

# CAPÍTULO 1

---

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

---

**Maurício Almeida**

**Pedro Henrique Berbert de Carvalho**

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

No caso dos homens, tratar os TAs e a DM é ainda mais desafiador, visto que, eles são menos susceptíveis a buscar tratamento para problemas mentais (Bomben; Robertson; Allan, 2022; Cohn *et al.*, 2016). Especialmente, no caso dos TAs, os homens apresentam um auto estigma de que estariam com um “problema tipicamente feminino” (Bomben; Robertson; Allan, 2022; Cohn *et al.*, 2016). Ademais, eles têm sido menos educados acerca dos TAs, de modo que, podem não considerar seus comportamentos (por exemplo, perda de peso extrema, purgação, compulsão alimentar e exercício excessivo) como pertencentes ao espectro dessa psicopatologia (Cohn *et al.*, 2016). Além disso, muitos pacientes homens com TAs perceberam que os profissionais de saúde demoraram a reconhecer seus sintomas porque eles eram homens (Räisänen; Hunt, 2014).

No caso dos homens cisgênero gays/bisexuais, a busca por tratamento nos serviços de saúde pode ser ainda mais problemática; pois, têm sido evidenciadas algumas barreiras

de acesso. Quando se trata das percepções subjetivas dos sujeitos, destaca-se o medo do estigma associado às minorias sexuais e de gênero, ter experiências negativas em virtude da orientação afetivo-sexual, ser tratado de maneira desagradável ou descuidada, bem como a ausência de profissionais competentes para atender as necessidades específicas da população LGBTQIAP+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais e outras identidades de gênero e orientações afetivo-sexuais) (Brooks *et al.*, 2018; Cronin *et al.*, 2021).

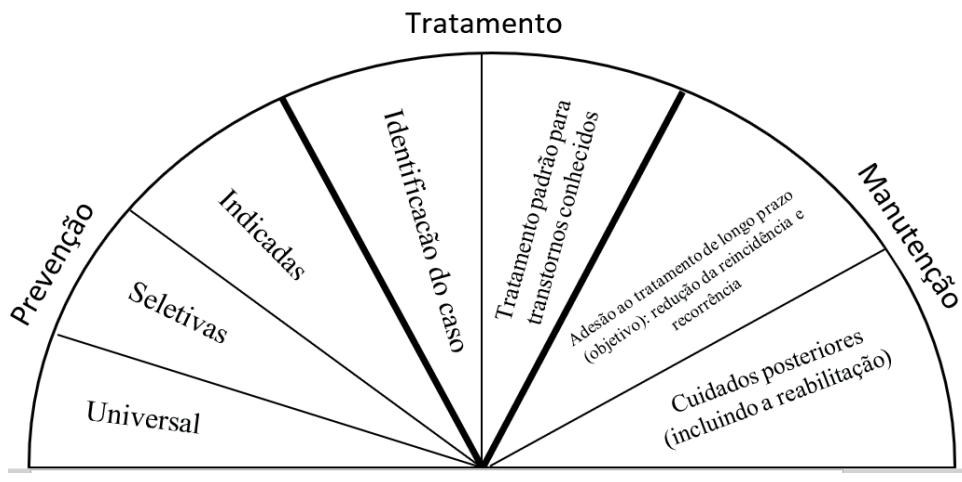
Realmente, ao buscar os serviços de saúde, muitos homens de minoria sexual e de gênero optam por ocultar sua orientação afetivo-sexual (Brooks *et al.*, 2018). Por outro lado, a ocultação da orientação afetivo-sexual pode impactar as estratégias de promoção, prevenção e recuperação dos agravos de saúde,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

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

As intervenções preventivas têm sido classificadas de acordo com a estrutura proposta pelo Comitê de Prevenção de Transtornos Mentais do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA), desenvolvida por Mrazek e Haggerty (1994). Nesse documento, os autores forneceram um modelo estruturado para concepção, aplicação e avaliação das intervenções destinadas a prevenção dos transtornos mentais, bem como, propuseram um mecanismo para facilitar o diálogo entre o contexto teórico e a aplicação prática desses conhecimentos (Mrazek; Haggerty, 1994).

O comitê enfatiza a prevenção dos transtornos mentais, mas ressalta que é necessário um sistema de classificação que reconheça a importância de todo o espectro de intervenções para transtornos mentais, incluindo prevenção, tratamento e manutenção (Figura 1). Dessa maneira, o comitê reconhece que a prevenção é reservada às intervenções realizadas antes do início de um distúrbio, patologia ou transtorno (Mrazek; Haggerty, 1994). Assim, as intervenções em saúde mental foram divididas em três categorias, a saber: universais, seletivas e indicadas (Mrazek; Haggerty, 1994).

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



Fonte: Adaptado de Mrazek e Haggerty (1994).

Tradução: Os autores (2025).

As intervenções preventivas universais são direcionadas ao público em geral ou a todo um grupo populacional, mesmo que não tenham sido identificados fatores de risco para o desenvolvimento de um transtorno mental (Mrazek; Haggerty, 1994). Por outro lado, as intervenções preventivas seletivas são direcionadas à indivíduos ou subgrupos da população cujo risco (iminente ou vitalício) de desenvolver um transtorno mental é maior do que a média (Mrazek; Haggerty, 1994). Nesse caso, os riscos podem ser identificados com base nos fatores biológicos, psicológicos e/ou sociais associados ao início de um transtorno mental (Mrazek; Haggerty, 1994). Por fim, as intervenções preventivas indicadas direcionam-se aos indivíduos de alto risco, que já apresentam sinais e sintomas de um transtorno mental, ou apresentam marcadores biológicos indicando uma predisposição genética, mas que, no momento atual, ainda não atendem os critérios diagnósticos do DSM-5 (Mrazek; Haggerty, 1994).

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

No contexto das intervenções preventivas, os estudos de eficácia são delineados para avaliar se uma intervenção produz efeitos sobre condições ideais, na qual os

facilitadores são bem treinados e supervisionados, assim como, as intervenções são realizadas em locais específicos (por exemplo, clínicas), com uma equipe adequada e os participantes geralmente são homogêneos (Marchand *et al.*, 2011; Stice; Becker; Yokum, 2013). Por outro lado, os estudos de efetividade avaliam se as intervenções produzem efeitos quando aplicadas por facilitadores endógenos, em condições reais, ambientes naturais e com amostras heterogêneas (Marchand *et al.*, 2011). É importante salientar que muitos estudos, em particular, os ensaios clínicos controlados randomizados, apresentam uma característica híbrida, incluindo elementos de eficácia e efetividade<sup>1</sup> (Marchand *et al.*, 2011).

Revisões sistemáticas e metanálises têm buscado compreender os efeitos encontrados nos estudos de eficácia e efetividade de uma série de intervenções destinadas a prevenção dos TAs (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008). Dentre os inúmeros resultados encontrados nesses estudos, é consenso entre os autores que os efeitos das intervenções podem variar em relação à população-alvo (universal, seletiva ou indicada). Por exemplo, intervenções universais apresentam maiores efeitos quando são empregados elementos de alfabetização midiática<sup>2</sup> (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008). Nas populações seletivas, maiores efeitos têm sido encontrados em programas baseados na dissonância cognitiva<sup>3</sup> (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008). Por fim, nas intervenções preventivas indicadas, a Terapia Cognitivo-Comportamental tem demonstrado os maiores efeitos (Dunker; De Carvalho; Amaral, 2023; Le *et al.*, 2017; Stice *et al.*, 2019; Stice; Onipede; Marti, 2021; Stice; Shaw, 2004; Stice; Shaw; Marti, 2007; Watson *et al.*, 2016; Yager; O'Dea, 2008).

Ao observar os estudos incluídos nessas revisões sistemáticas e metanálises, apenas um foi direcionado especificamente para a população de homens cisgênero gays, a saber, o estudo de Brown e Keel (2015). O reduzido número de estudos pode ser reflexo do estigma social experenciado pela população LGBTQIAP+, que tem suas necessidades de saúde, muitas vezes, negligenciadas (Vito Ciasca; Hercowitz; Lopes Junior, 2021b). Buscando realizar uma busca integrativa da literatura acerca das intervenções voltadas para saúde mental da população de minorias sexuais masculinas, observa-se que essas intervenções apresentam grande preocupação com a prevenção do HIV/Aids, assim como,

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

2 Tradução livre, realizada pelo autor, do termo original: *Media Literacy*.

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

com os problemas mentais/sociais associados à essa infecção sexualmente transmissível (IST), como, por exemplo, os sintomas depressivos, ansiedade, trauma e ideação suicida (Collins *et al.*, 2021; Operario *et al.*, 2022). Uma maior incidência e/ou prevalência de problemas de saúde mental tem contribuído para reduzidas taxas de aderência ao tratamento, aumento dos comportamentos de risco e baixo engajamento na prevenção do HIV/Aids (Collins *et al.*, 2021; Operario *et al.*, 2022).

Contudo, limitar as intervenções em saúde mental a apenas uma área pode ser um erro, visto que outros construtos podem comprometer a saúde de homens cisgênero gays/bissexuais, como é o caso dos distúrbios de imagem corporal, TAs e DM (Nagata; Ganson; Austin, 2020; Parker; Harriger, 2020; Schmidt *et al.*, 2022). Além disso, intervenções direcionadas a redução dessas psicopatologias poderiam gerar benefícios adicionais à prevenção e tratamento do HIV/Aids. Por exemplo, o investimento em relação à aparência associado à insatisfação corporal foi descrito como um fator de risco para a prática sexual sem o uso de preservativos em homens cisgênero gays/bissexuais (Gholizadeh *et al.*, 2018), inclusive em homens latino-americanos (Brady *et al.*, 2019). Estudo de Brennan, Craig e Thompson (2012), demonstrou que participantes com maior insatisfação corporal reportaram um número maior de diagnósticos para ISTs, que não o HIV/Aids.

Ao nosso conhecimento, a primeira intervenção destinada a prevenção dos distúrbios de imagem corporal e dos TAs em minorias sexuais masculinas foi o PRIDE *Body Project* (Brown; Keel, 2015). Essa intervenção foi adaptada do *Body Project*<sup>4</sup>, um programa preventivo com eficácia e efetividade comprovada na redução dos sintomas de TAs em mulheres (independente da orientação afetivo-sexual) (Stice *et al.*, 2000). O *Body Project* é uma intervenção interativa que tem como objetivo a redução da internalização da aparência ideal, principal mediador para o desenvolvimento de sinais e sintomas de TAs (Stice *et al.*, 2000). Em sua versão original, o *Body Project* apresenta quatro sessões, com duração de uma hora cada e um intervalo semanal entre elas. Durante e após as sessões, os participantes são estimulados a realizar uma série de atividades verbais, escritas e comportamentais, bem como realizar algumas tarefas em casa. Um resumo das atividades desenvolvidas no *Body Project* pode ser visualizado no Quadro 1.

As atividades realizadas no *Body Project* foram estruturadas com base na teoria da dissonância cognitiva, desenvolvida em 1957, por Leon Festinger. Essa teoria descreve que o conflito (relação dissonante) entre as cognições (conhecimentos, opiniões ou crenças) e comportamentos dos sujeitos cria um intenso desconforto psicológico, o que, por sua vez, motiva as pessoas a restaurar a consistência (consonância) (Festinger, 1957). Segundo Festinger (1957), todos os indivíduos possuem um sentimento de autoproteção interno que tenta manter a consonância entre esses aspectos. Ademais, quanto maior for a discrepância

---

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

entre as cognições e os comportamentos maior será a magnitude da dissonância e, consequentemente, maior será a motivação do sujeito para reduzi-la (Cooper, 2007). Indivíduos alocados em grupos com alta magnitude de dissonância cognitiva apresentaram efeitos maiores na redução dos sinais e sintomas de TAs em comparação àqueles alocados em grupos de baixa magnitude<sup>5</sup> (Green *et al.*, 2005; McMillan; Stice; Rohde, 2011).

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

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

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

Tradução: Os autores (2025).

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

Buscando compreender as possíveis alterações neurais ocasionadas pela participação no *Body Project*, Stice, Becker e Yokum (2013) desenvolveram um estudo com auxílio de uma ressonância magnética funcional. No estudo, os participantes foram aleatorizados em dois grupos, Grupo Intervenção (GI), que recebeu as sessões do

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

programa e Grupo Controle (GC), que recebeu apenas um livro educacional. Ambos os grupos foram expostos a imagens de modelos, imagens de mulheres que apresentavam um ideal corporal magro e afirmativas pró-aparência ideal magra. A interação grupo *versus* tempo demonstrou que os participantes do GI demonstraram uma redução significante na ativação do sistema de recompensa do cérebro (região caudal) em comparação a um pequeno aumento observado no GC. O GI também demonstrou uma redução significante da ativação do córtex cingulado anterior (principal responsável pela atenção humana) em comparação a um aumento significativo no GC. Esses dados demonstram que o *Body Project* altera a percepção aos estímulos do ideal de magreza, de modo que, após a conclusão da intervenção as jovens não percebem o ideal de magreza como um objetivo desejável, alocando uma menor atenção a esse ideal (Stice; Becker; Yokum, 2013).

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

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

após quatro semanas de *follow-up* (Brown; Keel, 2015).

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

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

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

Fonte: Adaptado de Brown e Keel (2015).

Tradução: Os autores (2025).

Em relação a aceitação da intervenção, as taxas de retenção foram superiores a 86% em ambos os grupos. A escala de aceitação do programa incluiu quatro itens destinados a avaliação dos seguintes aspectos: (a) utilidade na promoção de uma imagem corporal positiva; (b) utilidade em melhorar a imagem corporal do próprio participante; (c) satisfação geral com o programa; e (d) probabilidade de recomendar o programa para um amigo (Brown; Keel, 2015). Esses itens foram respondidos em uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos (1 = extremamente inútil/extremamente insatisfeito/improvável a 7 = extremamente útil/extremamente satisfeito/provável). Todos os itens apresentaram média  $\geq 5,77$ . Todos os participantes alocados no GI realizaram pelo menos uma tarefa para casa entre a 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> sessão, sendo que 83,9% dos participantes realizaram todas as tarefas.

Utilizando uma análise de modelos mistos com efeito quadrático do tempo, o estudo identificou reduções significantes, pós-intervenção e no *follow-up* de quatro semanas, para todas as variáveis incluídas (isto é, insatisfação com o peso e a forma,

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

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

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

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

As evidências empíricas sobre a eficácia e efetividade das intervenções preventivas baseadas na dissonância cognitiva, em especial, do PRIDE *Body Project*, na redução da internalização da aparência ideal, objetificação sexual, insatisfação corporal e sintomas de TAs, suscitam a sua avaliação em contextos culturais diversos, incluindo em homens brasileiros cisgênero gays/bissexuais. Comparado ao tratamento psicológico tradicional, essa intervenção apresenta um custo reduzido e pode ser implementada de maneira ampla, reduzindo o estigma em relação às preocupações masculinas com o corpo e também aumentando a apreciação corporal nesse público (Brown *et al.*, 2017).

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

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

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. *et al.* Dissonance-based eating disorder prevention delivered in-person after an online training: A randomized controlled trial for Brazilian men with body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, v. 54, n. 3, p. 293-304, 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth edition (DSM – 5)**. 5<sup>a</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- ANDRÉS-PEPIÑÁ, S. *et al.* Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v. 25, n. 1, p. 33-44, 2020.
- BADENES-RIBERA, L. *et al.* The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, v. 8, n. 3, p. 351-371, 2019.

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

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

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

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

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

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

COHN, L. *et al.* Including the excluded: Males and gender minorities in eating disorder prevention. **Eating Disorders**, v. 24, n. 1, p. 114-120, 2016.

CONVERTINO, A. D. *et al.* Integrating minority stress theory and the tripartite influence model: A model of eating disordered behavior in sexual minority young adults. **Appetite**, v. 163, p. 105204, 2021a.

CONVERTINO, A. D. *et al.* The role of sexual minority stress and community involvement on disordered eating, dysmorphic concerns and appearance-and performance-enhancing drug misuse. **Body Image**, v. 36, p. 53-63, 2021b.

COMPTE, E. J. *et al.* Psychometric evaluation of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among cisgender gay men and cisgender lesbian women. **Body Image**, v. 38, p. 241-250, 2021.

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

COOPER, J. **Cognitive dissonance**: 50 years of a classic theory. Califórnia: SAGE Publications Ltd, 2007.

COLLINS, P. Y. *et al.* Intervening for HIV prevention and mental health: A review of global literature. **Journal of the International AIDS Society**, v. 24, n. S2, p. e25710, 2021.

CRONIN, T. J. *et al.* Minority stress and psychological outcomes in sexual minorities: The role of barriers to accessing services. **Journal of Homosexuality**, v. 68, n. 14, p. 2417-2429, 2021.

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

FAIRBURN, C. G.; BEGLIN, S. J. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? **International Journal of Eating Disorders**, v. 16, n. 4, p. 363-370, 1994.

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

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

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

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

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

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

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

GHOLIZADEH, S. *et al.* Body image and condomless anal sex among sexual minority men living with HIV. **AIDS and Behavior**, v. 22, p. 658-662, 2018.

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

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

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

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

LEVINE, M. P.; SMOLAK, L. **The prevention of eating problems and eating disorders**: Theories, research, and applications. New York, NY: Routledge, 2020.

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

MCCREARY, D. R.; SASSE, D. K. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. **Journal of American College Health**, v. 48, n. 6, p. 297-304, 2000.

MCMILLAN, W.; STICE, E.; ROHDE, P. High-and low-level dissonance-based eating disorder prevention programs with young women with body image concerns: An experimental trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 79, n. 1, p. 129-134, 2011.

MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J. **Reducing risks for mental disorders**: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academies Press, 1994.

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

NAGATA, J. M. *et al.* Community norms of the Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) among cisgender sexual minority men and women. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 297, p. 1-9, 2021.

NAGATA, J. M.; GANSON, K. T.; AUSTIN, S. B. Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 33, n. 6, p. 562-567, 2020.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TREASURE, J.; DUARTE, T. A.; SCHMIDT, U. Eating disorders. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 899-911, 2020.

VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Review of the burden of eating disorders: Mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 33, n. 6, p. 521-527, 2020.

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

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

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

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