

Diagnóstico de Transtorno Alimentar na população LGBTQIA+: transtorno alimentar ou uma questão relacionada a identidade sexual e de gênero?

Diagnosis of Eating Disorder in the LGBTQIA+ population: eating disorder or an issue related to sexual and gender identity?

Diagnóstico de Trastorno de la Alimentación en población LGBTQIA+: ¿trastorno de la alimentación o cuestión relacionada con la identidad sexual y de género?

DOI: <https://doi.org/10.70051/mangt.v3i2.61240>

Camilla de Chermont Prochnik Estima | camillacpestim@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5410-3940>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Mariana Viviani da Silva | mariana.vivianig6@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5714-3801>

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Monica Vianna | viannamonica@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4839-9658>

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Recebimento do artigo: 30-setembro-2023

Aceite: 15-janeiro-2024

ESTIMA, C. C. P.; SILVA, M. V.; VIANNA, M. Diagnóstico de Transtorno Alimentar na população LGBTQIA+: transtorno alimentar ou uma questão relacionada a identidade sexual e de gênero? **Revista Mangút: Conexões Gastronômicas**. ISSN 2763-9029. Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 89-104, dez. 2023.



RESUMO

A população LGBTQIA+ tem sido pouco acolhida, compreendida e ouvida em serviços de saúde, por conta de cenários de violência e discriminação que vivenciam diariamente na tentativa de terem acesso ao cuidado nesses dispositivos. Os transtornos alimentares têm sido discutidos como bastante prevalentes nessa população, mas permanece a dúvida se estamos diagnosticando corretamente as pessoas como efetivamente casos de transtornos alimentares, insatisfação corporal característica de pessoas da população LGBTQIA+ ou seria uma questão do próprio entendimento delas a respeito do gênero que se reconhecem e da orientação sexual? Levamos em consideração o diagnóstico diferencial nesses casos? Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo discutir sobre transtornos alimentares, saúde na população LGBTQIA+ e suas particularidades, além da relação entre essas duas temáticas sobre o olhar do diagnóstico diferencial dos transtornos alimentares, aceitação e entendimento do indivíduo a partir de seu gênero, orientação sexual e imagem corporal.

Palavras-chaves: Gastronomia; Transtorno alimentar; Imagem corporal; Gênero; Orientação sexual.

ABSTRACT

The LGBTQIA+ population has been little welcomed, understood and listened to in health services, due to scenarios of violence and discrimination that they experience daily in an attempt to access care in these devices. Eating disorders have been discussed as quite prevalent in this population, but the question remains whether we are correctly diagnosing people as actually cases of eating disorders, body dissatisfaction characteristic of people from the LGBTQIA+ population, or it would be a question of their own understanding of gender. Who recognize themselves and their sexual orientation? Do we take into account the differential diagnosis in these cases? That way, this article aims to discuss eating disorders, health in the LGBTQIA+ population and their particularities, in addition to the relationship between these two themes from the perspective of the differential diagnosis of eating disorders, acceptance and understanding of the individual based on their gender, sexual orientation and body image.

Keywords: Gastronomy; Eating disorder; Body image; Gender; Sexual orientation.

RESUMEN

La población LGBTQIA+ ha sido poco acogida, comprendida y escuchada en los servicios de salud, debido a los escenarios de violencia y discriminación que vive a diario al intentar acceder a la atención en estos dispositivos. Se ha discutido que los trastornos alimentarios son bastante prevalentes en esta población, pero la pregunta sigue siendo si estamos diagnosticando correctamente a las personas como en realidad casos de trastornos alimentarios, insatisfacción corporal característica de las personas de la población LGBTQIA+, o sería una cuestión de su propia comprensión de Género ¿Quiénes se reconocen a sí mismos y su orientación sexual? ¿Tenemos en cuenta el diagnóstico diferencial en estos casos? De esa forma, este artículo tiene como objetivo discutir los trastornos alimentarios, la salud en la población LGBTQIA+ y sus particularidades, además de la relación entre estos dos temas desde la perspectiva del

diagnóstico diferencial de los trastornos de la conducta alimentaria, la aceptación y comprensión del individuo en función de su género, sexualidad, orientación e imagen corporal.

Palabras claves: Gastronomía; Trastorno alimentario; Imagen corporal; Género; Orientación sexual.

INTRODUÇÃO

Trabalhamos há muitos anos com pacientes com transtornos alimentares (TAs) e é marcante seu sofrimento emocional a respeito da imagem corporal (IC), insatisfação com o corpo, medo intenso de comer e, conseqüentemente, engordar. Isso afeta diretamente a sua relação com a comida e o comportamento alimentar. A alimentação fica completamente desorganizada, pois muitas crenças, regras rígidas e restrições permeiam os pensamentos, que se traduzem no comer. A sobreposição dos sofrimentos com o corpo e a comida acontece e vira um emaranhado bastante complexo.

Não tem como negar que a maioria das pessoas que nos procuram motivadas por essas dores são mulheres cisgênero, que passaram a vida toda em dietas rígidas. Essas restrições em geral começaram na infância ou adolescência iniciadas por incômodos com seu peso ou forma corporal, manifestado por elas ou por terceiros. Isso pode vir de um lugar estrutural e internalizado socialmente, visto que uma criança já vivencia dores a respeito de seu peso ou ainda, que adultos se acham no direito de comentar sobre o corpo delas - ou partes dele. Desse modo, imediatamente cria-se uma forma de vigilância e monitoramento interno. Imaginamos que, provavelmente, as mulheres que estejam lendo esse artigo possam ter vivido isso e quantas dores passaram por conta desses tópicos.

A gordofobia e o machismo podem ser duas raízes sociais dessa história, como base estrutural para essa conversa. A primeira é um fenômeno social em que é observado preconceito, discriminação e violências que as pessoas gordas passam pelo simples fato de estarem acima do peso. Segundo Jimenez Jimenez, a gordofobia "é uma discriminação que leva à exclusão social e, conseqüentemente, nega acessibilidade às pessoas gordas" (Jimenez Jimenez, 2020, p.147).

Essa estigmatização é estrutural e cultural, transmitida em diversos espaços e contextos na sociedade contemporânea. O prejulgamento acontece por meio de desvalorização, humilhação, inferiorização, ofensa e restrição dos corpos gordos. De modo geral ter um corpo gordo infere, em nossa sociedade, uma série de julgamentos morais e desqualificantes. A autora ainda adiciona que a gordofobia está em todos os lugares e, muitas vezes, disfarçada como preocupação de saúde sobre os corpos gordos (Jimenez Jimenez, 2020).

Quando vemos uma pessoa gorda, pensamentos quase automáticos vem à cabeça: preguiçosa, doente, feia, aquela que não tem força de vontade, não cuida da sua saúde e alimentação, entre outros. O estigma criado a partir daí gera um efeito contrário quase que imediato, pois se as pessoas gordas são vistas dessa forma, "não posso entrar para esse rol", "tenho que me afastar disso".

O entendimento de normalidade dos corpos, segundo Silva e Cantisani (2018), é de que “o corpo humano passa a ser resultado de normas sociais, ou seja, a normalidade seria o produto de uma normalização entre funções e órgãos cuja harmonia sintética é fruto de condições definidas”. E os autores acrescentam que o olhar do profissional de saúde a respeito das pessoas gordas “é condicionado por determinada visão social-biológica sobre como deve ser um indivíduo “saudável”, fundamentando sua atuação na crença de que o paciente deve ser disciplinado e perseverante no tratamento, seguindo prescrições, a fim de alcançar o objetivo final: a perda de peso” (Silva e Cantisani, 2018, p. 367).

Isso pode levar as pessoas a voluntariamente começar uma dieta restritiva para perder o peso já ganho ou evitar que se exceda seu peso. Todavia, já foi bastante difundido na literatura que fazer dieta restritiva é um fator de risco para o desenvolvimento de TAs e que, em geral, um TA começa após a realização de uma dieta (Reis *et al.*, 2014; Stice *et al.*, 2017; Marks *et al.*, 2020; Harrer *et al.*, 2020; Solmi *et al.*, 2021).

Por outro lado, o machismo também inflama essa discussão pois ele perpetua a binaridade dos gêneros cis - masculino e feminino - e a hierarquização entre eles. No entendimento da estrutura do machismo, os homens têm mais privilégios, status social, salários, voz e ocupação de espaço do que as mulheres. Essa ideia de normatividade que as questões de gênero e machismo trazem, inviabiliza qualquer coisa que esteja além disso. Hoje - e desde sempre - o entendimento é que haja um único formato possível e nele existe apenas dois gêneros (a cisnormatividade) e uma relação certa entre eles (heterossexual).

Entretanto, essa regra tida como norma invisibiliza uma quantidade enorme de pessoas, como é o caso de pessoas não binárias e transsexuais, e aliado a isso, as questões de orientação sexual afetiva, com gays, lésbicas e bissexuais. Pensando para além da binaridade, como ficam as pessoas que não se enquadram a isso? O entendimento delas de corpo, lugar no mundo, representatividade, olhar, escuta, acolhimento e empatia? O que isso tem a ver com os pontos acima colocados a respeito da gordofobia e machismo? E como isso entra no foco das questões corporais e alimentares?

Além da questão de binaridade e hierarquização dos poderes de homens x mulheres, o machismo traz a ideia de objetificação da mulher, ou seja, a mulher é um objeto de apreciação, comentários, uso e propriedade dos homens. Adicionalmente, o entendimento que as mulheres têm a respeito disso, segundo Fredrickson e Roberts (1997) é de que essas mensagens são internalizadas por elas e passam a entender que seus corpos são de apreciação de alguém externo.

De acordo com Calogero *et al.* (2005), a objetificação sexual está relacionada a experiências interpessoais em que uma outra pessoa destaca questões do seu corpo, sexualidade, aparência, beleza e estética, enquanto a auto-objetificação refere-se ao que a própria pessoa aprende de seu corpo, aparência e o grau de importância que ela dá a isso em relação a outros aspectos de si mesma.

Alguns estudos já mostram a correlação entre a objetificação do corpo e sintomas emocionais, psiquiátricos e transtornos alimentares (Tiggemann e Kuring, 2004; Calogero *et al.*, 2005; Peat e Muehlenkamp, 2011; Schaefer e Thompson, 2018). Tiggemann e Kuring (2004) observaram em mulheres a auto-objetificação, auto-vigilância e vergonha do corpo associados a sintomas ansiosos, comer transtornado e humor depressivo.

O conceito de *body shaming* ou vergonha corporal precisa ser aqui discutido pois segundo Arruda e Miklos (2020, p.113) ele é “uma prática de importunação que consiste em fazer graça, caçoar da pessoa, por conta de suas características físicas” e vê-se que junto com as opressões acima citadas como possíveis partes da construção da relação das pessoas cis com seu corpo, IC e alimentação, precisamos entender e discutir a relação disso em pessoas não binárias, transsexuais e homoafetivas.

Como afirma Kar (2019) “*body shaming* é tratado em alguns setores da sociedade como algo perfeitamente normal e até aceitável” e completa “simplificando, envergonhar o corpo não é aceitável. Isto não é uma declaração politicamente correta e nenhum ‘mas’, nenhuma justificativa é necessária depois disso. Não vivemos a vida dos outros, e por isso não temos autoridade para lhes dar lições” (Kar, 2019, p. 1222).

Comparado às pessoas cisgênero e heterossexuais, ainda são poucos os estudos que abordam as questões dos TAs na população LGBTQIA+ (Blashill *et al.*, 2016; McGuire *et al.*, 2016; Guss *et al.*, 2017; Henrichs-Beck e Szymanski, 2017; Henn *et al.*, 2019.; Moreno-Dominguez *et al.*, 2019; Parker e Harriger, 2020; Baptista e Hercowitz, 2021; Ciasca *et al.*, 2021; CRN1, 2021; Ministério da Saúde, 2013), apesar de ser evidente e marcante a questão de insatisfação com a IC nessa população específica.

No que diz respeito à comida na etiologia dos transtornos alimentares, o incômodo do corpo motiva a mudança da alimentação. Uma relação conflituosa passa a ser estabelecida com a comida visto que toda a insatisfação corporal adquirida torna necessária a modificação da alimentação. A comida que costuma ter um significado tradicional à maioria das pessoas passa a ter conotação ameaçadora, perigosa e desafiadora. Há uma mudança no papel que os alimentos têm em sentido em si mesmo, de comunicação entre os indivíduos, sendo centrais nas identidades culturais.

A alimentação permeia a identidade individual e atua na comunicação de necessidades e conflitos internos e um sentimento de si mesmo. Ogden (2010) sublinha que o significado da alimentação tem uma matriz complexa: “O alimento é um meio de comunicação e relações interpessoais, como uma “maçã para o professor” ou uma expressão de hospitalidade, amizade, carinho, proximidade, conforto e simpatia em tempo de tristeza ou perigo. Ele simboliza força, atletismo, saúde e sucesso. É um meio de prazer e autogratisação e um alívio do estresse. Ele está presente em festas, cerimônias, rituais, dias especiais e nostalgia de casa, família e os ‘bons velhos tempos’. É uma expressão de individualidade e sofisticação, um meio de autoexpressão e um modo de revolta. Acima de tudo, é tradição, costume e segurança” (Ogden, 2010, p. 67).

Historicamente a alimentação das populações vem mudando muito ao longo dos séculos, assim como os padrões de beleza e estética. A alimentação tida como tradicional, caseira, com alimentos da terra, ricos nutricionalmente e culturalmente, de referência local e afetiva foram tendo menos espaço à medida que a humanidade avançou em seus sistemas sociais. Marcos históricos, como por exemplo a Revolução Industrial, trouxeram a necessidade das pessoas se alimentarem mais fora de casa e perto do trabalho, e o entendimento da “comida fora de casa” preparada na rua talvez não estava mais associado a mulheres e donas de casa, mas sim por novos espaços como o surgimento do restaurantes. A Revolução Francesa aperfeiçoou esse cenário com o aperfeiçoamento dessa alimentação da rua com o advento da gastronomia que criou uma profissão e a especializou, mudando drasticamente a forma do comer (Oliveira, 2021).

Atualmente, no pós segunda guerra mundial, ocorre uma nova grande mudança na forma de comer com a introdução dos alimentos advindos da indústria, não apenas com a alimentação caseira ou com a de rua com os restaurantes, como menciona Sant'Anna (2017). Ela afirma que, a partir de 1950, os alimentos ultraprocessados entraram na moda e, ao mesmo tempo, começaram a ser vistos como desencadeadores de problemas de saúde. Por um lado, fazem sucesso e são referência de status e prazer, mas por outro começa a surgir uma consciência do perigo que esse tipo de comida representa à saúde. Vivemos algo um tanto esquizofrênico, com a publicidade criando apetência por esses produtos e simultaneamente pressionando para a magreza. A ambivalência de ter que ser magro e ao mesmo tempo ter uma crescente oferta de alimentos e locais de alimentação que podem promover o corpo diferente do dito como norma social também está na etiologia dos transtornos alimentares.

Juntando essas peças do quebra cabeça da etiologia e manutenção dos transtornos alimentares com as novas perspectivas de discussão sobre o atravessamento deles com opressões como gordofobia, machismo e gênero, vem o nosso grande questionamento que é a respeito de como estamos acolhendo (ou não) essas pessoas, escutando-as e tentando normatizá-las. Inclusive no que tange a questão diagnóstica dos TAs, satisfação com a IC, relação com o corpo e manifestações em torno dessa temática. A partir de nossa prática clínica e do estudo da literatura surgiram questionamentos sobre os TAs nas populações LGBTQIA+ e dúvidas sobre algumas possibilidades de diagnósticos diferenciais.

O objetivo do presente trabalho é realizar um ensaio teórico acerca dos TAs na população LGBTQIA+, assim como refletir se estamos diagnosticando pessoas da população LGBTQIA+ com TAs, quando na verdade sua queixa e tentativas de manipulação corporal através da alimentação seriam melhor explicadas a partir das questões referentes à identidade de gênero e sexualidade.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E POPULAÇÃO LGBTQIA+

A presença de comer transtornado e TAs (CRN1, 2021), além de insatisfação com a IC e pressão estética é particularmente prevalente na população LGBTQIA+. Pensar nessa elevada incidência nos convoca a questionar os cuidados com a saúde de uma forma mais ampla, levando em consideração as características, particularidades e necessidades específicas desse grupo. As barreiras que dificultam o acesso à saúde, como a falta de acolhimento, constrangimentos e discriminações, estão diretamente ligadas ao risco de desenvolver doenças e ao sofrimento psíquico (Ministério da Saúde, 2013; CRN1, 2021).

Os profissionais da saúde desempenham um papel importante no que diz respeito à aceitação da diversidade, tanto pelo próprio indivíduo, parte de uma minoria sexual ou de gênero, quanto pela sua família e a sociedade. O engajamento em comunidades LGBTQIA+ por parte dos profissionais estimula a percepção de reconhecimento e pertencimento dos pacientes, promovendo alianças que facilitam o acesso ao tratamento. O cuidado deve ser integrado e a escuta sensível às particularidades em relação ao corpo e à alimentação, fomentando padrões menos excludentes e rígidos. Cabe também ao profissional de saúde buscar conhecimento e produzir estudos sobre as relações entre corpo, IC e a população LGBTQIA+, hoje ainda tão escasso.

O Crepop (Referências Técnicas para atuação de Psicólogas, Psicólogos e Psicólogues em Políticas Públicas para a população LGBTQIA+), lançado em 2023, afirma que o sofrimento

psíquico não está relacionado às orientações sexuais ou às identidades de gênero em si, mas sim a LGBTQIA+fobia estrutural, gerado por uma lógica normativa, que diz que a heterossexualidade e a cisgeneridade são o “normal”, o “padrão”. Nesse sentido, o sofrimento não vem necessariamente de processos internos, individuais, mas também de um campo social que agrega fatores ambientais, políticos, socioculturais, que são vivenciados cotidianamente, estimulando de forma explícita e implícita a marginalização daqueles que não seguem a cis heteronormatividade (Conselho Federal de Psicologia, 2023, p. 34).

Diante desse cenário é fundamental que o profissional de saúde ao atender e tecer algum diagnóstico, lance seu olhar para todos esses aspectos, biopsicossociais, evitando uma abordagem voltada apenas para os sintomas, sejam eles físicos ou emocionais.

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares (TAs) são transtornos psiquiátricos que interferem no comportamento alimentar, relação com o corpo e com a comida dos indivíduos com esses diagnósticos. Estão relacionados com uma série de comorbidades psiquiátricas que influenciam e intensificam os comportamentos disfuncionais a respeito da alimentação e do corpo com atitudes distorcidas em relação ao peso, formato corporal e a alimentação. O comer tem um papel importante na origem e manutenção da doença (Treasure *et al.*, 2020). A forma como essa preocupação é expressa varia de acordo com o gênero, sendo observado em mulheres a obsessão pela magreza e nos homens o foco na masculinidade e musculatura (Treasure *et al.*, 2020).

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-V) diz que “os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial” (DSM-V, p. 329). Os diagnósticos são PICA, Transtorno da Ruminação, Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE), Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA).

Eles apresentam semelhanças, mas os diagnósticos são independentes por conta das especificidades psiquiátricas e emocionais vistas em cada quadro. Na parte nutricional também são observadas características bastante distintas entre eles, mas sempre com grande perturbação na alimentação e na relação dessas pessoas com o corpo e a comida. Nesse artigo optamos por trazer maior foco aos casos de AN, BN e TCA por serem os TAs mais prevalentes e por serem bastante observados na população LGBTQIA+, nosso campo de interesse.

A AN e BN são caracterizadas por uma busca incessante pela magreza, o que leva o paciente a ter comportamentos rígidos, extremos e indesejados para alcançar o corpo desejado, motivado pela insatisfação, desconforto e até distorção da Imagem Corporal. A AN, BN e TCA mostram uma relação ruim das pessoas com a alimentação, pois a comida vira uma forma de lidar com as emoções, conflitos psíquicos e desconfortos da vida (Vianna, 2016).

Pacientes com AN apresentam um medo intenso, disfuncional e irreal de ganhar peso ou engordar, atitudes e relação que desencadeia uma extrema perda de peso que é realizada de forma voluntária, resultante da recusa em comer característica desses pacientes (Treasure *et al.*, 2020). Acompanhado disso há distorção de IC e redução gradual e progressiva do

consumo alimentar. Alterações cognitivas e funcionamento emocional desorganizado também fazem parte da doença, com uma série de comorbidades psiquiátricas e clínicas observadas. Há dois subtipos de AN, o restritivo cujo paciente não se envolve em episódios de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios, e o purgativo em que esses episódios são recorrentes nos últimos 3 meses (DSM-V).

A BN é um TA caracterizada pela presença de episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios para livrar-se da culpa, angústia ou apreensão a respeito daquilo que a pessoa consumiu, como a autoindução de vômitos, uso indiscriminado de laxantes, diuréticos e outras medicações com intuito de emagrecer. Pacientes com bulimia nervosa também tem questões com a IC e os comportamentos acima citados visam a tentativa de não engordar por conta do comer impulsivo, voraz e sem controle dos episódios de compulsão alimentar (Vianna, 2016).

Já o TCA é um TA também caracterizado pela presença de episódios de compulsão alimentar, mas não são seguidos de comportamentos compensatórios, como na BN. Diferente da AN e da BN, no TCA não há a busca pela magreza bem característica desses diagnósticos e nem insatisfação com a imagem corporal. Por conta do elevado consumo alimentar nos episódios de compulsão, os pacientes acabam desenvolvendo ganho de peso e por isso passam a ficar insatisfeitos com seu corpo (Vianna, 2016). A gordofobia é uma opressão social bem característica dos nossos dias atuais e o fato da pessoa ter engordado ou ter se tornado gorda já gera insatisfação com o corpo, partes dele ou com sua imagem e pode acentuar a desorganização da relação com a comida no caso dos pacientes com TCA.

Os TAs acometem, em geral, as mulheres por conta das pressões sociais que elas sofrem, baseada na gordofobia como acima foi citado, mas também outras opressões (Andreza *et al.*, 2020). O machismo é outra opressão social enraizada em nossa sociedade e que acaba por objetificar o corpo feminino, para ser um objeto de apreciação, comentários, uso e manipulação, como discutido anteriormente sobre *body shaming*, objetificação do corpo e auto-objetificação. Geralmente em estudos de saúde, como no caso dos TAs, nutrição e comportamento alimentar pouco se discute sobre o papel social das opressões que as pessoas sofrem como fator etiológico, predisponente e mantenedor dessas doenças. Ou seja, essas opressões podem estar presentes na origem dessas doenças e contribuir para que elas se mantenham ativas.

Segundo Yasmina e Keski-Rahkonen (2022), dados recentes a respeito da prevalência dos TAs na população geral mostram que entre 5-18% das mulheres jovens e 0,6-2,5% dos homens jovens vivenciaram algum TA no início da vida adulta. AN em curso durante a vida foi observado em 0,8-6,3% das mulheres e 0,1-0,3% dos homens, BN em 0,8-2,6% das mulheres e 0,1-0,2% dos homens, TCA em 0,6-6,1% das mulheres e 0,3-0,7% dos homens. Na população LGBTQIA+ os autores observaram um risco particularmente aumentado.

IMAGEM CORPORAL

Imagem corporal (IC) é um constructo cognitivo associado às percepções que temos sobre nós mesmos, construído de forma contínua desde os primórdios do desenvolvimento infantil e permeado por inúmeras sensações e sentimentos (Henn *et al.*, 2019). Essa construção é o resultado da interação intrincada de experiências tanto internas quanto externas, somadas às vivências intrapsíquicas e interrelacionais.

A forma como a pessoa se vê e como ela acredita que os outros a enxergam influencia diretamente a concepção e relação com a IC (Baptista e Hercowitz, 2021). A imagem que vemos no espelho ou em uma fotografia não é simplesmente uma captura óptica, muitos outros aspectos estão associados a ela, ou seja, existe um somatório de experiências pessoais, afetivas, sociais e culturais que permeiam intimamente essa experiência.

As questões emocionais vinculadas a IC surgem na medida que essa imagem vista, percebida e sentida gera insatisfação, desconforto ou sofrimento. A IC é atravessada pelas estruturas socioculturais, e em uma sociedade machista, gordofóbica e heterocisnormativa, entendemos que a IC está carregada de preconceitos que moldam a subjetividade e a forma como nos relacionamos com nossos corpos.

O sociólogo Le Breton afirma que o "corpo é a interface entre o social e o individual, a natureza e a cultura, o psicológico e o simbólico" (Le Breton, 2003, p.97). A existência do indivíduo é indissociável das suas formas corporais, por isso o sujeito busca possuir um corpo aprovado pelos referenciais da sociedade à qual pertence. Quando a IC é percebida como em desacordo com os parâmetros culturais, a frustração pode se instalar, levando a uma perseguição egóica transfigurada em autoestigmatização. Sendo assim, o corpo é atravessado pelo simbólico e pelas construções sociais, assumindo uma especificidade de acordo com a cultura, o tempo e a territorialidade. A preocupação com o corpo vem assumindo centralidade cada vez maior na vida social contemporânea e tornou-se elemento primordial no projeto de construção da identidade.

Ao pensarmos o corpo enquanto instrumento de construção da identidade, influenciado massivamente pelas imposições sociais, evidencia-se a sua suscetibilidade enquanto alvo das mais diversas formas de controle para atingir o modelo hegemônico vigente.

Em um contexto no qual a aparência dita regras e legitima o sujeito socialmente, a não conformidade dos corpos com os imperativos binários de gênero e sexualidade ainda é vista e vivenciada por muitos como uma dupla barreira, entre o sujeito e sua identidade, mas também entre o sujeito e seus pares. O estigma perpetua preconceitos e imputa a características físicas um julgamento moral que paralisa e adocece.

No caso dos TAs, a relação com a IC entremeia as questões emocionais e alimentares. A insatisfação com a IC é um dos grandes motivadores para as pessoas mudarem a sua alimentação e utilizarem métodos compensatórios inadequados na busca por um corpo idealizado. A relação entre os TAs e a IC é tão premente que segundo o DSM-V (2013) os distúrbios da IC estão entre os critérios diagnósticos dos TAs, como foi discutido anteriormente.

Ao pensarmos na forma binária que a sociedade se divide em relação ao sexo biológico de uma pessoa ao nascer e a designação de gênero social que lhe é atribuída, já temos todo um entendimento, expectativa e projeção de sua aparência para todas as fases da vida. Para uma criança dita como menino, tem-se o entendimento e projeção de uma imagem com corte de cabelo curto, formato do corpo musculoso e força física, por exemplo, e, para tanto, lança-se mão de atividade física vigorosa, consumo de proteínas e uso de suplementos alimentares.

Essa luta por legitimação social impõe aos meninos/homens a ideia de uma virilidade validada pela força, e pode colocá-los vulneráveis à utilização de métodos inadequados na busca por um corpo musculoso. Infelizmente o uso de anabolizantes e testosterona é cada vez mais frequente, o que pode acarretar cânceres, problemas cardíacos e hepáticos, transtornos de humor e ansiosos, irritabilidade e impulsividade (Iriart *et al.*, 2019).

Ao olharmos para uma criança dita como menina, temos os vestidos, brincos, unhas pintadas e laços de fita normativamente recomendados e estimulados. Enquanto, como mencionamos acima, os homens precisam construir sua imagem baseada na força e músculos, para as meninas/mulheres a normatização dos corpos é baseada em padrões eurocêntricos e na idealização da magreza enquanto norteadores de peso e formas corporais (Vianna e Finco, 2009).

Com isso, temos toda essa cartilha a seguir. Ela foi criada de acordo com a designação de gêneros e seus papéis continuam sendo perpetuados na contemporaneidade. Quando o indivíduo não se vê nesses lugares normativos esperados, o sofrimento e o adoecimento encontram terreno fértil: “não sou forte o suficiente”, “sou magrelo”, “sempre fui gorda”, “na infância diziam que eu precisava ser magra como a minha mãe”, “ninguém vai casar com uma gorda”, entre outros. São afirmações imersas na insatisfação com a imagem e corpo, na quais essas expectativas por vezes irreais se instalam acompanhadas de comportamentos alimentares transtornados e disfuncionais.

A questão da IC e dos TAs na população LGBTQIA+ começa a ser discutida na literatura (Blashill *et al.*, 2016; McGuire *et al.*, 2016; Guss *et al.*, 2017; Henrichs-Beck e Szymanski, 2017; Henn *et al.*, 2019; Moreno-Dominguez *et al.*, 2019; Parker e Harriger, 2020; Baptista e Hercowitz, 2021) que aponta para os resultados que veremos a seguir.

TRANSTORNOS ALIMENTARES E IMAGEM CORPORAL NA POPULAÇÃO LGBTQIA+

Este tópico apresenta uma breve revisão dos estudos quantitativos que se debruçaram sobre a temática dos TAs e IC na população LGBTQIA+, para dessa forma ilustrar o que descrevemos até aqui teoricamente. Além de evidenciar numericamente a abrangência desses casos nesta população específica.

Segundo Nagata *et al.* (2020), adultos da população LGBTQIA+ tinham entre duas e quatro vezes mais chance de vivenciar TAs e realizam mais comportamentos compensatórios relativos a TAs quando comparados a adultos cisheterossexuais. Com relação à população adolescente e de adultos jovens LGBTQIA+, os homens gays e bissexuais tinham maior chance de desenvolver TAs, de realizar jejum, usar remédios para emagrecer e esteroides, além de pular mais refeições, induzir vômito e usar drogas com a finalidade de perder peso (Nagata *et al.*, 2020).

Esses homens também referem maior insatisfação com a IC e pressão para serem mais fortes, o que acaba desencadeando alterações na composição de sua alimentação e sendo fator de risco para o desenvolvimento de TAs (Nagata *et al.*, 2020). Segundo os autores, os homens cis heterossexuais tinham maior chance do que os homens da população LGBTQIA+ de perderem o controle da alimentação e realizarem episódios de compulsão alimentar. Os gays apresentaram maior pontuação para o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) e comorbidades psiquiátricas como sintomas de depressão, estigma relacionado à orientação sexual e pouca autocompaixão também foram observadas.

Brown e Keel (2015) em um estudo de 10 anos de acompanhamento observaram que homens gays e bissexuais apresentam maior risco de desenvolver TAs. Eles tendem a se sentirem mais pressionados a obterem um físico magro e musculoso, para atrair um outro

parceiro, o que acarreta hábitos alimentares não saudáveis. A pesquisa demonstrou também que estar em um relacionamento pode afetar positivamente ou negativamente o aparecimento de TAs. Desse modo, estar em um relacionamento satisfatório é um preditor positivo contra a pressão de seguir determinados padrões corporais.

Uma pesquisa com estudantes universitários (Laska *et al.*, 2015) analisou o peso e comportamentos pela orientação sexual, por meio de algumas variáveis, entre elas o controle de peso não saudável e a satisfação corporal. Os autores observaram que os homens gays e bissexuais têm padrões de controle de peso pouco saudáveis em comparação com os homens heterossexuais. Além disso, em relação às mulheres, foi observado que bissexuais possuem comportamentos não saudáveis relacionados ao seu peso e às dietas.

Baptista e Hercowitz (2021), descreveram no texto "Problemas associados à imagem corporal" que a orientação sexual de mulheres lésbicas seria um preditor positivo à IC, pois ao se relacionarem com outras mulheres não estariam tão sujeitas aos padrões impostos pela sociedade. Isso demonstra - novamente - o quanto o machismo e a objetificação das mulheres está enraizado em nossa sociedade.

Segundo Moreno-Domínguez *et al.* (2019), o envolvimento com a comunidade lésbica pode ser um fator de proteção para as mulheres homossexuais e está associado à maior aceitação da forma corporal, peso e questões relacionadas à aparência física. Já as mulheres bissexuais vivenciam muita discriminação e bifobia dentro e fora dessa mesma comunidade, sendo esse um fator de risco para insatisfação com a IC. Os autores também apontam que se relacionar afetiva/sexualmente com homens pode intensificar a busca por um padrão de corpo idealizado.

Henrichs-Beck e Szymanski (2017) também avaliaram mulheres cis lésbicas (n=416) sobre a questão de IC, traços e estereótipos masculinos, tendo observado que quando havia níveis mais elevados de aparência masculina ou de estereótipos masculinos, havia menor internalização do ideal de magreza por parte dessas mulheres.

Os estudos relatam que a insatisfação corporal é maior nos homens da população LGBTQIA+ do que em cis héteros (Blashill *et al.*, 2016; Guss *et al.*, 2017). Homens cis da população LGBTQIA+ sofrem maior pressão para atingir o corpo idealizado de forma similar às mulheres cis heterossexuais, colocando tanta atenção e importância na aparência física quanto elas (Blashill *et al.*, 2016). Em um estudo com 131 homens gays e bissexuais, Blashill *et al.* (2016) observaram altos níveis de insatisfação corporal na população estudada e sua associação com sintomas depressivos e ansiosos. A insatisfação com o corpo pode representar um risco para a saúde mental dessa população, assim como para o bem-estar geral e saúde sexual.

Em uma amostra de 1035 pessoas LGBTQIA+ de 13 a 24 anos de uma pesquisa conduzida pelo *The Trevor Project*, a *National Eating Disorders Association* (NEDA) e *Reasons Eating Disorder Center*, foi observado que 54% dos jovens entrevistados relataram ter sido diagnosticados com algum tipo de TA. Dentre estes, 71% eram trans heterossexuais. Das pessoas diagnosticadas com TA, 88% já haviam pensado em suicídio (Neda, 2020).

Os estudos sobre TAs e IC em pessoas transgênero são bastante escassos, mas faz-se necessário salientar aqui a diferença entre Transtorno dismórfico corporal (TDC) e transgeneridade. Segundo o DSM V (APA, 2013), TDC é caracterizado por uma preocupação excessiva com uma falha (real ou imaginária) na aparência física. Enquanto a transgeneridade é uma expressão da diversidade de gênero. O TDC é um transtorno psiquiátrico, em

contrapartida as pessoas que se reconhecem como transgêneros não possuem uma doença mental. O sofrimento emocional está relacionado aos preconceitos que essas pessoas sofrem e aos estigmas vinculados aos seus corpos, não a uma preocupação com alguma imperfeição específica (Baptista e Hercowitz, 2021).

CONCLUSÃO

Na sociedade contemporânea, a alimentação e a gastronomia vêm sendo fortemente impactadas pela exploração exacerbada da experiência e exigência corporal. Essa relação tem efeitos físicos, mentais e culturais, como Jurandir Freire Costa tão bem ilustra nesta passagem de "O vestígio e a aura":

Qualquer comentário sobre hábitos alimentares, por exemplo, desencadeia, em geral, uma tagarela, bizarra e infantilizada competição sobre quem faz mais exercícios, quem come menos gordura; quem é capaz de perder mais quilos em menos tempo; quem deixou de fumar há mais tempo; quem ingere mais vegetais, alimentos e fármacos naturais etc. Em paralelo a isto, todo consumo de comidas com alto teor calórico é precedida de verdadeiros atos de constrição e rituais preventivos de expiação da falta a ser cometida. Os que não aceitam jogar o jogo são vistos como problemáticos, do ponto de vista emocional, já que se entregam, sem escrúpulos, à autodestruição física e moral. Afinal, pensamos, sem a boa forma, não teremos oportunidade alguma de ser vencedores. O mal do século é o mal do corpo (Costa, 2004, p. 199).

Ao juntarmos esse contexto sociocultural com as reflexões e os dados expressivos apresentados até aqui, gostaríamos de propor alguns questionamentos: Quando pensamos os TAs e a IC em pacientes da população LGBTQIA+, quais particularidades temos que levar em consideração para realização de um diagnóstico acurado? Quais cuidados são necessários na escuta sobre o comportamento alimentar e análise da dimensão psíquica da corporalidade desses pacientes? Estariam os comportamentos alimentares disfuncionais relacionados a um TA ou a conflitos relativos à identidade, ao gênero e à sexualidade?

Essas perguntas não podem ser respondidas de forma simplista, muito menos generalista, mas nos convidam a pensar na possibilidade de que alguns diagnósticos de TA na população LGBTQIA+ poderiam ser reavaliados se ampliarmos nosso olhar para além dos sintomas físicos e comportamentais relatados pelo paciente.

McGuire *et al.* (2016) levanta um importante questionamento em seu artigo sobre a questão da IC em adolescentes e adultos jovens transgêneros: Se entendemos que a IC deles é percebida a partir da passibilidade do corpo, na qual estão envolvidas a magreza ou ser forte / ter musculatura desenvolvida, essas seriam questões de incongruência de gênero ou expectativas pessoais a respeito das normas de estereótipos de gênero?

É aí que entra o questionamento deste trabalho: a questão da IC de pacientes LGBTQIA+ é um problema de insatisfação com a IC que comumente ouvimos como queixa em nossas práticas clínicas pela população em geral insatisfeita com seus corpos, por conta das pressões estéticas e sociais, ou é uma particularidade da população LGBTQIA+ a respeito de entendimento de si, identidade, gênero, sexualidade e IC ou seria realmente um TA?

Ao começar a atender pacientes da população LGBTQIA+, especialmente dois pacientes transgêneros e outro que se denomina como gênero fluido, esses questionamentos apareceram para a nossa equipe. Posteriormente, ao discutir esses casos em nosso grupo de

pesquisa, surgiram dúvidas a respeito da importância do diagnóstico diferencial entre os TAs e outros quadros de sofrimento emocional com repercussões na alimentação e/ou no corpo.

Podemos estar diagnosticando pessoas com TAs, mas que na verdade a questão que permeia seu sofrimento é relacionada a entender sua identidade de gênero, como performar na identidade que essa pessoa se reconhece sem que seja realmente uma busca pela magreza, como é o caso da AN e BN? Quanta luta essa pessoa terá que viver para ser acolhida, ouvida e recebida em nossa sociedade machista, gordofóbica e LGBTQIA+fóbica? O quanto isso está relacionado com os estigmas e preconceitos vivenciados em uma sociedade cis heteronormativa, que diz que outras orientações sexuais são “erradas”?

A *Academy for Eating Disorders* publicou em sua página o texto de um autor anônimo, um homem trans, no qual ele traz um relato sobre ter enfrentado por muitos anos um TA, mas que na verdade, o incômodo com seu corpo era a respeito de não se identificar com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento, pois nasceu com o que se designa em nossa sociedade como uma mulher. Ele relata que “eu olhava ao espelho e pensava por que meu peito não era reto, meus quadris estreitos e minhas coxas retas? (...) Quando eu dizia isso a meus amigos dos fóruns de transtornos alimentares, eles achavam que eu me referia a querer ser magrelo da mesma forma que eles queriam. (...) Quando eu me olhava ao espelho, eu sentia que havia algo de muito errado com o meu corpo, eu não queria ser simplesmente menor, eu queria me livrar da minha feminilidade, as partes do meu corpo que me faziam parecer ser uma mulher. Por bastante tempo eu me convencia de que o ódio que eu sentia dos meus seios e o desejo de ser magra, na verdade eram questões de imagem corporal” e relata que na adolescência desenvolveu comportamentos alimentares desordenados e foi diagnosticado com TA, porém entende que o TA estava fortemente correlacionado à sua identidade de gênero não binária.

Com esse relato, tenta-se concluir este artigo sabendo que levantamos mais perguntas do que ainda somos capazes de responder. Porém, com a certeza que esses questionamentos precisam alcançar e causar inquietação em mais profissionais de saúde que trabalham com TAs e com a população LGBTQIA+. Nossa intenção passa por propor que haja um aprofundamento no acolhimento de pacientes com TA, sendo eles cisgêneros, transgêneros, homossexuais ou heterossexuais que buscam ou são conduzidos para tratamento; que haja um olhar mais sensível às queixas alimentares acerca de um possível diagnóstico diferencial relativo aos conteúdos de gênero e sexualidade.

McGuire *et al.* (2016) discutem que os estudos de IC em pessoas transgênero pode abrir possibilidades de *links* entre IC e identidade; IC e gênero; questões que os estudos com pessoas cisgênero não conseguem elucidar. Por isso, torna-se essencial que os profissionais da saúde desempenhem um papel em direção à aceitação da diversidade, tanto pelo próprio indivíduo, quanto à sua família e sociedade. Além disso, orientar hábitos saudáveis e colaborar na construção da autoestima e IC positivas, assim como estimular o engajamento em comunidades LGBTQIA+, favorecendo a percepção de pertencimento (Mental Health Foundation, 2019).

A busca de formações e maior conhecimento na relação de IC, TAs e a população LGBTQIA+ também é importante, para compreender os fatores desencadeantes e, assim, fazer sua prevenção e diagnóstico precoce, reduzindo os danos e melhorando o prognóstico. A participação de uma equipe multidisciplinar nesses casos pode ser crucial para um bom tratamento. Há poucas pesquisas científicas sobre o tema, ainda nos deparamos com a escassez de produções acadêmicas e na literatura, o que reforça a necessidade de realização de

mais estudos. Trouxemos aqui algumas reflexões, dados, conceitos, mas principalmente perguntas para estimular a continuidade desse debate.

REFERÊNCIAS

ANONYMOUS AUTHOR, Academy of eating disorders. *Stories of hope. This gendered body: living with an eating disorder and finding my voice as a queer nonbinary person*. Disponível em: <https://www.nationaleatingdisorders.org/node/6825>. Acesso em 03 de set de 2023.

NEDA, Academy of eating disorders. *Over half of LGBTQ youth in new national survey have been diagnosed with eating disorders*. Disponível em: <https://www.nationaleatingdisorders.org/over-half-lgbtq-youth-new-national-survey>. Acesso em 04 de set de 2023.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ANDREZA, J. et al. Transtorno alimentar e objetificação feminina: um resultado de poder? **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. v. 3. n.7 jul./dez. 2020 - ISSN: 2595-1661 DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3992831>

ARRUDA, A.; MIKLOS, J. O peso e a mídia: estereótipos da gordofobia. **Líbero**, 45, 2020. p. 111-126.

BAPTISTA, V.; HERCOWITZ, A. Problemas associados à imagem corporal. Página 49. In: CIASCA S.; HERCOWITZ A.; JUNIOR A. **Saúde LGBTQIA+**. Práticas de cuidado transdisciplinar. Editora Manole 2021.

BLASHILL, A. et al. *Body dissatisfaction among sexual minority men: psychological and sexual health outcomes*. **Arch Sex Behav**. 45(5), 2016. p. 1241-7.

BROWN, T.; KEEL, P. *Relationship status predicts lower restrictive eating pathology for bisexual and gay men across 10-year follow-up*. **Int J Eat Disord**. v.48, n.6, 2015. p.700-7.

CALOGERO, R.; DAVIS, W.; THOMPSON, J. K. *The role of self-objetification in the experience of women with eating disorders*. **Sex roles**, 52:4. 2005.

CIASCA, S.; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A. **Saúde LGBTQIA+**. Práticas de cuidado transdisciplinar. Editora Manole 2021.

COSTA, J. **O vestígio e a aura – corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 1ª REGIÃO (CRN1) - **Guia de cuidado e atenção nutricional à população LGBTQIA+**, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). Referências técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues em políticas públicas para população LGBTQIA+. **Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas**. — Brasília : CFP, 2023.

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

GUSS, C. et al. *Disordered weight management behaviors and non-prescription steroid use in Massachusetts transgender youth. **J Adolesc Health.** v.60,n.1. 2017, p.17-22.*

HARRER, M. et al. *Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Eating Disorders.** 53, 2020. p. 813–833.*

HENRICH-S-BECK, C. L, SZYMANSKI, D. M. *Gender expression, body-gender identity incongruence, thin ideal internalization, and lesbian body dissatisfaction. **Psychol Sex Orientat Gen Divers.** v.4, n.1, 2017. p.23-33.*

HENN, A. et al. *Body image as well as eating disorder and body dysmorphic disorder symptoms in heterosexual, homosexual, and bisexual women. **Front Psychiatry.**10, 2019. p.531.*

IRIART, J.; CHAVES J.; ORLEANS R. *Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.25, n.4, abr, 2009. p.773-782.*

JIMENEZ JIMENEZ, M. *Gordofobia: injustiça epistemológica sobre corpos gordos. **Epistemologias do Sul,** v. 4, n.1, 2020. p. 144-161.*

KAR, P. ***Dieting and body shaming.** **British Medical Journal.** 2019. p.364-l122.*

LASKA, M. et al. *Disparities in weight and weight behaviors by sexual orientation in college students. **Am J Public Health.** v.105, n.1, [PubMed: 25393177]. 2015. p.111–21.*

BRETON, D. ***Adeus ao corpo: antropologia e sociedade.** Campinas: Papirus, 2003.*

MARKS, R.; DE FOE, A.; COLLETT, J. *The pursuit of wellness: social media, body image and eating disorders. **Children and youth services review.** 2020. 119p..*

MCGUIRE, J. et al. *Body image in transgender young people: Findings from a qualitative, community based study. **Body Image.** 18, 2016. p. 96-107.*

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Ministério da Saúde, 2013.*

MORENO-DOMINGUEZ, S.; RAPOSO, T.; ELIPE, P. *Body image and sexual dissatisfaction: differences among heterosexual, bisexual, and lesbian women. **Front Psychol.** 10, 2019. 903p.*

MENTAL HEALTH FOUNDATION. ***Body image: how we think and feel about our bodies.** Londres: Mental Health Foundation; 2019.*

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

OGDEN, J. ***The psychology of eating: From healthy to disordered behavior.** United Kingdom: Blackwell Publishing. 2010.*

OLIVEIRA, R. ***Lugar de mulher é na cozinha.** As representações sociais sobre as mulheres no mercado de trabalho gastronômico. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife. 2021.*

PARKER, L.; HARRIGER, J. *Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. Journal of Eating Disorders*, 8:51, 2020.

PEAT, C.; MUEHLENKAMP, J. *Self-objectification, disordered eating, and depression: a test of mediational pathways. Psychology on Women Quarterly*. v.35,n.3,,2011. p.441-450.

REIS, J.; SILVA Jr, C.; PINHO, L. Factors associated with the risk of eating disorders among academics in the area of health. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v.35,n.2, 2014.

SANT'ANNA, D. **Gordos, magros e obesos: Uma história do peso no Brasil**. São Paulo: Estação Liberdade. 2017.

SOLMI, M. et al. *Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses. Brazilian Journal of Psychiatry*. v.43, n.3, .2021.

SCHAEFER, L.; THOMPSON, J. *Self-Objectification and Disordered Eating: A Meta-Analysis. International Journal of Eating Disorders*. June ; v.51,n.6, 2018, p.483-502.

SILVA, B; CANTISANI, J. Interfaces entre a gordofobia e a formação acadêmica em nutrição: um debate necessário. *Demetra*, v.13, n.2, 2018. p.363-380.

STICE, E. et al. *Risk Factors that Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-Risk Adolescent Females. Journal of Abnormal Psychology*. v.126, n.1, 2017. p. 38-51.

TIGGEMANN, M.; KURING, J. *The role of objetification in disordered eating and depressed mood. British Journal of Psychology*. v. 43. 2004. p. 299-311.

TREASURE, J.; DUARTE, T.; SCHMIDT, U. Eating disorders. *Lancet*, 395, 2020. p. 899-911.

VIANNA, M. **Da geladeira ao divã: psicanálise da compulsão alimentar**. 1. Ed. Curitiba: Appris, 2016.

VIANNA, C.; FINCO, D. Meninas e meninos na Educação Infantil: uma questão de gênero e poder. *Cadernos Pagu*. n. 33, jul. 2009. p. 265-283.

YASMINA, S.; KESKI-RAHKONEN, A. *Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. Current Opinion in Psychiatry*. v.35, n.6, 2022. p.362-371.