associações regionais que integram a população de homens adultos cisgêneros gays e bissexuais, de modo que os associados também foram convidados a participarem da

pesquisa. Para tanto, cartazes contendo texto-convite para divulgação com QR *code* foram afixados em serviços de saúde, instituições de ensino, academias e casas noturnas. De igual modo, *folders* foram deixados nas recepções dos respectivos serviços para retirada por parte dos interessados. As pessoas que manifestaram o desejo de colaborar com a pesquisa, autorizaram a sua participação ao assinalar a concordância após leitura do TCLE, ocasião na qual responderam ao questionário da pesquisa de modo virtual. Para evitar um possível viés de respostas e visando controlar os efeitos de ordem, foram criados protocolos de coleta de dados distintos, constando de diferente ordenamento dos instrumentos.

Em um segundo momento, denominado “reteste”, o protocolo de coleta foi composto pelo TCLE, questionário sociodemográfico, e instrumento EDE-Q. Para proceder a coleta, de posse dos dados colhidos previamente, respeitando o intervalo de 15 dias, realizou-se novo contato com todos os participantes que haviam respondido anteriormente o protocolo de coleta sendo que inicialmente foi utilizada abordagem interativa para gerar engajamento. A seguir, o respondente foi informado que a pesquisa estava em nova fase sendo necessário e importante responder novamente o questionário. Dessa forma, recrutaram-se os participantes por meio de contato de e-mail e telefone celular no qual visou coletar informações para averiguação da confiabilidade do instrumento.

4.5 INSTRUMENTOS

O protocolo de coleta foi composto pelos questionários sociodemográfico e Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB; Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2021). E também pelas escalas: *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; MOSER *et al.*, 2020), *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory* (MDDI; SANTOS *et al.*, 2022 [submetido à publicação]; GOMES *et al.*, 2020), *Drive for Muscularity Scale* (DMS; SANTOS *et al.*, 2022 [submetido à publicação]; CAMPANA *et al.*, 2013), *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised* (SATAQ-4R; ALMEIDA *et al.*, 2023; CLAUMANN, 2019), *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale* (SOBBS; CLAUMANN, 2019) e *Body Appreciation Scale-2* (BAS-2; ALMEIDA *et al.*, 2022; JUNQUEIRA *et al.*, 2019). Esses instrumentos são descritos de maneira detalhada a seguir.

4.5.1 Questionário sociodemográfico

A fim de caracterizar a amostra um questionário sociodemográfico foi elaborado no qual se buscou examinar aspectos concernentes à idade, massa corporal e estatura autorreferida, esses últimos utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1995). Além disso, contou com perguntas sobre a cor da pele/etnia, sexo de nascimento, orientação sexual, identidade de gênero, se estudante universitário, curso de graduação em que se encontra matriculado, período do curso e instituição de ensino ao qual está vinculado (APÊNDICE C). Outro aspecto avaliado foi a preocupação com a imagem corporal. O questionário ainda inclui informações sobre o diagnóstico de TAs e/ou outros transtornos mentais. Com relação à classificação de cor da pele/etnia foram utilizadas as categorias sugeridas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (PETRUCCELLI; SABOIA, 2013), a saber: Branca, Preta, Parda, Amarela e Indígena.

4.5.2 Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB; Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2021)

A fim de obter características socioeconômicas dos participantes foi aplicado o CCEB. Para simplificar a utilização, bem como respostas dos participantes, o instrumento foi adicionado ao questionário sociodemográfico cujo objetivo foi unificar a avaliação de características sociodemográficas (APÊNDICE B). Ele estabelece critérios para a sua aplicação e busca analisar a quantidade de itens que estão na residência do indivíduo. A avaliação dos bens varia desde a aquisição de eletrodomésticos, automóveis, moradia, nível de escolaridade do chefe da família até o fornecimento de água e pavimentação urbana. No questionário, cada resposta requer uma pontuação de modo que, os pontos variam de zero até 100. Para tanto, após proceder a somatória de todos os itens, realiza-se a classificação por classes: A (45 a 100 pontos), B1 (38 a 44 pontos), B2 (29 a 37 pontos), C1 (23 a 28 pontos), C2 (17 a 22 pontos), D/E (0 a 16 pontos). Destaca-se que a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2021), recentemente passou a adotar o termo “classes sociais” ao invés de “classes econômicas”.

4.5.3 *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*

O EDE-Q é um instrumento destinado a avaliar e caracterizar a psicopatologia intrínseca dos TAs, sendo assim, abrange aspectos que variam desde questões relacionadas ao comportamento até problemas alimentares graves. O instrumento tem como objetivo avaliar a frequência (em dias) na qual os respondentes apresentaram determinados comportamentos alimentares (FAIRBURN; BEGLIN, 1994). O questionário é composto por 28 itens, que são avaliados a partir do número de episódios ocorridos nos últimos 28 dias, além disso, conta com quatro subescalas que dimensionam o instrumento, a saber: a) *Dietary Restraint*: itens 1, 2, 3, 4 e 5; b) *Eating Concern*: itens 7, 9, 19, 20 e 21; c) *Shape Concern*: itens: 6, 8, 10, 11, 23, 26, 27 e 28; d) *Weight Concern*: itens: 8, 12, 22, 24 e 25 (FAIRBURN; BEGLIN, 1994). Os itens de 1 a 12 e 19 a 28 são respondidos em uma escala do tipo *Likert* de sete pontos, de frequência e intensidade que variam de (0 = *nunca* ou *nada* a 6 = *todos os dias* ou *marcadamente*).

Ademais, seis itens (isto é, os itens 13 a 18), os quais versam sobre a frequência de comportamentos pertinente aos TAs (ou seja, frequências de episódios de compulsão alimentar, uso de substâncias laxativas, autoindução ao vômito e o excesso de exercício físico), não são contabilizados na pontuação global ou subescalas do instrumento, motivo pelo qual não são incluídos nas análises fatoriais (FAIRBURN; BEGLIN, 1994). Assim, considerando que os seis itens não foram contabilizados, a estrutura original do instrumento é composta por 22 itens.

A pontuação da escala global consiste na média das pontuações obtidas em suas quatro subescalas, variando de 0 (zero) a 6 pontos (MOSER *et al.*, 2020). Quanto maior o escore obtido na escala, maiores os sinais e sintomas frente aos comportamentos e atitudes alimentares transtornados (FAIRBURN; BEGLIN, 1994).

O questionário foi traduzido e adaptado transculturalmente para o português brasileiro seguindo diretrizes reconhecidas para o processo de adaptação, que incluíram as fases de tradução, síntese de tradução, realização de grupo focal com pacientes com TAs para averiguação da compreensão verbal, retrotradução, síntese de retrotradução e discussão da versão final junto ao autor original do EDE-Q (MOSER *et al.*, 2020). Entretanto, o estudo não avaliou as propriedades psicométricas do instrumento. Na presente pesquisa foi aplicada a versão do EDE-Q adaptada para o Brasil (ANEXO B).

4.5.4 Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 Revised (SATAQ-4R)

O SATAQ-4R é um instrumento com 40 itens de autorrelato, respondido por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos com opções de resposta de (1 = *discordo totalmente* a 5 = *concordo totalmente*), que avalia diversos fatores socioculturais de internalização do ideal de corpo para o sexo feminino e masculino (SCHAEFER *et al.*, 2017).

No presente estudo foi aplicada a versão brasileira (CLAUMANN, 2019) de 8 itens adaptada transculturalmente das subescalas do fator latente de internalização de aparência ideal SATAQ-4R para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais (*Internalization: Thin/Low Body Fat*, itens 2 e 4; b) *Internalization: Muscular*, itens 1, 3, 5 e 8; e c) *Internalization: General Attractiveness* itens 6 e 7; ALMEIDA *et al.*, 2023; ANEXO C). O instrumento é respondido em uma escala *Likert* de cinco pontos (1 = *discordo totalmente* a 5 = *concordo totalmente*), e o escore total é calculado pela média dos itens que compõem cada subescala variando de 1 a 5. Os itens 6 e 7 tiveram pontuação invertida. Escores mais altos indicam maior internalização do ideal de corpo. Na presente amostra, o SATAQ-4R demonstrou consistência interna adequada ($\omega = 0,80$ [IC 95% = 0,78 a 0,82]).

4.5.5 Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI)

O MDDI é um inventário composto por 13 itens, respondidos em escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = *nunca* a 5 = *sempre*), destinado a avaliar pensamentos, emoções e comportamentos relativos à dismorfia muscular (HILDEBRANDT *et al.*, 2004). Sua versão original é formada por três fatores com seus respectivos itens: a) *Drive for size* (DFS) itens 1, 2, 4, 10, 11, 12 e 14; b) *Appearance intolerance* (AI) itens 3, 6, 7, 8, 9, 13 e 15; e c) *Functional impairment* (FI) itens 5, 16, 17, 18, 19, 20 e 21. Os itens são somados para gerar a pontuação total do instrumento, que pode variar de 13 a 65. Pontuações mais elevadas indicam maiores sintomas de dismorfia muscular. A medida fornece ainda escores para cada um dos três fatores variando entre 5 e 25 (subescala DFS), 4 e 20 (subescala AI) e 4 e 20 (subescala FI).

O MDDI foi adaptado transculturalmente para a língua portuguesa (Brasil) (ALMEIDA *et al.*, 2019) e suas propriedades psicométricas foram testadas em jovens universitários brasileiros fisicamente ativos replicando a estrutura fatorial da escala original (GOMES *et al.*, 2020). O MDDI também foi testado em homens cisgêneros gays e bissexuais brasileiros, demonstrando validade fatorial adequada (ou seja, AFE e AFC), validade convergente, bem como boa consistência interna e estabilidade temporal com intervalo de duas semanas (SANTOS *et al.*, 2022 [submetido à publicação]). Na presente pesquisa, a versão brasileira do instrumento foi utilizada (ANEXO D), e indicou boa consistência interna ($\omega = 0,77$ [IC 95% = 0,72 a 0,82]).

4.5.6 Drive for Muscularity Scale (DMS)

A DMS é uma escala de autorrelato, composta por 15 itens, respondidos em escala na forma *Likert* de seis pontos (1 = *sempre* a 6 = *nunca*), destinada a avaliar a *drive for muscularity* (MCCREARY *et al.*, 2004; MCCREARY; SASSE, 2000). Possui duas subescalas: a) *Muscularity-oriented body image* itens 1, 7, 11, 13, 14 e 15 e b) *Muscularity-oriented behaviors* itens 2, 3, 4, 5, 6, 8 e 10 (MCCREARY *et al.*, 2004). O escore total do instrumento é obtido pela somatória das respostas a cada um dos itens, varia de 15 a 90, sendo realizado após a inversão dos escores de cada item. Os escores das subescalas podem ser calculados, variando de 7 a 42 (subescala *Muscularity-oriented body image*) e 6 a 36 (subescala *Muscularity-oriented behaviors*). Quanto maior a pontuação obtida, mais prevalentes serão as atitudes e comportamentos de preocupação dos indivíduos em relação o *drive for muscularity*.

A DMS foi adaptada para população de jovens adultos brasileiros (ANEXO E) e apresentou adequadas propriedades psicométricas (CAMPANA *et al.*, 2013). Entretanto, os autores decidiram excluir os itens 7, 9 e 10 devido à baixa carga fatorial em seus respectivos fatores. Dessa forma, um modelo com 12 itens e dois fatores apresentou valores adequados de consistência interna, validade convergente e discriminante (CAMPANA *et al.*, 2013). As propriedades psicométricas da escala também foram avaliadas em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros, demonstrando uma estrutura de dois fatores com 13 itens (com a exclusão dos itens 9 e 12), validade fatorial e convergente, boa consistência interna

e estabilidade temporal com intervalo de duas semanas (SANTOS *et al.*, 2022 [submetido à publicação]). A consistência interna da DMS foi adequada no presente estudo ($\omega = 0,88$ [IC 95% = 0,86 a 0,89]).

4.5.7 Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale (SOBBS)

A SOBBS é uma escala composta por 14 itens de autorrelato, respondidos em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 = *discordo totalmente* a 5 = *concordo totalmente*) que busca avaliar a auto-objetificação (LINDNER; TANTLEFF-DUNN, 2017). O instrumento original apresenta duas subescalas: a) *Observer's Perspective*, composta pelos itens 2, 4, 6, 7, 8, 12 e 14; no qual a pessoa assume a perspectiva de um observador quando pensa sobre o seu corpo; e b) *Body as Self*, composta pelos itens 1, 3, 5, 9, 10, 11 e 13; quando a pessoa enfatiza a aparência do seu corpo acima de outros atributos e qualidades. A pontuação total da escala é obtida a partir da pontuação média de todos os itens. Também é possível calcular o escore de cada subescala que varia de 1 a 5 para cada uma das subescalas. Maiores pontuações indicam níveis mais elevados de auto-objetificação.

O instrumento foi traduzido e adaptado para estudantes universitárias brasileiras e apresentou estrutura fatorial formada pelos dois fatores originais (CLAUMANN, 2019). Ademais, a SOBBS demonstrou adequada consistência interna e revelou ser um instrumento válido e confiável (CLAUMANN, 2019).

No presente estudo foi aplicada a versão brasileira com 14 itens e uma solução de dois fatores, com sete itens em cada um deles (ANEXO F). A SOBBS revelou boa consistência interna no presente estudo ($\omega = 0,92$ [IC 95% = 0,91 a 0,93]).

4.5.8 Body Appreciation Scale-2 (BAS-2)

A 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*), destinada a avaliar a apreciação corporal, bem como as percepções positivas que a pessoa apresenta em relação ao próprio corpo (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). Sua versão original possui uma estrutura fatorial unidimensional (TYLKA; WOOD-BARCALOW, 2015). A versão brasileira da BAS-2 foi testada na população de jovens adultos de ambos os sexos (JUNQUEIRA *et al.*, 2019), demonstrando

adequada estrutura fatorial (replicando a estrutura original), boa consistência interna, estabilidade temporal (intervalo de três semanas) e validade de construto.

O presente estudo utilizou a versão brasileira da BAS-2 (ANEXO G) que foi testada em homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros (ALMEIDA *et al.*, 2022). Este estudo replicou a estrutura fatorial unidimensional, mantendo seus 10 itens originais. Ademais, apresentou adequada validade convergente, consistência interna e estabilidade temporal no intervalo de duas semanas.

A pontuação total da escala é obtida pela média dos seus itens. Logo, o escore do instrumento pode variar de 1 a 5, sendo que quanto maior o escore maior a apreciação corporal. A consistência interna da BAS-2 foi adequada no presente estudo ($\omega = 0,94$ [IC 95% = 0,93 a 0,95]).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Antes de iniciar as análises psicométricas, o banco de dados foi inspecionado para verificar a presença de dados ausentes. Nos casos em que a porcentagem de dados ausentes foi superior a 20%, optou-se pela exclusão dos participantes pelo método *listwise* (PARENT, 2013). Contudo, quando verificada ausência de dados inferior a 20% ao nível dos itens, foi utilizado o teste Little (1988), a fim de verificar se os valores eram consistentes com o *missing completely at random* (MCAR). Dados consistentes com o MCAR foram imputados por meio da utilização da técnica *expectation-maximization* (EM; PARENT, 2013). O *software* estatístico SPSS v. 21.0 (IBM Corporation, Armonk, Nova York) foi utilizado nesta etapa da pesquisa.

Em relação à estatística descritiva, as características amostrais de variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta e relativa. As variáveis discretas e contínuas foram analisadas por meio da média e desvio padrão, valores mínimos e máximos.

Para realizar as análises estatísticas do instrumento EDE-Q, após aplicar os critérios de inclusão e de exclusão, o número total da amostra de participantes foi estratificado de maneira aleatória em duas partes, no qual se utilizou o *software* estatístico SPSS v. 21.0 (IBM Corporation, Armonk, Nova York). Desse modo, após dividir aleatoriamente o conjunto de dados, obteve-se a seguinte amostra final (amostra total, $n = 1409$; AFE, $n = 704$; e AFC, $n = 705$). Dessa forma, a primeira metade da amostra foi utilizada na AFE, a fim de explorar a estrutura fatorial do

instrumento. Posteriormente, buscou-se confirmar a estrutura fatorial obtida com a primeira metade da amostra, utilizando o subconjunto denominado “segunda metade da amostra”, por meio da AFC. Além disso, buscou-se examinar também a validade convergente, bem como evidências da consistência interna do EDE-Q. Para essas últimas análises utilizou-se a segunda metade da amostra, a mesma utilizada na AFC.

Foi realizado um teste de qui-quadrado (2x2) com o objetivo de investigar se havia diferença entre o grupo de AFE e o grupo de AFC entre preocupação com a imagem corporal (sim e não) e transtorno alimentar (sim e não). Além disso, foi realizado teste de qui-quadrado (2x5) com o objetivo de investigar se havia diferença entre o grupo de AFE e o grupo de AFC para cor/raça, (2x4) para TA QUAL, (2x12) para TM QUAL, (2x12) para estado civil e (2x6) para CCEB.

4.6.1 Análise fatorial exploratória

Adotou-se o *software* JASP v. 0.16.0.0 (Equipe JASP, 2021; Universidade de Amsterdã, Holanda) para a execução das análises estatísticas. Foi realizada estatística descritiva por média e desvio padrão e frequência absoluta e relativa para dados numéricos e categóricos, respectivamente. A inspeção dos dados foi realizada por análises univariada (assimetria [$Sk \leq 3$] e curtose [$Ku \leq 10$]) e multivariada (coeficiente de Mardia < 5) (SWAMI; BARRON, 2019).

A estrutura fatorial do EDE-Q foi explorada por meio da AFE, utilizando a primeira metade da amostra ($n = 704$), com a fatoraçoão pelo eixo principal e rotaçoão oblíqua promax (JENKINS; RIENECKE, 2022). Os testes Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO \geq 0,80$) e de esfericidade de Bartlett ($p < 0,05$) foram utilizados para identificar se a matriz dos dados é fatorável (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009). Os dados foram considerados adequados para a análise quando o teste de esfericidade de Bartlett foi estatisticamente significativo, e o valor do teste de KMO foi $\geq 0,80$ (KAISER; RICE, 1974).

Para retençoão dos fatores foram utilizados os seguintes critérios: Kaiser-Guttman (autovalor > 1) (GUTTMAN, 1954; KAISER, 1960), análise do *scree plot* e análise paralela (JENKINS; RIENECKE, 2022; KLINE, 2014; SWAMI; BARRON, 2019). Valores de comunalidade $\geq 0,50$ e percentual de variância explicada $\geq 40\%$ foram considerados, respectivamente, para retençoão dos itens e dos fatores (KLINE,

2014). A matriz de carregamento dos fatores foi analisada para identificar a correspondência dos itens com seus respectivos fatores e valores superiores a 0,35 foram considerados adequados (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009). Apenas itens com carregamento em mais de um fator, acima de 0,30 foram considerados carga cruzada (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009).

4.6.2 Análise fatorial confirmatória

Após a exploração da estrutura fatorial do EDE-Q, foi realizada AFC no qual se utilizou o estimador *weighted least square mean and variance adjusted* (WLSMV). A análise foi realizada com a segunda metade da amostra (n = 705). Todos os parâmetros do modelo foram padronizados.

A existência de *outliers* foi explorada pela distância quadrada de Mahalanobis (D^2). A adequação do modelo foi avaliada pelo teste qui-quadrado (χ^2), teste qui-quadrado corrigido pelos graus de liberdade (adequado se $\chi^2/gf < 3$), e por múltiplos índices de ajustamento (HU; BENTLER, 1999): *Comparative Fit Index* (CFI; deve permanecer entre 0,90 a 0,95, indicando um ajuste aceitável e, um valor entre 0,95 a 1,00 indica um bom ajuste), *Tucker-Lewis Index* (TLI: entre 0,90 a 0,95 indica um ajuste aceitável e um valor de 0,95 a 1,00 indica um bom ajuste), *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR: deve permanecer entre 0,05 a 1,00 indicando um ajuste aceitável e, um valor menor que 0,05 indica um bom ajuste), e o *Root Mean Square Error Approximation* (RMSEA: entre 0,05 a 1,00 indica um ajuste aceitável e um valor menor que 0,05 indica um bom ajuste, IC 90%; $p \geq .05$). Verificou-se a possibilidade de melhor ajustamento do modelo por meio da inspeção dos índices de modificação de Lagrange quando superiores a 11, em situações que foram teoricamente justificáveis (MARÔCO, 2010).

4.6.3 Validade convergente

Evidências de validade convergente foram obtidas por meio do teste de correlação entre o EDE-Q e as seguintes medidas: auto-objetificação, internalização da aparência ideal, *drive for muscularity*, sintomas de dismorfia muscular e apreciação corporal (CAMPANA *et al.*, 2013; CLAUMANN, 2019; KOZAK *et al.*, 2009; LEGENBAUER *et al.*, 2009; NAGATA *et al.*, 2021; RICA *et al.*, 2022).

Por se tratar de uma amostra de distribuição não normal, como foi possível atestar a partir dos valores de Sk e Ku , o teste de correlação de Spearman (ρ) foi utilizado (FIELD, 2020; ZAR, 2005). Com base nas recomendações de Cohen (1988), correlações entre 0,10 a 0,29 foram consideradas pequenas, correlações entre 0,30 a 0,40 foram consideradas médias e correlações acima de 0,50 foram consideradas grandes.

4.6.4 Confiabilidade

A confiabilidade do EDE-Q para homens brasileiros adultos gays e bissexuais foi avaliada pela estabilidade temporal e pela consistência interna. Destaca-se que a consistência interna de todos os instrumentos aplicados na presente pesquisa também foi avaliada, utilizando-se o coeficiente ômega (ω) de McDonald. Valores superiores a 0,70 indicam adequada consistência interna (MCNEISH, 2018; REISE *et al.*, 2013; VILADRICH *et al.*, 2017).

A estabilidade temporal do EDE-Q foi avaliada pela técnica, recorrendo-se ao coeficiente de correlação intraclassa (ICC) e correlação de Spearman. Valores de ICC maiores que 0,90, entre 0,75 e 0,90, entre 0,50 e 0,75 e menores que 0,50 sugerem confiabilidade excelente, boa, moderada e ruim, respectivamente (KOO; LI, 2016). As correlações (ρ) de 0,10, 0,30 e 0,50 foram consideradas pequenas, moderadas e grandes, respectivamente (COHEN, 1988).

Destaca-se que todas as análises foram realizadas com JASP v. 0.16.0.0 (equipe JASP, Universidade de Amsterdã, Holanda) e foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

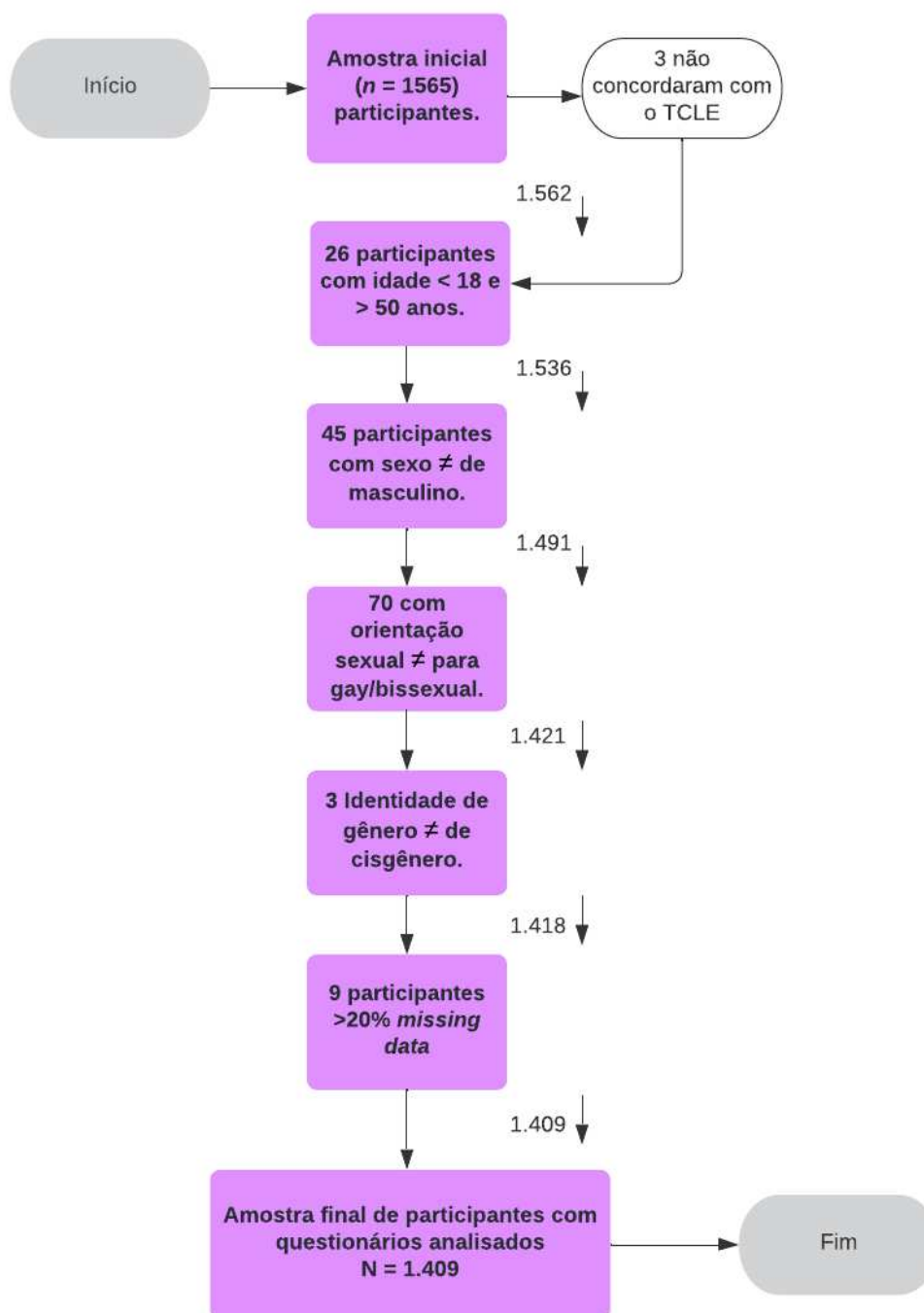
A seguir serão apresentados os achados das análises descritivas da amostra geral (n = 1409), além dos parâmetros psicométricos de validade e confiabilidade do EDE-Q.

5.1 ANÁLISES DESCRITIVAS E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No total, 1565 pessoas participaram da pesquisa, entretanto, apenas 1.409 sujeitos puderam ser contabilizados ao final da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do estudo, conforme indica a Figura 1.

Inicialmente, conforme sugerido por Parent (2013), nove participantes foram excluídos *listwise* porque tinham mais de 20% de dados ausentes substanciais. Em seguida, 0,17% (EDE-Q, n = 67) de dados ao nível dos itens foram consistentes com MCAR identificados pelo teste de Little (1998); $EDE-Q = \chi^2 [649] = 732,22, p = 0,013$. Foram imputados valores ausentes usando o método EM (Parent, 2013).

Figura 3 – Fluxograma de seleção dos participantes do estudo



Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

A amostra composta por 1.409 participantes apresentou uma média de 26,96 anos ($DP = 5,29$ anos), 80,69 quilos ($DP = 17,55$), 1,76 de altura ($DP = 0,06$), e valor de IMC médio de 25,99 kg/m^2 ($DP = 5,26$). Para melhor compreensão, a Tabela 1 descreve os dados sociodemográficos e outras variáveis de caracterização da amostra. É importante ressaltar que a maioria dos participantes apresentou preocupação com a imagem corporal, além da maior parte dos indivíduos que se encontram no estado civil solteiro. Outro fator relevante é a baixa quantidade de pessoas nas classes sociais D/E.

No que se refere aos critérios de cor ou raça, houve predominância de indivíduos brancos, seguidos em ordem decrescente de frequência relativa pelos pardos, pretos, amarelos e indígenas.

Os transtornos mentais declarados pelos participantes², inicialmente foram estratificados e posteriormente associados aos critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-5 (texto revisado, 2022). Finalmente, 94,5% declararam ter preocupação com a imagem corporal. Os resultados estão descritos em frequência absoluta (N) e relativa (%) ou expressos em média e desvio padrão – M (DP) e disponíveis para consulta na Tabela 1.

As análises para investigar se havia diferença ente os grupos de AFE e AFC para cor/raça ($\chi^2(4) = 1,261, p > 0,05$), preocupação com a imagem corporal ($\chi^2(1) = 0,223, p > 0,05$), transtorno alimentar ($\chi^2(1) = 0,696, p > 0,05$), TA QUAL ($\chi^2(3) = 1,006, p > 0,05$), estado civil ($\chi^2(4) = 2,616, p > 0,05$) e CCEB ($\chi^2(60) = 63,891, p > 0,05$) não foram encontradas diferenças significativas. No entanto, para a variável TM QUAL ($\chi^2(11) = 28,921, p < 0,05$) houve diferença.

² Depressão, Discalculia, Dislexia, Espectro da Esquizofrenia, Transtorno Bipolar, Transtorno da Personalidade *Borderline*, Transtorno da Personalidade Esquizoide, Transtorno de Ansiedade Não Especificado, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Transtorno de Estresse Pós-traumático, Transtorno de pânico, Transtorno de Personalidade, Transtorno de Tourette, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno do Espectro Autista, Transtorno do Sono-Vigília, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Explosivo Intermitente, Transtorno Obsessivo-compulsivo, Transtorno psicóticos não especificados, Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta, Transtornos do Neurodesenvolvimento.

Tabela 1 - Análises descritivas dos dados sociodemográficos, nível econômico, transtornos mentais e alimentares.

Variáveis sociodemográficas	N (%)	Grupo AFE (N=704)	Grupo AFC (N=705)	p	
Cor/Raça^a					
Branca	808 (57,35%)	408 (50,5%)	400 (49,5%)	0,86	
Parda	388 (27,54%)	187 (48,2%)	201 (51,8%)		
Preta	189 (13,41%)	95 (50,3%)	94 (49,7%)		
Amarela	17 (1,21%)	10 (58,8%)	7 (41,2%)		
Indígena	7 (0,49%)	4 (57,1%)	3 (42,9%)		
Preocupação com a imagem corporal^a					
Sim	1331 (94,46%)	663 (94,2%)	668 (94,8%)	0,63	
Não	78 (5,54%)	41 (5,8%)	37 (5,2%)		
Transtorno Alimentar (TA)^a					
Sim	131 (9,30%)	70 (9,9%)	61 (8,7%)	0,40	
Não	1278 (90,70%)	634 (90,1%)	644 (91,3%)		
TA QUAL^a					
Nenhum	1278 (90,70%)	634 (49,6%)	644 (50,4%)	0,80	
Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)	81 (5,70%)	44 (54,3%)	37 (45,7%)		
Bulimia Nervosa (BN)	35 (2,50%)	19 (54,3%)	16 (45,7%)		
Anorexia Nervosa (NA)	15 (1,10%)	7 (46,7%)	8 (53,3%)		
TM QUAL^a					
Nenhum	705 (50,0%)	350 (49,6%)	355 (50,6%)	<0,01	
Transtornos de Ansiedade	327 (23,2%)	145 (20,6%)	182 (25,8%)		
Transtornos Depressivos	257 (18,2%)	137 (19,5%)	120 (17,0%)		
Transtornos do Neurodesenvolvimento	36 (2,6%)	19 (2,7%)	17 (2,4%)		
Transtorno Bipolar	15 (1,1%)	5 (0,7%)	10 (1,4%)		
Transtorno de Pânico	8 (0,6%)	8 (1,1%)	0 (0,0%)		
Transtornos de Personalidade	5 (0,4%)	2 (0,3%)	3 (0,4%)		
Transtorno Obsessivo Compulsivo e Relacionados	16 (1,1%)	9 (1,3%)	7 (1,0%)		
Espectro da Esquizofrenia e outros	17 (1,2%)	10 (1,4%)	7 (1,0%)		
Transtornos Psicóticos	17 (1,2%)	10 (1,4%)	7 (1,0%)		
Transtornos do Sono-Vigília	11 (0,8%)	7 (1,0%)	4 (0,6%)		
Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta	8 (0,6%)	8 (1,1%)	0 (0,0%)		
Transtornos Relacionados a Trauma e Estressores	4 (0,3%)	4 (0,6%)	0 (0,0%)		
Estado civil^a					
Solteiro	1231 (87,37%)	608 (49,4%)	623 (50,6%)		0,62
Casado	92 (6,53%)	51 (55,4%)	41 (44,6%)		
Divorciado	12 (0,85%)	7 (58,3%)	5 (41,7%)		
Viúvo	1 (0,07%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)		
Outro	73 (5,18%)	37 (50,7%)	36 (49,3%)		
CCEB^a					
A	228 (16,18%)	110 (14,9%)	121 (17,3%)	0,34	
B1	247 (17,53%)	118 (16,7%)	129 (18,3%)		
B2	514 (36,48%)	262 (37,2%)	252 (35,7%)		
C1	292 (20,72%)	152 (21,5%)	140 (19,8%)		
C2	107 (7,59%)	55 (7,9%)	52 (7,4%)		
D/E	21 (1,49%)	10 (1,4%)	11 (1,5%)		

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

Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

5.2 ANÁLISE FATORIAL, VALIDADE CONVERGENTE E CONSISTÊNCIA INTERNA DO EDE-Q

A seguir são descritos, em separado, os resultados da AFE e AFC, validade convergente e consistência interna do EDE-Q.

5.2.1 Análise fatorial exploratória

Inicialmente utilizou-se a AFE com os dados da primeira subamostra dividida ao meio ($n = 704$). Os pressupostos de fatorabilidade da amostra foram investigados, indicando adequabilidade dos dados para seguir com a análise ($KMO = 0,91$, Bartlett's test $\chi^2 (231) = 9.727,33$, $p < 0,001$). Sendo assim, seguiu-se com a análise dos dados utilizando o critério de retenção de fatores de Kaiser-Guttman (autovalor > 1), *scree plot* e análise paralela que revelaram uma estrutura de sete fatores.

Entretanto, as soluções fatoriais encontradas não foram adequadas, visto que apresentaram várias inconsistências como três fatores compostos por apenas dois itens, interpretação teórica inconsistente dos fatores (por exemplo, itens da subescala *Weight Concerns* referente a diferentes fatores) e diversos carregamentos cruzados, o que resultou em uma solução de modelo inaceitável.

A partir disso, a estrutura fatorial encontrada com o critério da análise paralela foi investigada com estruturas de seis, cinco, quatro, três e dois fatores. Entretanto, novamente todas as soluções mostraram inconsistências, especialmente várias cargas cruzadas. Assim, a estrutura unifatorial foi testada, que mostrou cargas fatoriais adequadas para todos os 22 itens (ou seja, cargas fatoriais $[\lambda]$ variando de 0,37 a 0,76), com 40,2% da variância total explicada. Por meio da Tabela 2 é possível observar as cargas fatoriais para a estrutura de um fator do EDE-Q.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas e cargas fatoriais para cada item do EDE-Q com AFE para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros.

Itens	AFE ^a (n = 704)		
	Média (DP)	Amplitude	λ
1. Restrição sobre a alimentação	2,30 (2,35)	0 - 6	0,500
2. Evitar comer	0,84 (1,57)	0 - 6	0,517
3. Evitar alimentos	2,37 (2,40)	0 - 6	0,562
4. Regras alimentares	2,23 (2,48)	0 - 6	0,376
5. Estômago vazio	1,07 (1,95)	0 - 6	0,630
6. Barriga lisa/reta	3,75 (2,65)	0 - 6	0,458
7. Preocupação com comida, alimentação ou calorias	0,85 (1,75)	0 - 6	0,529
8. Preocupação com a forma ou peso	1,19 (2,03)	0 - 6	0,645
9. Medo de perder o controle sobre a alimentação	2,03 (2,50)	0 - 6	0,639
10. Medo de ganhar peso	2,93 (2,64)	0 - 6	0,709
11. Sensação de gordura	3,18 (2,63)	0 - 6	0,720
12. Desejo de perder peso/emagrecer	3,26 (2,67)	0 - 6	0,734
19. Comer em segredo	0,41 (0,97)	0 - 6	0,468
20. Culpa por comer	1,48 (1,97)	0 - 6	0,731
21. Comer socialmente	0,87 (1,57)	0 - 6	0,623
22. Importância do peso	2,63 (2,06)	0 - 6	0,696
23. Importância da forma	2,74 (2,08)	0 - 6	0,674
24. Reação à pesagem prescrita	1,38 (1,87)	0 - 6	0,557
25. Insatisfação com o peso	3,32 (1,93)	0 - 6	0,736
26. Insatisfação com a forma	3,68 (1,75)	0 - 6	0,769
27. Desconforto ao ver o corpo	3,32 (1,93)	0 - 6	0,750
28. Evitar a exposição	3,29 (2,11)	0 - 6	0,716

Legenda: EDE-Q, *Eating Disorder Examination Questionnaire*, AFE, análise fatorial exploratória, DP, desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

5.2.2 Análise fatorial confirmatória

Diante do que foi exposto, a estrutura fatorial apresentada a seguir, considerou os achados anteriores indicando o EDE-Q como uma medida unifatorial. Sendo assim, a AFC foi realizada a fim de identificar evidências complementares de

validade do instrumento, para tanto, utilizou-se os dados da segunda subamostra dividida ao meio ($n = 705$).

Nenhum indicador de violação grave da normalidade foi observado após inspeções de normalidade univariada e multivariada. A presença de *outliers* multivariados não foi observada. Os dados da segunda subamostra dividida ao meio ($n = 705$) indicaram um ajuste aceitável do modelo aos dados ($\chi^2/gf = 8,28$, CFI = 0,93, TLI = 0,93, SRMR = 0,10 e RMSEA = 0,10, IC 90% = [0,09, 0,10], $p = 0,001$). As estimativas padronizadas de carga fatorial foram todas adequadas (Tabela 3) e apoiaram a estrutura de um fator derivada da AFE para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros.

Tabela 3 - Análise fatorial confirmatória do EDE-Q para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros indicando média, desvio padrão, amplitude e cargas fatoriais.

Items	AFC ^a (n = 705)		
	Média (DP)	Amplitude	λ
1. Restrição sobre a alimentação	2,40 (2,37)	0 - 6	0,548
2. Evitar comer	0,75 (1,48)	0 - 6	0,487
3. Evitar alimentos	2,41 (2,40)	0 - 6	0,565
4. Regras alimentares	2,20 (2,49)	0 - 6	0,424
5. Estômago vazio	1,00 (1,85)	0 - 6	0,560
6. Barriga lisa/reta	3,78 (2,58)	0 - 6	0,437
7. Preocupação com comida, alimentação ou calorias	0,92 (1,82)	0 - 6	0,457
8. Preocupação com a forma ou peso	1,25 (2,00)	0 - 6	0,568
9. Medo de perder o controle sobre a alimentação	1,97 (2,46)	0 - 6	0,653
10. Medo de ganhar peso	2,64 (2,61)	0 - 6	0,743
11. Sensação de gordura	2,99 (2,53)	0 - 6	0,753
12. Desejo de perder peso/emagrecer	3,10 (2,62)	0 - 6	0,735
19. Comer em segredo	0,34 (0,85)	0 - 6	0,379
20. Culpa por comer	1,47 (1,95)	0 - 6	0,664
21. Comer socialmente	0,88 (1,62)	0 - 6	0,537
22. Importância do peso	2,76 (2,08)	0 - 6	0,671
23. Importância da forma	2,83 (2,08)	0 - 6	0,637
24. Reação à pesagem prescrita	1,34 (1,82)	0 - 6	0,470
25. Insatisfação com o peso	3,34 (1,84)	0 - 6	0,716
26. Insatisfação com a forma	3,71 (1,69)	0 - 6	0,734
27. Desconforto ao ver o corpo	3,29 (1,90)	0 - 6	0,769
28. Evitar a exposição	3,32 (2,12)	0 - 6	0,686

Legenda: EDE-Q, *Eating Disorder Examination Questionnaire*, AFC, análise fatorial confirmatória, DP, desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

5.2.3 Validade convergente

Dentro dessa perspectiva, optou-se por analisar a validade de construto do tipo convergente. Para tanto, foram testadas as correlações entre os escores do

EDE-Q com as variáveis de internalização da aparência ideal, *drive for muscularity*, sintomas de dismorfia muscular, auto-objetificação e apreciação corporal.

Como esperado, o EDE-Q apresentou associação significativa com todas as medidas mensuradas, atestando bons indicadores de validade convergente (Tabela 4). Seguindo os pontos de corte (Cohen, 1988), os escores do EDE-Q mostraram uma associação média e positiva com sintomas de dismorfia muscular, auto-objetificação e medidas de internalização do ideal de corpo. Uma associação pequena e positiva foi observada entre EDE-Q e *drive for muscularity*. Por fim, foi observada uma grande associação negativa entre o EDE-Q e a valorização corporal (ver Tabela 4).

Tabela 4 - Estatísticas descritivas e correlações bivariadas (correlação de ordem de classificação de Spearman) entre o EDE-Q brasileiro para homens adultos gays e bissexuais cisgêneros e medidas convergentes.

Variáveis	Média (DP)	Varição	1	2	3	4	5	6
1. EDE-Q	2,22 (1,30)	0 - 6	-					
2. MDDI	31,76 (9,01)	13 – 63	0,45 ^{***}	-				
3. DMS	42,08 (15,16)	13 – 78	0,22 ^{***}	0,73 ^{***}	-			
4. SATAQ-4-R	3,75 (0,66)	1 – 5	0,50 ^{***}	0,58 ^{***}	0,63 ^{***}	-		
5. SOBBS	2,91 (0,81)	1 – 5	0,56 ^{***}	0,59 ^{***}	0,41 ^{***}	0,57 ^{***}	-	
6. BAS-2	3,29 (0,88)	10 – 50	-0,62 ^{***}	-0,49 ^{***}	-0,14 ^{***}	-0,36 ^{***}	-0,59 ^{**}	-

Observação. $n = 705$.

Legenda: DP, desvio-padrão, EDE-Q, *Eating Disorder Examination Questionnaire*, MDDI, *Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*, DMS, *Drive for Muscularity Scale*, SATAQ-4-R, *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-Revised*, SOBBS, *Self-Objectification Beliefs and Behaviors Scale*, BAS-2, *Body Appreciation Scale-2*.

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

Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

5.2.4 Consistência interna e estabilidade temporal

Em consenso com o raciocínio anterior, torna-se importante destacar que aspectos de confiabilidade do instrumento foram avaliados. O ω de McDonald foi avaliado em dois momentos, primeiro no teste e a seguir com o intervalo de quinze dias a estabilidade temporal ($n = 188$), em ambos o resultado foi adequado, suportando a consistência interna do instrumento (Tabela 5). Ademais, o ICC e o ρ também foram investigados sendo que os dois indicaram estabilidade temporal do instrumento (Tabela 5).

Tabela 5. Consistência interna e estabilidade temporal da versão brasileira do EDE-Q para homens adultos cisgêneros gays e bissexuais.

Variável	ω de McDonald (teste) IC [95%]	ω de McDonald (reteste) IC [95%]	Correlação de Spearman (r_s)	Coefficiente de correlação intraclassa IC [95%]
EDE-Q	0,92 [0,91, 0,93]	0,92 [0,91, 0,94]	0,88 ^{***}	0,86 [0,82, 0,88] ^{***}

Observação. $n = 188$.

Abreviações: EDE-Q, *Eating Disorder Examination-Questionnaire*, IC, intervalo de confiança.

*** $p < .001$.

Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

5.3 NORMAS COMUNITÁRIAS DO EDE-Q

A Tabela 6 apresenta as normas comunitárias do EDE-Q, compostas a partir do cálculo dos percentis das médias de respostas adquiridas pelos participantes.

Tabela 6 - Distribuição da média, desvio-padrão, intervalo interquartil, intervalo e percentil para o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) pontuações globais entre homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros ($N = 1409$).

Estatística	EDE-Q Global
<i>M (DP)</i>	2,2 (1,3)
Mediana	2,0
Intervalo interquartil	1,9
Intervalo	0 – 5,77
Classificações percentuais	
5	0,3
10	0,5
15	0,7
20	1,0
25	1,1
30	1,3
35	1,5
40	1,6
45	1,8
50	2,0
55	2,2
60	2,4
65	2,6
70	2,9
75	3,1
80	3,4
85	3,7
90	4,1
95	4,6
99	5,3

Legenda: EDE-Q Global, *Eating Disorder Examination Questionnaire* pontuação Global, M, média, DP, desvio-padrão. Fonte: Elaborada pelo autor (2022).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou examinar a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas do EDE-Q em uma grande amostra de homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros. Inicialmente, importa destacar o pioneirismo desta pesquisa, ao investigar as propriedades psicométricas de um instrumento relevante para uma população tão específica no Brasil.

No início do processo de avaliação do instrumento EDE-Q foi realizado o processo de avaliação da adequação semântica do instrumento à população alvo que contou-se com a participação de duas pessoas pertencentes à população de minorias sexuais masculinas. Os resultados apontaram que os itens se apresentaram adequados no quesito de clareza e compreensão do enunciado desde a primeira versão adaptada do instrumento, não sendo necessário, portanto, a revisão de nenhum item após o processo inicial de adaptação do EDE-Q. A partir disso, pode-se inferir que a primeira hipótese deste estudo foi garantida, visto que a compreensão semântica e pertinência do instrumento foram asseguradas pela população-alvo (homens adultos cisgêneros gays e bissexuais do Brasil).

Confirmando a segunda hipótese do estudo, nossos achados mostraram validade fatorial adequada do EDE-Q entre homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros. Os resultados não forneceram suporte para a estrutura original de quatro fatores do EDE-Q, o que é consistente com pesquisas anteriores (BERG *et al.*, 2012; JENKINS; RIENECKE 2022). A solução de quatro fatores originalmente proposta recebeu pouco suporte empírico em pesquisas prévias (JENKINS; RIENECKE 2022; RAND-GIOVANNETTI *et al.*, 2020); no entanto, vários estudos encontraram boas propriedades psicométricas do EDE-Q usando soluções fatoriais alternativas, incluindo versões com um, dois e três fatores, bem como versões reduzidas (JENKINS; RIENECKE 2022; RAND-GIOVANNETTI *et al.*, 2020). Os resultados do presente estudo fornecem suporte para a solução de um fator com todos os 22 itens originais.

Enquanto algumas pesquisas verificaram que uma solução de um fator emergiu na AFE (por exemplo, PETERSON *et al.*, 2020), outras não conseguiram encontrar suporte para essa estrutura usando AFC (tal como, CALUGI *et al.*, 2017; PENELO *et al.*, 2013). Pennings e Wojciechowski (2004) encontraram apoio para a

solução de um fator entre pacientes do sexo feminino diagnosticadas com AN em um grupo controle de indivíduos sem TA na Holanda.

A falta de consenso sobre a solução fatorial mais adequada para o EDE-Q pode ser explicada pelo fato de que a estrutura fatorial do EDE-Q foi impulsionada pela teoria, mas não foi apoiada por pesquisas empíricas (COMPTE *et al.*, 2019; RAND-GIOVANNETTI *et al.*, 2020). Além disso, os pesquisadores adotaram diferentes estratégias para realizar análises de variáveis latentes (ou seja, de AFE para AFC ou AFC sozinha).

Importante citar que os dois estudos anteriores conhecidos que avaliaram a estrutura fatorial do EDE-Q em homens de minorias sexuais, aplicaram apenas AFC. Klimek *et al.* (2021) investigaram a estrutura fatorial do EDE-Q entre homens e mulheres cisgêneros de minorias sexuais dos EUA usando apenas AFCs para testar três estruturas fatoriais diferentes, ou seja, o modelo original de quatro fatores de Fairburn e Beglin (1994); o modelo de quatro fatores de Friborg *et al.* (2013); e o modelo reduzido de três fatores de Grilo *et al.* (2015). No estudo de Klimek *et al.* (2021), por meio de uma AFC de segunda ordem, uma solução de um fator não foi suportada.

Por outro lado, Scharmer *et al.* (2020) determinaram a estrutura fatorial mais apropriada do EDE-Q avaliando sete estruturas testadas anteriormente em uma amostra não clínica de homens norte-americanos heterossexuais e de minorias sexuais. Vale ressaltar que a orientação de melhores práticas normalmente recomenda o uso de AFE para gerar hipóteses sobre estruturas latentes, que são submetidas a AFC em diferentes amostras (JENKINS; RIENECKE, 2022; SWAMI; BARRON, 2019).

Além disso, as características da amostra (ou seja, idade, sexo, gênero, raça/etnia, comunidade versus amostra clínica) devem ser consideradas em relação às diferentes soluções fatoriais encontradas em pesquisas anteriores (JENKINS; RIENECKE, 2022; RAND-GIOVANNETTI *et al.*, 2020). Em consenso com esse raciocínio, torna-se importante que Jenkins e Rienecke (2022) reconhecem que uma estrutura latente “perfeita” do EDE-Q pode não emergir, e que a testagem da versão de 22 itens e outras versões breves é necessária.

Confirmando a terceira hipótese, a solução final de um fator demonstrou boa validade convergente com medidas de auto-objetificação, internalização do ideal de corpo, sintomas de dismorfia muscular e *drive for muscularity*. Além disso, foi

encontrada associação negativa entre os escores do EDE-Q e a apreciação corporal. Isso está de acordo com estudos prévios que encontraram correlações entre a patologia alimentar e as medidas acima mencionadas (CAMPANA *et al.*, 2013; CLAUMANN, 2019; KOZAK *et al.*, 2009; LEGENBAUER *et al.*, 2009; NAGATA *et al.*, 2021; RICA *et al.*, 2022).

Em relação à consistência interna, os valores encontrados no presente estudo são consistentes com pesquisas anteriores (HE *et al.*, 2021; PETERSON *et al.*, 2007). Também foi encontrada boa estabilidade temporal do EDE-Q entre homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros. Esses resultados confirmam a quarta hipótese.

O presente estudo também fornece normas comunitárias para o EDE-Q entre homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros. Todavia, para o melhor do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo a relatar normas comunitárias do EDE-Q entre homens gays e bissexuais cisgêneros no Brasil. Recentemente, Nagata *et al.* (2020) forneceram normas para o EDE-Q entre homens gays cisgêneros por meio do estudo PRIDE nos EUA e descobriram que homens gays cisgêneros pontuaram na faixa clinicamente significativa para preocupações com a forma (21%) e preocupações com o peso (11%).

Além disso, um estudo realizado pelo mesmo autor (NAGATA *et al.*, 2021) desenvolvendo normas comunitárias para atitudes de TAs e comportamentos alimentares desordenados em homens cisgêneros bissexuais (n = 93) usando o EDE-Q, descobriram que 2,2% pontuaram dentro do intervalo clinicamente significativo para a escala de pontuação global. Os resultados deste estudo apontam que 39,5% da amostra se encontra dentro do intervalo clinicamente significativo, levando em consideração os pontos de corte delimitados por Machado *et al.* (2020), ou seja, EDE-Q > 2,48. Neste caso, optou-se por não utilizar o ponto de corte identificado no estudo de Nagata *et al.* (2020), considerando que não existem normas na literatura científica que considerem apenas o recorte da população-alvo. Utilizou-se então a atualização da tabela normativa do EDE-Q composta por Machado *et al.* (2020). A partir disso, pode-se inferir que a quinta hipótese do estudo foi alcançada, visto que as normas foram descritas e analisadas em função dos pontos de corte.

O presente estudo apresenta uma série de pontos fortes que merecem destaque. Primeiro, recrutamos uma grande amostra de homens adultos cisgêneros

gays e bissexuais brasileiros. Além disso, foram utilizadas diretrizes de melhores práticas para explorar e confirmar a estrutura latente do EDE-Q (JENKINS; RIENECKE, 2022; SWAMI; BARRON, 2019). Por exemplo, realizamos AFE sobre a égide da análise de componentes principais, aplicamos vários critérios para extração de fatores (incluindo análise paralela) e empregamos métodos de rotação oblíqua (JENKINS; RIENECKE, 2022).

Em relação à AFC, exploramos a distribuição dos dados (normalidade univariada e multivariada), a presença de *outliers* e calculamos os coeficientes de consistência interna. Além disso, relatamos medidas de ajuste incremental e absoluto (JENKINS; RIENECKE, 2022).

Apesar dos pontos fortes do presente estudo, existem limitações dignas de nota. Em primeiro lugar, o EDE-Q não foi concebido como um instrumento de diagnóstico e, portanto, não pretende fazer um diagnóstico clínico. No entanto, será útil acessar os sintomas de TAs em homens gays e bissexuais brasileiros, dado o risco elevado de TAs nessa população. Em segundo lugar, não havia homens bissexuais suficientes na amostra para avaliar a invariância de medida em relação à orientação sexual. Algumas evidências sugerem que medidas de ajuste absoluto rejeitam modelos corretos em pequenas amostras, ou seja, ($n < 100$); (PUTNICK; BORNSTEIN, 2016). Terceiro, examinamos as propriedades psicométricas do EDE-Q entre homens adultos cisgêneros gays e bissexuais brasileiros. Estudos futuros poderão avaliar as propriedades psicométricas e a invariância de medidas do EDE-Q entre indivíduos transgêneros, gênero-fluido, não-binários e não-conformes de gênero. Quarto, as avaliações foram limitadas ao autorrelato, o que pode refletir viés de desejabilidade social (MORGADO *et al.*, 2017); no entanto, esta abordagem é consistente com os estudos prévios que validaram o EDE-Q (JENKINS; RIENECKE, 2022). Quinto, a estrutura fatorial da SOBBS não foi avaliada em homens gays e bissexuais cisgêneros brasileiros. Estudos futuros devem avaliar as propriedades psicométricas da SOBBS em homens gays e bissexuais cisgêneros brasileiros. Por fim, Jenkins e Rienecke (2022) identificaram por meio de uma revisão sistemática recente que estudos de versões mais curtas do EDE-Q tendem a relatar resultados positivos em termos de ajuste do modelo. Nesse sentido, encorajamos que pesquisadores realizem novos estudos buscando testar estruturas reduzidas da medida para a população de homens adultos cisgêneros gays e bissexuais e compará-las com a estrutura unifatorial contendo 22 itens que emergiu deste estudo. Isso pode ser

relevante para o avanço da pesquisa que investiga a estrutura fatorial do EDE-Q em minorias sexuais.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo concluiu que o instrumento EDE-Q apresentou bons indicadores psicométricos de validade e confiabilidade para a população de homens brasileiros cisgêneros gays e bissexuais. Ademais, foram disponibilizadas normas comunitárias do instrumento para a população de homens brasileiros cisgêneros gays e bissexuais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou ampliar o meu olhar em relação a três aspectos que considero notáveis, a saber, primeiro destaco o quão foi importante iniciar os estudos de gênero. Sim, digo iniciar, pois tive a oportunidade de pesquisar sobre a saúde de pessoas LGBTQIA+ podendo conviver com colegas homens gays cisgêneros no âmbito acadêmico durante o desenvolvimento da pesquisa. Acredito que foi necessário conhecer um pouco da realidade de pessoas LGBTQIA+, pois ficou evidente para mim que as diferenças devem ser respeitadas e que ao colocar-se no lugar do outro, sentir a dor de pessoas, cujas identidades são diferentes de heterossexuais, foi imprescindível para conduzir da melhor maneira o presente estudo com um público que merece atenção e cuidado.

Em segundo lugar, no universo dos TAs, de modo especial, o objeto de pesquisa selecionado foi o instrumento EDE-Q. Creio que a pesquisa atual contribui significativamente para a prática clínica e epidemiológica, disponibilizando um instrumento imprescindível para a avaliação dos sintomas de TAs em uma população altamente estigmatizada. Certamente, os benefícios do uso do EDE-Q serão inúmeros, pois, além de identificar os sintomas de TAs na população alvo desse estudo, possibilitará realizar intervenções preventivas com o propósito de proteger principalmente pessoas que se encontram em situações de vulnerabilidade.

Este estudo pode ajudar homens cisgêneros gays e bissexuais a entender melhor as atitudes e comportamentos de TAs. Além disso, fortalece as publicações na área, incentivando a divulgação dos achados para um público específico que necessita de atenção especial. Por fim, o EDE-Q é uma das medidas de autorrelato de sintomas de TAs mais amplamente utilizadas. No entanto, faltam pesquisas sobre a validade e confiabilidade do EDE-Q em países da América Latina.

Os achados do presente estudo fornecem subsídios para estudos futuros sobre TAs em minorias sexuais na América Latina. Entretanto, evidencia-se que os parâmetros de validade aqui investigados acendem uma luz de advertência quanto ao instrumento, que deve ser testado em outros estudos, com amostras diferentes, a fim de confirmar ou refutar os achados aqui apresentados.

Por fim, destaco a pertinência em se avaliar sintomas de TAs em homens cisgêneros gays e bissexuais. Esta população deve ser alvo de políticas públicas e

de intervenções singulares, com potencial para reduzir, ou aperfeiçoar, uma diversidade de outros comportamentos e atitudes nocivos à saúde bem como a qualidade de vida de minorias sexuais masculinas. Acredita-se que pesquisas futuras poderão abranger outras populações da comunidade LGBTQIA+ considerando que a internalização da aparência ideal é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de diversas psicopatologias, incluindo os TAs. Assim, instrumentos capazes de avaliar esses desfechos são primordiais para estimular o desenvolvimento de novos estudos, assim como fornecer uma medida válida e confiável a ser aplicada no cenário clínico e epidemiológico.

REFERÊNCIAS

A BÍBLIA. (1990). **Acima de tudo o amor**. Tradução de Ivo Storniolo e Euclides Martins Balancin. São Paulo: Paulus , 1990. 1631 p. Velho testamento e novo testamento.

ABEP. **Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa**. Critério Brasil: Padrão de Classificação Econômica. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2022. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 17 jan. 2022.

ALMEIDA, M. *et al.* (Under review). **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**. (Submetido à publicação) [2023].

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.06.011>. Acesso em: 02 out. 2022.

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, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Viçosa, Juiz de Fora, 2020.

ALMEIDA, M. M. M. S. *et al.* What is avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID)?. **Residência Pediátrica**. v. 12, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/residpediatr>. Acesso em: 01 out. 2022.

ALMEIDA, M. *et al.* 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. 11-11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2179-3700.2019.v19.29914>. Acesso em: 04 abr. de 2022.

ALVARENGA, M. D. S. *et al.* **Transtornos alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento**. 1ed. São Paulo: Editora Manole, 2020.

ALVARENGA, M. D. S.; PHILIPPI, S. T. Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. **Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento**, p. 548, 2011.

AMIANTO, F. *et al.* Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. **BMC psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 1-22, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0445-6>. Acesso em: 10 jan. de 2022.

ANDRADE, L. *et al.* Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 37, n. 7, p. 316-325, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00127-002-0551-x>. Acesso em: 03 de mar. 2022.

APA. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. 5.ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

APPOLINARIO, J. C. *et al.* Correlates and impact of DSM-5 binge eating disorder, bulimia nervosa and recurrent binge eating: a representative population survey in a middle-income country. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 57, n. 7, p. 1491-1503, 2022. Disponível em: <https://doi-org.ez25.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s00127-022-02223-z>. Acesso em: 23 out. 2022.

APPOLINARIO, J. C.; NUNES, M. A.; CORDÁS, T. A. **Transtornos Alimentares: Diagnóstico e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2021.

ARCELUS, J. *et al.* Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. **Archives of General Psychiatry**, v. 68, n. 7, p. 724-731, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>. Acesso em: 15 jun. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. Acesso em: 10 set. 2022.

BECKER, A. E. *et al.* A Qualitative Study of Perceived Social Barriers to Care for Eating Disorders: Perspectives from Ethnically Diverse Health Care Consumers. **International Journal of Eating Disorders**, v. 43, n. 7, p. 633-647, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1002%2Feat.20755>. Acesso em: 20 out. 2022.

BELL, K. *et al.* 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, p. 2692, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02692>. Acesso em: 02 out. 2022.

BERG, K. C. *et al.* Psychometric evaluation of the eating disorder examination and eating disorder examination-questionnaire: A systematic review of the literature. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 3, p. 428-438, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20931>. Acesso em: 15 set. 2022.

BLOC, L. G. *et al.* Transtorno de compulsão alimentar: revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 3-17, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i1.617>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. **Lei 12.852, de 05 de agosto de 2013**. Estatuto da Juventude. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm. Acesso em: 02 junho de 2022.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. 13ª ed. Brasília: Ministério da Justiça; 1990. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf. Acesso em: 23 out. 2022.

BROWN, C. A.; MEHLER, P. S. Medical complications of self-induced vomiting. **Eating disorders**, v. 21, n. 4, p. 287-294, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.797317>. Acesso em: 14 jun. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.008>. Acesso em: 18 jun. 2022.

CALL, C. *et al.* From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 26, n. 6, p. 532-536, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328365a321>. Acesso em: 01 out. 2022.

CALUGI, S. *et al.* The Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity of the Italian version. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity**, v. 22, n. 3, p. 509-514, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0276-6>. Acesso em: 01 jul. 2022.

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. 48-58, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y>. Acesso em: 05 jul. 2022.

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, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0030087>. Acesso em: 05 jul. 2022.

CARVALHO, P. H. B., FERREIRA, M. E. C. Disordered eating and body change behaviours: Support for the Tripartite Influence Model among Brazilian male university students. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4485-4495, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.35572018>. Acesso em: 26 out. 2022.

CARVALHO, Pedro Henrique Berbet. **Adaptação e avaliação do modelo teórico de influência dos três fatores de imagem corporal para jovens brasileiros**. Tese de doutorado em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2016, 195p.

CHIANG-HANISKO, L. *et al.* Guidance for using mixed methods design in nursing practice research. **Applied Nursing Research**, v. 31, p. 1-5, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.12.006>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CIASCA, S. V. *et al.* **Saúde LGBTQIA+ Práticas de cuidado transdisciplinar**. 1ª ed. Editora Manole. Tamboré-Santa de Parnaíba: 2021. 604p.

CLAUMANN, G. **Tradução e validação das versões brasileiras de três instrumentos de avaliação da imagem corporal em mulheres universitárias** [*Translation and validation of Brazilian versions of three body image assessment instruments in university women*]. 2019. Tese de doutorado. Dissertação, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/000076/00007616.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2022.

COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates. **Hillsdale**, NJ, p. 20-26, 1988. Disponível em: <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

COMPTE, E. J. *et al.* A two-stage epidemiological study of eating disorders and muscle dysmorphia in male university students in Buenos Aires. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 8, p. 1092-1101, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22448>. Acesso em: 19 jul. 2022.

COMPTE, E. J. *et al.* Confirmatory factor analysis and measurement invariance of the eating disorders examination-questionnaire across four male samples in Argentina. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, n. 6, p. 740-745, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23075>. Acesso em: 15 jul. 2022.

COMPTE, E. J.; TRUJILLO, E. Cross-Cultural Considerations in Latin American Boys and Men. *In: Eating Disorders in Boys and Men*: Springer, 2021. p. 229-251.

CONVERTINO, A. D. *et al.* Eating Disorders and Related Symptomatology in Sexual Minority Men and Boys. *In: Eating Disorders in Boys and Men*: Springer, 2021. p. 329-455.

DATTA, N. *et al.* Evidence Based Update on Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 11, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2109650>. Acesso em: 18 jul. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003>. Acesso em: 26 out. 2022.

DONAHUE, J. M. *et al.* Differential item functioning analysis for the Eating Disorder Examination Questionnaire among heterosexual and sexual minority men. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity**, v. 26, n. 6, p. 2071-2076, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01035-x>. Acesso em: 14 jun. 2022.

DROSSMAN, D. A.; HASLER, W. L. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, p. 1257-1261, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>. Acesso em: 10 ago. 2022.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. **Revista de Nutrição**, v. 16, p. 51-60, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732003000100006>. Acesso em: 14 ago. 2022.

EDDY, K. T. *et al.* Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 78, n. 2, p. 184-189, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4088/jcp.15m10393>. Acesso em: 30 ago. 2022.

FAIRBURN, C. G. *et al.* Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. **Archives Of General Psychiatry**, v. 56, n. 5, p. 468-476, 1999. Disponível em: [doi:10.1001/archpsyc.56.5.468](https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.5.468). Acesso em: 30 ago. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/1098-108X%28199412%2916%3A4%3C363%3A%3AAID-EAT2260160405%3E3.0.CO%3B2-%23>. Acesso em: 15 maio 2022.

FEINGOLD, J. *et al.* Recent advances in cognitive behavioral therapy for digestive disorders and the role of applied positive psychology across the spectrum of GI care. **Journal of clinical gastroenterology**, v. 53, n. 7, p. 477-485, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000001234>. Acesso em: 14 mar. 2022.

FICHTER, M. M.; QUADFLIEG, N. Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 49, n. 4, p. 391-401, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22501>. Acesso em: 17 jun. 2022.

FIELD, A. **Descobrimos a Estatística Usando o SPSS**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2020.

FLETCHER, G. S. **Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais**. 5. ed. Porto Alegre, Artmed, 2014.

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 & Masculinities**, v. 17, n. 4, p. 336-351, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/men0000031>. Acesso em: 26 out. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>. Acesso em: 19 jun. 2022.

FREITAS, S. R. *et al.* Prevalence of binge eating and associated factors in a Brazilian probability sample of midlife women. **International Journal of Eating Disorders**, v. 41, n. 5, p. 471-478, Jul 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20530>. Acesso em: 14 jul. 2022.

FRIBORG, O. *et al.* Core pathology of eating disorders as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): The predictive role of a nested general (g) and primary factors. **International journal of methods in psychiatric research**, v. 22, n. 3, p. 195-203, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002%2Fmpr.1389>. Acesso em: 18 ago. 2022.

GALMICHE, M. *et al.* Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. **The American journal of clinical nutrition**, v. 109, n. 5, p. 1402-1413, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>. Acesso em: 23 out. 2022.

GANSON, K. T. *et al.* Last word: A call to develop specific medical treatment guidelines for adolescent males with eating disorders. **Eating Disorders**, v. 29, n. 4, p. 344-350, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1652474>. Acesso em: 16 ago. 2022.

GOMES, *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, 2020. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/men0000307>. Acesso em: 20 ago. 2022.

GORDON, A. R. *et al.* Appearance ideals and eating disorders risk among LGBTQ college students: the being ourselves living in diverse bodies (BOLD) study. **Journal of Adolescent Health**, v. 64, n. 2, p. S43-S44, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.096>. Acesso em: 26 out. 2022.

GORRELL, S.; MURRAY, S. B. Eating Disorders in Males. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 28, n. 4, p. 641-651, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.012>. Acesso em: 26 out. 2022.

GRALLE, A. P. B. P. *et al.* Job strain and binge eating among Brazilian workers participating in the ELSA-Brasil study: does BMI matter? **Journal of Occupational Health**, v. 59, n. 3, p. 247-255, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1539/joh.16-0157-0a>. Acesso em: 01 out. 2022.

GRIFFITHS, S. *et al.* The contribution of social media to body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and anabolic steroid use among sexual minority men. **Cyberpsychology Behavior and Social Networking**, v. 21, n. 3, p. 149-156, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0375>. Acesso em: 01 out. 2022.

GRILO, C. M. *et al.* Factor structure and construct validity of the eating disorder examination-questionnaire in college students: Further support for a modified brief version. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 3, p. 284-289, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22358>. Acesso em: 09 set. 2022.

GRUNEWALD, W. *et al.* Appearance discrimination and binge eating among sexual minority men. **Appetite**, v. 156, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104819>. Acesso em: 09 set. 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.

GUTTMAN, L. Some necessary conditions for common-factor analysis. **Psychometrika**, v. 19, n. 2, p. 149-161, 1954. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02289162>. Acesso em: 14 mar. 2022.

HAIR JÚNIOR, F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6ª ed. São Paulo: Bookman, 2009.

HARTMANN, A. S. *et al.* Pica and rumination disorder in DSM-5. **Psychiatric Annals**, v. 42, n. 11, p. 426-430, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00485713-20121105-09>. Acesso em: 09 jul. 2022.

HARTMANN, A. S. Pica behaviors in a German community-based online adolescent and adult sample: an examination of substances, triggers, and associated pathology. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity**, v. 25, n. 3, p. 811-815, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00693-w>. Acesso em: 09 set. 2022.

HAY, P. *et al.* Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. **Journal of eating disorders**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0149-z>. Acesso em: 16 jul. 2022.

HAY, P. J. *et al.* Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. **Plos One**, v. 3, n. 2, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001541>. Acesso em: 17 maio 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23304>. Acesso em: 28 de out. 2022.

HE, J. B. *et al.* Validation of the 12-item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire in the Chinese context: confirmatory factor analysis and Rasch analysis. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity**, v. 26, n. 1, p. 201-209, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00840-3>. Acesso em: 15 jun. 2022.

HILDEBRANDT, T. *et al.* Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. **Body Image**, v. 1, n. 2, p. 169-181, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.01.001>. Acesso em: 18 set. 2022.

HUDSON, J. I. *et al.* The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological psychiatry**, v. 61, n. 3, p. 348-358, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>. Acesso em: 16 fev. 2022.

JACOBI, C. *et al.* Screening for eating disorders and highrisk behavior: caution. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 36, n. 3, p. 280-95, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20048>. Acesso em: 09 maio 2022.

JENKINS, P. E.; RIENECKE, R. D. Structural validity of the eating disorder examination—Questionnaire: A systematic review. **International Journal of Eating Disorders**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23721>. Acesso em: 21 abr. 2022.

JOHNSON, J. G. *et al.* Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. **Psychological medicine**, v. 31, n. 8, p. 1455-1466, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0033291701004640>. Acesso em: 24 jun. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.10.002>. Acesso em: 28 set. 2022.

KAISER, H. F. The application of electronic computers to factor analysis. **Educational and psychological measurement**, v. 20, n. 1, p. 141-151, 1960. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/001316446002000116>. Acesso em: 15 jul. 2022.

KAISER, H. F.; RICE, J. Little jiffy, mark IV. **Educational and psychological measurement**, v. 34, n. 1, p. 111-117, 1974. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/001316447403400115>. Acesso em: 16 jul. 2022.

KAMODY, R. C. *et al.* 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23193>. Acesso em: 18 jun. 2022.

KAR, S. K. *et al.* Pica and psychosis—clinical attributes and correlations: a case report. **Journal of family medicine and primary care**, v. 4, n. 1, p. 149, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.152277>. Acesso em: 18 jun. 2022.

KASS, A. E. *et al.* Psychological treatments for eating disorders. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 26, n. 6, p. 549-555, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328365a30e>. Acesso em: 10 out. 2022.

KEEL, P. K. *et al.* Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: Reduction of eating disorder not otherwise specified and validity.

International Journal of Eating Disorders, v. 44, n. 6, p. 553-560, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20892>. Acesso em: 21 mar. 2022.

KLIMEK, P. *et al.* Confirmatory factor and measurement invariance analyses of the Eating Disorder Examination Questionnaire in sexual minority men and women. **International Journal of Eating Disorders**, v. 54, n. 5, p. 745-754, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23488>. Acesso em: 19 jul. 2022.

KLING, P. **An easy guide to factor analysis**. Exeter: Routledge, 2014.

KOLAR, D. R. *et al.* Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 29, n. 6, p. 363-371, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000279>. Acesso em: 16 abr. 2022.

KOO, T. K.; LI, M. Y. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. **Journal of Chiropractic Medicine**, v. 15, n. 2, p. 155-163, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>. Acesso em: 17 jun. 2022.

KOZAK, M. *et al.* Objects of desire: Objectification as a function of male sexual orientation. **Psychology of Men & Masculinity**, v. 10, n. 3, p. 225, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0361684314544679>. Acesso em: 18 set. 2022.

LASKA, M. N. *et al.* Disparities in weight and weight behaviors by sexual orientation in college students. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 1, p. 111-121, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25393177/>. Acesso em: 26/10/22.

LEGENBAUER, T. *et al.* Preference for attractiveness and thinness in a partner: Influence of internalization of the thin ideal and shape/weight dissatisfaction in heterosexual women, heterosexual men, lesbians, and gay men. **Body Image**, v. 6, n. 3, p. 228-234, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.04.002>. Acesso em: 16 jul. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0361684317692109>. Acesso em: 19 mar. 2022.

LITTLE, R. J. A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. **Journal of the American Statistical Association**, v. 83, n. 404, p. 1198-1202, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2290157>. Acesso em 25 ago. 2022.

MACHADO, P. P. P. *et al.* Eating disorder examination-questionnaire short forms: a comparison. **International Journal of Eating Disorders**, v. 53, n. 6, p. 937-944, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23193>. Acesso em: 18 jun. 2022.

MAKINO, M. *et al.* Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. **Medscape general medicine**, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1435625/>. Acesso em: 03 set. 2022.

MANCUSO, S. G. *et al.* Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria. **The British Journal of Psychiatry**, v. 206, n. 6, p. 519-520, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143461>. Acesso em: 07 set. 2022.

MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações**. 2a ed. Pêro Pinheiro: Report Number, 2010.

MCCREARY, D. R. *et al.* Measuring the drive for muscularity: factorial validity of the drive for muscularity scale in men and women. **Psychology of men & masculinity**, v. 5, n. 1, p. 49, 2004. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1524-9220.5.1.49>. Acesso em: 06 abr. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07448480009596271>. Acesso em: 08 maio 2022.

MCCUEN-WURST, C. *et al.* Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1411, n. 1, p. 96-105, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nyas.13467>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MCNEISH, D. *et al.* Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. **Psychological Methods**, v. 23, n. 3, p. 412, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/met0000144>. Acesso em: 01 jul. 2022.

MELE, G. *et al.* A broad-spectrum review on multimodal neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder. **Appetite**, v. 151, p. 104712, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104712>. Acesso em: 26 jul. 2022.

MICALI, N. *et al.* Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. **BMC medicine**, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0766-4>. Acesso em: 26 ago. 2022.

MITCHISON, D. The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1-9, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-943>. Acesso em: 24 set. 2022.

MORGADO, F. F. R. *et al.* Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 30, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0057-1>. Acesso em: 27 out. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0083>. Acesso em: 23 set. 2022.

MURRAY, H. B. *et al.* Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v. 51, n. 8, p. 994-998, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22898>. Acesso em: 03 out. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4465-z>. Acesso em: 10 set. 2022.

NAGATA, J. M. *et al.* Community norms for the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) among cisgender bisexual plus women and men. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 26, n. 7, p. 2227-2239, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01070-8>. Acesso em: 17 abr. 2022.

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, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/erv.2708>. Acesso em: 10 jun. 2022.

NAGATA, J. M. *et al.* Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among gender-expansive populations. **Journal of Eating Disorders**, v. 8, n. 1, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00352-x>. Acesso em: 11 jul. 2022.

NAGATA, J. M. *et al.* Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among transgender men and women. **Eating Behaviors**, v. 37, 2020c. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101381>. Acesso em: 15 jul. 2022.

NAKAI, Y. *et al.* Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002. **Psychiatry Research**, v. 219, n. 1, p. 151-156, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.018>. Acesso em: 24 ago. 2022.

O'HARA, C. B. *et al.* A reward-centred model of anorexia nervosa: A focussed narrative review of the neurological and psychophysiological literature. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 52, p. 131-152, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.02.012>. Acesso em: 10 ago. 2022.

OLIVEIRA, J. M. D. DE; MOTT, L (org.). **Mortes violentas de LGBTQ+ no Brasil-2021: relatório do Grupo Gay da Bahia**. 1. ed. Salvador: Editora Grupo Gay da

Bahia, 2022. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com>. Acesso em: 13 ago. 2022.

OLIVEIRA, L. L.; DEIRO, C. P. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. **Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva**, v. 15, n. 1, p. 36-49, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n1/v15n1a04.pdf>. Acesso: 24 abr. 2022.

OLIVEIRA-CARDOSO, É. A. *et al.* Qualidade de vida em pacientes com anorexia e bulimia nervosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34411>. Acesso em: 28 ago. 2022.

PARENT, M. C. Handling item-level missing data: Simpler is just as good. **The Counseling Psychologist**, v. 41, n. 4, p. 568-600, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0011000012445176>. Acesso em: 24 set. 2022.

PARENT, M. C.; BRADSTREET, T. C. Integrating self-concept into the relationship between drive for muscularity, and disordered eating and depression, among men. **Psychology of Men & Masculinities**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/men0000038>. Acesso em: 24 set. 2022.

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. 1, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y>. Acesso em: 26 out. 2022.

PARKER, Lacie, **DSM-5 Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors in the LGBT Population**. Doctoral thesis in psychology. Loma Linda University. Loma Linda, Califórnia, 2022, 104p.

PEARSON, C. M. *et al.* A Risk and Maintenance Model for Bulimia Nervosa: From Impulsive Action to Compulsive Behavior. **Psychological Review**, v. 122, n. 3, p. 516-535, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0039268>. Acesso em: 05 jun. 2022.

PENELO, E. *et al.* Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and norms for rural and urban adolescent males and females in Mexico. **PloS one**, v. 8, n. 12, p. e83245, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083245>. Acesso em: 06 jun. 2022.

PENNINGS, C.; WOJCIECHOWSKI, F. L. Kort instrumenteel The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Nederlandse normscores voor anorexiapatiënten en een nieteetstoornis controlegroep. **Gedragstherapie**, 2004. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2005-00059-004>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PETERSON, C. B. *et al.* Psychometric properties of the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Factor structure and internal consistency. **International Journal of Eating Disorders**, v. 40, n. 4, p. 386-389, 2007. Disponível em:

<https://doi.org/10.1002/eat.20373>. Acesso em: <https://doi.org/10.1002/eat.20373>. Acesso em: 11 set. 2022.

PETERSON, C. M. *et al.* Exploring the Eating Disorder Examination Questionnaire in treatment seeking transgender youth. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, v. 7, n. 3, p. 304-315, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1037%2Fpas0000996>. Acesso em: 12 out. 2022.

PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. (Org.). **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2022.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 31, p. 158-160, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832004000400004>. Acesso em: 13 set. 2022.

PLÖDERL, M; TREMBLAY, P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. **International Review of Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 367-385, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>. Acesso em: 08 jan. 2022.

PRISCO, A. P. K. *et al.* Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1109-1118, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400024>. Acesso: 10 set. 2022.

PUTNICK, D. L.; BORNSTEIN, M. H. Measurement invariance conventions and reporting: The state of the art and future directions for psychological research. **Developmental Review**, v. 41, p. 71-90, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.004>. Acesso em: 12 out. 2022.

QIAN, J. *et al.* An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity**, v. 27, n. 2, p. 415-428, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>. Acesso em: 11 out. 2022.

RABEL, A. *et al.* Ask about ice, then consider iron. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 28, n. 2, p. 116-120, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12268>. Acesso em: 15 abr. 2022.

RAND-GIOVANNETTI, D. *et al.* Psychometric properties of the Eating Disorder Examination–Questionnaire (EDE-Q): A confirmatory factor analysis and assessment of measurement invariance by sex. **Assessment**, v. 27, n. 1, p. 164-177, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1073191117738046>. Acesso em: 19 set. 2022.

REAS, D. L.; STEDAL, K. Eating disorders in men aged midlife and beyond. **Maturitas**, v. 81, n. 2, p. 248-255, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.03.004>. Acesso em: 19 set. 2022.

REISE, S. P. *et al.* Scoring and modeling psychological measures in the presence of multidimensionality. **Journal of Personality Assessment**, v. 95, n. 2, p. 129-140, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.725437>. Acesso em: 16 ago. 2022.

RICA, R. *et al.* Establishing the optimal male cut-off point: confirmatory factor analysis of the eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q) in a representative sample of Spanish university students. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 27, n. 3, p. 969-977, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01234-0>. Acesso em: 29 set. 2022.

SANTOS, A. R. *et al.* A síndrome de pica na gravidez: Aspectos psicológicos e nutricionais. **Salão do Conhecimento**, v. 6, n. 6, 2020. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/18118>. Acesso em: 30 ago. 2022.

SANTOS, C. G. *et al.* (2022). **Psychometric evaluation of the Drive for Muscularity Scale (DMS) and of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among Brazilian cisgender gay and bisexual men.** (Submetido à publicação) [2022].

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22590>. Acesso em: 23 set. 2022.

SCHAEFER, L. M.; THOMPSON, J. K. Self-objectification and disordered eating: A meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders**, v. 51, n. 6, p. 483-502, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22854>. Acesso em: 20 set. 2022.

SCHARMER, C. *et al.* Factor structure of the Eating Disorder Examination – Questionnaire among heterosexual and sexual minority males. **Eating Behaviors**, v. 38, p. 101403, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101403>. Acesso em: 10 set. 2022.

SEETHARAMAN, S.; FIELDS, E. L. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. **Pediatrics in Review**, v. 41, n. 12, p. 613-622, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/pir.2019-0133>. Acesso em: 12 out. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.23226>. Acesso em: 26 out. 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.09.003>. Acesso em: 12 out. 2022.

STRANDJORD, S. E. *et al.* Avoidant/restrictive food intake disorder: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. **Journal of Adolescent Health**, v. 57, n. 6, p. 673-678, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.08.003>. Acesso em: 19 set. 2022.

STROTHER, E. *et al.* Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. **Eating Disorders**, v. 20, n. 5, p. 346-355, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080%2F10640266.2012.715512>. Acesso em: 16 ago. 2022.

SWAMI, V.; BARRON, D. Translation and validation of body image instruments: Challenges, good practice guidelines, and reporting recommendations for test adaptation. **Body Image**, v. 31, p. 204-220, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.014>. Acesso em: 19 out. 2022.

SWANSON, S. A. *et al.* Change in binge eating and binge eating disorder associated with migration from Mexico to the US. **Journal of Psychiatric Research**, v. 46, n. 1, p. 31-37, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.10.008>. Acesso em: 15 ago. 2022.

TABAAC, B. J.; TABAAC, V. Pica patient, status post gastric bypass, improves with change in medication regimen. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, v. 5, n. 1, p. 38-42, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2045125314561221>. Acesso em: 23 out. 2022.

TAYLOR, J. Y. *et al.* Prevalence of eating disorders among Blacks in the National Survey of American Life. **International Journal of Eating Disorders**, v. 40, n. S3, p. S10-S14, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20451>. Acesso em: 05 ago. 2022.

TERRA, T. *et al.* Mental health conditions in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and Asexual youth in Brazil: A call for action. **Journal of Affective Disorders**, v. 298, p. 190-193, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.108>. Acesso em 13 ago. 2022.

THOMAS, J. J. *et al.* Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. **Current psychiatry reports**, v. 19, n. 8, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>. Acesso em: 13 ago. 2022.

THOMAS, J. R. *et al.* **Métodos de pesquisa em atividade física**. 6a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TREASURE, J. *et al.* Eating disorders. **Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 899-911, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30059-3). Acesso em: 24 jul. 2022.

TREASURE, J. *et al.* The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: implications for prevention and treatment. *World Psychiatry*, v. 21, n. 1, p. 147-148, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002%2Fwps.20935>. Acesso em: 10 abr. 2022.

TRINDADE, A. P. *et al.* Eating disorder symptoms in Brazilian university students: a systematic review and meta-analysis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.41, n. 2, p. 179-187, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0014>. Acesso em: 18 jun. 2022.

TSAI, K. *et al.* Pudendal nerve entrapment leading to avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A case report. **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 1, p. 84-87, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22601>. Acesso em: 11 jul. 2022.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.09.006>. Acesso em: 12 jun. 2022.

TYLKA, T. L.; WOOD-BARCALOW, N. L. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. **Body Image**, v. 14, p. 118-129, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>. Acesso em: 12 jun. 2022.

VANKIM, N. A. *et al.* Relationship Between Weight-Related Behavioral Profiles and Health Outcomes by Sexual Orientation and Gender. **Obesity**, v. 24, n. 7, p. 1572-1581, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/oby.21516>. Acesso em: 28 out. 2022.

VIANA, M. C. *et al.* Sao Paulo Megacity Mental Health Survey-a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the Sao Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, p. 375-386, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000400016>. Acesso em: 17 jul. 2022.

VILADRICH, C. *et al.* A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. **Annals of Psychology**, v. 33, n. 3, p. 755-782, 2017. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.6018/analesps.33.3.268401>. Acesso em: 14 set. 2022.

WALSH, B. T.; SYSKO, R. Broad Categories for the Diagnosis of Eating Disorders (BCD-ED): An Alternative System for Classification. **International Journal of Eating Disorders**, v. 42, n. 8, p. 754-764, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002%2Feat.20722>. Acesso em: 17 jul. 2022.

WATSON, R. J. *et al.* Trends and disparities in disordered eating among heterosexual and sexual minority adolescents. **International Journal of Eating Disorders**, v. 50, n. 1, p. 22-31, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.22576>. Acesso em: 16 out. 2022.

WATSON, R. J. *et al.* Unhealthy weight control behaviors among youth: Sex of sexual partner is linked to important differences. **Eating disorders**, v. 26, n. 5, p. 448-463, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1453633>. Acesso em 28 out. 2022.

WHO. World Health Organization. **Physical status:** The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1995. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acesso em: 15 ago. 2022.

ZACHRISSON, H. D. *et al.* Time trends in obesity and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, v. 41, n. 8, p. 673-680, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/eat.20565>. Acesso: 18 ago. 2022.

ZAR, J. H. Spearman rank correlation. **Encyclopedia of biostatistics**, v. 7, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat05964>. Acesso em: 20 out. 2022.

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.

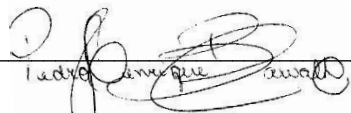
Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará 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 20__.

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

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____
 Rubrica do pesquisador: _____

APÊNDICE B – 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 () Bissexual () Heterossexual () 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)? () Sim () Não

16. Você já foi diagnosticado(a) com algum transtorno alimentar (ex. anorexia nervosa, bulimia nervosa, compulsão alimentar ou outros)? () Não () Sim. Qual?_____.

17. Você já foi diagnosticado(a) 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. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeito(a) com o seu corpo como um todo? _____ (1 = Muito satisfeito a 10 = Muito insatisfeito).

20. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeito(a) com a quantidade de gordura em seu corpo? _____ (1 = Muito satisfeito a 10 = Muito insatisfeito).

21. Em uma escala de 1 a 10, o quanto diria que está insatisfeito(a) com a quantidade de músculos em seu corpo? _____ (1 = Muito satisfeito a 10 = Muito insatisfeito).

22. 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					

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

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

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

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

25. 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.

	Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
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 – Cartaz para divulgação da pesquisa

VOCÊ É HOMEM
HOMOSSEXUAL
 OU **BISSEXUAL**
 E TEM MAIS DE
18 ANOS?



**Gostaria de participar de uma pesquisa
 que pode ajudar a causa LGBTQIA+?**

Essa pesquisa está sendo desenvolvida por pesquisadores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e tem como objetivo avaliar aspectos associados a imagem corporal, ao comportamento alimentar e a prática de exercício físico em homens de minoria sexual.

Caso você concorde em participar, antes de responder às perguntas lhe será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua anuência.

**USANDO SEU CELULAR ESCANEIE
 O QR CODE AO LADO E RESPONDA
 AS PERGUNTAS EM POUCOS MINUTOS!**



@pridebodyufjf
 (33) 99837-1346
 prideufjf@gmail.com

Pesquisador Responsável:
 Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

APÊNDICE D – Folder para divulgação da pesquisa



VOCÊ É HOMEM
HOMOSSEXUAL
 OU **BISSEXUAL**
 E TEM MAIS DE
18 ANOS?



Gostaria de participar de uma pesquisa que pode ajudar a causa LGBTQIA+?

Essa pesquisa está sendo desenvolvida por pesquisadores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e tem como objetivo avaliar aspectos associados a imagem corporal, ao comportamento alimentar e a prática de exercício físico em homens de minoria sexual.

Caso você concorde em participar, antes de responder às perguntas lhe será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua anuência.

USANDO SEU CELULAR ESCANEIE O QR CODE AO LADO E RESPONDA AS PERGUNTAS EM POUCOS MINUTOS!



 @pridebodyufjfjv
 (33) 99837-1346
 prideufjf@gmail.com

Pesquisador Responsável:
 Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho

APÊNDICE E – Contato de pesquisa (Brasil): *Eating Disorder Examination - Questionnaire* (EDE - Q)

26/09/2021 07:40

Ema[da Universidade Federal de Juiz de Fora • Research Contact (Brazil): Eating Disorder Examination – Questionnaire (...



MAURO LÚCIO DE OLIVEIRA JÚNIOR <mauro.junior@estudante.ufjf.br>

Research Contact (Brazil): Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE – Q)

5 mensagens

MAURO LÚCIO DE OLIVEIRA JÚNIOR <mauro.junior@estudante.ufjf.br>

28 de janeiro de 2021 15:12

Para: credo@medsci.ox.ac.uk

Cc: Pedro Henrique Berbert de Carvalho <pedro.berbert@ufjf.edu.br>, Mauricio Almeida <maualmeida4@gmail.com>

Dear Professor Christopher Fairburn

My name is Mauro Lucio de Oliveira Junior. I am a Master student in Applied Sciences to Health at the Federal University of Juiz de Fora.

I am a member of the Body Image and Eating Disorder Research Group (NICTA) and Physical Education, Body and Society Center for Studies and Research (NECOS). My advisor is Professor Pedro Henrique Berbert de Carvalho.

We are interested in a range of study fields, such as body satisfaction, body dissatisfaction, eating disorders, disordered eating, muscle dysmorphia, drive for muscularity, body talk, sociocultural backgrounds and so on. Especially, we are developing a research project for Brazilian men and women. Thus, we would like to perform a cross-cultural adaptation and psychometric analysis of the Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q) to Brazilian men and women.

We would like to know if you authorize us to carry out the cross-cultural adaptation of EDE-Q. If approved, it would be of great help if you could assist us with doubts in the translation process (to ensure equivalence between the original version and the one translated into Brazilian Portuguese).

We wonder if you can send us the EDE-Q in its original form..

It is also in our interest to know if there is a researcher in Brazil who has asked you permission to work with such instrument in our country.

Lastly, we would really appreciate if you give us your consent to make it applicable here in Brazil.

Best regards,

Mauro Lucio de Oliveira Junior,

<http://lattes.cnpq.br/1989189139564036>

Charandeep Khara <charandeep.khara@psych.ox.ac.uk>

16 de fevereiro de 2021 13:49

Para: "mauro.junior@estudante.ufjf.br" <mauro.junior@estudante.ufjf.br>

Cc: "pedro.berbert@ufjf.edu.br" <pedro.berbert@ufjf.edu.br>, "maualmeida4@gmail.com" <maualmeida4@gmail.com>

APÊNDICE E (continua) – Contato de pesquisa (Brasil): *Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE - Q)*

26/09/2021 07:40 E-mail de Universidade Federal de Juiz de Fora • Research Contact (Brazil): Eating Disorder Examination – Questionnaire (...)

Dear Mauro,

Professor Fairburn asked me to respond to your query.

The EDE-Q has already been translated into Brazilian Portuguese (attached). Please review and let me know if you think the translation can be improved in any way. You can find an original version of the measure here:

<https://www.cbte.co.uk/for-professionals/assessments/ede-q>

Best wishes,

Charandeep

Charandeep Khara

Centre for Research on Eating Disorders at Oxford (CREDO)

You can learn more about our work from our Department of Psychiatry web page:

<https://www.psych.ox.ac.uk/research/credo> and our website: <https://www.cbte.co>

[Texto das mensagens anteriores oculto]

 **EDE-Q_Brazilian Portuguese.pdf**
259K

MAURO LÚCIO DE OLIVEIRA JÚNIOR <mauro.junior@estudante.ufjf.br> 18 de fevereiro de 2021 10:45
Para: Charandeep Khara <charandeep.khara@psych.ox.ac.uk>
Cc: "pedro.berbert@ufjf.edu.br" <pedro.berbert@ufjf.edu.br>, "maualmeida4@gmail.com" <maualmeida4@gmail.com>

Dear Charandeep,

Hope you are staying healthy and safe!

Thank you so much for your answer, Sorry for bothering you with our emails, but we have some doubts about the Brazilian version of the EDE-Q. Could you send us the reference or the manuscript that describe the validation of the Brazilian version of the EDE-Q?

Look forward to hearing from you!

Best Regards,

[Texto das mensagens anteriores oculto]

—

Atenciosamente,

Mauro Lúcio de Oliveira Júnior

Mestrando em Ciências Aplicadas à Saúde (UFJF GV)

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)

Coordenador Hospital Unimed

Docente do Curso de Enfermagem UNIPAC

MBA em Gestão de Saúde e Controle de Infecção

Especializações em Docência no Ensino Superior, Prevenção e Controle de Infecção, Gestão de Saúde, Formação Pedagógica na Área de Saúde, Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho

<http://attes.cnpq.br/1989189139564036>

<https://mail.google.com/mail/u/07fk=042016b27f&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3A-6686186769512108940&siml=msg-a%3A-6549...> 2/3

APÊNDICE E (continua) – Contato de pesquisa (Brasil): *Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE - Q)*

26/09/2021 07:40 E-mail de Universidade Federal de Juiz de Fora • Research Contact (Brazil): Eating Disorder Examination – Questionnaire (...)

MAURO LÚCIO DE OLIVEIRA JÚNIOR <mauro.junior@estudante.ufjf.br> 5 de março de 2021 08:22
 Para: Charandeep Khara <charandeep.khara@psych.ox.ac.uk>, credo@medsci.ox.ac.uk
 Cc: Pedro Henrique Berbert de Carvalho <pedro.berbert@ufjf.edu.br>, Mauricio Almeida <maualmeida4@gmail.com>

Dear Charandeep,

Sorry for bothering you with our emails.

Could you send us the reference or the manuscript that describe the validation of the Brazilian version of the EDE-Q?

Look forward to hearing from you!

Best Regards,

[Texto das mensagens anteriores oculto]

Charandeep Khara <charandeep.khara@psych.ox.ac.uk> 15 de março de 2021 16:13
 Para: MAURO LÚCIO DE OLIVEIRA JÚNIOR <mauro.junior@estudante.ufjf.br>
 Cc: "pedro.berbert@ufjf.edu.br" <pedro.berbert@ufjf.edu.br>, "maualmeida4@gmail.com" <maualmeida4@gmail.com>

Dear Mauro,

Sorry for the delay in getting back to you. Things have been quite busy here.

This is the only publication I am aware of:

<http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0083>

Please let me know if you would like to amend the translation.

Best wishes,

Charandeep

[Texto das mensagens anteriores oculto]

APÊNDICE F – Pedido de autorização para a divulgação da pesquisa na universidade

25/06/22, 11:34

E-mail de Universidade Federal de Juiz de Fora - Solicito autorização para divulgação de pesquisa no Campus da UNIVALE



MAURO LÚCIO DE OLIVEIRA JÚNIOR <mauro.junior@estudante.ufjf.br>

Solicito autorização para divulgação de pesquisa no Campus da UNIVALE

1 mensagem

MAURO LÚCIO DE OLIVEIRA JÚNIOR <mauro.junior@estudante.ufjf.br>

29 de setembro de 2021 20:50

Para: reitoria@univale.br

Cco: PEDRO HENRIQUE BERBERT DE CARVALHO <pedro.berbert@ufjf.br>, Mauricio Almeida

<maualmeida4@gmail.com>

Prezada Reitoria UNIVALE, boa noite!

Me chamo Mauro Oliveira, sou egresso da UNIVALE, Mestrando em Ciências Aplicadas à Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares-MG, orientado pelo Prof. Dr. Pedro Henrique Berbert de Carvalho. Com objetivo de divulgar a pesquisa e captar participantes para responder o questionário, entro em contato para pedir por gentileza e se possível, autorização para afixar cartazes no *campus* 1 e 2 e também na Escola Técnica da UNIVALE.

Ademais, também solicito que seja divulgado por meio de email para alunos, professores e colaboradores, grupos de *whatsApp* e outros canais de comunicação da universidade o link da pesquisa para que os interessados tenham acesso imediato ao questionário da pesquisa.

O trabalho tem como finalidade verificar a eficácia de uma intervenção preventiva (i.e., Body Project PRIDE) na redução dos distúrbios de imagem corporal, transtorno alimentar e dismorfia muscular em homens gays e bissexuais. Ademais, pretende-se realizar a avaliação da validade e fidedignidade de todos os instrumentos aplicados no estudo. Esses construtos serão avaliados por meio de questionários. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) com número de CAAE: 44553021.8.0000.5147 e parecer nº 4.690.224. Abaixo encaminho o texto-convite para divulgação. Caso seja necessário algum documento ou que a solicitação seja feita de outra maneira, peço por favor que indiquem.

TEXTO-CONVITE:

Olá, tudo bem?

Meu nome é Mauro Oliveira, sou Mestrando em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares (UFJF-GV).

Gostaria de te convidar para participar 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."

Nossa pesquisa tem como objetivo avaliar aspectos associados à imagem corporal, ao comportamento alimentar e a prática de exercício físico em homens de minoria sexual (homossexuais e bissexuais), com idade igual ou superior a 18 anos.

Ela tem potencial para aumentar a representatividade da causa LGBTQIAP+, além de ser uma das primeiras pesquisas sobre essa temática em minorias sexuais do Brasil.

Para participar, basta clicar no link abaixo e responder algumas perguntas em poucos minutos (aproximadamente 15 minutos)!

Link para a pesquisa: <https://forms.gle/9YNsfxms9yNoPoTK9>

Destaca-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFJF (Parecer nº 4.690.224).

Qualquer dúvida, basta enviar um e-mail para: prideufjfv@gmail.com

Muito obrigado,
Mauro Oliveira

Segue anexo o cartaz da pesquisa para conhecimento.

Acreditamos que o apoio da universidade contribuirá de maneira significativa para que possamos melhorar a coleta de dados.

APÊNDICE F (continua) – Pedido de autorização para a divulgação da pesquisa na universidade

25/06/22, 11:34 E-mail de Universidade Federal de Juiz de Fora - Solicito autorização para divulgação de pesquisa no Campus da UNIVALE

Por fim, agradecemos, na certeza de que a UNIVALE ficará sensibilizada com a presente pesquisa e apoiará os pesquisadores da UFJF-GV.

--

Atenciosamente,

Mauro Lúcio de Oliveira Júnior

Mestrando em Ciências Aplicadas à Saúde (UFJF GV)

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)

Coordenador Hospital Unimed

MBA em Gestão de Saúde e Controle de Infecção

Especializações em Docência no Ensino Superior, Prevenção e Controle de Infecção, Gestão de Saúde, Formação Pedagógica na Área de Saúde, Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho

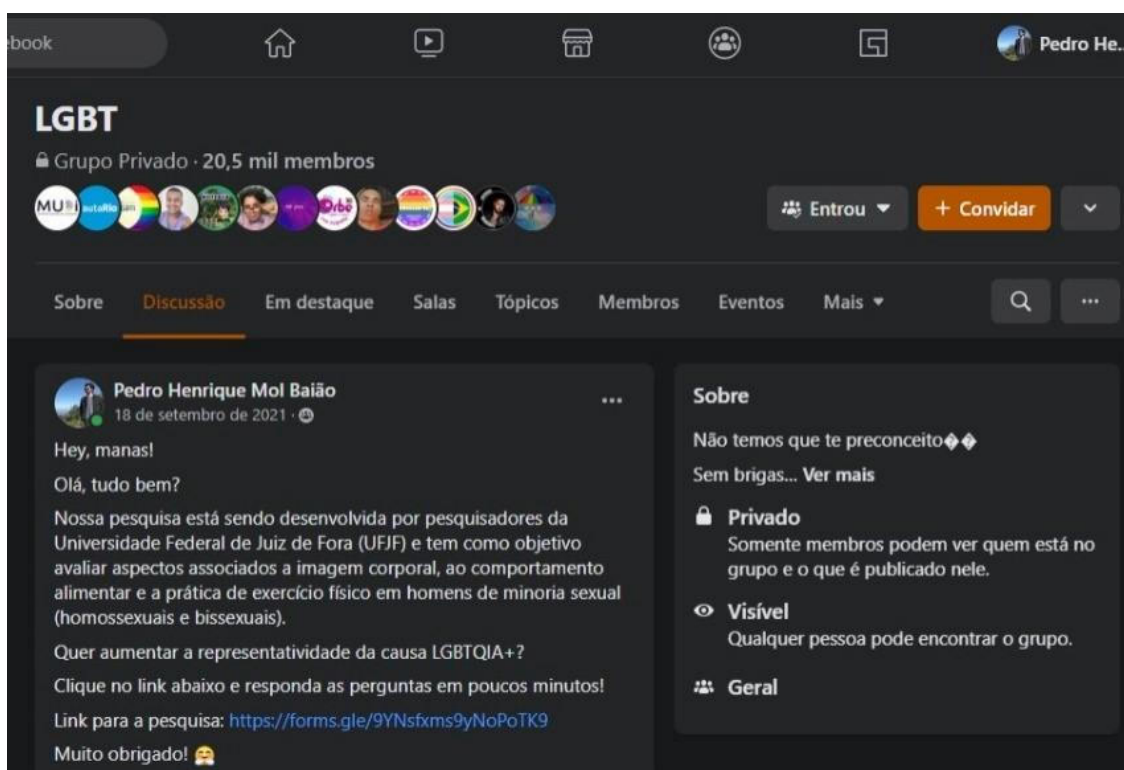
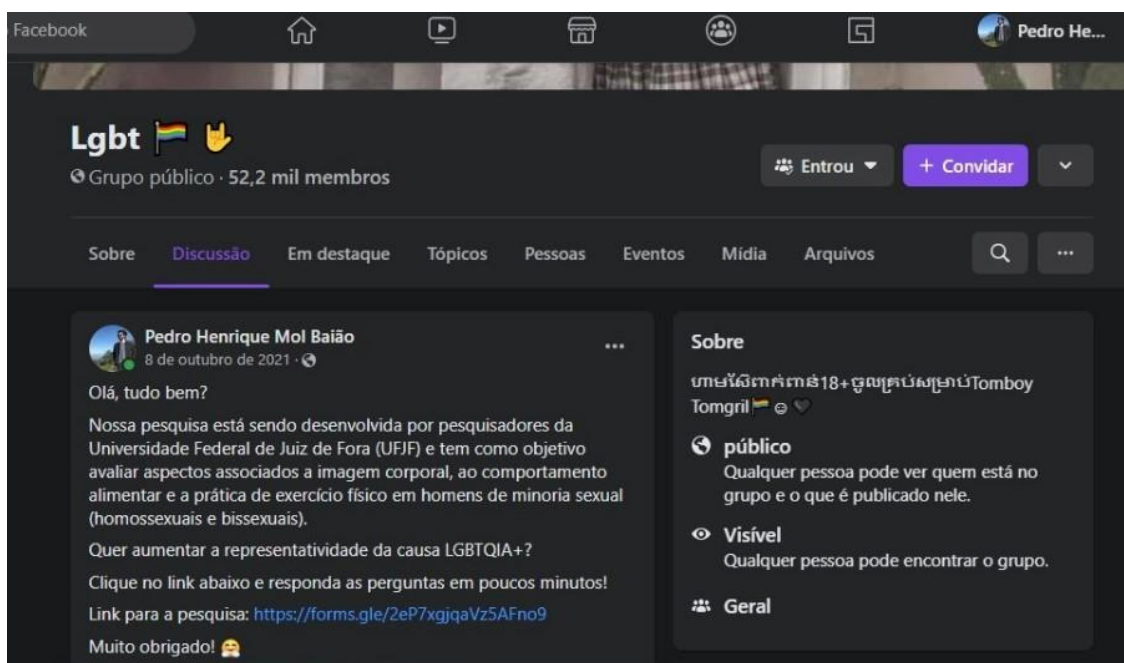
<http://lattes.cnpq.br/1989189139564036>



Cartaz divulgação da pesquisa PRIDE.pdf

474K

APÊNDICE G – Divulgação da pesquisa na rede social do Facebook na comunidade LGBTQIA+



APÊNDICE H – Divulgação da pesquisa na rede social do Twitter conta criada para o PRIDE



PRIDE BODY - UFJF-GV

@pridebodyufjfgv



Ei pessoal. Estamos desenvolvendo uma pesquisa direcionada a homens [#gays](#) e [#bissexuais](#) quanto a autopercepção da imagem corporal. Você faz parte de algum desses grupos? Da uma forcinha respondendo nosso questionário do link:



Intervenção preventiva em distúrbios de imagem corporal, transtorno alim...
docs.google.com

20:51 · 08/10/2021 · [Twitter Web App](#)

117 Retweets **62** Tweets com comentário

155 Curtidas

**APÊNDICE H (continua) – Divulgação da pesquisa na rede social do Twitter
conta criada para o PRIDE**



The image shows a screenshot of a Twitter profile page. At the top, there is a navigation bar with a back arrow, a search icon, and a menu icon. Below this is the profile header, which includes a circular profile picture with a rainbow cross and the text "Pride Body", and a black "Seguir" (Follow) button. The profile name is "PRIDE BODY - UFJF-GV" and the handle is "@pridebodyufjfgv". The bio reads: "Intervenção preventiva e educativa em distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares em jovens universitários. Pesquisa linktr.ee/pridebodyufjfgv". The location is "Governador Valadares - MG" and it was created in "outubro de 2021". There are "387 Seguindo" and "313 Seguidores". Below this, it says "Não foi seguido por ninguém que você está seguindo". The main content area shows a "Tweet Fixado" (Pinned Tweet) from "PRIDE BODY - UFJF-GV" dated "23/12/2021". The tweet text is: "Olá pessoal! Encerramos ontem a coleta de respostas para o nosso questionário. Nosso muito obrigado a todos que participaram! Esperamos em breve compartilhar os resultados que obtivemos! Boas festas a todos!". At the bottom of the tweet, there are icons for replies, retweets, and likes (3 likes), and a share icon.

← 🔍 ⋮

 Seguir

PRIDE BODY - UFJF-GV
@pridebodyufjfgv

Intervenção preventiva e educativa em distúrbios de imagem corporal e transtornos alimentares em jovens universitários. Pesquisa linktr.ee/pridebodyufjfgv

📍 Governador Valadares - MG

📅 Entrou em outubro de 2021

387 Seguindo **313** Seguidores

Não foi seguido por ninguém que você está seguindo

Tweets Tweets e respostas Mídia Curtidas

📌 Tweet Fixado

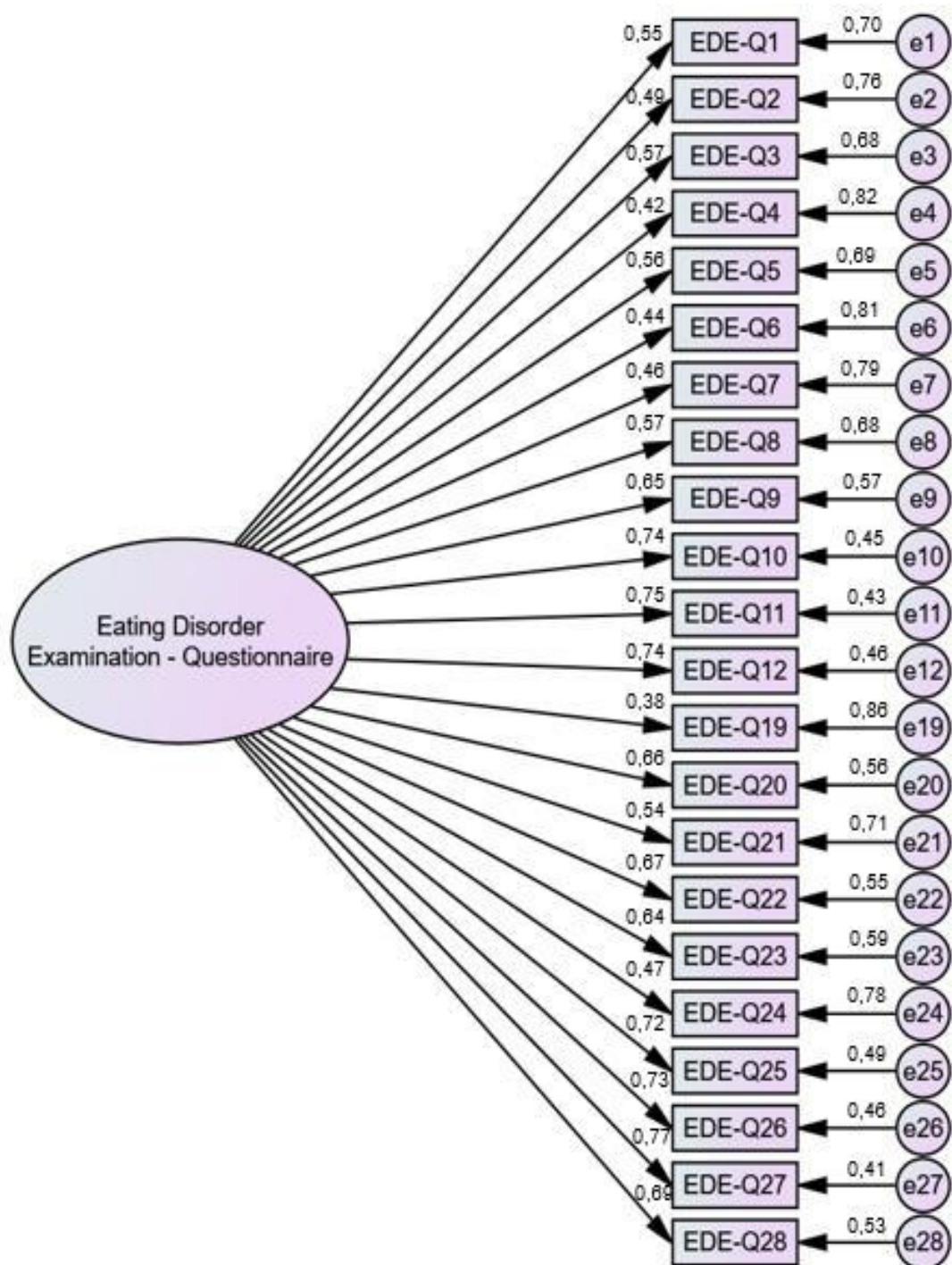
 **PRIDE BODY - UFJF-GV** · 23/12/2021 ⋮

Olá pessoal! Encerramos ontem a coleta de respostas para o nosso questionário. Nosso muito obrigado a todos que participaram! Esperamos em breve compartilhar os resultados que obtivemos! Boas festas a todos!

💬 ↻ ❤️ 3 📤

APÊNDICE I – Divulgação da pesquisa no Instagram do @PRIDEBODYUFJGV



APÊNDICE K – Modelo testado do *Eating Disorder Examination Questionnaire*

ANEXO A – 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 A (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 A (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 A (continua) – 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 B – Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

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!

Questões 1 a 12: Por favor, circule o número apropriado à direita. Lembre-se que essas questões se referem apenas às últimas 4 semanas (28 dias). Nos últimos 28 dias, em quantos dias...	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
Questões 13 a 18: Por favor, preencha com o número apropriado nos campos à direita							

(pontilhado). Lembre-se que as questões se referem apenas às últimas 4 semanas (28 dias). Nas últimas quatro semanas (28 dias)							
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 DIAS esses episódios de comer demais aconteceram (isto é, você comeu uma quantidade exagerada de comida <u>e</u> 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?						
Questões 19 a 21: Por favor, circule o número apropriado. <u>Por favor, observe que para essas questões o termo “compulsão alimentar” significa</u> 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.							
19. Nos últimos 28 dias, em quantos dias você comeu em segredo (escondido)?Não inclua os episódios de compulsão alimentar.	Nenhum dia	1-5 dias	6-12 dias	13-15 dias	16-22 dias	23-27 dias	Todos os dias
	0	1	2	3	4	5	6
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	Em algumas vezes	Menos da metade	Metade das vezes	Mais da metade	A maior parte das	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.	Leve Modera Marcad Nem um ment dament amente pouco e e						
	0	1	2	3	4	5	6
Questões 22 a 28: Por favor, circule o número apropriado à direita. Lembre-se que essas questões se referem apenas às últimas 4 semanas (28 dias). Nos últimos 28 dias...	Leve Modera Marcad Nem um ment dament amente pouco e e						
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 C – 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) Discordo totalmente	(2) Discordo na maior parte	(3) Não concordo nem discordo	(4) Concordo na maior parte	(5) Concordo totalmente
	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
1. É importante, para mim, parecer musculoso.	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.	1	2	3	4	5
5. Eu penso muito na minha aparência.	1	2	3	4	5
6. Eu penso muito em parecer magro.	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

ANEXO D – 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 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 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 E – 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	freqüentemente	Freqüentemente	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. Penso em tomar esteroides anabolizantes.	1	2	3	4	5	6
10. Acho que me sentiria mais forte se eu ganhasse um pouco mais de massa muscular.	1	2	3	4	5	6
11. Acho que meus braços não são musculosos o bastante.	1	2	3	4	5	6
12. Acho que meu tórax não é musculoso o bastante.	1	2	3	4	5	6
13. Acho que minhas pernas não são musculosas o bastante.	1	2	3	4	5	6

ANEXO F – *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:

(1) **(2)** **(3)** **(4)** **(5)**
Discordo **Discordo** **Não concordo** **Concordo** **Concordo**
totalmente **nem discordo** **totalmente**

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo	Concordo	Concordo totalmente
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 mesma 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	1	2	3	4	5

diz algo sobre quem eu sou como pessoa.					
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 sozinha.	1	2	3	4	5

ANEXO G – 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.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Eu respeito meu corpo.	1	2	3	4	5
2. Eu me sinto bem com meu corpo.	1	2	3	4	5
3. Eu sinto que meu corpo tem, pelo menos, algumas qualidades positivas.	1	2	3	4	5
4. Eu tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo.	1	2	3	4	5
5. Eu sou atento (a) às necessidades do meu corpo.	1	2	3	4	5
6. Eu sinto amor pelo meu corpo.	1	2	3	4	5
7. Eu aprecio as características diferentes e únicas do meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Meu comportamento revela minha atitude positiva em relação ao meu corpo; por exemplo, mantenho minha cabeça erguida e 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