



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS REALEZA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

ALICIA DOERLITZ BATISTA

**TRANSTORNOS ALIMENTARES E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:
UM PERFIL SÓCIO-ALIMENTAR DE HOMENS GAYS UNIVERSITÁRIOS.**

REALEZA

2022

ALICIA DOERLITZ BATISTA

**TRANSTORNOS ALIMENTARES E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:
UM PERFIL SÓCIO-ALIMENTAR DE HOMENS GAYS UNIVERSITÁRIOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Realeza, como requisito para obtenção do título de Nutricionista.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Martins

REALEZA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Batista, Alicia Doerlitz

TRANSTORNOS ALIMENTARES E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: UM PERFIL SÓCIO-ALIMENTAR DE HOMENS GAYS UNIVERSITÁRIOS / Alicia Doerlitz Batista. -- 2022. 61 f.

Orientador: Doutor Emerson Martins

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Nutrição, Realeza, PR, 2022.

1. Transtornos Alimentares. 2. Vigorexia. 3. Nutricao. 4. Universitários. 5. Homens gays. I. Martins, Emerson, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ALICIA DOERLITZ BATISTA

**TRANSTORNOS ALIMENTARES E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL:
UM PERFIL SÓCIO-ALIMENTAR DE HOMENS GAYS UNIVERSITÁRIOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus Realeza*, como requisito para obtenção do título de Nutricionista.

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em: 04/03/2022.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Emerson Martins

Orientador



Profª. Drª. Camila Elizandra Rossi

Avaliadora



Profª. Drª. Rozane Márcia Triches

Avaliadora

Em função da Pandemia do Coronavírus e as medidas de afastamento tomadas pela UFFS, esta Ata será assinada por mim, Presidente da banca, como representante dos demais membros.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 ANOREXIA NERVOSA (AN)	8
2.2 BULIMIA NERVOSA (BN)	9
2.3 TRANSTORNO DE COMPULSAO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP)	9
2.4 VIGOREXIA (VG).....	10
2.5 GAYS E SAÚDE MENTAL	11
3 MATERIAIS E MÉTODOS	13
4 RESULTADOS	16
4.1 Perfil dos participantes.....	16
4.2 NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	23
4.3 PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES E VIGOREXIA.	25
4.4 COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES	26
5 DISCUSSÃO	33
5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	33
5.2 Características alimentares dos participantes	34
5.3 Estado nutricional dos participantes, satisfação com a imagem corporal e nível de atividade física	36
5.4 Frequência de Transtornos Alimentares e transtorno dismórfico corporal	39
5.5 Comportamentos de risco para transtornos alimentares	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO POR MEIO DA PLATAFORMA GOOGLE FORMS	50

TRANSTORNOS ALIMENTARES E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: UM PERFIL SÓCIO-ALIMENTAR DE HOMENS GAYS UNIVERSITÁRIOS.

Alicia Doerlitz Batista*
Emerson Martins**

RESUMO

Este estudo apresenta um perfil sócio alimentar de homens gays universitários, observando a prevalência no diagnóstico de transtornos alimentares e de transtorno dismórfico corporal (vigorexia), o nível de atividade física e a insatisfação corporal. Metodologicamente, utilizou-se de uma abordagem quantitativa e de caráter exploratório, sem amostra, por adesão da população. A coleta de dados ocorreu por meio de questionários autoaplicáveis e de forma online. As análises realizadas foram descritivas de frequência. O estudo totalizou 39 participantes, de regiões diversas do Brasil, com média etária de 23 anos e com residência em áreas urbanas. Os resultados apresentam que: entre os participantes, a maioria realiza sozinha e em casa suas refeições; Mais da metade da amostra indicou estar muito insatisfeito com seus corpos, sendo que apenas 1 indivíduo indicou possuir diagnóstico para bulimia nervosa e vigorexia; 25% da população estudada sente que possui algum transtorno alimentar, destacando a subnotificação e as questões de gênero e de orientação sexual no concernente aos transtornos alimentares e dismórficos; os participantes indicaram comportamentos de risco, como dietas restritivas, episódios de compulsão e compensação e abuso de medicamentos sem supervisão e outros; entre os participantes 61,5% demonstraram o desejo de possuir outro corpo por ser homossexual; o participante diagnosticado com um transtorno referiu atividade física de nível moderado.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares. Vigorexia. Nutrição. Universitários. Homens gays.

1 INTRODUÇÃO

As normas socioculturais têm ditado os padrões de beleza e imagem corporal. Contemporaneamente, vincula-se o estereótipo da magreza, para mulheres, e do musculoso, para homens, como atributos positivos e desejáveis. Observe-se que “o corpo (magro ou hiper forte) passa a ser instrumento de prestígio” e a “beleza”, dentro desta normatividade do magérrimo/a, “tornou-se imperativo absoluto: deixou de ser obra da natureza e passou a ser qualidade moral” (BAUDRILLARD, 1995, *apud* SCHOMER; KACHANI, 2010, p. 109).

* Acadêmica do curso de Bacharel em Nutrição da Universidade Federal da Fronteira Sul – *Campus* Realeza. E-mail: aliciadoerlitz@gmail.com

** Docente – Universidade Federal da Fronteira Sul – *Campus* Realeza. Doutor. E-mail: emerson.martins@uffs.edu.br

Como se sabe, a norma, segundo Martins (2005), “propõe-se como uma possibilidade e não como uma lei unívoca”. Busca-se por meio da norma unificar o diverso, assimilar a diferença; ela é a execução do projeto normativo” (p. 46). Ou seja, tal planificação das possibilidades corporais, leva as pessoas a desejarem o que consideram uma imagem perfeita, notadamente difícil de alcançar, podendo levar a uma distorção da realidade. Historicamente, a perseguição para encaixar-se no corpo/beleza padrão tem produzido transtornos psicológicos e alimentares (SANTOS et al., 2013).

Os transtornos alimentares (TA) são distúrbios psiquiátricos e podem levar a grandes prejuízos biológicos, psicológicos e também ao aumento de morbidade e mortalidade (CORDÁS; SALZANO, 2011). Os transtornos alimentares que nos ocuparemos aqui serão a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno alimentar de compulsão periódica. Também abordaremos um transtorno dismórfico corporal (TDC). Os critérios de diagnóstico para TA são estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (OMS, 1993) e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) (APA, 2014) (ALVARENGA; FIGUEIREDO; ROMANO, 2009, p. 397).

Melin e Araújo (2002) destacam o fato de que os TA ocorrem em sua maioria em mulheres e apenas em uma pequena parcela de homens. Porém este número pode estar subestimado pelo fato de que os homens em sua vivência não procuram tantos profissionais da saúde quanto as mulheres e também pela dificuldade no diagnóstico. Segundo Araújo, entre os homens, existem determinados grupos mais suscetíveis a desenvolverem um TA, “destacam-se aqueles (homens) cujas profissões estão ligadas a uma preocupação exagerada com o peso ou a forma corporal – bailarinos, modelos, jôqueis, ginastas, nadadores, fisiculturistas, corredores e lutadores de luta livre [...]” (p. 74). Outro grupo suscetível aos TA são os homens gays, haja vista os efeitos da heteronormatividade e da tentativa de se encaixar em padrões supostamente impostos pela comunidade, baseados em uma masculinidade hegemônica. Os TA em homens gays podem se desencadear devido a preocupação com a imagem e peso corporal, que é prevalente nesta população (STROTHER et al., 2012).

Sabe-se que homens com TA não buscam apenas o ideal de corpos magros, mas também há aqueles que visam um corpo musculoso (YELLAND; TIGGEMANN, 2003), que deve ser reconhecido como um corpo magro e “masculino”, remetendo-se a outra normatividade, a de gênero. Desta forma, buscaremos perceber se os homens gays realmente estão na narrativa dos transtornos alimentares e do dismórfico corporal levando em consideração que os estudos enfatizam a procura dos homens gays pelo corpo musculoso.

Justamente, por conta disso, será também abordada neste trabalho a vigorexia, que não é taxonomicamente um TA, mas um transtorno dismórfico corporal (TDC).

O transtorno dismórfico corporal consiste na preocupação com um ou mais defeitos quase imperceptíveis ou às vezes até inexistentes, como cita o DSM V (2014), essas preocupações causam sensações de angústia e ansiedade, medo e podem levar o indivíduo ao isolamento social. A dismorfia muscular ou como também pode ser citada vigorexia, é uma forma de transtorno dismórfico corporal que caracteriza a convicção do indivíduo de que seu corpo é pequeno e não o musculoso suficiente. Neste sentido, este estudo buscou construir um perfil sócio alimentar dos participantes, investigando as condições de vida de homens gays universitários. Observou-se ainda a prevalência de TA, de Vigorexia, e de alguns comportamentos de risco, tais como prática de dietas restritivas com a finalidade de perda de peso, ingestão excessiva de alimentos e episódios de compensação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANOREXIA NERVOSA (AN)

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno da alimentação caracterizado pela perda de peso intensa na busca pela magreza, unida à distorção da imagem corporal e a diversas alterações hormonais, proporcionadas pelo quadro de desnutrição decorrente da própria AN (ARATANGY; KAIO; FASSARELLA, 2010, p. 135). O DSM V (2014) destaca que existem três características que se destacam em um quadro de AN, sendo eles a restrição persistente da ingestão calórica, medo intenso de ganho de peso ou comportamento insistente sobre este fator e a perturbação da imagem corporal.

A AN pode levar o indivíduo a diversas complicações entre elas, pele seca, lanugo, cabelos finos e quebradiços, bradicardia, diminuição da pressão arterial, edema, cálculo renal, anemia, leucopenia, trombocitopenia, hipotermia e intolerância ao frio, convulsões, as complicações hormonais envolvem hipotireoidismo, aumento do hormônio do crescimento, cortisol e das leptinas e no caso das mulheres o sistema reprodutor pode ser comprometido devido a alterações hormonais (ARATANGY; KAIO; FASSARELLA, 2010, p.137). Para avaliar a gravidade do transtorno utiliza-se a classificação para adultos do Índice de Massa Corporal (IMC).

2.2 BULIMIA NERVOSA (BN)

Descreve-se a bulimia nervosa (BN) pela ocorrência de episódios bulímicos, definidos como momentos de grande ingestão de alimentos em espaços de tempos curtos, de alguns minutos até duas horas, ocorre sensação de culpa e perda de controle, levando o indivíduo a práticas compensatórias inadequadas e prejudiciais à saúde, sendo elas vômitos autoinduzidos, uso de diuréticos, inibidores do apetite, laxantes, realização de dietas e exercícios físicos, ambos de forma extrema e sem os devidos acompanhamentos profissionais. Existem também relatos do uso de medicamentos e drogas ilícitas (SALZANO; KOTAIT; KITADE, 2010, p. 153).

A origem do significado da palavra bulimia é um tanto quanto interessante, surgiu da associação dos termos gregos *bous* (boi) e *limus* (fome), ou seja, fome de boi, fome de comer um boi, fome de comer como um boi, sua interpretação pode variar, mas levam de certa forma ao mesmo significado. De início, acreditava-se que a bulimia era uma consequência da AN. Geral Russel, psiquiatra britânico, foi quem em 1979 descreveu a bulimia como a caracterizamos hoje, pois seus pacientes descreviam episódios característicos da bulimia, compulsão e compensação, porém seu peso era considerado saudável, posteriormente concluiu que se tratavam de quadros independentes e que necessitavam de procedências diferentes (ABREU; FILHO, 2004).

Sobre as consequências da BN, destaca-se a alcalose metabólica hipoclorêmica, resultante da perda de íons de hidrogênio, cloro e potássio, podendo desencadear arritmias cardíacas e até lesão renal, podem ocorrer convulsões, insuficiência renal, fraqueza muscular, perda do esmalte e dentina da superfície lingual dos dentes, efeito do ácido gástrico pela provocação do vômito (LANCHA, 2012). Inclusive, em casos de regurgitação, o profissional da odontologia pode ser um aliado para o reconhecimento do TA e encaminhamento aos demais profissionais. Todavia, o assunto deve ser abordado com cautela e conhecimento pelo profissional para não causar sentimentos como vergonha ou culpa (LIMA et al., 2012).

2.3 TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP)

Transtornos de compulsão alimentar periódica (TCAP) é a denominação mais adotada para *binge eating disorder*, não se encontra uma tradução literal para a palavra *binge* no português. Os termos utilizados são “compulsão alimentar”, quando se trata de um episódio, e

compulsão alimentar periódica, quando se fala da síndrome (PASSOS; STEFANO; BORGES, 2004, p. 60). Pode também ser conhecido como o comer compulsivo, sendo descrito como episódios recorrentes de compulsão alimentar e com a ausência de comportamentos compensatórios inadequados (PISCIOLARO; AZEVEDO, 2010, p 168).

Segundo o DSM V (2014), os indivíduos geralmente acometidos do transtorno possuem sobrepeso ou obesidade. Um estudo, realizado por Pissiguelli e colaboradores (2018), relacionou o comer emocional e o TCAP em pacientes com síndrome metabólica. A síndrome metabólica é um conjunto de fatores de riscos metabólicos que aumentam as chances de desenvolvimento de problemas cardiovasculares e diabetes. Neste estudo, foram recolhidas medidas antropométricas e aplicados dois questionários, BES (*binge eating scale* – escala de compulsão alimentar periódica) e EQQ (*emotional eater questionnaire* – questionário do comer emocional). A pesquisa aconteceu em um hospital-escola da cidade de São Paulo. Todos os entrevistados apresentaram IMC acima da classificação de eutrofia. Dos 54 indivíduos, 21 deles apresentaram compulsão alimentar e a maioria dos indivíduos relatou o comer emocional, algo muito comum em episódios de compulsão.

Assim como na Bulimia Nervosa, acontece um sofrimento psicológico do indivíduo, devido aos episódios de compulsão. O TCAP e a BN são muito similares e podem ser confundidos, porém diferem em alguns aspectos do diagnóstico, principalmente, pela prática compensatória, que não acontece no TCAP.

2.4 VIGOREXIA (VG)

A vigorexia, ou dismorfia muscular, é um transtorno caracterizado pela insatisfação corporal constante, que leva a pessoa à prática intensificada de exercícios físicos e como consequência a complicações clínicas nutricionais (KOTONA et al., 2018). Indivíduos com vigorexia frequentemente se descrevem como “fracos e pequenos”, sendo que na realidade sua musculatura é considerada acima da média. Essa preocupação constante leva esses indivíduos a práticas nem sempre consideradas saudáveis. O exercício físico, como levantamento de peso, feitos em excesso, excedendo a capacidade do indivíduo, dietas inadequadas e sem acompanhamento profissional, principalmente as hiperproteicas, hiperglicídicas e hipolipídicas, levando ao uso demasiado de suplementos proteicos e de consumo de esteróides anabolizantes (CAMARGO et al., 2008). As dietas hiperproteicas da Vigorexia são justificadas pela importância da proteína para a hipertrofia muscular. Existe

também uma preocupação com o fracionamento da dieta para evitar o catabolismo muscular (KOTONA et al., 2018).

Não obstante, a Vigorexia ainda não está devidamente catalogada como transtorno pelos manuais de classificação de doenças. Porém, em nosso projeto, reconhece-se sua existência e a necessidade de mais estudos referentes ao tema. Assim como os outros transtornos citados acima existe uma contribuição do modelo de sociedade em que vivemos, cobrança de padrões estéticos e do ambiente em que o indivíduo vive para o desenvolvimento da vigorexia.

2.5 GAYS E SAÚDE MENTAL

Paradoxalmente, o mesmo manual usado para a categorização dos Transtornos alimentares e Dismórficos (DSM-V), abordados neste trabalho, em suas primeiras edições, categorizava a homossexualidade como uma doença sexual. O que demonstra como pode estar encoberta a incidência, não só pela não procura de homens, mas pela acentuação desta não procura pelos serviços de saúde. O próprio Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, enfrenta desafios para atender as necessidades específicas e não específicas da população LGBT (Lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais). O que destaca a necessidade de estudos com o objetivo de construir um modelo de saúde capaz de olhar às particularidades das pessoas LGBTIQ+, garantindo em seu atendimento dignidade e respeito (LIMA, 2016).

Um estudo realizado por Rios et al. (2018) na região metropolitana de Recife (PE) discutiu a relação entre estilos corporais, estigmatização e sofrimento psíquico em homossexuais, foram feitas perguntas sobre o estilo corporal, violência, discriminação e sofrimento psíquico. Os resultados apresentaram que 32,9 % (125) relataram ter sofrido violência por orientação sexual e 57,1% (217) confirmaram discriminação por orientação sexual. Este estudo possui um detalhe interessante que é o estilo corporal. Rios et al. (2018) afirma que “na comunidade gay do Recife, os homens masculinos são denominados “boys” e os femininos “pintosas”. Na maior parte dos relatos sobre o que é ser “pintosa”, estes foram seguidos de comentários sobre situações de violência e discriminação”.

Infere-se também que as pintosas, homens mais femininos, estão mais distantes do ideal de masculinidade e força. Justamente, por isso, são mais suscetíveis a situações de violência. Os então categorizados como “boys” eram livres de violência e discriminação? Não. A violência ainda era presente, no entanto, ela só ocorria depois que a pessoa descobria

que o indivíduo era homossexual. O estudo deixou muito presente o sofrimento psíquico, 67,8% da amostra relatou sentir-se deprimido no último ano, sendo que os que reportaram violência e discriminação apresentaram significativamente mais depressão que os outros. Ao serem perguntados por qual razão eles se sentiam deprimidos, as respostas mais relatadas foram problemas familiares, problemas de relacionamento, solidão e problemas com a orientação sexual.

Destaca-se que, por conta das pesquisas demonstrarem um baixo acesso aos serviços de saúde básicos, é possível que isso também afete na busca por diagnóstico e tratamento para comportamentos de risco ou mesmo do próprio TA.

Martins (2017) avalia em uma revisão sobre homossexualidade no Brasil que

a saúde física, mental e social de homossexuais (homens e mulheres), como de todo ser humano, está ligada às dimensões de qualidade de vida, de religiosidade e de identidade psicossocial, a partir do gênero, idade, classe econômica, etnia e escolaridade, dentre outros marcadores culturais (p. 257-258)

. Na sequência apresenta um estudo evidenciando que homens homossexuais quando comparados a heterossexuais da mesma faixa etária, nível de escolaridade e socioeconômico possuem uma saúde mental e qualidade de vida pior na velhice. A religiosidade se apresentou de maneira diversa, destaca-se que os homossexuais têm uma religiosidade mais acentuada vinculada às religiões espiritualistas. Outro estudo apresentou que “homens homossexuais estão mais submetidos a situações ligadas às experiências de preconceito e discriminação social do que homens heterossexuais em qualquer das interseccionalidades averiguadas no estudo” (MARTINS, 2017, 258-259).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é de abordagem quantitativa e de caráter exploratório transversal, com amostra por conveniência. Foi realizado por meio de questionários auto-aplicáveis online. Os questionários auto-aplicáveis, além de fáceis de aplicar e econômicos, possuem a capacidade de envolver todos os aspectos necessários para atingir os objetivos do trabalho. Outro ponto positivo é que o respondente se sente mais confortável para responder questões que poderiam causar-lhe vergonha (FREITAS; GORENSTEIN; APPOLINARIO, 2002).

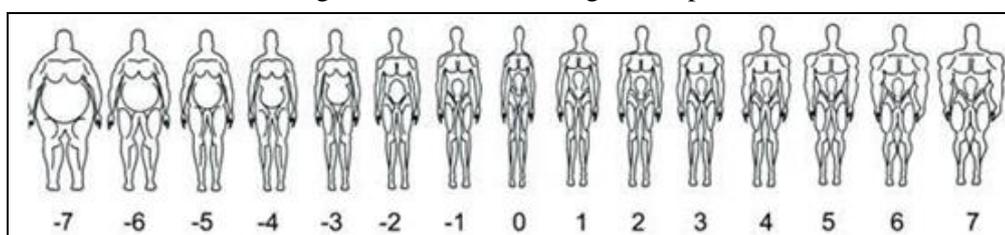
Nosso questionário foi aplicado por meio da plataforma *Google Forms*. O questionário foi compartilhado em grupos LGBTQI+ brasileiros do Facebook, pedindo a permissão e colaboração aos administradores das páginas para o compartilhamento e divulgação. O questionário ficou disponível para todos que o acessarem, porém, juntamente com o TCLE havia critérios de inclusão, aos quais o participante deveria identificar-se com todos os requisitos: ser homem, gay, ter entre 18 e 29 anos e estar cursando uma graduação. Infelizmente, nosso N ficou abaixo do que se esperava, 39 questionários válidos.

O questionário possui diversas perguntas divididas em seções, sendo elas: Perfil, hábitos alimentares, atividade física, Imagem corporal, Comportamento de risco e Diagnóstico. O questionário encontra-se como Apêndice A.

Para avaliar o nível de atividade física dos participantes utilizou-se a classificação considerando os níveis 1) sedentário 2) Leve 3) Moderado e 4) Intenso, conforme classificação da *Dietary Reference Intakes* (2002), considerando as respostas indicadas pelos participantes.

Todas as seções do questionário foram desenvolvidas pelos autores, com exceção da Imagem corporal. Para avaliar o nível de insatisfação corporal será utilizado a escala de Damasceno e colaboradores (2011) demonstrada na Figura 1. E sua escala de avaliação na Figura 2.

Figura 1 – Escala de Imagem Corporal



Fonte: Damasceno et al. (2011).

Para avaliar a insatisfação corporal usou-se a diferença entre as respostas para as seguintes perguntas: a) Segundo a escala acima como você se identifica atualmente? b) Segundo a escala acima qual seria o corpo ideal para você?

Figura 2 – Escala de avaliação da Imagem Corporal

Nível de Insatisfação	SI – SA
Satisfeito	-1 / 0 / +1
Pouco Insatisfeito	-2 / +2
Insatisfeito	-3 / +3
Muito Insatisfeito	>-3 / >+3

Fonte: Damasceno et al. (2011).

As perguntas foram elaboradas conforme os objetivos da pesquisa e aquelas que apesar de não terem uma relação significativa direta com os objetivos poderiam gerar dados relevantes para associações, analogias, hermenêuticas (interpretação), correlações e explicações. Os dados foram tabulados e analisados pelo software PSPP (software livre) com o objetivo de compreender melhor os dados coletados. Posteriormente foi realizado um estudo detalhado das respostas considerando as especificidades de cada pergunta e discutiu-se suas possíveis correlações, como por exemplo da escala de insatisfação da imagem corporal.

As variáveis, identidade de gênero, idade, cor/etnia, religião, área do curso de graduação, região em que a pessoa vive, zona (rural ou urbana) que a pessoa reside, tipo de residência, renda, fonte de renda, estado civil e trabalho serão usadas para caracterizar o perfil dos jovens que participaram da pesquisa.

As variáveis da seção comportamentos de risco serão todas geradas para visualizar a frequência. As variáveis de presença de transtornos alimentares e dismórfico corporal também serão geradas para visualizar a frequência.

Em nossa pesquisa, as análises realizadas foram descritivas de frequência, devido aos objetivos da pesquisa, pelo tipo de variável - sendo todas qualitativas ordinais e nominais com exceção da idade dos participantes que é quantitativa, na mesma foi realizado análise descritiva de média, mínimo e máximo - e, como se explicou, a população.

Foram visualizadas as porcentagens entre as variáveis: Nível de insatisfação corporal x IMC; desejo de possuir outro corpo x Insatisfação corporal; IMC x desejo de possuir outro corpo; nível de atividade física e diagnóstico (Transtornos alimentares e vigorexia); realização de dietas restritivas e nível de insatisfação corporal.

4 RESULTADOS

Ao todo foram respondidos 56 questionários, destes 17 foram descartados pelo fato de que os indivíduos não correspondiam aos critérios de inclusão, totalizando 39 participantes da pesquisa.

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

A tabela 1 apresenta as características gerais do perfil dos participantes. Referente à identidade de gênero dos participantes 97,4% se identificaram como homem cis e 2,6% como homem transexual.

Relativo à religião dos participantes, 56,4% retrataram que não possuem religião, enquanto 15,4% se identificaram como católicos e 5,1% como ateus, as demais religiões relatadas foram umbanda, cristão, wicca, candomblé, evangélico e espírita.

Dos participantes 71,8% se identificaram como brancos, 17,9% como pardos e 10,3% como negros.

Dos respondentes sua maioria se concentrava na região Sul do Brasil com 61,5%, em seguida a região sudeste, centro-oeste, nordeste e norte com respectivamente 20,5%, 10,3%, 5,1% e 2,6%.

Todos os participantes responderam que moravam no âmbito urbano. Dos participantes, moravam com os pais 41,0%, os demais em repúblicas (25,6%), sozinhos (12,8%), com cônjuge (10,3%), pensão (2,6%), e alguns participantes assinalaram a alternativa outros (5,1%), não especificando qual o tipo de moradia.

Ao que se refere às áreas de graduação dos participantes, as ciências sociais e aplicadas tiveram predominância, apresentando 25,6% das respostas. Em seguida as ciências agrárias (15,4%), ciências da saúde (12,8%), engenharias (10,3%), linguística, letras e artes (10,3%), ciências exatas e da terra (7,7%), ciências biológicas (7,7%), ciências humanas (5,1%) e outros (5,1%).

Entre os participantes 94,9% se identificaram como solteiros, enquanto 5,1% em uma união estável.

Referente à variável trabalho, 64,1% não estavam trabalhando enquanto os demais 35,9% responderam que sim. A renda dos participantes classificados em salários mínimos, observou-se 82,1% com renda entre 0 a 2 salários mínimos, 15,4% entre 2 a 4 salários

mínimos e apenas 2,6% com mais de 4 salários mínimos. A fonte de renda principal destes jovens era salário (30,8%), mesada (25,6%), outros (25,6%) não sendo especificado e bolsa estudantil (17,9%). A idade média entre os participantes foi de 23,08 anos.

Tabela 1. Perfil dos participantes (N=39).

Características	N	Distribuição da amostra %
Identidade de gênero		
Homem cis	38	97,4%
Homem trans	1	2,6%
Religião		
	N	%
Não possui	22	56,4%
Católico	6	15,4%
Ateu	2	5,1%
Umbandista	2	5,1%
Agnóstico	2	5,1%
Cristão	1	2,6%
Wicca	1	2,6%
Candomblé	1	2,6%
Evangélico	1	2,6%
Espirita	1	2,6%
Etnia/Cor		
	N	%
Branco	28	71,8%
Pardo	7	17,9%
Negro	4	10,3%
Região		
	N	%
Sul	24	61,5%
Sudeste	8	20,5%
Centro-Oeste	4	10,3%
Nordeste	2	5,1%
Norte	1	2,6%
Tipo de residência		
	N	%
Com os pais	16	41,0%

República	10	25,6%
Sozinho	5	12,8%
Com cônjuge	4	10,3%
Outros	2	5,1%
Pensão	1	2,6%
Moradia estudantil	1	2,6%
Zona	N	%
Urbana	39	100%
Rural	0	0%
Área de graduação	N	%
Ciências sociais aplicadas	10	25,6%
Ciências agrárias	6	15,4%
Ciências da saúde	5	12,8%
Engenharias	4	10,3%
Linguística, letras e Artes	4	10,3%
Ciências exatas e da terra	3	7,7%
Ciências biológicas	3	7,7%
Ciências humanas	2	5,1%
Outros	2	5,1%
Estado civil	N	%
Solteiro	37	94,9%
União estável	2	5,1%
Trabalho	N	%
Não	25	64,1%
Sim	14	35,9%
Renda	N	%
0-2 salários mínimos	32	82,1%
2-4 salários mínimos	6	15,4%
Mais que 4 salários mínimos	1	2,6%
Fonte de renda	N	%
Salário	12	20,8%

Mesada	10	25,6%
Bolsa Estudantil	7	17,9%
Outro	10	25,6%

Idade

Média	23,08
StdDev	2,63
Mínimo	18
Máximo	29

Fonte: AUTORA (2022).

Na tabela 2 é possível visualizar as variáveis referentes ao número de refeições realizadas por dia, suplementos utilizados e consumo de tabaco e álcool pelos participantes.

Observa-se que os participantes se dividem aproximadamente meio a meio entre 0 a 3 refeições e 4 a 6 refeições no dia. Entre os participantes apenas 2,6% indicou consumir apenas creatina enquanto 5,1% multivitamínico e 7,7% cafeína. A maior parte dos participantes referiu consumir nenhum tipo de suplemento (48,7%) enquanto outros assinalaram mais de um (35,9%)

Referente ao consumo de tabaco 10,3% dos participantes indicaram fazer uso todos os dias e 15,4% de 2 a 4 vezes por semana, não sendo especificada a quantidade. O consumo de álcool tem um percentual menor aos que consomem todos os dias (2,6%) mas ao contrário do tabaco em que muitos responderam que nunca (51,3%) o consumo do álcool aumenta neste sentido pois apenas 15,4% da amostra respondeu nunca consumir.

Tabela 2. Características alimentares dos participantes.

Características	N	Distribuição da amostra %
Refeições realizadas no dia		
0-3 refeições	18	46,2%
4-6 refeições	21	53,8%
Suplementos		
	N	%
Creatina	1	2,6%
Multivitamínico	2	5,1%
Cafeína	3	7,7%
Mais de um suplemento	14	35,9%

Nenhum	19	48,7%
Consumo de tabaco	N	%
Todos os dias	4	10,3%
2-4 vezes por semana	6	15,4%
1-3 vezes por semana	5	12,8%
Menos de uma vez por mês	4	10,3%
Nunca	20	51,3%
Consumo de álcool	N	%
Todos os dias	1	2,6%
2-4 vezes por semana	10	25,6%
1 vez por semana	9	23,1%
1-3 vezes por semana	6	15,4%
Menos de uma vez por mês	7	17,9%
Nunca	6	15,4%

Fonte: AUTORA (2022).

A figura 7 e a tabela 3 representam a variável de sentimentos referidos pelos participantes ao se falar de alimentação, quais sentimentos eram despertados por este tema. Os participantes poderiam marcar mais de uma alternativa.

O sentimento mais destacado pelos participantes, por mais da metade (53,8%), foi preocupação, seguido por ansiedade (38,5%), para “sentimentos felizes” e “me alimento até me sentir extremamente cheio” o mesmo número de respondentes (30,8%), tranquilidade (28,2%), sinto que não consigo parar de comer (25,6%), sinto me culpado/envergonhado ao comer (20,5%), sinto que os alimentos controlam minha vida (15,4%) e com menos respondentes demonstro autocontrole sobre os alimentos (10,3%).

Tabela 3. Sentimentos despertados ao se falar sobre alimentação.

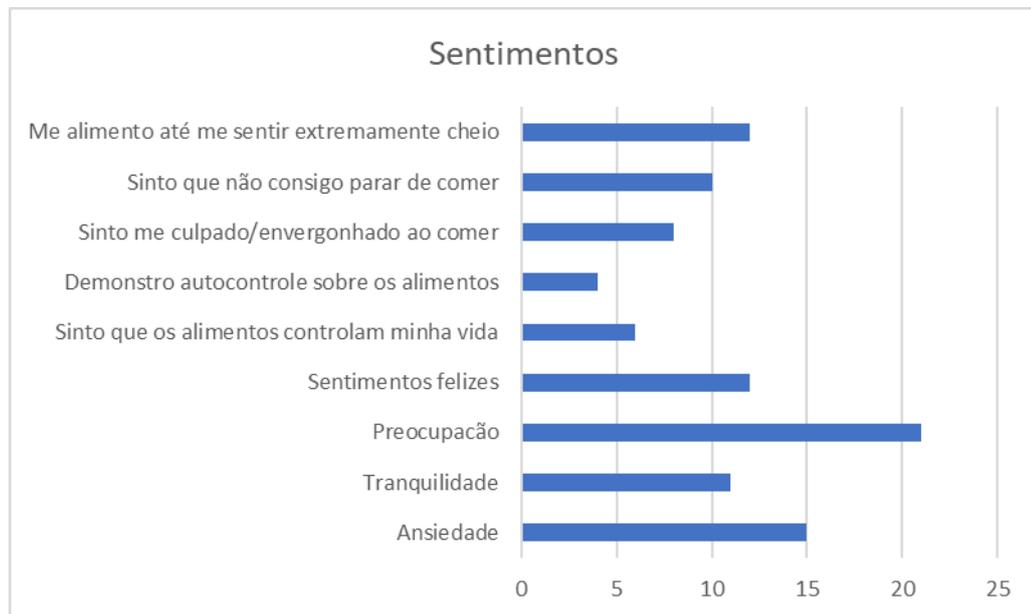
Sentimentos	N	Distribuição da amostra %
Ansiedade	15	38,5%
Tranquilidade	11	28,2%
Preocupação	21	53,8%
Sentimentos felizes	12	30,8%

Sinto que os alimentos controlam minha vida	6	15,4%
Demonstro autocontrole sobre os alimentos	4	10,3%
Sinto me culpado/envergonhado ao comer	8	20,5%
Sinto que não consigo parar de comer	10	25,6%
Me alimento até me sentir extremamente cheio	12	30,8%

Fonte: AUTORA (2022).

Na figura 3 é possível visualizar o número de participantes que assinalaram cada item.

Figura 3 – Sentimentos despertados ao se falar sobre alimentação



Fonte: Elaborado pela Autora (2022).

Nas tabelas 4 e 5 é possível visualizar duas variáveis, uma questionando aos participantes com quem eles realizavam suas refeições e a seguinte em quais lugares. Os participantes podiam marcar mais de uma alternativa em ambas variáveis. As refeições consideradas foram café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.

Ao serem questionados sobre com quem realizavam tais refeições em quase todas a alternativa “sozinho” teve mais marcações, com exceção do almoço em que sozinho teve 5 (12,8%) marcações e amigos”14 (35,8%). É possível também visualizar a variável nas figuras 8,9,10,11 e 12 que se encontram abaixo da tabela.

Tabela 4. Caracterização de com quem os participantes geralmente realizam as refeições por tipo de refeição.

Com quem geralmente realiza tais refeições	Café da manhã N (%)	Lanche da manhã N (%)	Almoço N (%)	Lanche da tarde N (%)	Jantar N (%)	Ceia N (%)
Sozinho	24 (61,5)	17 (43,5)	5 (12,8)	17 (43,5)	21 (53,8)	18 (46,1)
Amigos	5 (12,8)	6 (15,3)	14 (35,8)	7 (17,9)	12 (30,7)	4 (10,2)
Família	6 (15,3)	3 (7,7)	12 (30,7)	7 (17,9)	12 (30,7)	5 (12,8)
Colegas de moradia	3 (7,7)	2 (5,1)	4 (10,2)	2 (5,1)	6 (15,3)	2 (5,1)
Companheiro	4 (10,2)	0 (0,0)	4 (10,2)	4 (10,2)	6 (15,3)	4 (10,2)
Outro	1 (2,6)	2 (5,1)	2 (5,1)	3 (7,7)	1(2,6)	1 (2,6)

Fonte: Elaborado pela Autora (2022).

Dando continuidade, na tabela 5 é possível identificar em que lugares os participantes realizam suas refeições, o item "em casa" foi o mais marcado em todas as refeições. Também é possível visualizar a variável nas figuras abaixo da tabela.

Tabela 5. Onde os participantes realizam suas refeições.

Aonde geralmente realiza as refeições	Café da manhã N (%)	Lanche da manhã N (%)	Almoço N (%)	Lanche da tarde N (%)	Jantar N (%)	Ceia N (%)
Em casa	29 (74,3)	14(35,8)	27 (69,2)	20 (51,2)	35 (89,7)	26 (66,6)
Padaria	2 (5,1)	3 (7,7)	1 (2,6)	6(15,3)	1 (2,6)	0 (0,0)
Restaurante Comercial	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (10,2)	2 (5,1)	2 (5,1)	0 (0,0)
Restaurante universitário	1 (2,6)	1 (2,6)	10 (25,6)	2 (5,1)	8 (20,5)	0 (0,0)
Trabalho	1 (2,6)	3 (7,7)	5 (12,8)	4 (10,2)	2 (5,1)	0 (0,0)
Restaurante popular	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)
Outros	0 (0,0)	3 (7,7)	0 (0,0)	6 (15,3)	0 (0,0)	2 (5,1)

Fonte: Elaborado pela Autora (2022).

4.2 NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Na tabela 6 podemos observar os resultados referentes ao nível de atividade física dos participantes, utilizou-se os critérios definidos pelas DRI's (Dietary Reference Intakes) (2002), em que 35,9% (14) participantes foram identificados como sedentários, 30,8% (12) como nível de atividade física leve, 28,2% (11) moderado e apenas 5,1% (2) em nível intenso.

Na sequência são demonstrados também os níveis de satisfação com a imagem corporal em que 10,3% e 15,4% apresentaram-se satisfeitos e pouco insatisfeitos, enquanto o mesmo valor 15,4% identificou os participantes insatisfeitos e 59% indivíduos muito insatisfeitos com seus corpos.

Os valores do Índice de massa corporal foram calculados conforme dados de altura e peso informados pelos participantes, 7,7% se classificaram em magreza grau I, 43,6% e.m eutrofia, 33,3% em sobrepeso, 10,3% em obesidade grau I e 5,1% em obesidade grau II, como é possível visualizar também na figura 5.

Outro item abordado nesta tabela é a variável de preocupação com a alimentação em relação a atividade física, buscando entender se os participantes tinham também sua atenção voltada para a alimentação como uma aliada para os exercícios físicos. Entre os participantes 25,6% responderam que “sim” e 20,5% que “não” e 53,8% que “talvez”

Tabela 6. Nível de atividade física/ Nível de satisfação com a imagem corporal/Índice de massa corporal/ Preocupação com a alimentação e atividades físicas

Nível de atividade física	N	Distribuição da amostra %
Sedentários	14	35,9%
Leve	12	30,8%
Moderado	11	28,2%
Intenso	2	5,1%
Satisfação imagem corporal	N	Distribuição da amostra %
Satisfeito	4	10,3%
Pouco insatisfeito	6	15,4%
Insatisfeito	6	15,4%
Muito insatisfeito	23	59,0%
Índice de massa corporal	N	Distribuição da amostra %
Magreza grau I	3	7,7%
Eutrofia	17	43,6%
Sobrepeso	13	33,3%
Obesidade grau I	4	10,3%
Obesidade grau II	2	5,1%
Se preocupa com sua alimentação em relação as atividades físicas	N	Distribuição da amostra %

Sim	10	25,6%
Não	8	20,5%
Talvez	21	53,8%

Fonte: AUTORA (2022).

4.3 PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES E VIGOREXIA.

A tabela 7 refere-se ao diagnóstico para transtornos alimentares e vigorexia, os participantes deveriam responder se em algum momento da vida já haviam sido diagnosticados com algum destes transtornos: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica e Vigorexia. Observou-se 2,6% dos participantes receberam o diagnóstico de bulimia nervosa, enquanto 97,4% assinalaram que nunca haviam sido diagnosticados com quaisquer dos transtornos questionados. O mesmo se segue para a vigorexia, 2,6% responderam que tiveram o diagnóstico, enquanto 97,4% responderam que não. Curiosamente o mesmo participante que possuía o diagnóstico para bulimia nervosa também relatou possuir para vigorexia, o mesmo afirmou não ter realizado tratamento.

Tabela 7. Prevalência de transtornos alimentar e vigorexia (N=39).

Diagnostico	N	Distribuição da amostra %
Transtornos alimentares		
Não	38	97,4%
Bulimia Nervosa	1	2,6%
Vigorexia		
Não	38	97,4%
Sim	1	2,6%

Fonte: AUTORA (2022).

Na tabela 8 identifica-se os resultados referentes à variável em que o participante relatava sentia que possuía algum transtorno alimentar ou a vigorexia. Destes 56,4% responderam que não, enquanto 17,9% que talvez e 25,6% que sim.

4.4 COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os dados apresentados na tabela 9 refletem sobre alguns comportamentos de risco para transtornos alimentares, sendo eles a variável “evita comer alimentos considerados hipercalóricos” em que uma parte dos participantes (46,2%) respondeu que as vezes, enquanto outra parcela respondeu que nunca (35,9%) formando a maioria das respostas, as respostas sempre e quase sempre tiveram percentuais mais baixos (5,1% e 12,8%, respectivamente).

Os participantes responderam se já realizavam dietas restritivas com o objetivo de perda de peso, a maioria respondeu que nunca representando 48,7% dos participantes, 38,5% responderam que as vezes e 12,8% que quase sempre. Os participantes que responderam quase sempre e as vezes foram questionados se nesses momentos houve o acompanhamento do profissional nutricionista e destes 41% responderam que não enquanto apenas uma pequena parcela respondeu que sim (10,3%).

Outra variável para comportamentos de risco questionava sobre a ingestão excessiva de alimentos em curtos períodos de tempo em que 5,1% dos participantes assinalou o item “sempre”, sinalizando que este comportamento era frequente, outros 5,1% responderam “quase sempre”, 53,8% “às vezes” e 35,9% nunca. Caso o participante respondesse que sempre, quase sempre ou às vezes, ele era direcionado a outras perguntas referentes à frequência com que esse comportamento acontecia e se alguma vez utilizou de alguma prática compensatória. Resultando em 8 (20,5%) indivíduos que afirmaram que já realizaram alguma prática compensatória após essa ingestão excessiva, dados apresentados na tabela 10. Identificando também quais práticas compensatórias eles realizavam. Os participantes poderiam marcar mais de uma alternativa nesta variável.

A variável seguinte buscava identificar se os participantes realizavam alguma prática compensatória após uma ingestão habitual de alimentos sem considerar momentos de exageros, neste item eles puderam assinar qual pratica, se nunca fez ou se realizou mais de uma das práticas, foi identificado que 46,2% (18) dos participantes nunca haviam realizado nenhum das práticas, enquanto os demais já haviam realizado, entre elas longos períodos sem se alimentar, atividade física intensa, uso de drogas ou medicamentos e outros.

Tabela 9. Comportamentos de risco (N=39).

Comportamentos de risco	N	Distribuição da amostra %
Evita comer alimentos considerados hipercalóricos	N	%
Sempre	2	5,1%
Quase sempre	5	12,8%
As vezes	18	46,2%
Nunca	14	35,9%
Realizaram dietas restritivas com o objetivo de perda de peso		
Quase sempre	5	12,8%
As vezes	15	38,5%
Nunca	19	48,7%
Acompanhamento profissional	N	%
Não se aplica	19	48,7%
Sim	4	10,3%
Não	16	41,0%
Realizou ingestão excessiva de alimentos em um curto período de tempo	N	%
Sempre	2	5,1%
Quase sempre	2	5,1%
Às vezes	21	53,8%
Nunca	14	35,9%
Realizou alguma dessas práticas compensatórias após uma ingestão habitual	N	%
Atividade física intensa	5	12,8%
Longos períodos sem se alimentar	8	20,5%
Uso de drogas ou medicamentos	2	5,1%
Nunca fiz	18	46,2%
Outros	1	2,6%
Mais de uma alternativa	5	12,8%
Alguma vez já desejou ter outro corpo por ser gay	N	%
Não	15	38,5%
Sim	24	61,5%

Fonte: AUTORA (2022).

Tabela 10. Continuação variável ingestão excessiva de alimentos

Prática compensatória após ingestão excessiva	N	%
Sempre	1	2,6%
Quase sempre	2	5,1%
Às vezes	5	12,8%
Nunca	21	53,8%
Não se aplica	10	25,6%
Qual prática compensatória	N	%
Longos períodos sem se alimentar	9	23,1%
Uso de drogas ou medicamentos	3	7,7%
Atividade física intensa	5	12,8%
Uso de laxantes	2	5,1%
Outros	1	2,6%

Fonte: AUTORA (2022).

A tabela 11 nos permite verificar os resultados da porcentagem de indivíduos satisfeitos ou muito insatisfeitos com seus corpos e seu nível de IMC. Identificando que os participantes classificados com magreza se apresentam muito insatisfeitos, os participantes classificados em eutrofia variam entre os níveis e se encontram sua maior parte como muito insatisfeitos, o mesmo acontece com os classificados em sobrepeso. Observa-se que os participantes com algum grau de obesidade não se demonstraram satisfeitos com seus corpos.

Tabela 11. Nível de insatisfação corporal em relação ao IMC (N=39).

IMC (Kg/m²)	Satisfeito N (%)	Pouco insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Muito insatisfeito N (%)
Magreza grau I	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	2 (5,1)
Eutrofia	3 (7,7)	2 (5,1)	3 (7,7)	9 (23,1)
Sobrepeso	1 (2,6)	3 (7,7)	1 (2,6)	8 (20,5)
Obesidade grau I	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (2,6)	2 (5,1)
Obesidade grau II	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,1)

Fonte: AUTORA (2022).

Na tabela 12 é possível observar o desejo de possuir outro corpo por ser homossexual em relação ao nível de insatisfação corporal dos participantes. Dos 39 participantes 24

afirmaram que já tiveram ou tem o desejo de possuir outro corpo, destes 35,9% estavam muito insatisfeitos com seus corpos e apenas 5,1% satisfeitos. Os participantes que relataram não desejar possuir outro corpo também demonstraram um nível de insatisfação alto, sendo estes 23,1% e novamente 5,1% satisfeitos.

Tabela 12. Nível de insatisfação corporal em relação ao desejo de possuir outro corpo por ser homossexual (N=39).

Desejo de possuir outro corpo	Satisfeito N (%)	Pouco insatisfeito N (%)	Insatisfeito N (%)	Muito insatisfeito N (%)
Sim	2 (5,1)	4 (10,3)	4 (10,3)	14 (35,9)
Não	2 (5,1)	2 (5,1)	2 (5,1)	9 (23,1)

Fonte: AUTORA, (2022).

Na tabela 13 podemos observar os seguintes resultados, entre os indivíduos que desejavam ter outro corpo 5,1% eram classificados em magreza grau I, 30,8% eutrofia, 10,3% sobrepeso, 10,3% obesidade grau I e 5,1% em obesidade grau II.

Tabela 13. IMC x Desejo de possuir outro corpo por ser homossexual (N=39).

IMC (Kg/m²)	Não (%)	Sim (%)
Magreza grau I	1(2,6)	2 (5,1)
Eutrofia	5 (12,8)	12 (30,8)
Sobrepeso	9 (23,1)	4 (10,3)
Obesidade grau I	0 (0,0)	4 (10,3)
Obesidade grau II	0 (0,0)	2 (5,1)

Fonte: AUTORA, (2022).

Nas tabelas 14 e 15 é possível identificar o nível de atividade física dos participantes da pesquisa em relação aos que já tiveram diagnóstico para algum dos transtornos trabalhados na pesquisa, os resultados demonstraram apenas um indivíduo recebeu o diagnóstico para bulimia nervosa e vigorexia e este tinha um nível de atividade física moderado, os demais participantes não haviam sido diagnosticados com nenhum transtorno.

Tabela 14. Atividade física x diagnóstico de Transtorno Alimentar (N=39).

Nível de atividade física	Nenhum (%)	Bulimia Nervosa (%)
Sedentário	14 (35,9)	0 (0,0)

Leve	12 (30,8)	0 (0,0)
Moderado	10 (25,6)	1 (2,6)
Intenso	2 (5,1)	0 (0,0)

Fonte: AUTORA, (2022).

Tabela 15. Atividade física x diagnóstico de Vigorexia (N=39).

Nível de atividade física	Nenhum (%)	Vigorexia (%)
Sedentário	14 (35,9)	0 (0,0)
Leve	12 (30,8)	0 (0,0)
Moderado	10 (25,6)	1 (2,6)
Intenso	2 (5,1)	0 (0,0)

Fonte: AUTORA, (2022).

A tabela 16 reflete entre o nível de insatisfação corporal dos participantes referente a variável dietas restritivas, em que o participante era questionado sobre a frequência em que realiza dietas restritivas com a finalidade de perda de peso podendo responder sempre, quase sempre, as vezes ou nunca. Nenhum dos participantes respondeu sempre. Os 5 (12,8%) participantes que responderam quase sempre estavam muito insatisfeitos com seus corpos. Os demais participantes responderam às vezes ou nunca.

Tabela 16. Dieta restritiva x nível de insatisfação corporal

Nível de insatisfação corporal (Kg/m²)	Quase sempre (%)	Às vezes (%)	Nunca (%)
Satisfeito	0 (0,0)	2 (5,1)	2 (5,1)
Pouco insatisfeito	0 (0,0)	5 (12,8)	1 (2,6)
Insatisfeito	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (15,4)
Muito insatisfeito	5 (12,8)	8 (20,5)	10 (25,6)

Fonte: AUTORA, (2022).

Na tabela 17 podemos visualizar o nível de atividade física dos participantes e quais suplementos são consumidos pelos mesmos. Ao todo 5 participantes classificados como sedentários relataram consumir algum tipo de suplemento e 9 relataram não consumir. Entre os participantes com atividade física leve e moderada 10 relataram não consumir nenhum tipo de suplemento e aos classificados com o nível intenso todos consumiam mais de um tipo de suplemento.

Tabela 17. Nível de Atividade Física (NAF) e uso de suplementos (N=39).

Tipo de Suplemento	NAF Sedentário	NAF Leve	NAF Moderado (%)	NAF Intenso
Creatina	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Multivitamínico	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Cafeína	0 (0,0)	2 (5,1)	1 (2,6)	0 (0,0)
Nenhum	9 (23,1)	6 (15,4)	4 (10,3)	0 (0,0)
Mais de um suplemento	2 (5,1)	4 (10,3)	6 (15,4)	2 (5,1)

Fonte: AUTORA, (2022).

5 DISCUSSÃO

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Silva e colaboradores (2008) em seu estudo tinham o objetivo de traçar um perfil sociodemográfico de homens gays residentes no Distrito Federal (Brasília) e ainda identificar questões comportamentais e práticas sexuais de risco e proteção, violência, utilização de serviços de saúde. Foram entrevistados 465 homens que frequentavam locais de lazer gay, maiores de 18 anos. Foi possível identificar que dos participantes daquela pesquisa que 3% deles possuía renda de 0 a 2 salários mínimos, enquanto os demais apresentavam rendas maiores que dois salários mínimos. A maior parte dos participantes se manteve na faixa etária dos 18 aos 39 anos de idade. Se identificaram como brancos 36,3% dos participantes, como negros 12,1% e como pardos 63,5%. Estes valores não refletem ao encontrado nesta pesquisa uma vez que brancos tiveram maior percentual, seguidos de pardos e negros. Não obstante, a maior parte dos nossos respondentes se encontrava na região sul do país, fato que em alguma medida explica a diferença étnica/cor.

Em comparação com a presente pesquisa e a de Silva e colaboradores (2008), a maior parte dos respondentes de nossa pesquisa indicaram de receber entre 0 a 2 salários mínimos, percentual superior ao encontrado por Silva e Colaboradores. Destaca-se que a pesquisa de Silva e colaboradores (2008) abrangia um público um pouco distinto, apesar de que em ambos os estudos os participantes se identificam como gays, o público alvo não era composto apenas por universitários, os quais tendem a ter rendas menores. A V pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das universidades federais (2018) indicou que 70,2% dos estudantes que participaram da pesquisa possuíam renda de até um salário mínimo, o que coaduna com os dados encontrados em nosso estudo.

A mesma pesquisa identificou o perfil dos universitários, para o qual 43,3% se classificaram como brancos, 39,2% como pardos, 11,1% como negros, valores não similares aos encontrados neste estudo, mas que seguem respectivamente a mesma ordem de crescimento.

Refletindo ainda sobre os resultados obtidos na V pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das universidades federais, identificou-se também que a média de idade dos respondentes homens foi de 24,7 anos, próximo ao valor médio obtido

neste estudo. Considerando também que neste estudo houve um limite de idade tanto mínimo como máximo pré estabelecido.

Kalume e colaboradores (2016) entrevistaram indivíduos LGBT do Rio de Janeiro com o objetivo de expor e analisar a situação de desigualdade social e econômica desses indivíduos. Os pesquisadores observaram que mais da metade dos entrevistados moravam com suas famílias e 41% dos entrevistados afirmaram não ter condições de pagar suas despesas básicas. Comparando com os resultados desta pesquisa, observas-se que apenas 5 indivíduos moram sozinhos, enquanto os demais residem com familiares, cônjuges, repúblicas ou moradia estudantil, o que poderia coaduna com a pesquisa de Kalume e colaboradores (2016) no concernente a uma condição econômica mais baixa, na qual os indivíduos não conseguem manter suas despesas sozinhos.

Fontes e Vianna (2009) em seus estudos analisaram a prevalência do baixo nível de atividade física em estudantes universitários de uma universidade da Paraíba, construíram também um breve perfil desses participantes identificando que a maior parte dos alunos moravam com a família (75,1%), identificando também que a maior parte dos estudantes morava com os pais. O estado civil aparece majoritariamente de solteiros (90,6%) e a maioria também não realizava trabalho remunerado (60,5%).

Vasconcelos, Rodrigues e Ferreira (2021) refletem em seus estudos sobre como o acesso a alimentos em qualidade e quantidade adequada são fatores fundamentais para a manutenção da boa saúde e de como o acesso a esses serviços estão diretamente ligados à condição financeira. Levando em fato que a baixa remuneração também pode dificultar o acesso a alguns serviços de saúde mais específicos como psicólogos e nutricionistas. Existe hoje a presença do profissional nutricionista nas unidades básicas de saúde, responsável por atendimentos individuais e também coletivos, sendo sua inserção fundamental para atingir a totalidade do cuidado (NEIS et al., 2012).

5.2 CARACTERÍSTICAS ALIMENTARES DOS PARTICIPANTES

Busato e colaboradores (2015) identificaram que a maioria dos estudantes universitários mantém o consumo mínimo recomendado de três refeições ao longo do dia. Em nossa pesquisa evidenciamos que aproximadamente metade dos participantes realizam de 3-4 refeições ao dia, enquanto a outra parcela realiza de 0-3, não especificando exatamente o

número de refeições diárias e pode-se considerar também que este número pode variar entre um dia e outro. O guia alimentar para a população Brasileira (2014) indica que deve-se minimamente ocorrer três refeições principais do dia, sendo elas: o café da manhã, o almoço e o jantar. O Guia ainda observa que no caso do brasileiro estas refeições são responsáveis por fornecer cerca de 90% das calorias recomendadas ao dia. Todavia, destaca que essas calorias poderiam estar distribuídas em outras refeições.

Goston (2008) buscou identificar a prevalência do uso de suplementos nutricionais em praticantes de atividade física em academias de Belo Horizonte (MG) e fatores associados. Entre os participantes, 8% afirmaram consumir creatina, 19% suplementos de vitaminas e minerais e 6% BCAA (Aminoácidos de cadeia ramificada) (GOSTON, 2008). Comparando com os dados obtidos em nosso estudo, identificou-se um percentual maior no consumo de suplementos por nossos participantes praticantes de algum nível de atividade física (leve, moderado ou intenso), deles 69,1% consomem um ou mais tipos de suplementos.

O estudo de Goston (2008) trouxe também dados sobre o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, mais da metade dos participantes (67,6%) respondeu que consumia bebida alcoólica, destes 1,2% consumia acima de 5 vezes por semana e 8,3% de 3 a 4 vezes por semana. Os demais consumiam no máximo duas vezes por semana ou raramente (quinzenalmente). Esses valores, encontrados por Goston, diferem do nosso estudo, no qual 2,6% dos participantes afirmou consumir bebidas todos os dias e 25,6% de 2 a 4 vezes por semana e ao todo 84,6% consumiam bebidas alcoólicas em algum momento. Aqui, em relação ao consumo de tabaco, 7% afirmaram serem fumantes e 82,6% responderam que não fumavam, não foi especificado a frequência.

Manochio e colaboradores (2020) tiveram por objetivo em seus estudos identificar os significados atribuídos ao alimento por pacientes com anorexia nervosa e em jovens eutróficas que não possuíam sintomas de transtornos alimentares. O estudo era qualitativo. Os dois grupos (mulheres com AN e jovens eutróficas) demonstraram sentimentos desde o prazer até a repulsa e culpa. No primeiro grupo, referente às pacientes, o alimento foi mais descrito pelo seu valor calórico e não nutricional e criticaram também o prazer em se alimentar. Não é possível comparar os resultados deste estudo diretamente com os resultados encontrados em nossa pesquisa, devido à diferente metodologia. Todavia, observa-se que o discurso das pacientes com NA e suas interpretações em relação à alimentação influenciam em suas atitudes e decisões perante ao ato de se alimentar. O grupo de mulheres eutróficas também

demonstrou sentimentos diversos em relação à alimentação, porém não se preocupavam tanto com calorias e quantidades. Em nossa pesquisa, é possível identificar que o sentimento mais marcante foi a preocupação.

Em nossa pesquisa vemos que a maior parte realiza suas refeições em casa confirmando os estudos de Busato e colaboradores (2015) que buscaram conhecer as percepções alimentares de estudantes universitários de uma universidade do estado de Santa Catarina, e identificaram que 61% dos participantes da pesquisa realizavam suas refeições em casa e mais da metade era quem as preparavam. Em contrapartida, outros resultados demonstram que a maioria realizava as refeições juntamente com a família ou amigos e identificavam também este ambiente como um lugar saudável para suas refeições. Em nossa pesquisa vemos que a maior parte realiza suas refeições sozinhos e uma porcentagem um pouco menor compartilha este momento com familiares e amigos.

5.3 ESTADO NUTRICIONAL DOS PARTICIPANTES, SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

Segundo a pesquisa Nacional de Saúde (PNS), publicada no ano de 2019, 25,7% dos participantes entre 18 e 24 anos, do sexo masculino, brasileiros apresentaram excesso de peso, enquanto 7,9% apresentava obesidade. Considerando ainda homens com idade entre 25 a 39 anos, os valores para excesso de peso representam 58,3% dos participantes e para obesidade 19,3%, e 2,4% dos participantes foram classificados em déficit de peso. Para a PNS foi utilizado como referência o $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ para classificar o excesso de peso, e $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ para obesidade. Valores estes que aumentaram desde o censo anterior realizado em 2013. A PNS é uma pesquisa domiciliar em que números fixos de domicílios são selecionados por amostragem aleatória simples.

Apesar dos dados da PNS demonstrarem valores distantes dos apresentados nesta pesquisa, podemos visualizar como as porcentagens de excesso de peso e obesidade são superiores a classificação de eutrofia. No presente estudo, utilizou-se a classificação de IMC para eutrofia de 18,5 a 24,99 kg/m^2 , para sobrepeso de 25 a 29,99 kg/m^2 , e obesidade $> 30 \text{ kg/m}^2$, conforme a classificação da Organização Mundial da Saúde (1985/1997).

Ao refletir sobre os valores do IMC pode-se juntamente analisar o nível de insatisfação corporal destes jovens, foi encontrado neste estudo um percentual alto, no qual 74,4% de indivíduos estão muito insatisfeitos e insatisfeitos com seus corpos.

Miranda e colaboradores (2012) realizaram um estudo de insatisfação corporal com estudantes universitários, identificando que estudantes com sobrepeso e obesidade foram mais insatisfeitos do que estudantes com IMC baixo. Entre homens e mulheres, 76,6% dos estudantes demonstraram algum nível de insatisfação corporal.

Yelland e Tiggemann (2003) realizaram um estudo que investigava preocupações corporais em homens gays, comparando-os com dois grupos: homens heterossexuais e mulheres. O estudo se procedeu por meio de um questionário em que eram realizadas perguntas gerais sobre o perfil dos participantes: satisfação corporal, quanto eles se importavam com a opinião alheia sobre si, exercício físico, auto estima e distúrbios alimentares. Os resultados afirmaram que os homens gays apresentam maior preocupação corporal e maior presença de transtornos alimentares do que homens heterossexuais. Apesar de os resultados referente a autoestima e satisfação corporal não terem grande variação entre gays e heterossexuais, a preocupação sobre a opinião dos outros indivíduos mostrou diferença significativa, confirmando a pressão que, segundo literatura, acontece dentro da comunidade gay para que os indivíduos atinjam padrões de beleza. Padrões estes em que o “ideal gay” não envolve apenas o ser magro, mas também o ser musculoso, como já demonstramos anteriormente.

Quando nossos participantes foram questionados se em algum momento desejaram ter outro corpo por ser homossexual, observou-se que 61,5% dos participantes afirmaram que sim, entre suas justificativas foi possível identificar falas como “Porque o meio homossexual é bastante de aparências”; “Existem muitos julgamentos, e as pessoas são voláteis, nunca estão satisfeitas”; “Sempre estão em busca de algo "melhor”” e “Por padrão de beleza”.

Um estudo realizado por Reis e colaboradores (2013), no 31º Festival de Dança de Joinville, teve por objetivo analisar a percepção da imagem corporal, o estado nutricional e sintomas de transtornos alimentares em bailarinos que participaram do evento. Identificou-se naquele estudo um percentual de insatisfação corporal nos homens participantes de 72%. Valor semelhante ao encontrado em nossa pesquisa, na qual as alternativas de “insatisfeitos” e “muitos insatisfeitos” contemplam 74,4%.

Ao correlacionar dados da variável IMC e satisfação corporal pode-se observar dados interessantes. Participantes classificados com magreza ou algum grau de obesidade se mostraram todos “insatisfeitos” ou “muito insatisfeitos” com seus corpos. Porém os participantes classificados em eutrofia ou sobrepeso variaram entre “satisfeitos”, “pouco satisfeitos”, “insatisfeitos” e “muito insatisfeitos”.

No estudo de Glaner e colaboradores (2013) identificou-se a prevalência de insatisfação com a imagem corporal entre os adolescentes em relação ao estado nutricional dos mesmos. Os resultados demonstraram que a proporção de insatisfação corporal foi de 60%, sendo ligeiramente maior nas moças do que nos rapazes. Para os rapazes, as análises univariadas indicaram a associação do IMC e da obesidade abdominal com a insatisfação com a imagem corporal. Observou-se que os rapazes com baixo IMC apresentaram 4,31 vezes mais chance de insatisfação do que aqueles com IMC ideal e os rapazes com obesidade abdominal têm 4,93 vezes mais chance de insatisfação com a imagem corporal que os sem obesidade abdominal.

Carvalho e colaboradores (2013) trouxeram dados de insatisfação com o peso corporal em jovens universitários, demonstrando que apenas uma pequena parcela da amostra se encontrava insatisfeita, sendo 17,40% mulheres e 2,25% percentuais que diferem nos encontrados na pesquisa. Todavia, os dados obtidos por Carvalho apontam um percentual de indivíduos do sexo masculino 6,43% que relataram atitudes alimentares inadequadas, que foram avaliadas por meio do *Eating Attitudes Test* (EAT-26). O teste permite identificar sintomas e comportamentos de transtornos alimentares.

Austin e colaboradores (2004) avaliaram as diferenças de sintomas em meninas e meninos jovens. A maior parte da amostra se considerou heterossexual e apenas uma pequena parcela se classificou como lésbica, gay ou inseguro. Foram questionados sobre assuntos como preocupações com o peso, aparência, prática de vômitos ou uso de laxantes, comer compulsivo e a preocupação em se parecer com indivíduos da mídia. Os resultados afirmam que jovens adolescentes gays e bissexuais estavam mais preocupados em parecer com homens da mídia e mais suscetíveis à compulsão alimentar, se comparados a jovens heterossexuais. A pesquisa de Austin e colaboradores (2004), em suma, identificou os jovens não heterossexuais como o grupo dos jovens com maior risco de transtornos alimentares.

Estudos demonstram percentuais de estudantes universitários classificados com nível de atividade física sedentário ou inativo. Por exemplo, Fontes e Vianna (2009) identificaram 31,2% dos estudantes universitários participantes em suas pesquisas como inativos. Um estudo mais recente de Azevedo e colaboradores (2020) identificou um percentual de 28% de estudantes considerados como inativos quando se trata de atividade física. Estes valores são muito próximos aos identificados em nossa pesquisa, na qual a maior parte dos participantes demonstrou algum nível de atividade física, seja leve, moderado ou intenso.

5.4 FREQUÊNCIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Pires e colaboradores (2010) analisaram a frequência de transtornos alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) em universitários de cursos da área da saúde em uma universidade particular do estado do paraná. Os pesquisadores identificaram a frequência de anorexia nervosa em 5% (23 casos, sendo apenas um caso do sexo masculino), valor superior encontrado em nosso estudo, haja vista que nenhum usuário identificou que diagnosticou anorexia nervosa. Enquanto para a bulimia nervosa apenas 1% (6) dos alunos apresentaram alto risco, valor em porcentagem mais próximo do encontrado neste estudo. Os trabalhos abordaram métodos diferentes, mas ambos demonstraram que os transtornos alimentares e comportamentos de risco estão presentes no meio universitário.

Os estudos referentes ao transtorno dismórfico corporal (vigorexia) são poucos e o tema ainda não tem destaque acentuado pela área da saúde. Apesar da vigorexia não se destacar entre os participantes da pesquisa, outros estudos evidenciam sua presença em homens. Um estudo realizado na região da fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, por Floriano e D' Almeida (2016), tinha como objetivo avaliar a prevalência de dismorfia muscular em 56 homens praticantes de muscula o que viviam na região. Foram recolhidos dados antropométricos dos participantes, consumo alimentar por meio de recordatório 24 horas e a satisfa o com a imagem corporal. Ao todo foram 56 indivíduos, com idade maior ou igual a 18 anos. Os resultados mostraram que 17,5% (10) dos participantes alcançaram pontua o indicativa de dismorfia muscular e 83,9% (47) dos indivíduos gostariam de ter o corpo maior e mais musculoso.

Bezerra e colaboradores (2018) também investigaram a prevalência de Vigorexia em universitários da área da saúde. Identificaram que 76% das mulheres e 89,7% dos homens não possuíam o transtorno, enquanto 17,3% (13) das mulheres e 10,3% (3) dos homens foram classificados como “grau leve”. No caso, a maioria dos participantes não era praticantes de atividade física, sendo este um dos parâmetros para o diagnóstico, uma vez que o exercício físico em excesso poderia ser resultante de uma distorção da imagem corporal levando a vigorexia.

5.5 COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES

Ao perguntar ao participante se ele já fez dietas extremamente restritivas com a finalidade de perder peso, considerou-se o fato de que dietas restritivas estão associadas a compensações alimentares devido às restrições calóricas exageradas realizadas nesse processo, que podem gerar episódios de compulsão e até mesmo um transtorno alimentar (BRITO; LIMA, 2021).

Fochesatto (2020) reafirma este conceito uma vez que em seus estudos identificou que mais de 50% da amostra participante da pesquisa apresentava comportamento alimentar disfuncional, evidenciando taxas maiores em indivíduos que já haviam tentado realizar dietas restritivas e não conseguiram mantê-las.

Em nosso estudo, 51,6% da amostra indicou que realiza dietas restritivas “quase sempre” ou “às vezes”. Destes, todos os indivíduos que responderam “quase sempre” estavam muitos insatisfeitos com seus corpos, enquanto os que responderam “às vezes” variaram entre satisfeitos, pouco insatisfeitos e muito insatisfeitos. Apesar dos dados não serem conclusivos devido à baixa amostra, eles refletem os achados dos estudos citados acima.

Álvarez e colaboradores (2009) realizaram um estudo transversal com estudantes do primeiro ano de medicina no México, identificando a prevalência de comportamentos de risco para TA de 5,8%. Entre os comportamentos de risco associados a TA: 9,7% dos alunos apresentaram eventos compulsivos, 5,6% vômito autoinduzido e 5,6% de uso de laxantes (*Apud* MARTINS et al., 2018, p. 22). As variáveis que tratam de compensação em nosso estudo questionam ao participante se após alguma refeição habitual ele já realizou alguma prática compensatória. Nenhum deles identificou ter utilizado laxantes ou vômito autoinduzido, porém, alguns participantes relataram já terem praticado “atividade física

intensa”, “longos períodos sem se alimentar” e “uso de outras drogas ou medicamentos” que não o “laxante”. Isto reflete que eles praticaram alguma prática compensatória após a alimentação considerando um comportamento de risco.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado em nossa pesquisa, um indivíduo havia sido diagnosticado com bulimia nervosa e vigorexia e não prosseguiu com o tratamento, podendo demonstrar uma dificuldade em lidar com o diagnóstico ou falta de uma rede de apoio. Ademais, sabe-se que há uma subnotificação e mesmo sub diagnósticos no que se refere aos transtornos alimentares e dismórficos, por uma série de fatores. Ocorrem por conta do tabu e do preconceito de um diagnóstico psiquiátrico (transtorno), pela dificuldade no próprio diagnóstico que depende da superação dos preconceitos do próprio paciente e da resistência frequentemente observada na adesão aos tratamentos psíquicos e psicológicos. Ademais, há poucos profissionais na área da saúde preparados ou mesmo atentos em fazer tais diagnósticos. Por fim, mas não somente, a cultura do consumo, associada paradoxalmente aos padrões de beleza, criam de um lado uma autoexigência (pela busca da magreza ou do corpo musculoso) e por outro um desleixo, haja vista a constatação o inalcançável padrão.

Não foi possível durante a pesquisa atingir um número de participantes satisfatório para estabelecer resultados mais contundentes estatisticamente, houve uma grande dificuldade em alcançar o grupo de estudo. Como já citado, ao todo foram descartados 17 questionários de indivíduos que não atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa.

Neste sentido, este trabalho ressalta a importância da alimentação nos processos de saúde e de sociabilidade como forma de superar a violência perpetrada pela industrialização dos alimentos, dos fast-food, da ausência de comensalidade, da ausência afetiva nos processos de alimentação.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: a psychotherapeutic cognitive-constructivist approach. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 31, n. 4, p. 177-183, 1 jan. 2004.

ALVARENGA, Marle; FIGUEIREDO, Manoela; ROMANO, Érika Checon Blandino. Transtornos alimentares em adultos. In: AQUINO, Rita de Cássia; PHILIPPI, Sonia

Tucunduva. (Org). *Nutrição clínica: Estudos de caso comentados*. 2 ed. Barueri, SP. 2009. Cap 17, p. 397.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5 (5a ed.)*. Porto Alegre: Artmed. Disponível em: <<http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>> Acesso em 30 out 2019.

ARATANGY, Eduardo Wagner; KAIO, Daniella Junko Itinoseki; FASSARELLA, Ester Soares. Anorexia Nervosa. In: CORDÁS, Táci Athanássios; KACHANI, Adriana Trejger e cols. (Org). *Nutrição em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap 9, p. 135-137.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 16, n. 1, p.67-82, 2014. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/659/406>>. Acesso em: 28 out. 2019.

ARAUJO, Gabriela Costa. (RE)ENCONTRANDO O DIÁLOGO DE BONECAS: O BAJUBÁ EM UMA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA. 2018. 181 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018. Disponível em: <<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/21850/3/%28Re%29encontrandoDi%c3%a1logoBonecas.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2019.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR (ANDIFES). V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES - 2018. Brasília, DF: ANDIFES, 2019. Disponível em: <https://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2019/05/V-Pesquisa-Nacional-de-Perfil-Socioeconomico-e-Cultural-dos-as-Graduandos-as-das-IFES-2018.pdf>. Acesso em: 10/03/2022.

Austin, S. B., Ziyadeh, N., Kahn, J. A., Camargo, C. A., Jr., Colditz, G. A., & Field, A. E. Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 43, p 1115–1123. Setembro. 2004.

AZEVEDO, L. G. et al. Prevalência de ansiedade e depressão, nível de atividade física e qualidade de vida em estudantes universitários da área de saúde. **Revista Científica UNIFAGOC**: Ubá, v. 1, 2020.

BEIGUELMAN, B. Curso de Bioestatística Básica. 4ed. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética. 1996.

BRASIL (Brasil). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: 2020. 66 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Geografia e estatística. Pesquisa Nacional de Saúde – Ciclos de vida. Rio de Janeiro. 2019 Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASILIANO, Silvia; BUCARETCHI, Henriette Abramides; KACHANI, Adriana Trejger. Aspectos Psicológicos da alimentação. In: CORDÁS, Táki Athanássios; KACHANI, Adriana Trejger (Org.). Nutrição em Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 1, p. 23.

BRITO, Camila Silva; LIMA, Giovanna Sabino Alves. **A INFLUÊNCIA DE DIETAS RESTRITIVAS NO ÂMBITO FÍSICO E COMPORTAMENTAL**. 2021. 27 f. TCC (Graduação) - Curso de Nutrição, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em:<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/15370/1/21803492%20e%2021804167.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

BUSATO, Maria Assunta et al. Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 2, p. 75-84, jul. 2015. Universidade Estadual de Londrina. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367>. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/21447-109258-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CAMARGO, Tatiana Pimentel Pires et al. Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. Rev. bras. psicol. esporte, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 01-15, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-91452008000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 out. 2019.

CARVALHO, Renata Silva de. **TRANSTORNOS ALIMENTARES EM MULHERES: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO**. 2009. 147 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgpsicologia/files/2010/01/Renata-Silva-Carvalho2.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

CORDÁS, Táki Athanássios; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 03-06, Dec. 2002.

CORDÁS, Taki Athanássios; SALZANO, Fabio Tapia. Aspectos Gerais dos Transtornos Alimentares: Características, critérios diagnósticos, epidemiologia e etiologia. In: ALVARENGA, Marle; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. (Org). Nutrição e transtornos alimentares: Avaliação e tratamento. Barueri, SP: Manole, 2011. Cap. 01, p. 3-15.

DAMASCENO, Vinicius Oliveira et al. Relationship between anthropometric variables and body image dissatisfaction among fitness center users. *Revista de Psicología del Deporte*. vol. 20, núm. 2, 2011, pp. 367-382. Palma de Mallorca, España. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235122167009>> Acesso em: 29 out 2019.

FELDMAN, Matthew B.; MEYER, Ilan H.. Childhood Abuse and Eating Disorders in Gay and Bisexual Men. *International Journal Of Eating Disorders*, p.418-426, 2007.

FLEITLICH, B.W., LARINO, M.A., COBELO, A., CORDÁS, T.A. Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.323-329, 2000.

FLORIANO; ALMEIDA. Prevalência de transtorno dismórfico muscular em homens adultos residentes na fronteira oeste do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*. São Paulo. v. 10. n. 58. p. 448-457. Jul-Ago. 2016. Disponível em: <<http://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/671/568>> Acesso em 30 out 2019.

FOCHESATTO, Annelise. **COMPORTAMENTO ALIMENTAR E PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DE ADULTOS QUE BUSCAM EMAGRECIMENTO POR MEIO DE DIETA**. 2020. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/218979>. Acesso em: 20 mar. 2022.

FONTES, ACD; VIANNA, RPT. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de AF entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste – **Brasil**. *Rev Bras Epidemiologia* 2009;12(1):20-9.

FREITAS, S; GOREISTEIN, C; APPOLINARIO, J,C. Instrumento para avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(S3): 34-8.

GHORAYEB, Daniela Barbeta. Saúde mental, qualidade de vida, religiosidade e identidade psicossocial nas homossexualidades. 2007. 215p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311619>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

GLANER MF, et al. Associação entre insatisfação com a imagem corporal e indicadores antropométricos em adolescentes. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, (São Paulo) 2013 Jan-Mar;27(1):129-36

GOSTON, Janaina Javali. **Prevalência do uso de suplementos nutricionais entre praticantes de atividade física em academias de Belo Horizonte**. 2008. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Farmácia, Universidade Federal do Mato Grosso, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/URMR-7EMK4C/1/janaina.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

Grupo Gay da Bahia. **MORTES VIOLENTAS DE LGBT+ NO BRASIL RELATÓRIO 2018**. Bahia. 2019 Disponível em: <<https://tribunahoje.com/wpcontent/uploads/2019/01/Popula%C3%A7%C3%A3o-LGBT-morta-no-Brasil-relat%C3%B3rio-GGB-2018.pdf?x69597>> Acesso em: 30 Out 2019.

GORGATI; Sonaia, Bento; AMIGO, Veruska, Lastonia. Anorexia Nervosa: Manifestações Clínicas, Curso e Prognóstico. In: CLAUDINO, Angélica; ZANELLA, Maria Tereza. **Transtornos alimentares e Obesidade**. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 43-47

HAUSENBLAS HA, Cook BJ, Chittester NI. Can exercise treat eating disorders? **Exerc Sport Sci Rev**. 2008;36(1):43-7.

INSTITUTO DE MEDICINA. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc. Washington (DC): National Academy Press; 2002

Kalume CC, Itaborahy LP, Moreira JCC. Vulnerabilidades socioeconômicas de pessoas LGBT no Rio de Janeiro [Internet]. 2016 [citado 2018 jun. 19]. Disponível em: <https://mrifoundation.global/wp-content/uploads/2017/05/Vulnerabilidades-socioecon%C3%B4micas-de-pessoas-LGBT-no-Rio-de-Janeiro-artigo-completo.pdf> Acesso em: 14/03/2022.

KLEIN, D.A. & WALSH, T.- Eating Disorders: Clinical Features and Pathophysiology. *Physiology & Behaviour* 81(2): 359-74, 2004.

KOTONA, Eduardo Albers Will et al. Vigorexia and its nutritional correlations. *Research, Society and Development*, [S.l.], v. 7, n. 1, p. e1471194, feb. 2018. ISSN 2525-3409. Available at: <<https://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/239/232>>. Acesso em: 28 out 2019.

LANCHA; PEREIRA. **Nutrição e Metabolismo: Aplicados à Atividade Motora**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

LIBERALLI, Tatiane et al. Efeito da Imagem Corporal Sobre o Estado Nutricional e Comportamento Alimentar de Adolescentes. **Unopar Cient Ciênc Biol Saúde**, [s. l], v. 15, p. 357-361, jan. 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/539%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/539%20(3).pdf). Acesso em: 20 mar. 2022.

LIMA, Daniela Salvador Marques de et al. A saúde oral e os transtornos alimentares entre adolescentes. *Revista Brasileira 190 de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p.190-193, nov. 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n2/a10v69n2.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2019.

MARTINS, Emerson; ROSA, Rogério Machado; ORLANDI, Renata. Jovens homens homossexuais na zona rural e heteronormatividade: resistências e processos de subjetivação. In.: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10. Anais Eletrônicos, Florianópolis, 2013.

MARTINS, Emerson. UMA HERMENÊUTICA DA HOMOSSEXUALIDADE: o fazer-se gay como prática política de liberdade em cidades pequenas. 2017. 344 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/185482/PPSI0757-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 nov. 2019.

MELIN, Paula; ARAUJO, Alexandra M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 73-76, Dec. 2002.

Miranda VPN, Filgueiras JF, Neves CM, Teixeira PC, Ferreira MEC. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. **J Bras Psiquiatr**. 2012;61(1):25-32.

MOLINA, José Miguel Rodríguez. Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y drogas*, vol. 7, núm. 2, 2007, pp. 289-308, Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83970205.pdf>. Acesso em: 29 out 2019.

MORGAN, Christina M et al. Etiologia dos transtornos alimentares: Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais culturais. **Rev Bras Psiquiatr**, p.18-23, 2002. Disponível em: <http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/1568/S1516-44462002000700005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 out. 2019.

NEIS, Monique et al. A importância do nutricionista na atenção básica a saúde. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 46, n. 2, p. 399-414, out. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2012v46n2p399/24191>. Acesso em: 20 mar. 2022.

PASSOS, T, C, M; STEFANO, S, C; BORGES, M, B, F. Transtorno da Compulsão Periódica (TCAP). In: CLAUDINO, Angélica; ZANELLA, Maria Tereza. Transtornos alimentares e Obesidade. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 60

PINTO, Adriano Gomes; XAVIER, Amanda de Araujo. **REFEIÇÕES CONECTADAS**: a prática da comensalidade remota em adultos brasileiros que moram sozinhos. 2021. 66 f. TCC (Doutorado), Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/8329-32520-1-SM.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

PIRES, Rafael et al. Rastreamento da frequência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na Universidade Positivo. **Rev Med**, São Paulo, v. 2, n. 89, p. 115-123, abr. 2010.

PISICOLARO, Fernanda; AZEVEDO, Alexandre Pinto. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. In: CORDÁS, Táki Athanássios; KACHANI, Adriana Trejger e cols. (Org). *Nutrição em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 11, p. 168.

PISSIGUELLI, Raquel et al. Relação Entre o Comer Emocional e o Transtorno de Compulsão Alimentar em Portadores de Síndrome Metabólica. Xxi I Congresso Brasileiro de Nutrologia, [s.l.], v. 0, n. 0, p.1-11, set. 2018.

REIS, Nycolle Martins et al. Imagem corporal, estado nutricional e sintomas de transtornos alimentares em bailarinos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*, Pelotas, v. 18, n. 6, p.771-781, nov. 2013.

RIOS, Luis Felipe et al. “Foi como se a gente tivesse visto a morte”: estigmatização, sofrimento psíquico e homossexualidade. *Laplage em Revista*, Sorocaba, v. 4, n. 1, p.140-158, 2018. Disponível em: <http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lpg/article/view/442/646>>. Acesso em: 21 out. 2019.

SALZANO, Fabio Tápia; KOTAIT, Marcela Salim; KITADE, Renata David. Bulimia Nervosa. . In: CORDÁS, Táki Athanássios; KACHANI, Adriana Trejger e cols. (Org). *Nutrição em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap 10. p. 153.

SANTOS A.R.M et al. A busca pela beleza corporal na feminilidade e masculinidade. *R. bras. Ci. e Mov* 2013;21(2): 135-142. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/3575/2603>>. Acesso em: 29/10/2019.

SCHOMER, Ester Zatyko; KACHANI, Adriana Treiger. Imagem Corporal. In: CORDÁS, Táki Athanássios; KACHANI, Adriana Trejger e cols. (Org). *Nutrição em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 7, p. 109

SCOTT, Joan. Prefácio a *Gender and politics of History*. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 3, p. 11-27, 1994.

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves da et al. Comportamento e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens no Distrito Federal, Brasil. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 33-51, jan. 2008.

STROTHER, et al. Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*, p. 346-355, out. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3479631/>> Acesso em 28 out, 2019.

TEIXEIRA PC, COSTA RB, MATSUDO SM, CORDÁS TA. A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. **Rev Psiq Clin**. 2009;36(4):145-52. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rpc/a/JRGQWJfPzfZyWDX6vpbQ6rb/?lang=pt&format=html>> Acesso em: 16/03/2022.

VASCONCELOS, Rebecca Noleto Cunha; RODRIGUES, 2Gabriela Meira de Moura; FERREIRA, Karla Daniela. O IMPACTO DA DISTRIBUIÇÃO DE RENDA E A DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS SOBRE A SAÚDE COLETIVA. **Revista Liberum Accessum**, [s. l], v. 2, n. 10, p. 16-29, jul. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/124-445-1-PB.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

WEIS, Andréia et al . Bulímicas: elas vão à academia de ginástica?. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, Porto Alegre , v. 35, n. 3, p. 627-637, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892013000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 nov. 2019.

YELLAND, Christine; TIGGEMANN, Marika. Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men. *Eating Behaviours*, Adelaide, v. 4, p.107-116, jan. 2003.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO POR MEIO DA PLATAFORMA GOOGLE FORMS

TRANSTORNOS ALIMENTARES E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: UM PERFIL SÓCIO-ALIMENTAR E DE COMPORTAMENTO DE RISCO EM HOMENS HOMOSSEXUAIS UNIVERSITÁRIOS.

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada o “TRANSTORNOS ALIMENTARES E TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: UM PERFIL SÓCIO-ALIMENTAR E DE COMPORTAMENTO DE RISCO EM HOMENS HOMOSSEXUAIS UNIVERSITÁRIOS.”, desenvolvida pela acadêmica Alicia Doerlitz Batista, graduando do curso de Nutrição da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Realeza, sob orientação do Professor Dr Emerson Martins, por participar de comunidade virtual LBTTTQI+ e ser universitário.

O objetivo desta pesquisa é construir um perfil sócio alimentar e de comportamento de risco para transtornos alimentares de homens homossexuais universitários.

Você tem liberdade de se recusar a participar ou deixar a qualquer tempo de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) UFFS, indicados abaixo.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores terão conhecimento dos dados. Entretanto, os resultados obtidos na pesquisa poderão ser publicados no meio científico, preservando a anonimidade e quaisquer outros dados que identifiquem os/as participantes. Após a análise estar concluída, enviaremos uma cópia do relatório, em formato de monografia, como forma de devolutiva e agradecimento, para os participantes que informarem seus e-mails ao responderem os questionários.

A partir das respostas do questionário formaremos um banco de dados com um perfil sócio alimentar e de comportamento de risco em homens homossexuais universitários e sua relação com os transtornos alimentares e dismórficos. Os dados coletados ficarão arquivados em armário com chaves na sala do pesquisador principal, pelo período de até 5 anos.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais. Porém pode gerar algum tipo de desconforto devido a natureza pessoal das perguntas ser relativa a sua trajetória de vida e sentimentos pessoais. De toda forma, lhe é assegurada a anonimidade no questionário e que apenas o pesquisador responsável e o pesquisador participante terão acesso às informações pessoais aqui disponibilizadas. Os procedimentos adotados obedecem aos princípios éticos previstos na resolução 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes. Em caso de desconforto, ou que por qualquer motivo decidir não continuar a responder o questionário, sinta-se à vontade para: interromper o preenchimento do mesmo e sua participação na pesquisa quando bem entender sem nenhum tipo de ônus; ou entrar em contato com os pesquisadores para sanar qualquer dúvida que porventura possa vir a ter e que possa reduzir possíveis desconfortos e facilitar a participação na pesquisa.

Com os resultados obtidos será possível obter benefícios diretos para você a partir do relatório, trabalho de conclusão de curso, que lhe será remetido após a conclusão da pesquisa. As perguntas necessitam de auto-análise, trazendo autoconhecimento e reflexão. A análise estatística das respostas além de responderem ao objetivo da pesquisa, poderá trazer mais questionamentos gerando bases para pesquisas futuras com foco nas especificidades da comunidade LBTTTQI+.

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, assim como nada lhe será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para participar desta pesquisa. Você receberá uma cópia em seu e-mail, com confirmação de leitura, e outra no próprio formulário online, que ao clicar em “aceito o termo de consentimento” atesta seu livre consentimento. Por favor, leia atentamente ambas as cópias para garantir que constam o mesmo texto e esclarecimentos. Desde já agradecemos sua participação!

Emerson Martins - Pesquisador Responsável

Emerson.martins@uffs.edu.br

Alicia Doerlitz Batista- Pesquisador Participante

aliciadoerlitz@gmail.com

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa da UFFS”: Tel. e Fax - (0XX) 49- 2049-1478 E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

*Obrigatório

Endereço de e-mail *

Marcar apenas uma.

- Li e aceito o termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Não aceito o termo de consentimento. Pare de preencher este formulário.

Critérios de inclusão:

Qual sua identidade de gênero?

- Homem
- Homem Trans
- Outra (Mulher, Mulher Trans, Não Binário, Kink, +) [Se assinalado, o participante será informado que não preenche os critérios de inclusão]

Qual sua orientação sexual?

- Gay
- Outro (heterossexual, bissexual, pansexual, assexuado,+) [Se assinalado, o participante será informado que não preenche os critérios de inclusão]

Qual a sua idade?

- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29

Está cursando graduação?

- Sim
- Não [Se assinalado, o participante será informado que não preenche os critérios de inclusão]

PERFIL**1. Possui alguma religião, se sim qual?**

- Sim ... Qual? (em aberto)
- Não

2. Etnia/Cor/raça

- Branca
- Amarela
- Preta
- Parda
- Indígena

3. **Ano de ingresso na graduação? (Em aberto)**
4. **Em qual universidade você cursa sua graduação? (Em aberto)**
5. **Em qual campus? (Em aberto)**
6. **Qual seu curso de graduação? (Em aberto)**
7. **Em que cidade você morava antes de começar a graduação? (Em aberto)**
8. **Você morava no âmbito:**
 - o Rural
 - o Urbano
9. **Em qual cidade você reside atualmente (Em aberto)**
10. **Você reside atualmente em âmbito:**
 - o Rural
 - o Urbano
11. **Qual seu tipo de residência?**
 - o República
 - o Com os pais
 - o Com cônjuge
 - o Sozinho
 - o Pensão
 - o Moradia estudantil
 - o Outros
12. **Como você se desloca para a universidade?**
 - o Transporte público
 - o Táxi
 - o Transporte privado
 - o A pé
 - o Veículo automotivo próprio (moto, carro)
 - o Veículo de amigos
 - o Bicicleta
13. **Você possui filhos?**
 - o Sim,
 - o Quantos? (Em aberto)

Seus filhos moram com você?

- Sim
- Não
- Guarda compartilhada
- Outros

14. Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Viúvo
- Divorciado
- União estável

15. Você trabalha atualmente?

- Sim
- Não
- Às vezes (em “bicos” e trabalhos temporários).

16. Qual a sua profissão? (Em aberto)

17. Você possui algum tipo de renda?

- Sim
- Qual sua fonte de renda?
 - Salário
 - Bolsista
 - Mesada
 - Outras
- Não

HÁBITOS ALIMENTARES

1. Quantas refeições em média você realiza ao dia?

- 3 ou menos
- 4-6
- Mais que 6

2. Em que lugares faz tais refeições?

Em que lugares geralmente faz tais refeições?

	Em casa	Padaria	Restaurant...	Restaurant...	Trabalho	Restaurant...	Outros
Café da m...	<input type="checkbox"/>						
Lanche da ...	<input type="checkbox"/>						
Almoço	<input type="checkbox"/>						
Lanche da ...	<input type="checkbox"/>						
Jantar	<input type="checkbox"/>						
Ceia	<input type="checkbox"/>						

3. Com quem compartilha as refeições? (Pode assinalar mais de uma resposta)

Com quem geralmente realiza tais refeições?

	Sozinho	Com amigo(s)	Com a família	Com colega(...)	Com compa...	Outros
Café da man...	<input type="checkbox"/>					
Lanche da m...	<input type="checkbox"/>					
Almoço	<input type="checkbox"/>					
Lanche da ta...	<input type="checkbox"/>					
Jantar	<input type="checkbox"/>					
Ceia	<input type="checkbox"/>					

5. Você faz uso de algum destes suplementos? (O suplemento alimentar tem a função de prover fontes concentradas de nutrientes ou outras substâncias com efeitos fisiológicos podendo ser sozinho ou combinado).

Creatina

Whey Protein Concentrado

Albumina

BCAA

Glutamina

Hipercalórico

Termogênico*

Multivitaminico

Cafeína

Outros

Nenhum

6. Por favor, assinale a frequência mais próxima de sua alimentação para os “alimentos/grupos” abaixo:

Com que frequência você consome estes grupos de alimentos *						
	Todos os dias	2-4 vezes po...	1 vez por ...	1-3 vezes po...	Menos de 1x...	Nunca
Cereais Integ...	<input type="checkbox"/>					
Cereais regul...	<input type="checkbox"/>					
Leguminosa...	<input type="checkbox"/>					
Carnes (peix...	<input type="checkbox"/>					
Embutidos (...)	<input type="checkbox"/>					
Doces indust...	<input type="checkbox"/>					
Doces caseir...	<input type="checkbox"/>					
Oleaginosas ...	<input type="checkbox"/>					
Leite e deriv...	<input type="checkbox"/>					
Ovos	<input type="checkbox"/>					
Frutas	<input type="checkbox"/>					
Verduras	<input type="checkbox"/>					
Gorduras (ôl...	<input type="checkbox"/>					

Exemplo de como a tabela ficou exposta no *Google Forms*

Grupos de alimentos: Cereais Integrais (Arroz integral, aveia, quinoa, farinhas integrais); Cereais (arroz, farinhas, milho); Leguminosas (feijões, soja, lentilha, grão de bico); Carnes (peixe, frango, gado, suína); Embutidos (salsicha, linguiça, presunto); Doces industrializados; Doces caseiros; Oleaginosas (amendoim, castanhas, nozes); Leite e derivados; Ovos; Frutas; Verduras; Gorduras (óleos, azeites, manteiga, margarina, banha); Alimentos classificados como Diet; Alimentos classificados com light; Temperos industrializados; Temperos naturais (tempero verde (salsinha, cebolinha, sal, pimentas, cebola, alho); Bebidas alcoólicas; Tabaco.

ATIVIDADE FÍSICA

1. Durante o seu dia a dia, em uma semana típica, você realiza atividade física com gasto de energia no trabalho, transporte, universidade? (Por exemplo, caminhar até o trabalho ou trabalho braçal)

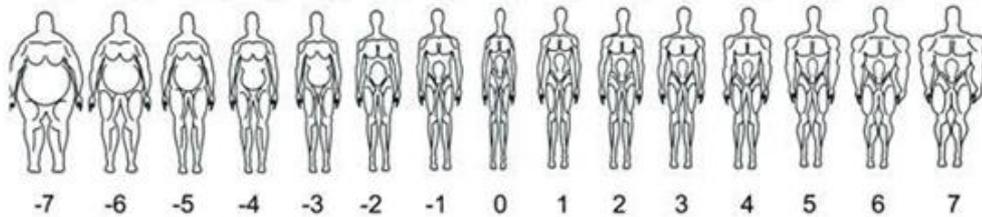
- Sim
- Qual tipo de atividade? (Em aberto)
- Por quanto tempo no dia? (Em aberto)
- Não

2. Em uma semana típica você realiza algum tipo de atividade física com finalidade de gasto de energia programada? (Por exemplo, musculação, corrida, basquete)

- Sim

- o Qual tipo de atividade física? (Em aberto)
- o Quantos dias na semana? (Em aberto)
- o Tempo por dia? (Em aberto)
- 3. Você pratica algum Exercício físico com finalidade de competição?**
 - o Sim
 - o Qual? (Em aberto)
 - o Não
- 4. Você se preocupa com sua alimentação na relação com as atividades físicas:**
 - o Sim
 - o como e o que faz? (Em aberto)
 - o Não

IMAGEM CORPORAL



Fonte: Damasceno et al. (2011).

1. Segundo a escala acima como você se identifica atualmente?

-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
6 7

2. Segundo a escala acima qual seria o corpo ideal para você?

-7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
6 7

3. Você alguma vez quis ter outro corpo por conta de ser homossexual?

- o Sim
- o Por que? (Em aberto)
- o E o que o fez? (Em aberto)

- Não

ESTADO NUTRICIONAL

1. Altura (Em aberto)
2. Peso (Em aberto)

COMPORTAMENTOS DE RISCO

1. Você evita comer alimentos que considera hipercalóricos?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Nunca
- Não

2. Quais sentimentos são despertados em você quando se fala em alimentação? (pode-se marcar mais de uma)

- Ansiedade
- Tranquilidade
- Preocupação
- Sentimentos felizes
- Sinto que os alimentos controlam a minha vida
- Demonstro autocontrole diante dos alimentos
- Não tenho controle sobre os alimentos
- Sinto me culpado/envergonhado ao comer
- Sinto que não consigo parar de comer
- Me alimento até me sentir extremamente cheio

3. Faz ou já fez dietas extremamente restritivas com a finalidade de perder peso?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Nunca

4. Quando fez uso de dietas extremamente restritivas havia acompanhamento de um profissional da nutrição?

Sim

Não

5. Você já viveu episódios de ingestão excessiva de alimento em um curto período de tempo (2 horas)?

Sempre

Quase sempre

Às vezes

Nunca

6. Nos episódios de ingestão excessiva de alimento em um curto período de tempo você já fez uso de práticas compensatórias inadequadas?

Nunca

Sempre

Quase sempre

Às vezes

• Se sempre, quase sempre ou às vezes, quais dessas práticas você fez o uso?

Vomitar

Usar laxantes

Atividade física intensa

Longos períodos sem se alimentar

Uso de drogas ou medicamentos

7. Você já fez uso, deliberadamente, de alguma das práticas abaixo após uma refeição normal do seu dia a dia?

Vomitar

Uso de laxantes

Atividade física intensa

Longos períodos sem se alimentar

Uso de drogas ou medicamentos

Nunca fiz

DIAGNÓSTICOS

1. Você já foi diagnosticado com algum destes Transtornos alimentares?

- Anorexia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Transtorno de compulsão periódica
- Não

2. Se sim, para quaisquer um dos TA, você fez algum tratamento?

- sim
- Qual profissional?
- Como?
- Por quanto tempo? (Em aberto)
- Não

3. Você já foi diagnosticado com algum Transtorno dismórfico corporal (Vigorexia)?

- Sim
- Não

4. Se sim, você fez algum tratamento?

- sim
- Qual profissional?
- Como?
- Por quanto tempo? (Em aberto)
- Ainda em tratamento?
- Não

5. Você sente que tem algum TA ou Transtorno dismórfico corporal?

- Sim
- Qual? (Em aberto)
- Por quê? (Em aberto)
- Não
- Talvez
- Por quê? (Em aberto)