



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTES
BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

ALEXSANDRO MELO LINHARES

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DISMORFIA MUSCULAR EM PROFESSORES DE
MUSCULAÇÃO EM ACADEMIAS NA SER II DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

FORTALEZA

2016

ALEXSANDRO MELO LINHARES

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DISMORFIA MUSCULAR EM PROFESSORES DE
MUSCULAÇÃO EM ACADEMIAS NA SER II DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Educação Física, Instituto de Educação Física e Esportes pela Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Catunda Brito

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L728a Linhares, Alexsandro Melo.

Análise da prevalência de dismorfia muscular em professores de musculação em academias na Ser II do Município de Fortaleza / Alexsandro Melo Linhares. – 2016.
53 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Instituto de Educação Física e Esportes, Curso de Educação Física, Fortaleza, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Luciana Catunda Brito.

1. Dismorfia Muscular. 2. Transtorno Dismórfico Corporal. 3. Complexo de Adônis. 4. Insatisfação corporal. 5. Escala de Damasceno. I. Título.

CDD 790

ALEXSANDRO MELO LINHARES

**ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE DISMORFIA MUSCULAR EM PROFESSORES DE
MUSCULAÇÃO EM ACADEMIAS NA SER II DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Educação Física, Instituto de Educação Física e Esportes pela Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Catunda Brito

Aprovada

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a (Orientador) Dra. Luciana Catunda Brito

Universidade Federal do Ceará - IEFES/UFC

Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva

Universidade Federal do Ceará - IEFES/UFC

Prof. Ms. Edson Silva Soares

Universidade Federal do Ceará - IEFES/UFC

Esse trabalho eu dedico aos meus
filhos, Davi e Maria Cecília,
motivo de todas as minhas
conquistas.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, por sempre caminhar ao meu lado na minha jornada. A minha mãe e família pelo apoio, e por sempre acreditarem em mim.

Aos meus filhos, que sempre com um abraço acolhedor e apertado ao final do dia, me fizeram ter mais força e garra para conquistar meus objetivos.

A minha orientadora Luciana Catunda Brito por ser uma orientadora, quando nas horas em que eu mais precisei, sempre soube me guiar.

A minha esposa e amiga Catarina Cecília por ser um anjo em minha vida, e por estar sempre ao meu lado durante todo esse percurso.

A minha Tia Maricélia Melo, que sempre me guiou para os caminhos acadêmicos, me apoiando e incentivando a estudar sem cessar.

A todos os meus amigos de curso, por ajudar na minha formação pessoal e profissional.

Ao Professor Carlos Alberto da Silva, por fazer parte da banca avaliadora.

Ao Professor Edson da Silva Soares por fazer parte da banca avaliadora.

Ao professor e amigo, Daniel Vieira pelas contribuições na construção do tema e de todo esse trabalho.

A todos os professores do IEFES, por todo o conhecimento adquirido nesses quatro anos de formação.

E a todos os amigos que eu conheci durante a minha caminhada.

RESUMO

Em uma sociedade na qual predomina o individualismo, a superficialidade e o poder, o corpo aparece como sendo o foco principal da representação social destes aspectos. O culto ao corpo musculoso tem forte relação com o sinônimo de poder e virilidade, e percebemos isso na retratação à imagem dos deuses. No ocidente, desde a Grécia Antiga, existe o culto e a busca pelo “corpo perfeito”. Atualmente, essa cultura vem contribuindo para o surgimento de transtornos psiquiátricos, como o Transtorno Dismórfico Corporal, e consumo de substâncias ergo gênicas com o fim de alcançar o sonhado corpo ideal de forma mais rápida. Transtorno Dismórfico Corporal é um tipo de alteração psicológica, é descrito como um espectro do Transtorno Obsessivo Compulsivo. Sendo colocada na categoria de doenças psiquiátricas DSM-IV. A doença se caracteriza pelo não auto reconhecimento da imagem corporal. O sujeito não consegue se reconhecer nem identificar sua percepção distorcida. Podemos entender a Dismorfia Muscular como um transtorno que leva o sujeito a se imaginar menos musculoso, a influência midiática e a própria construção multidimensional do ser, são fatores associados que dão o substrato intelectual para a construção da imagem perfeita ou desejada que o indivíduo busca ter. Acomete normalmente homens que têm, em sua maioria, entre 17 e 30 anos. O estudo teve o objetivo de perceber parcialmente a ocorrência da Dismorfia Muscular e níveis de insatisfação corporal entre professores de musculação em academias situadas na SER II em Fortaleza, Ceará. Foram entrevistados 50 professores do sexo masculino, entre 20 e 45 anos. Foram aplicados três questionários, sendo o Questionário do Complexo de Adônis, Escala de Silhuetas de Damasceno e um Questionário sócio demográfico. Não foram encontrados dados significativos quanto ao acometimento pelos professores, de Dismorfia Muscular, porém, quanto ao nível de insatisfação corporal, o índice foi considerado alto. O resultado encontrado sugere que pela grande insatisfação com sua auto imagem, os professores possam desenvolver algum distúrbio de auto imagem no futuro, indicando uma necessidade de trabalho específico por parte dos profissionais de educação física sobre esse tema.

Palavras Chave: Dismorfia Muscular; Transtorno Dismórfico Corporal; Complexo de Adônis; Insatisfação corporal; Escala de Damasceno.

ABSTRACT

In a society that emphasizes individualism, superficiality and power, the body appears to be the main focus of social representation of these aspects. The cult of the muscular body has a strong relationship with the synonym of power and virility, and realized that the recantation to the image of the gods. In the West, from ancient Greece, there is the cult and the search for the "perfect body." Currently, this culture has contributed to the emergence of psychiatric disorders, such as Body Dysmorphic Disorder, and consumption of gene ergo substances in order to achieve the dreamed ideal body faster. Body Dysmorphic Disorder is a kind of psychological change is described as a spectrum of Obsessive Compulsive Disorder. It is placed in the category of psychiatric disorders DSM-IV. The disease is characterized by the non-self recognition of body image. The subject can not recognize or identify his distorted perception. We can understand the Muscle Dysmorphia as a disorder that takes the subject to imagine less muscular, media influence and the very multidimensional construction of being, they are associated factors that give intellectual substrate for building the perfect image or desired that the individual seeks to have . Usually affects men who have, in most cases, between 17 and 30 years. The study aimed to partially realize the occurrence of muscular dysmorphia and body dissatisfaction levels between weight training teachers in academies located in SER II in Fortaleza, Ceará. They interviewed 50 male teachers, between 20 and 45 years. Three questionnaires were applied, and the Questionnaire Adonis Complex, Damasceno silhouettes scale and socio-demographic questionnaire. No significant data on the involvement by teachers, dysmorphia muscular, however, the level of body dissatisfaction, the index was considered high. The results found suggests that the great dissatisfaction with their self image, teachers can develop some self image disorder in the future, indicating a need for specific work by the physical education teachers on this topic.

Keywords: Muscle dysmorphia; Body Dysmorphic Disorder; Vigorexia; Body dissatisfaction; Damasceno scale.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM	Dismorfia muscular
EAA	Esteroides Anabólicos Andrôgenos
EA	Esteroides Anabólicos
EUA	Estados Unidos da América
DSM.IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
SCID-P	Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFC	Universidade Federal do Ceará
SER	Secretaria Executiva Regional

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sócio demográficos dos profissionais de Educação Física da regional II do município de Fortaleza-Ceará.

Tabela 2 - Caracterização do uso de esteroide anabolizante e conhecimento sobre Dismorfia Muscular.

Tabela 3 - Caracterização da satisfação corporal, dos scores do complexo de Adônis e da escala de silhuetas de Damasceno.

Tabela 4 - Associação da insatisfação com a própria imagem com escalas de diagnóstico de dismorfia muscular.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma da seleção da amostra

Figura 2 - Prevalência de dismorfia muscular de acordo com o questionário complexo de Adônis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Problematização.....	11
1.2 Justificativa.....	14
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específico.....	15
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
3.1 Histórico do Culto ao Corpo.....	16
3.2 Influências da Atualidade sobre a Imagem Corporal.....	18
3.3 Transtornos relacionados à Imagem Corporal.....	21
3.4 Dismorfia Muscular.....	23
3.5 Consequências da Dismorfia Muscular.....	28
4. METODOLOGIA.....	31
4.1 Tipo de Estudo.....	31
4.2 Sujeitos.....	31
4.3 Protocolo de Estudo.....	32
4.4 Instrumentos.....	33
4.4.1 Questionário do Complexo de Adônis.....	33
4.4.2 Escala de silhuetas de Damasceno.....	34
4.5 Coleta de Dados.....	34
4.6 Análise Estatística dos Dados.....	34
4.7 Aspectos Éticos.....	35

5. RESULTADOS.....	36
6. DISCUSSÃO.....	41
7. CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Em uma sociedade na qual predomina o individualismo, a superficialidade e o poder, o corpo aparece como sendo o foco principal da representação social destes aspectos. Desde a mitologia grega, a beleza tem sido alvo na sociedade ocidental. A beleza era disputada pelas deusas do Olimpo, de modo que, sempre a vencedora despertava a ira das demais (SOLER, 2012).

Em achados de Yang, Gray & Pope (2005), a sociedade ocidental desde a antiguidade tem visto nos corpos musculosos uma medida da masculinidade, como ilustrado pelos gregos em estátuas romanas ou os heróis da mitologia. A mesma ênfase se percebia no atletismo masculino em competições olímpicas da Grécia.

O culto ao corpo musculoso tem forte relação com o sinônimo de poder e virilidade, e percebemos isso na retratação à imagem dos deuses. Adônis, nas mitologias fenícia e grega, era um jovem tido como modelo de beleza masculina e extremamente carismático. Movimentos como o helenismo motivaram pintores como Michelangelo que, ao retratar Deus na parede da capela Sistina, o fez com um físico bastante hipertrofiado, mostrando seu ideal de perfeição.

A segunda década do século XX foi crucial na disseminação de um novo ideal físico, tendo a imagem cinematográfica interferência significativa nessa construção, (CASTRO, 2004). As revistas, a televisão, os modelos e até os brinquedos contribuíram com a evolução de um padrão de corpo desejado, reproduzindo desde muito cedo, pensamentos narcisistas. Azevedo *et al*, (2012) apud Lowen (1983) traz como característico de um sujeito narcisista a condição de estar voltado pra si mesmo, excluindo as outras pessoas, acreditando que o mundo gira em torno dele. Nessa perspectiva, a preocupação com o corpo valeria qualquer sacrifício.

No entanto, a preocupação excessiva com o corpo e os transtornos relacionados a alterações de imagem corporal pareciam acometer, até recentemente, quase que exclusivamente indivíduos do sexo feminino (ASSUNÇÃO, 2002; POPE, 2001 & AZEVEDO, 2012). Em 1980 a preocupação com a imagem corporal era eminentemente feminina, relacionada a transtornos alimentares como a anorexia e a bulimia. A mulher era pressionada a ter um corpo extremamente magro. Pois em 80 há uma explosão midiática em cima da indústria da beleza, as práticas físicas

passam a ser mais regulares e cotidianas, expressando-se na proliferação das academias de ginástica por todos os centros urbanos, sendo denominada de a “Geração Saúde” (CASTRO, 2004).

Assunção (2002), relata que, ao contrário das mulheres que procuram serem magras, indivíduos do sexo masculino preocupam-se em se tornarem cada vez mais fortes e musculosos. Progressivamente essas perturbações de imagem corporal atingiram também o sexo masculino. Para Pope et al., (2005) existem duas explicações possíveis: os homens ocidentais podem abrigar ideais de corpos irrealistas, e a sociedade ocidental está colocando um crescente "valor" no corpo masculino.

Desde 1901, Eugene Sandow deu início a uma nova era de culto ao corpo, com o foco no corpo masculino. Neste ano ele faz o primeiro concurso de físico mais fabuloso do mundo até então, o público estava interessado apenas nos feitos de força, não na aparência física dos homens, algo que mudaria com a chegada do mesmo.

Porém poucos estudos analisaram essa evolução de cuidado ao corpo masculino, negligenciando o advento dos transtornos corporais ou transtorno obsessivo compulsivo. Devido a essa pressão social relacionada ao corpo, indivíduos acometidos com esses transtornos tinham aversão às deformidades. Enrico Morselli, um médico italiano já descreveu tais desordens como "dysmorphophobia" em 1891: Bjornsson et al (2010) relatam a percepção do Enrico Morselle ao declarar que "O paciente dysmorphophobic é miserável; no meio de suas rotinas diárias, conversas, durante a leitura, durante as refeições, de fato em toda parte e em qualquer momento, é superado pelo medo da deformidade, que podem atingir uma intensidade muito dolorosa, até mesmo ao ponto de choro e desespero”.

Toda essa preocupação em atingir o inatingível fez com que Pope et al., (1993), analisando uma amostra de 108 fisiculturistas (com e sem uso de esteroides anabolizantes), descrevessem o que foi denominado na época de anorexia nervosa reversa. Nesta amostra, foram identificados nove indivíduos que se percebiam como muito fracos e pequenos, quando na verdade eram extremamente fortes e musculosos. Phillips et al., (1995) realizaram um estudo em três países no qual avaliaram a imagem que os homens teriam deles próprios, a imagem que achariam ideal para si e a imagem que acreditam que as mulheres preferem. Os resultados mostraram que a escolha do corpo ideal foi em média de 13 quilos a mais de massa muscular do que eles realmente tinham.

Pope, (1995) atestou a grande discrepância entre o estado real e o ideal muscular dos homens, ajudando assim a explicar a aparente ascensão de distúrbios, tais como o Transtorno de Dismorfia Muscular, depois chamado complexo de Adônis, ou Vigorexia. Vigorexia ou síndrome de Adônis, em inglês conhecida por over training segundo alguns autores, é a compulsão por práticas de exercícios de forma continuada, em grande volume e sem respeito aos intervalos necessários à recuperação do organismo (DIAS, 2007).

As academias de musculação são o grande refúgio dos que sofrem de DM (Dismorfia Muscular), nas quais indivíduos passam muito tempo do seu dia treinando em busca do corpo hipertrofiado. Alguns estudos que analisaram a prevalência de Vigorexia em academias de musculação, investigaram halterofilistas e levantadores de peso e relacionaram com o uso de Esteroides Anabólicos Andrógenos (EAA).

Como quem sofre desse transtorno nunca está satisfeito com o seu corpo e acaba recorrendo ao uso de EAA, agravando ainda mais o quadro de dismorfia muscular, somado à depressão, distúrbios de raiva, insônia e etc.

Assim como há uma propensão ao uso de EAA, o indivíduo que sofre de dismorfia muscular traz consigo várias consequências atreladas a essa síndrome, passando a mudar sua rotina alimentar e social em função dos resultados desejados.

Os indivíduos com DM relataram uma preocupação obsessiva com sua musculatura, até o ponto em que o seu funcionamento social e ocupacional pode ser severamente prejudicado. Por exemplo, eles podem abandonar importante relacionamento social e familiar, ou mesmo abandonar sua carreira profissional, a fim de passar mais tempo na academia de musculação (POPE et al., 1997).

A DM traz como consequências também, o excesso de treinamento e às reações corporais que avisam, por assim dizer, que algo está errado. São reações semelhantes ao estresse tais como: insônia, a falta de apetite, irritabilidade, desinteresse sexual, fraqueza, cansaço constante, dificuldade de concentração. O indivíduo passa a ter uma dieta hiperprotéica e hipolipídica, chegando a recusar convites onde eventualmente perderiam o controle na dieta, entre outras.

1.2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho tem como finalidade conhecer a prevalência de dismorfia muscular em professores de musculação em academias na Secretaria Executiva Regional Dois (SER II) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Portanto, torna-se importante conhecer a prevalência de DM em professores de musculação. A hipótese levantada, com base à literatura, é de que em academias de musculação (treinamento de força), estejam na grande maioria os indivíduos com essa síndrome, daí o interesse de se investigar os que estão à frente desse público.

As consequências de quem sofrem de DM são graves, e a descoberta precoce pode auxiliar no tratamento desse transtorno. Os dados obtidos podem gerar subsídios para que outros estudos possam ser realizados neste campo de pesquisa.

Com esses dados em mãos pretende-se mostrar aos profissionais capacitados, que essa epidemia estudada nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa, pode também se manifestar em professores de musculação em academias na (SER II) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Verificar a magnitude desse fator e como ele se relaciona com o cotidiano dos sujeitos e dos profissionais, além de gerar um material de consulta sobre a fenomenologia desse distúrbio.

O bem estar desses indivíduos também pode ser citado como motivo para a realização deste trabalho, visto que cada profissional envolvido no diagnóstico pode e deve intervir na melhora da saúde daqueles. Dentre os profissionais envolvidos, pode-se citar de forma mais direta, o profissional de educação física, o nutricionista, o psicólogo e o psiquiatra.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar a prevalência de DM em professores de musculação em academias na (SER II) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra de professores de musculação em academias na (SER II) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Identificar a prevalência de DM em professores de musculação em academias na (SER II) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.
- Apontar os fatores que estão associados à DM em professores de musculação em academias na (SER II) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Histórico do culto ao corpo

Corpo e o meio, diferentes representações no percurso da história. Para Gomes da Silva (2008), o culto ao corpo faz parte da cultura ocidental. Com seus monumentos ao físico ideal, os gregos foram pioneiros nessa exploração da musculatura como símbolo de masculinidade. O corpo nu é objeto de admiração, a expressão e a exibição desse corpo representavam a sua saúde, e os Gregos apreciavam a beleza de um corpo saudável e bem proporcional.

O corpo era valorizado pela saúde, capacidade atlética e fertilidade. Para os gregos, cada idade tinha a sua própria beleza e o estético, o físico e o intelecto faziam parte de uma busca para a perfeição, sendo que o corpo belo era tão importante quanto uma mente brilhante (BARBOSA, MATOS & COSTA, 2011). As grandes estátuas direcionadas aos deuses ostentavam o ideal de uma época, movimentos como o helenismo motivaram pintores como Michelangelo que, ao retratar Deus na parede da capela Sistina, o fez com um físico bastante hipertrofiado, mostrando sua ideia de perfeição, representando o ideal de beleza difundido. Como nos relata Barbosa, Matos & Costa (2011), vemos hoje as figuras humanas expostas no Parthenon, nuas, simbolismo de juventude, da perfeição.

Portanto, cada cidadão era livre para atingir o corpo perfeito, idealizado e, depois, expô-lo. Ainda segundo Barbosa, Matos & Costa (2011), os corpos eram trabalhados e construídos como objetos de admiração que começavam a ser “esculpidos” e modelados nos ginásios, fundamentais nas polis gregas, e que acabavam por ser mostrados, muitas vezes, nos Jogos Olímpicos. Temos também na mesma cultura citada referências ao amor ao próprio corpo, caso de Narciso, onde a lenda relatada por FRAZER, 1887, conta:

Narciso era um belo rapaz, filho de um deus com uma ninfa. Devido ao seu nascimento, seus pais consultaram um oráculo para saber qual seria o futuro do menino. Descobriram que ele teria uma longa vida, se nunca visse a própria face. Muitas moças e ninfas apaixonaram-se por Narciso, porém, o belo jovem não se interessava por nenhuma. Eco, uma das mais apaixonadas ninfas, não se conformou com a rejeição do rapaz e morreu devido à tristeza. Nêtese apiedou-se delas e levou Narciso, depois de uma caçada num dia muito quente, a

debruçar-se numa fonte para beber água. Descuidando-se de tudo o mais, ele ao ver sua face caiu na fonte em busca de alcançar a imagem refletida. No próprio Hades ele tentava ver nas águas do Estige suas feições.

O corpo era radicalmente idealizado, treinado, produzido em função do seu aprimoramento, que fora chamado pelo Helenismo de “civilização da vergonha” por oposição à judaico-cristã que será uma “civilização da culpa” (BARBOSA, MATOS & COSTA, 2011 apud DODDS, 1988, citado por TUCHERMAN, 2004).

Com o cristianismo assiste-se a uma nova percepção de corpo. O corpo passa da expressão da beleza para fonte de pecado, passa a ser “proibido”. O cristianismo e a teologia por muito tempo foram reticentes na interpretação, crítica e transformação das imagens veiculadas do corpo (BARBOSA, MATOS & COSTA, 2011). A alma passa a ter maior importância na construção do homem, o corpo se esconde atrás da doutrina do medo e do pecado. Diante de um deus cristão, que está em toda a parte, os homens e as mulheres deveriam ocultar os seus corpos. Nem entre os casais, na intimidade, ele deveria ser inteiramente desvelado. O pecado rondava tudo.

Barbosa, Matos & Costa (2011) descrevem que o ocidente, vexado de si mesmo, carregado de culpas por ser feito de carne e de sexo, assaltado por pudores, encobriu os seus membros e os seus músculos. Portanto, não será errado afirmar que nas culturas ocidentais, assim como em muitas religiões orientais, por oposição à nossa tradição ocidental, produz-se uma cultura para o corpo. Para Roiz (2009) “a dieta alimentar, o respeito às regras, o cultivo do espírito e a submissão à Igreja marcavam, assim, as expectativas dos homens e das mulheres”. Desse modo, os cuidados com o nu, os excessos de alimentos, a "gula", as práticas corporais (particularmente, o sexo) e esportivas (a exibição do corpo em público) igualmente marcavam o tipo de conduta a ser respeitada no ocidente.

3.2 Influências da atualidade sobre a imagem corporal

Na atualidade o culto ao corpo ressurgiu no ocidente, no qual o movimento em torno das imagens corporais refere-se diretamente à questão de valor. Assim, a mídia assume uma função estratégica de divulgar um modelo de vida, de padrões e de comportamentos (AZEVEDO, 2011).

Esta publicidade, a qual está constantemente sujeitos, de corpos esculpidos, propaga entidades irreais como sinônimo de sucesso, felicidade e até mesmo a saúde.

A pressão sociocultural transmitida e alimentada pela mídia e pela indústria da publicidade está ensinando ao público que os benefícios derivam de ter a imagem certa, o “corpo perfeito”, (MATAIX, 2011). Assunção (2002) nos mostra a importância que a sociedade deposita na aparência física, e tal fato é notório na atualidade. Isso pode ser demonstrado, em parte, pela grande frequência de matérias relacionadas à saúde, alimentação e exercício físico em qualquer veículo de comunicação como meio de promover essa aparência física dita ideal.

Um termo que se encaixa perfeitamente na influência contemporânea sobre o corpo e o que ele reproduz, é o que Azevedo et al., (2012) relatam, a “esquizofrenia cultural”, o processo de invenção midiática do real. E vai além quando indica que o que ultimamente faria girar a roda do capitalismo, seriam “investimentos libidinais no imaginário”. Estes autores afirmam que a onipresença da mídia determina uma repercussão de imagens que acaba por asfixiar o próprio registro do imaginário, ou seja, a possibilidade criativa do indivíduo que deseja desenhar uma estética para aquilo que anseia (AZEVEDO et al., 2012).

Percebe-se que as sociedades contemporâneas, principalmente as ocidentais, vêm apresentando uma preocupação excessiva com os padrões de beleza, nas quais há uma verdadeira “divinização” do corpo belo, além de uma busca incessante pela magreza exagerada (PTROSKI, PELEGRINE & GLANER, 2012). Os meios mais utilizados e amplamente divulgados e inseridos socialmente, as revistas, as propagandas, a televisão, os desfiles de moda, em geral, a mídia está cada vez mais mostrando um modelo de corpo perfeito e padrão, como nas mulheres, corpos magros e bem definidos, e já nos homens, corpos fortes e musculosos.

Para Azevedo (2007), essas imagens sugestionam pessoas a buscar cada vez mais este ideal. Ele nos traz alguns questionamentos pertinentes tais como: Por que a mania de dieta? Com quem nos comparamos? O que desejamos ser? Existe um corpo ideal ou a sociedade nos impõe um biotipo? Por que sempre queremos ser como aquela ou aquele que tem abdômen definido? Como vivem essas pessoas? Que sofrimentos lhes acometem? Corpo como cartão de visitas, como ferramenta para castigar-se ou como templo da saúde, da vida? O que me diz um corpo perfeito?

A partir destes questionamentos e de vários outros a respeito da relação com a imagem corporal, alguns pesquisadores contemporâneos dedicam seus esforços a fim de desfrAGMENTAR e apresentar as influências exercidas na construção desse corpo.

Pope et al., (1998) descobriram que os corpos têm crescido mais, em decorrência da hipertrofia muscular, ao longo do tempo, com muitas figuras contemporâneas muito superiores ao padrão de musculabilidade, até mesmo mais que os maiores fisiculturistas. Na tentativa de fornecer alguns dados quantitativos sobre a influência de brinquedos de ação americanos ao longo dos últimos 30 anos na evolução da musculatura, percebe-se não só um aumento de tecido muscular, mas também uma maior definição do mesmo, assemelhando-se a um fisiculturista avançado.

A imagem do corpo masculino ideal, como produzido pela mídia, parece ter crescido no que diz respeito à musculatura esquelética, ao longo dos anos. Em Hollywood, estrelas dos anos 1940 e 1950, como James Dean, John Wayne, ou Jimmy Stewart, não se aproximam dos músculos de muitos dos heróis de ação de hoje (OLIVARDIA & POPE, 2000).

Portanto, percebe-se que nos Estados Unidos e na Europa, os homens desejam ter um corpo muito mais magro e mais musculoso do que o corpo que eles realmente tinham ou o corpo que eles perceberam ter. Segundo Pope (2000), jovens ocidentais são constantemente expostos a influência da televisão, filmes, revistas e outras fontes para uma imagem corporal masculina idealizada, que é muito mais musculosa do que um homem médio.

Estudos de Papa et al., (2001) verificaram que os corpos dos homens estão sendo usados cada vez mais em publicidade para produtos não relacionados com o corpo. Os autores detectaram que a proporção de homens despídos disparou, passando de 3% dos anúncios contendo os homens na década de 1950 para 35% em 1990, demonstrando assim a supervalorização do corpo. Outros estudos de Yang, Gray, & Pope (2005) também apontam que os homens em Taiwan apresentam menos insatisfação com seus corpos do que os homens ocidentais e que a publicidade de Taiwan colocaria menos valor no corpo do sexo masculino do que nos (EUA).

Além disso, o ideal muscular é reforçado pela família, por colegas e pela mídia. Estas fontes comunicam expectativas sobre os benefícios de ganho muscular, e tais expectativas jogam um papel importante na promoção do ideal muscular (GRIEVE, 2007).

Arraz (2010) cita:

“... Stallone, Schwarzenegger, Van Damme, He-Man, Super Homem, Conan,... difícil encontrar um adolescente que não tenha, ao menos uma vez, se inspirado num desses ícones da virilidade masculina, com músculos enormes e corpo dividido. Estimulados progressivamente pela mídia, que associa a ideia do corpo perfeito ao sucesso e felicidade, e pela enorme difusão de academias de ginástica nos anos 90, os jovens ‘marombeiros’ foram em busca do sonho de ter o poder e o respeito encarnados numa silhueta musculosa”.

Assim, estas caracterizações se remetem a tendências distintas de representação dos corpos, reproduzindo normas sociais e valores estéticos sobre a corporeidade, principalmente no universo masculino, cuja imagem do corpo está associada ao modelo de virilidade instituído socialmente (AZEVEDO et al., 2012).

Outro fator diretamente relacionado à imagem corporal e que exerce grande influência na busca do corpo idealizado pela mídia é o uso difundido de recursos que potencializam o aumento do tecido muscular, como esteroides anabolizantes (EA). Estudo de Yang, Gray & Pope (2005) nos mostra que, nas últimas décadas, tais recursos aumentaram a probabilidade de indivíduos do sexo masculino, atletas, atores e modelos ficarem mais musculosos do que os homens sem essa assistência química. As imagens desses homens produzidos por esteroides são agora comuns em revistas, televisões filmes e etc.

Portanto, esta diferença cultural nas atitudes de homens na busca de uma determinada imagem corporal tem consequências diretas para a saúde pública, tais como a prevalência muito maior e severa de distúrbios da imagem corporal no sexo masculino e o uso abusivo de recursos como EAA nos (EUA) e em outros países ocidentais.

3.3 Transtornos relacionados à Imagem Corporal

Ao longo da história o corpo masculino representou o belo, o poder e a força. Entretanto, corpos femininos, corpos do “pecado”, corpos vestidos e escondidos ficaram adormecidos em uma cultura extremamente machista (BARBOSA, MATOS & COSTA 2011). Porém, os tempos modernos revelam e expõem esse corpo, supervalorizando a imagem corporal feminina, criando padrões de beleza extremamente estéticos e muitas vezes inalcançáveis.

Os estudos quase sempre investigam as mulheres e os transtornos advindos com o tempo. Acredita-se amplamente que o ideal de nossa sociedade do corpo feminino tem sido cada vez mais magro ao longo dos anos. Pope & Gray, (1999) observaram revistas de grande circulação nos (EUA), como Playboy e Senhorita, e descobriram que o corpo feminino ideal, como representado por essas duas revistas, tornou-se progressivamente mais fino ao longo de 20 anos. Um achado do estudo de Pope, (2004) é que as mulheres com transtornos alimentares, tais como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, tipicamente percebem-se mais gorda do que realmente são e muitas vezes aspiram níveis irreais de magreza.

Alguns pesquisadores nos apontam que a preocupação excessiva com o corpo e os transtornos relacionados a alterações de imagem corporal pareciam acometer, até recentemente, quase que exclusivamente indivíduos do sexo feminino (POPE, 1999; ASSUNÇÃO, 2002 & GRIEVE, 2007). Portanto, as preocupações com a imagem corporal de homens não têm sido abordadas na literatura científica como as preocupações com a imagem corporal das mulheres (POPE, PHILLIPS, & OLIVARDIA, 2000).

Nos últimos anos temos assistido a um aumento marcante na preocupação com a imagem corporal entre os homens (PAPA, PHILLIPS, & OLIVARDIA, 2000). Antes do final de 1980, a imagem corporal foi muitas vezes vista como um problema principalmente em mulheres. Estudos recentes, contudo, nos mostraram que os homens também podem sofrer de preocupações de imagem corporal (POPE, 1993; POPE, 1999; PHILLIPS & OLIVARDIA, 2000; POPE, 2004; ASSUNÇÃO, 2002 e AZEVEDO, 2011).

Historicamente os homens foram percebidos como sendo imunes às influências sociais, que endossam certo tipo de corpo, porém isso vem se modificando. Por fim, Grieve, (2007) nos trás que as pressões dos meios de comunicação e seus pares já estão influenciando o que os homens percebem como um físico desejável. Os homens estão começando a relatar estarem insatisfeitos com seus corpos.

Por contraste, a literatura sobre percepção da imagem corporal em homens é muito limitada, e as escalas disponíveis são menos desenvolvidos, no entanto, as evidências acumuladas sugerem que muitos homens também sofrem de distúrbios caracterizados pelas alteradas percepções de seus corpos. Em dois estudos realizados por Pope, (2004), tanto os homens americanos e como os homens europeus com transtornos alimentares relataram sentirem-se significativamente mais gordo do que indivíduos sem desordens alimentares. Também, os estudos

recentes com atletas descreveram uma síndrome inversa: homens que percebem a si mesmos como pequeno e frágil, quando na verdade eles são grandes e musculosos. Chamou-se isso de síndrome da anorexia nervosa "reversa", e subsequentemente rebatizou-se de "dismorfia muscular" (DM), (POPE & OLIVARDIA, 2002).

Bjornsson (2010) relata que os homens tendem a se concentrar em todo o corpo, enquanto as mulheres tendem a se concentrar em partes específicas do corpo, como coxas. Percebe-se com esses estudos que homens, ao descreverem as partes de seus corpos com o qual eles estavam insatisfeitos, a maioria relatou insatisfações com as suas regiões abdominais, braços e peito. Portanto os transtornos de imagem corporal, tanto os de ordem alimentares ou psicológicos acompanham homens e mulheres na atualidade. Distorção da imagem corporal é uma característica central dos transtornos alimentares (POPE, 2002).

A epidemia, se assim podemos chama-la, engloba desordens tais como anorexia nervosa e bulimia nervosa, mas também inclui a vigorexia (também conhecido como DM ou síndrome do complexo de Adônis, uma obsessão com musculação), e tanorexia, uma obsessão com a manutenção de um bronzeado durante todo o ano (MATAIX, 2012). Mataix, (2012) relata ainda que esta epidemia emergente ainda não foi oficialmente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde. Organização como tal, embora alguns transtornos com o corpo e distúrbios foram reconhecidos (anorexia e bulimia).

Em termos gerais, Assunção, (2002) fazendo uma revisão, aponta que alterações de imagem corporal no sexo masculino, ao contrário do que se pensava, são quadros relativamente comuns e diferem do padrão de distorção tipicamente feminino. No caso dos homens, há aqueles que seguem o padrão feminino, mas a maioria considera um corpo mais musculoso como representação da imagem corporal masculina ideal.

Azevedo et al., (2011) verificaram que o problema tem início mais comumente na adolescência, período no qual, naturalmente, as pessoas tendem a ser insatisfeitas com o próprio corpo e se submetem exageradamente aos ditames da cultura. Portanto, na adolescência existe uma pressão para as meninas se manterem magras e uma cobrança para que os meninos fiquem fortes e musculosos.

De acordo com Petroski, Pelegrine, & Glaner, (2012), “a adolescência é caracterizada por transformações biológicas, físicas, psicológicas e sociais. Atrelado a esse contexto, pesquisas têm revelado elevada prevalência de insatisfação com a imagem corporal em

adolescentes, sendo mais acentuada no sexo feminino”. Estas observações demonstram que a aparência é um aspecto altamente saliente na formação da identidade dos adolescentes.

3.4 Dismorfia Muscular

Harrisom G. Pope descreveu esse quadro pela primeira vez em 1993, chamando-o inicialmente de Anorexia Reversa. Em seus últimos trabalhos Pope preferiu usar o termo "Complexo de Adônis", reconhecendo que os homens eram os principais acometidos e, mais raramente, algumas mulheres. Pope, ao analisar uma amostra de 108 fisiculturistas (com e sem uso de esteroides anabolizantes (EA), constatou o quadro de anorexia reversa. Nesta amostra, foram identificados nove indivíduos que se descreviam como muito fracos e pequenos, quando na verdade eram extremamente fortes e musculosos. Ademais, todos relatavam uso de EA e dois tinham história anterior de anorexia nervosa.

Ainda segundo dados de Pope, (1993) “entre nove milhões de norte-americanos que frequentam academias de ginástica, existe perto de um milhão de pessoas afetadas por um transtorno de ordem emocional que os impede ver-se como são na realidade”. Por mais treinamento que essas pessoas realizem, por mais musculatura que desenvolvam, elas sempre se acharão fracas, débeis, raquíticas e sem nenhum atrativo físico.

Em 2000, Pope et al., por conseguinte, numa publicação, propôs mudar o nome da síndrome de “anorexia nervosa reversa” para dismorfia muscular (DM). A fenomenologia da DM aparece em muitos aspectos semelhante à fenomenologia de desordem alimentar. Em uma análise a posteriori, descobriu-se que os homens com DM se assemelhavam muito aos homens universitários com transtornos alimentares em uma ampla gama de índices, enquanto que os levantadores de peso se assemelhavam a homens universitários normais sem transtornos alimentares.

O DSM. IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) diz que a característica essencial do Transtorno Dismórfico Corporal (historicamente conhecido como Dismorfofobia) é uma preocupação com um defeito na aparência, sendo este defeito imaginado ou, se uma ligeira anomalia física está realmente presente. “A preocupação do indivíduo é

acentuadamente excessiva e desproporcional, esses são também classificados na literatura como vigoréticos ou complexo de Adônis” (OLIVARDIA et al., 2000).

Recentemente mais homens relataram um desejo de ficarem maiores e com os corpos mais musculosos. DM é uma nova síndrome, geralmente em homens, embora musculoso, têm uma crença patológica que eles têm uma musculatura muito pequena. À medida que mais homens são motivados a praticarem o treinamento com pesos, a fim de desenvolver uma maior musculatura, mais casos de DM são prováveis que sejam encontrados (CHOI PAPA, & OLIVARDIA, 2002).

Em 2002, Assunção relata que a DM, quadro associado à distorção de imagem corporal em homens, parece ser uma resposta equivalente àquela feminina em se adequar ao padrão corporal ideal, descrito e apreciado socialmente. E após uma revisão na literatura, nos traz os critérios para caracterizar o indivíduo com DM.

Crítérios para Dismorfia Muscular após uma revisão na literatura segundo Assunção (2002):

1. O indivíduo preocupa-se com o fato de que seu corpo não seja suficientemente forte e musculoso.

2. Esta preocupação causa sofrimento e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas de funcionamento clinicamente significantes e são representados por pelo menos dois dos quatro critérios a seguir:

a. O indivíduo frequentemente desiste de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes, pois tem uma necessidade compulsiva de manter sua rotina de exercício físico ou sua dieta.

b. O indivíduo evita situações nas quais seu corpo possa ser exposto ou quando não pode evitá-las, passa por sofrimento e ansiedade intensos.

c. A preocupação com a inadequação do tamanho corporal ou com a musculatura causa sofrimento e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas de funcionamento clinicamente significantes.

d. O indivíduo continua a exercitar-se, fazer dieta ou usar substâncias para melhorar seu desempenho a despeito de efeitos colaterais ou consequências psicológicas.

3. O foco primário das preocupações e comportamentos é de ser muito pequeno ou sem musculatura suficiente e não em ser gordo como na anorexia nervosa, ou em outros aspectos da aparência, como no transtorno dismórfico corporal.

Não é difícil reconhecer algum indivíduo com essas características, no entanto a busca por ajuda é quase nenhuma. Muitas vezes, os indivíduos com DM escondem seus corpos quando em público, organizam suas vidas para que o levantar pesos e trabalhar fora não sejam comprometidos, passam muitas horas na sala de musculação, muitas vezes ao ponto de prejudicar as relações sociais e íntimas. Eles continuam o treinamento de peso, mesmo quando feridos, e seguem uma dieta meticulosa, que geralmente inclui o uso inadequado de suplementos ilegais. Eles evitam ativamente situações em que seus corpos sejam expostos, como praias e experimentam altos níveis de ansiedade se forçados a suportar tais situações (OLIVARDIA, 2001).

Para Grieve (2007), “DM é um conjunto de atitudes e comportamentos que são característicos de um extremo desejo de ganhar massa corporal”. Indivíduos com DM estão preocupados com o fato de como os outros o veem, por mais que treinem exaustivamente e estejam em uma forma física “ideal”, não percebem a si mesmos, se são magros ou extremamente musculosos, mesmo que eles sejam muitas vezes mais musculosos do que as pessoas comuns.

Dias (2007), fala que a DM é uma espécie de subdivisão de um quadro mais abrangente chamado de Transtorno Dismórfico Corporal, definido como uma preocupação com algum defeito imaginário na aparência física numa pessoa com aparência normal. A DM seria uma alteração na percepção da imagem corporal, específica da estética muscular do corpo e não um defeito na percepção corporal imaginário qualquer. Ele nos apresenta um termo bastante conhecido atualmente e utilizado para descrever um paciente com DM, a vigorexia ou síndrome de Adônis.

A Vigorexia ou síndrome de Adônis, que em inglês é conhecida por “over training” segundo alguns escritores, é a compulsão por praticas de exercícios de forma continuada, em grande volume e sem respeito aos intervalos necessários à recuperação do organismo (DIAS, 2007). E o que normalmente vemos nas academias de musculação são indivíduo que se recusam a aceitar orientação dos profissionais. Modifica o treinamento aumentando o volume e a intensidade do treino por conta própria. A Vigorexia representa bem a sociedade na qual "uma

imagem vale mais que mil palavras", tornando os homens obcecados por seus corpos perfeitos (DIAS, 2007).

Azevedo (2011) conclui que a DM deve ser considerada um transtorno de procedência obsessivo compulsiva, tanto pela obsessão por musculatura quanto pela compulsão aos exercícios físicos, principalmente ao Treinamento de Força e, a constante distorção da imagem corporal, concomitantemente ao uso de recursos ergo gênicos.

Mataix, (2012) atenta ao fato de que esta condição ainda não foi reconhecida como uma doença pela comunidade médica internacional, mas muitas vezes é classificada como um transtorno dismórfico corporal. Como anoréxicos, os pacientes com Vigorexia têm uma percepção distorcida do seu próprio corpo, mas com um resultado inverso, eles percebem seus corpos muito pequenos. E alerta que uma pessoa por querer melhorar o seu físico, ou sua imagem, e assim tentar ser mais atraente fisicamente, não significa que ele tem Vigorexia, mas aumenta suas chances de desenvolvê-la.

Tal como acontece com o desenvolvimento de qualquer distúrbio psicológico, existem inúmeros fatores que contribuem para a etiologia de DM. As evidências também sugerem que, como distúrbios alimentares, a DM pode ser estimulada por influências socioculturais, como a mídia, a família e os amigos. "Estas influências socioculturais foram elucidadas no acompanhamento de indivíduos com DM, que relataram desejar parecer com levantadores de peso e com atores musculosos" (GRIEVE, 2007). Por outro lado, não podemos excluir a possibilidade de que a família e a infância são importantes experiências que podem contribuir para o quadro de DM.

Grieve, (2007) propôs que as variáveis mais importantes relacionadas à DM são a distorção da percepção da imagem corporal, a insatisfação com o corpo, e a construção de uma imagem corporal ideal internalizada. Essas três variáveis, juntamente com perfeccionismo, afeto negativo, baixa autoestima e pressão da mídia são pensadas como a base das condições necessárias para o desenvolvimento da DM.

Atualmente algumas práticas corporais tais como a compulsão pelo treinamento de força vem sendo justificadas pelo desejo de se ter um corpo ideal. Além disso, o ideal muscular é reforçado pelos significados ou respeito frente aos conceitos dos outros, como da família, dos amigos e da mídia, (AZEVEDO, 2012 apud PEREIRA, DOIMO & KOWALSKI, 2009).

O Narcisismo nos traz alguma explicação para alguns comportamentos de quem é acometido por transtornos de imagem corporal. Para Azevedo (2007), “o sujeito narcisista é um indivíduo controlador, programador de seus comportamentos, insensível e confiante em suas atividades sexuais, acreditando ser bastante oferecedor de prazer para as mulheres, além de pretensioso e extremamente machista. Ele valoriza mais a forma como o vê, menosprezando suas emoções para com os outros, investindo, assim, mais em sua imagem própria e esquecendo sua verdadeira essência, seu verdadeiro sentimento”.

Assim o narcisista tenderá a buscar a perfeição de seu corpo pra se sentir admirado, desejado, ser “o melhor”, porém com medo de ser rejeitado, não desejado, experiências que se aproximam dos medos e das preocupações de quem sofre de DM.

Grieve, (2007) elenca algumas influências no quadro de DM. São nove variáveis, (massa corporal, influências da mídia, interiorização do corpo ideal, baixa autoestima, insatisfação corporal, controle do lócus de saúde, afeto negativo, o perfeccionismo, e distorção do corpo). Portanto, a identificação precoce da DM minimizaria o uso de drogas que podem ser nocivas ao corpo e a mente, por exemplo, os esteroides anabólicos androgênicos (EAA), geralmente administrados para se alcançar rapidamente os resultados desejados ou fantasiados, como um corpo perfeitamente hipertrofiado e forte. “Na maioria dos casos, tal comportamento é fruto da busca pela aceitação social e, decorrente da pressão exercida pela mídia, na qual o narcisismo se manifesta muito atuante” (ROHMAN, 2009).

3.5 Consequências da Dismorfia Muscular

Vimemos em uma sociedade capitalista, que por seguinte, em tudo se determina um preço, e não seria diferente do alto custo pago pela busca do corpo ”perfeito”. Pois quando citamos perfeição, e a busca desmedida dela, tudo é possível para quem deseja alcançá-la. Sentirem-se assim "incompletos", faz com que os indivíduos invistam todas as horas possíveis em exercícios e ginásticas para aumentar sua musculatura.

Dias, (2007) traz a citação de César Henrique Arrais, da equipe do Correio Brasiliense, na edição de 15 de setembro de 2002 em um artigo que diz o seguinte (trecho): ”Dedicar a vida à academia, se sentir deprimido ao ficar um dia sem exercício ou uso de anabolizantes são sintomas da vigorexia, doença com fortes componentes psicológicos que já é

considerada epidemia na Europa e nos EUA”. Os indivíduos com DM relataram uma preocupação obsessiva com sua musculatura, até o ponto em que o seu funcionamento social e ocupacional pode ser severamente prejudicados. Por exemplo, eles podem abandonar importante relacionamento social e familiar, ou mesmo abandonar sua carreira profissional, a fim de passar mais tempo na academia de ginástica (POPE et al., 1997).

Cohane & Pope (2000) relataram que esta doença está associada com a autoestima; sintomas de humor, ansiedade e distúrbios alimentares; e uma elevada prevalência de abuso de EA. DM e outros problemas de imagem corporal podem não afetar apenas os homens adultos, mas até mesmo os rapazes.

O quadro de quem sofre de DM só piora conforme elucidações feitas por mais estudos que vão sendo publicados. Choi, Papa & Olivardia (2002) trazem resultados dos estudos que confirmam a natureza da doença em que as pessoas com síndrome de DM têm imagem corporal mais pobre e são menos felizes com seus corpos. Além de um desejo de maior musculatura, eles são muito preocupados em não ganhar gordura. Assim eles nos relatam que estas crenças possam levá-los a se tornarem obcecados por exercício, particularmente levantamento de peso, e um risco de má utilização de EA. As pessoas com DM também tendem a evitar situações e lugares onde eles podem ser vistos sem vestes.

Os EA são utilizados ilicitamente por indivíduos, atletas ou não, com o objetivo de aumentar a força muscular ou melhorar a aparência. Seus usuários acreditam que estas drogas proporcionam sessões de atividade física mais intensa por retardar a fadiga, aumentar a motivação e a resistência, estimular a agressividade e diminuir o tempo necessário para a recuperação entre as sessões de exercício. Além disso, os EA teriam ação direta no crescimento do tecido muscular. A descrição inicial de Pope, (1993) de que a DM deu-se em uma amostra de indivíduos levantadores de peso na qual se evidenciou uma correlação positiva entre o uso de EA e a presença do transtorno.

“Frequentemente eles usam EA ou outros produtos dopantes, continuando a tomar estes agentes, mesmo em face de graves efeitos colaterais por causa da ansiedade persistente sobre a sua musculatura” (PAPA et al., 1993; POPE & KATZ, 1994 & POPE, 1998).

Um aluno abandonou sua escola por medo de que as pessoas iriam zombar de sua "pequenez". Podendo gerar uma tendência à depressão, mau humor e até o suicídio. Na SCID-P

(Entrevista Clínica Estruturada para DSM-IV), os homens com DM reportaram taxas notavelmente mais elevadas de mau humor ou passam por desordens, distúrbios de ansiedade, distúrbios alimentares do que o grupo sem o transtorno (OLIVARDIA, POPE & HUDSON, 2000).

Nos achados de Pope (2006), muitos usuários de EA tem desenvolvido pela primeira vez a síndrome completa de DM após a sua primeira experiência com o uso de EA, o que sugere que o uso de EA e o ganho de músculos, não necessariamente iram resolver as inseguranças desses homens sobre seu tamanho.

No ano seguinte, Grieve, (2007) corrobora com Pope ao relatar que, homens com DM exibem padrões alimentares anormais que são conduzidos por sistemas de crenças supervalorizadas. Homens com DM consomem grande número de calorias com o objetivo de aumentar a massa muscular. Esta grande ingestão de calorias é similar à compulsão alimentar, embora não tenha sido avaliado ainda se homens com DM sentem-se fora de controle quando têm vontade de comer.

Dias (2007) cita os sintomas e, no momento, utilizando o termo “Vigorexia”. Recentemente temos visto também, entre os vigoréxicos, pessoas portadoras de personalidade introvertida, cuja timidez ou retraimento social favorece uma busca do corpo perfeito como compensação aos sentimentos de inferioridade. “Estas pessoas possuem alguns traços característicos de personalidade, costumam ter baixa autoestima e muitas dificuldades para integrar-se socialmente, costumam ser introvertidas e podem, com frequência, rejeitar ou aceitar com sofrimento a própria imagem corporal” (DIAS, 2007).

Uma das consequências da vigorexia ou “over training” diz respeito ao excesso de treinamento e às reações corporais que avisam, por assim dizer, que algo está errado. São reações semelhantes ao estresse tais como: insônia, a falta de apetite, irritabilidade, desinteresse sexual, fraqueza, cansaço constante, dificuldade de concentração entre outras. Além da obsessão pelo corpo “perfeito”, a Vigorexia também produz uma importante mudança nos hábitos e atitudes dos pacientes, notadamente na ingestão alimentar.

Segundo Dias, (2007) esse comportamento provoca elevados níveis de cortisol, entre outros hormônios que comprometem a musculatura provocando perda de massa magra, ansiedade, insônia, agressividade, queda significativa de resistência imunológica e lesões articulares.

Sabe-se que a DM produz mudanças na alimentação. Azevedo, (2011) relata que “a dieta passa a ser hiperprotéica e hipolipídica, acompanhada de diversos suplementos alimentares”. No entanto, as recomendações nutricionais atuais convergem para que o consumo dos nutrientes (carboidratos, lipídeos e proteínas) seja equilibrado, tanto para a obtenção de resultados relacionados à saúde como à estética.

Além da questão estética, como o desejo de progressiva hipertrofia muscular, o relato de consumo de “Super Homem” demonstra que o consumo de suplementos também envolve os aspectos psicológicos da DM. Percebe-se que em indivíduos com DM, a demanda por um corpo ideal acaba por ocasionar o risco de desenvolverem atitudes prejudiciais à saúde. Portanto, conclui-se que a DM causa sofrimentos e prejuízos psicológicos, socioculturais e, desse modo, compromete a saúde das pessoas.

4 METODOLOGIA

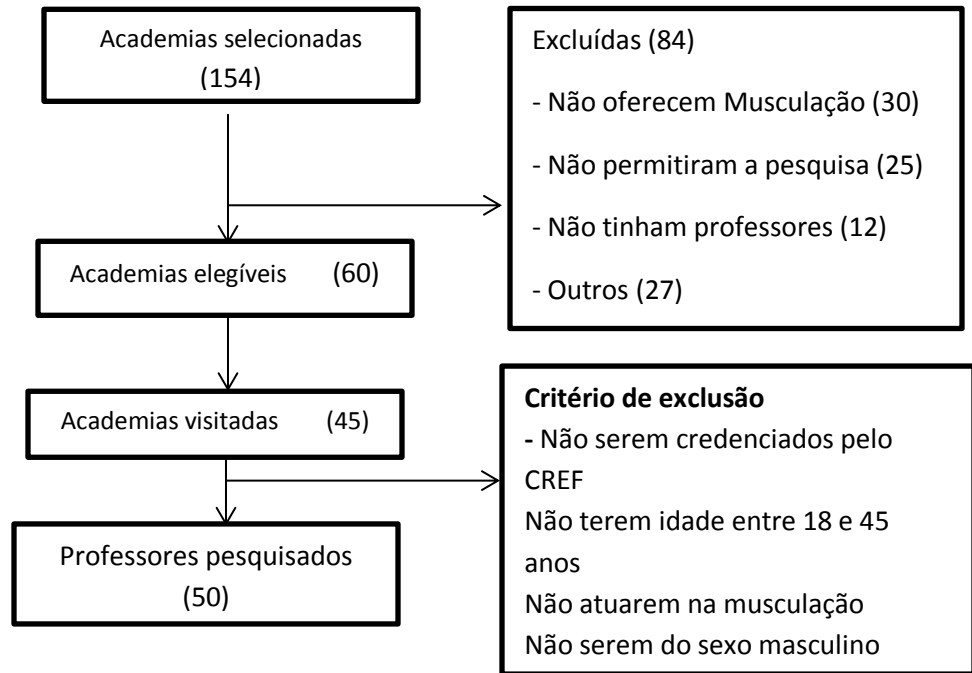
4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo transversal, quantitativo, por meio da aplicação de questionários, no primeiro momento foi aplicado um questionário socioeconômico para que pudesse traçar o perfil do entrevistado, em seguida foi aplicado o questionário do complexo de Adônis e de uma escala de silhuetas para que se tivesse uma percepção da imagem corporal e de comportamentos podendo caracterizar a amostra e avaliar a prevalência de dismorfia muscular em professores de musculação em academias na (SER II) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

4.2 Sujeitos

Foram investigados 50 professores de musculação, com idade média de $30,34 \pm 4,6$ anos em academias na (SER II) do município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Fortaleza possui um total de sete (SER), que dividem os bairros da cidade por áreas. A (SER) escolhida para a intervenção foi a II, escolhida por conveniência pelo próprio pesquisador, e por se tratar de uma (SER) com um maior número de academias de musculação na cidade de Fortaleza. As academias foram escolhidas através de uma lista disponibilizada pelo CREF . O mesmo disponibilizou uma lista com 154 academias, sendo selecionadas 60 academias, por oferecerem a prática de musculação, por permitirem a pesquisa e por terem professores de musculação (FIGURA 1).

Figura 1 – Organograma da seleção da amostra



4.3 Protocolo de estudo

A lista de academias pertencentes a (SER II) foi obtida no endereço eletrônico (<http://www.cref5.org.br/>), no qual constam todas as academias de Fortaleza, Ceará, Brasil, cadastradas e regularizadas pelo Conselho Regional em Educação Física (CREF5).

Os indivíduos foram convidados a participar de uma pesquisa na qual eles preencheram a dois questionários e fizeram uma auto avaliação da imagem corporal. O questionário foi entregue aos sujeitos e foi explicado como deveriam preencher o mesmo. As dúvidas foram tiradas antes do início do preenchimento. O entrevistado ficou em local reservado, isento da influência dos demais participantes e separados uns dos outros, de forma a não intervir nas respostas ou mesmo de deixar algum entrevistado tímido por sua escolha. Após a entrega dos questionários, os indivíduos foram informados sobre o teor da pesquisa e o fator motivador. Foram então questionados se sabiam o que era Dismorfia Muscular.

4.4 Instrumentos

Foram utilizados como ferramentas de coleta de dados um questionário socioeconômico, com o objetivo de traçar o perfil do entrevistado, e com a inclusão de questionamentos que ao longo da pesquisa se fizeram necessário. E o questionário do Complexo de Adônis e a Escala de Silhuetas de Damasceno.

4.4.1 Questionário do complexo de Adônis

O questionário foi idealizado por Pope, Olivardia e Phillips, (2000) como parte de um estudo com um grupo de halterofilistas. Este questionário está inserido no Anexo I. Pereira (2009) definiu o mesmo como sendo constituído por 13 perguntas fechadas, com três opções de resposta [((a), b) e c)]. Para análise, devemos atribuir 0 pontos para a), 1 ponto para b) e 3 pontos para c). Somando os pontos, referentes aos itens marcados, obteremos um valor total que irá entre os 0 e 39 pontos.

Os *scores* do Questionário Complexo de Adônis fornecem um índice da gravidade das preocupações de um rapaz ou de um homem com a imagem corporal. Para a análise dos dados será utilizada essa legenda: *Scores* de 0-9: pode vir a desenvolver o Complexo de Adônis, mas no momento não traz maiores prejuízos à sua vida pessoal. *Scores* de 10-19: possivelmente possui uma forma moderada do Complexo de Adônis. Pode preocupar-se de forma a comprometer suas atividades ou não, estando suscetível às influências sociais e midiáticas. Se pertencer à extremidade superior desta faixa, precisa estar atento ao efeito que o Complexo de Adônis está a ter sobre a sua vida. *Scores* de 20-29: o Complexo de Adônis é provavelmente um problema sério. Deveria considerar algumas das opções de tratamento disponíveis para este transtorno. *Scores* de 30-39: possui um grave problema com a imagem corporal. É aconselhável que procure urgentemente ajuda junto de um profissional de saúde mental confiável.

4.4.2 Escala de silhuetas de Damasceno

Criada, aplicada e validada por Damasceno, (2011) tem uma maior aplicabilidade em públicos cujo objetivo é avaliar a satisfação com a massa muscular. Nesta escala, podemos estimar o nível de insatisfação com o corpo que o indivíduo tem, a escala consta no Anexo II. A escala apresenta 15 silhuetas (-7 a 7), indo do obeso ao hipermusculoso. O sujeito deve primeiro

marcar a opção na qual ele se vê Silhueta Atual, (SA), em um segundo momento marcar a opção que gostaria de ter Silhueta Ideal, (SI). Atribuindo valores para cada forma, podemos perceber de forma simples o nível de insatisfação com o corpo.

Fazendo a operação: (SI – SA), utilizaremos a seguinte legenda: pouco insatisfeito: menor ou igual a 1; insatisfação mediana: valores entre 2 e 4; Muito insatisfeito: igual ou superior a 5.

4.5 Coleta de dados

Inicialmente, realizou-se um contato com os proprietários das academias onde foram informados sobre os propósitos e procedimentos do estudo através de uma conversa prévia, a qual autorizava a participação desta, assim como dos professores que desejassem ser voluntários. Os profissionais foram abordados nas academias, de forma aleatória, em diferentes horários do dia e diferentes dias da semana, e foram informados sobre o objetivo da pesquisa, da não necessidade de identificação para responder o questionário e da garantia de anonimato. Os que desejaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para confirmação da participação e um breve esclarecimento do estudo.

Foram encontradas algumas dificuldades na coleta de dados, muitas academias não autorizavam a saída do professor para que pudesse responder ao questionário, devido ao atendimento ao cliente nos horários de maior movimento, entre 18 e 21:30h, e quando retornava à academia em um horário considerado de menor fluxo, entre 13 e 17h, não havia a presença de um professor formado na sala de musculação. Outro problema encontrado na coleta foi devido ao desaparecimento dos questionários, quando o professor não podia preencher, o mesmo levava consigo, e uma grande parte não devolvia.

4.6 Análise estatísticas dos Dados

A análise estatística realizada utilizou a medida de tendência central e variabilidade nas variáveis quantitativas e distribuição de frequência para as qualitativas. Para a análise inferencial, utilizou-se do teste Qui-quadrado com significância para $p < 0,05$. Os dados foram digitados e analisados no programa Word/Excel Versão 2010 e no SPSS. 19.

4.7 Aspectos éticos

Os professores que se propuseram a participar voluntariamente do estudo tiveram que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), redigido de acordo com o item IV da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no qual constam as informações relativas aos procedimentos metodológicos. Neste documento foi exposto a natureza e os objetivos do trabalho e sua relevância acadêmica e social.

O projeto de pesquisa, antes de sua execução, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFC. As aplicações se deram nas instalações das academias de musculação inseridas na (SER II) da cidade de Fortaleza, utilizando-se horários previamente escolhidos pelo pesquisador, respeitando-se a disponibilidade dos integrantes.

5 Resultados

Foram analisados 50 professores de musculação do sexo masculino, com idade média de $30,34 \pm 4,6$ anos, desses, 84,6% são naturais do estado do Ceará. O estudo apontou que apenas 2% dos professores possuem pós-graduação e 12% não possuem nenhuma graduação. Os que estão sem formação são considerados professores provisionados, que ministram aulas com autorização do CREF (TABELA 1).

Tabela 1: Dados sócio demográficos dos profissionais de Educação Física da regional II do município de Fortaleza-Ceará.

NATURALIDADE	Fa	%
Cearense	33	84,6
Outro estado	6	15,4
ESTADO CIVIL		
Solteiro	30	65,2
Casado	14	30,4
Divorciado	2	4,3
RENDA FAMILIAR		
880 à 2.640 R\$	2	11,1
2.640 a 4.400 R\$	5	27,8
4.400 à 7.040 R\$	6	33,3
7.040 à 8.800 R\$	3	16,7
Acima 8.800	2	11,1
GRAU DE ESCOLARIDADE		
Superior Incompleto	6	14,6
Superior Completo	34	82,9
PG Latus Sensu	1	2,4

Dentre todos os profissionais entrevistados, verificou-se que a maioria da amostra tem uma renda entre 4.400 a 7.040 R\$, representando 33,3% dos professores que responderam a essa pergunta.

Quando questionados sobre alguns comportamentos, 97,8% dos professores afirmaram não serem fumantes. Também foram questionados sobre a ingestão de bebida alcoólica, e 55,3% dos integrantes afirmaram consumirem. No que diz respeito ao funcionamento intestinal, 83,9% relataram regularidade na frequência e 16,1% dos indivíduos classificam como tendo um ótimo funcionamento intestinal. A ingestão hídrica também é um fator muito importante, e 55,6% dos professores relataram ingestão de 2 a 4L de água por dia, considerada

dentro da recomendação populacional. Em relação ao padrão de sono, 65,7% relataram uma frequência de sono abaixo de 5 horas por dia e a maioria dos professores afirmou ter distúrbios do sono.

Foram então questionados sobre o uso de Esteroides Anabolizantes, 20,5% da amostra responderam que gostariam de usar, e 79,5% disseram que não gostariam de usar. Ao serem indagados se existe algum praticante na academia que faz uso de Esteroides, esse número sobe, um total de 72,1% dos professores conhece algum praticante que já fez uso de Anabolizantes. Os professores foram questionados se havia conhecimento sobre o tema Dismorfia Muscular, a maioria, 78% deles, não sabem nada sobre o tema (TABELA 2).

Tabela 2: Caracterização do uso de esteroide anabolizante e conhecimento sobre Dismorfia Muscular.

	fa	%
VOCÊ FAZ USO DE ANABOLIZANTES?		
Sim	9	20,0
Não	36	80,0
VOCÊ GOSTARIA DE USAR ANABOLIZANTES?		
Sim	9	20,5
Não	35	79,5
EXISTE ALGUM PRATICANTE NA ACADEMIA QUE USA ANABOLIZANTES?		
Sim	31	72,1
Não	6	14,0
Não sei	6	14,0
VOCÊ SABE O QUE É DISMORFIA MUSCULAR?		
Sim	11	22,0
Não	39	78,0

Com relação ao tema central da pesquisa, podemos observar que 29,5% da população apresentam insatisfação com a própria imagem, e que 70,5% se diz perceber satisfeita, com relação ao questionamento sobre insatisfação corporal. Porém, ao confrontar esses dados com as respostas obtidas ao analisar a escala de silhuetas de Damasceno, na qual apontariam a silhueta atual e a silhueta que gostariam de ter, percebeu-se que a totalidade da amostra, 100%, encontra-se insatisfeita com a sua imagem, desse total, 36,4% se diz pouco insatisfeita, 47,7% com insatisfação média e 15,9% muito insatisfeita (TABELA 3).

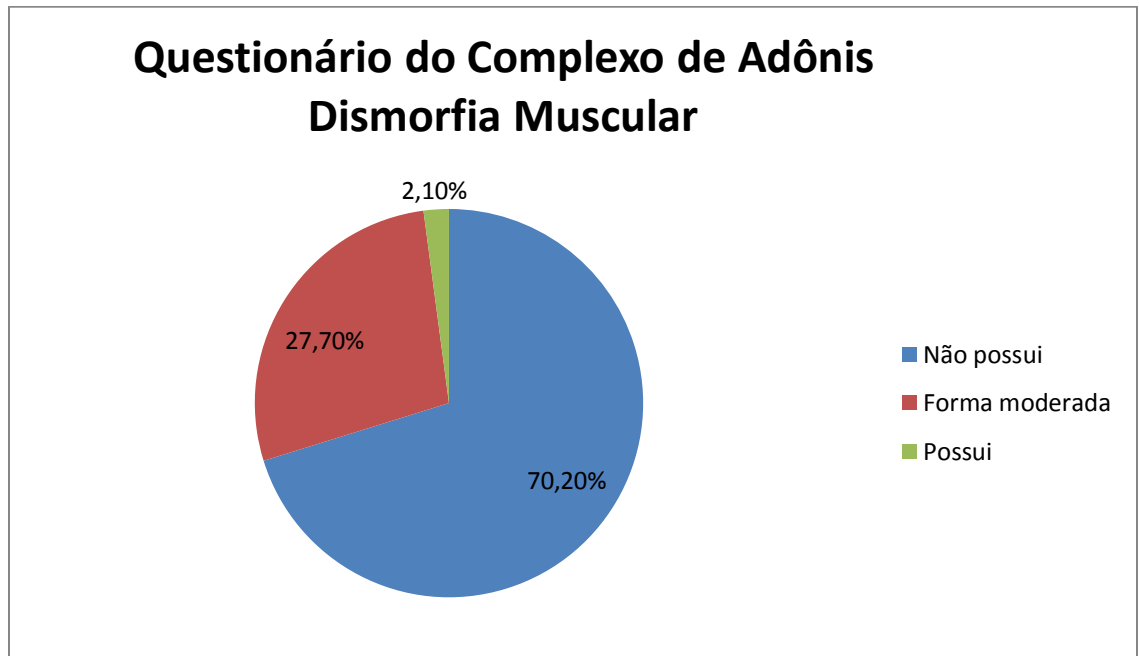
Tabela 3: Caracterização da satisfação corporal, dos scores do complexo de Adônis e da escala de silhuetas de Damasceno.

	fa	%
VOCÊ SE SENTE INSATISFEITO COM A SUA PRÓPRIA IMAGEM?		
Sim	13	29,5
Não	31	70,5
SCORES DO COMPLEXO DE ADÔNIS		
Não possui DM	33	70,2
Forma moderada de DM	13	27,7
Possui DM	1	2,1
ESCALA DE SILHUETAS DE DAMASCENO		
Pouco insatisfeito	16	36,4
Insatisfação média	21	47,7
Muito insatisfeito	7	15,9

Com relação aos dados do questionário aplicado para identificar possíveis práticas relacionadas a um comportamento de Dismorfia Muscular, foi observado que 70,2% não

possuem DM, porém, 27,7% possuem de forma moderada e que 2,1% possui DM. Podemos dizer que 29,8% dos professores possuem esse transtorno (FIGURA 2).

Figura 2: Prevalência de dismorfia muscular de acordo com o questionário Complexo de Adônis.



Fazendo uma associação da insatisfação com a própria imagem com as escalas de diagnóstico de dismorfia muscular, percebeu-se que professores que são insatisfeitos com a própria imagem de acordo com as respostas indicadas pelos mesmos, 75% possuem insatisfação média segundo a escala de damasceno, e dos que não são insatisfeitos com a própria imagem, um total de 51,9% são pouco insatisfeitos, também de acordo com a escala de silhuetas. Quando comparados ao scores do complexo de Adônis, quem possui insatisfação com a própria imagem, 50% tem forma moderada de dismorfia muscular, e quem não possui insatisfação com a própria imagem, 79,3% não possui dismorfia muscular de acordo com os scores do complexo de Adônis (TABELA 4).

Tabela 4. Associação da insatisfação com a própria imagem com escalas de diagnóstico de dismorfia muscular.

ESCALA DE SILHUETAS DE DAMASCENO*				
Insatisfação própria imagem.	Pouco insatisfeito	Insatisfação média	Muito insatisfeito	Total
Sim	0 (0%)	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)
Não	14 (51,9%)	9 (33,3)	4 (14,8%)	27 (100%)

SCORES DO COMPLEXO DE ADÔNIS**				
Insatisfação própria imagem.	Não possui	Forma moderada	Possui	Total
Sim	5 (41,7%)	6 (50%)	1 (8,3%)	12 (100%)
Não	23 (79,3%)	6 (20,7%)	0 (0%)	29 (100%)

* significância no teste Qui-quadrado com $p = 0,007$. ** significância no teste Qui-quadrado com $p = 0,036$

Em pelo menos uma das associações, a insatisfação, de acordo com a escala de silhuetas e com o score do complexo de Adônias, ocorreu uma influência significativa, sendo $p < 0,05$ na associação da insatisfação corporal com a escala de silhuetas, e $p < 0,05$ na relação com a insatisfação corporal de acordo com o scores do complexo de Adônias.

6 DISCUSSÃO

Ao analisar a prevalência de Dismorfia muscular em professores de musculação da cidade de Fortaleza, nos direcionamos pela maioria dos estudos publicados, os quais apontam que esse transtorno acomete predominantemente homens com idade entre 17 a 30 anos. Estudos realizados por Pope et al., (1993), ao analisar uma amostra de 108 fisiculturistas, homens, com e sem uso de esteroides anabolizantes, foi descrito o que foi denominado na época de anorexia nervosa reversa, hoje conhecida por Dismorfia muscular. Em 1995, Philips et al., também realizaram um estudo com a amostra sendo constituída por homens, dessa vez o estudo aconteceu em três países, no qual avaliaram a percepção de imagem. Constatando que em países ocidentais há uma maior prevalência de dismorfia muscular em comparação aos países orientais, associando tais dados ao fator mídia e cultura. Portanto, nosso trabalho foi realizado com Professores de Educação Física, jovens e do sexo masculino para avaliar se estes são mais acometidos por esse transtorno, uma vez que vivenciam constantemente exigências por uma imagem corporal dita ideal.

Existe uma grande preocupação em se diagnosticar o nível da dismorfia muscular de maneira precoce com o intuito de viabilizar intervenção, porém a nossa amostra teve uma idade média de 30,4 anos, e segundo Zagalaz, (2005) a faixa etária na qual existe uma maior prevalência de transtornos relacionados à Dismorfia Muscular é de 17 a 30 anos. Logo, a faixa etária dos entrevistados estaria, segundo este estudo, diferindo do ciclo da vida no qual é mais prevalente, podendo indicar que entre os profissionais avaliados esse transtorno pode ocorrer em fases mais tardias.

No que concerne às características sócio demográficas dessa população, 33,3% tem uma renda em torno de 4.400 a 7.040 R\$, indicando uma renda acima dos padrões de ganho de um profissional de educação física. A (SER) pesquisada concentra um grande número de academias consideradas padrão A, com mensalidades podendo chegar até 400,00 R\$ mensais. Responde por 18.572 dos estabelecimentos da capital. Tendo gerado no ano de 2008, 241.669 empregos. O setor de serviços possui maior destaque na regional, tendo empregado em 2008 125.498 pessoas num total de 9.044 estabelecimentos (Anuário de Fortaleza, 2013). A maioria dos professores pesquisados passa entre 6 a 10h por dia nas academias de musculação e apenas

2% dos professores possuem pós-graduação, um número reduzido de indivíduos com formação continuada se associarmos à média de idade dos professores.

Pope et al., (1997) relatam que indivíduos podem abandonar relacionamento social e familiar, ou mesmo abandonar sua carreira profissional, a fim de passar mais tempo na academia de musculação uma vez acometidos por esse transtorno. A maioria dos professores pratica musculação, mesmo após uma carga horária de trabalho extensa, ainda reservam um tempo para o treino resistido.

Quando perguntados se eram satisfeitos com os seus corpos, muitos responderam que sim e que deveriam estar satisfeitos devido ao fato de serem professores de educação física. Isso indica que o fator social interfere na forma de ver o corpo. Mas por meio de uma escala de silhuetas, podemos afirmar que esse estudo apontou que a maioria dos professores é insatisfeito com o seu corpo, de forma leve a grave. Porém, ao pesquisar literaturas científicas sobre a preocupação com a imagem corporal em homens no Brasil, verificamos um reduzido número de artigos que abordam essa temática. Assim como relatado no estudo de Pope, Phillips & Olivardia, 2000, onde mostram que poucos estudos foram realizados sobre esses transtornos no sexo masculino.

Percebe-se que as preocupações com a imagem corporal de homens não têm sido abordadas na literatura científica como as preocupações com a imagem corporal em mulheres, ocasionando a ausência de diagnóstico desse transtorno, muitas vezes por não assumir, e como visto nesse estudo, por não conhecerem a dismorfia muscular. Quando perguntados se conheciam o tema dismorfia muscular, 78% não conhecem nada sobre o tema, o que leva a um grave risco de se negligenciar esse transtorno. Nenhum estudo foi realizado com o objetivo de se saber o nível de conhecimento relacionado à dismorfia muscular.

Diferentemente de estudos realizados nos EUA e Europa, em sua grande maioria liderada por G Pope, nos quais a Dismorfia Muscular já é considerada uma “epidemia”, os professores de musculação dessa amostra não demonstraram uma alta prevalência de Dismorfia muscular, uma vez que um total de 70,2% não possuíam Dismorfia. Porém, quase 30% dos professores apresentaram Dismorfia Muscular, sendo de moderada a grave. Concordando com estudo de Pope, (1993) que nos traz dados em que entre nove milhões de norte-americanos que

frequentam academias de ginástica, existe perto de um milhão de pessoas afetadas por um transtorno de ordem emocional que os impede ver-se como são na realidade. Por mais treinamento que essas pessoas realizem, por mais musculatura que desenvolvam, elas sempre se acharão fracas, débeis, raquíticas e sem nenhum atrativo físico.

Quando colocados a responderem a uma escala de silhuetas, 100% estão insatisfeitos com sua imagem, sendo 36,4% pouco, 47,7% médio e 15,9% muito insatisfeito com sua imagem. Problemas atrelados à autoimagem são em alguns casos o motivador e não a consequência. São casos como baixa autoestima, ansiedade, que podem influenciar o sujeito ao uso de esteroides anabolizantes. Ainda como causa, temos hoje um tema que dá margem a esse tipo de distúrbio, a masculinidade ameaçada, citada por Pope, em 2000, tida por esse autor como um fator de preocupação dos homens nos dias atuais.

A descrição proposta é bem simples, alguns homens se sentiriam ameaçados pela crescente capacitação feminina, onde as mulheres disputam mercado de trabalho com eles e em algumas casas ganham um melhor salário que seus maridos. Essa posição de dominação deixa, segundo estudo proposto por Pope (2000), o homem mais inseguro e gera nele uma vontade de se distinguir das mulheres em alguma coisa, ainda que apenas na parte física.

Em estudos realizados por CHOI, PAPA, e OLIVARDIA (2002), estes constataram que homens têm um grande desejo de ficarem maiores e com os corpos mais musculosos. Esses dados reforçam os dados do presente estudo, mostrando que há sempre um desejo em ser mais musculoso, como foi observado na escala de silhuetas, e de nunca estarem satisfeitos com o próprio corpo. Porém, deve-se ter bastante cuidado ao avaliar esse transtorno. Sabemos que existe uma preocupação com a autoimagem, e isso é completamente normal, porém quando atividades diárias são comprometidas, é preciso que o diagnóstico e o tratamento sejam realizados.

A literatura, por meio de Assunção, (2002) nos traz alguns critérios para identificarmos o aparecimento de Dismorfia Muscular, dentre eles o que mais se repete é a preocupação com que eles têm em serem observados, e a mudança nas atividades diárias, incluindo lazer, alimentação e o modo de como se vestem.

Quando foram perguntados se gostariam de usar anabolizantes, 20,5% responderam que sim. Uma proporção pequena comparada à amostra, porém, por se tratarem de professores de

educação física, e que deveriam saber dos riscos que tal medida pode ocasionar, esse número é considerável e preocupante. Não há estudos na literatura que investigue o uso de anabolizantes em professores de educação física. Dados mais alarmantes nos dizem que 72,1% dos professores conhecem algum praticante de musculação que já fez uso de anabolizantes.

Pope, (1993) relatou que a DM deu-se em uma amostra de indivíduos levantadores de peso na qual se evidenciou uma correlação positiva entre o uso de EA e a presença do transtorno. Os EA são utilizados ilicitamente por indivíduos, atletas ou não, com o objetivo de aumentar a força muscular ou melhorar a aparência. Além disso, os EA teriam ação direta no crescimento do tecido muscular.

Nos achados de Pope (2006), muitos usuários de EA tem desenvolvido pela primeira vez a síndrome completa de DM após a sua primeira experiência com o uso de EA, o que sugere que o uso de EA e o ganho de músculos, não necessariamente irão resolver as inseguranças desses homens sobre seu tamanho.

O uso de anabolizantes, a mídia, o desejo de um ideal de físico hipertrofiado, podem levar o indivíduo a desenvolver DM.

Portanto, o professor de musculação tem um papel fundamental no processo de ensino e conscientização das consequências que o uso de anabolizantes pode causar, já que o estudo aponta que a maioria desses profissionais tem conhecimento dos alunos que se utilizam de recursos ergo gênicos nas academias de musculação.

7. CONCLUSÃO

O estudo identificou uma baixa prevalência de dismorfia muscular na amostra de professores da SER II da cidade de Fortaleza, mas não sendo um número que pode ser desconsiderado. Não se mostrou relevante no que se refere a comprometimento no comportamento diário, na mudança de rotina ou de preocupação exagerada com a imagem. Porém, quando foi traçado um paralelo com a satisfação corporal, a resposta foi diferente. A maioria dos sujeitos apresentou um alto índice de insatisfação o que pode potencializar o aparecimento da Dismorfia Muscular.

A maioria da população tendeu ao ideal de beleza mais musculoso, o que nos sugere a possibilidade de acometimento de DM nesses indivíduos. Muitos professores relataram que não têm tempo para poder realmente atingir o “padrão ideal” de corpo desejado, implicando diretamente no resultado do questionário do complexo de Adônis, pois as questões pretendem saber o que o pesquisado faz, e não o que ele gostaria de fazer.

Portanto, este estudo indica que se faz necessária a abordagem desse tema no processo de formação dos Professores de Educação Física, nas academias, nos ambientes de ensino e em ambientes relacionados à saúde. Além de gerar um documento que mostra um fator motivador à capacitação de profissionais para melhor lidar com esse tipo de problema de percepção de imagem corporal, principalmente aqueles que lidam diretamente com esses sujeitos como professores e psicólogos.

Percebe-se que a população pesquisada não está preparada para trabalhar com indivíduos com transtorno. Muitos não conhecem a DM, impossibilitando o diagnóstico precoce no público que frequenta as academias de musculação, haja vista o grande risco à saúde pública pelo uso desmedido de anabolizantes.

Contudo, é necessário que mais estudos relacionados ao acometimento de DM sejam realizados, investigar se há prevalência de DM em praticantes de musculação trariam dados relevantes ao diagnóstico desse transtorno, gerando dados que possibilitariam analisar se essa epidemia que já é bastante estudada nos EUA e na Europa, também ocorre no Brasil

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSUNÇÃO, S. S. Muscle dysmorphia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 24, n.2, p. 80-84. 2002.
- ARRAZ, C. H. **Jornal Correio Brasiliense**. Disponível em <www.correiobrasiliense.com.br>, acesso em 15 de abril de 2010.
- AZEVEDO A.P., FERREIRA A.C., DA SILVA P.P., CAMINHA I.O., FREITAS C.M.. Dismorfia Muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. **Motricidade**, vol. 8, n. 1, p. 53-66, 2012.
- BJORNSSON, A. S.; DIDIE, E. R.; PHILLIPS, K. A. Body dysmorphic disorder. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 12, n. 2, p. 221, 2010.
- CASTRO, L. ANA, Culto ao corpo: identidades e estilos de vida. **VIII Congresso Luso Afro Brasileiro de ciências sociais**, 2004.
- CHI-FU, J., YANG J., P.G. Y POPE, H G. JR. Male Body Image in Taiwan Versus the West: Yanggang Zhiqi Meets the Adonis Complex. **American Journal of Psychiatry**, vol. 162, n. 1, p. 263-269, 2005.
- CHOI PY, POPE HG, JR., OLIVARDIA R. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. **Brazilian Journal of Sports Medicine**; vol. 36: p. 375-6; discussion. 7. 2002.
- DIAS, M. S, de ALMEIDA, COOPERATIVA DO FITNES – BH, **Vigorexia ou Síndrome de Adônis**, 2007.
- FERREIRA, A.A.; NOGUEIRA, J.D.; WIGGERS, I.; FONTANA, K.E.Composição e percepção corporal de adolescentes de escolas públicas. **Motricidade**, v. 9, n. 3, p. 19-29, 2013.
- FIDELIX, Y.L.; SILVA, D.A.S.; PELEGRINI, A.; DA SILVA, A.F.; PETROSKI, E.L. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes de uma cidade de pequeno porte: associação com sexo, idade e zona de domicílio. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, vol. 13, n.3, p. 202-207. 2011.
- FLECK, S. J., & KRAEMER, W. J. **Fundamentos do treinamento de força muscular**. RS: Artmed. 2006.
- GARNER, D.M. Y GARFINKEL, P.E. Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. **International Journal of Psychiatric in Medicine**, vol.3, p. 263-284. 1981.
- GRIEVE, F. G. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. **Eating Disorders**, vol. 15, p. 63-80. 2007.
- MATAIX, J. Cult of the body beautiful: at what cost? **Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)**, v. 103, n. 8, p. 655-660, 2012.

PETROSKI, E.L., PELEGRINA, A., GLANER, M.F. Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1071-1077, 2012.

POPE H. G. JR, GRUBER A. J., MANGWETH B., BUREAU B., DECOL C., JOUVENT R., et al. Body image perception among men in three countries. **American Journal of Psychiatry**; vol. 157, n. 8, p. 1297-301. 2000.

POPE H. G. JR, KATZ D. L., HUDSON J. I. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. **Comprehensive Psychiatry**; vol. 34, n.6, p. 406-9, 1993.9

POPE H. G. JR, GRUBER, A. J., CHOI, O., OLIVARDIA, R., & PHILLIPS, K. A. Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**, vol. 38, p. 547-548, 1997.

POPE, H.G. JR, KATZ, D.L. Y HUDSON, J.L. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. **Comprehensive Psychiatry**, vol. 34, n.6, p. 406-409. 1993.

POPE, H.G.JR, BROWER, K.J. Anabolic-androgenic steroid abuse. **Comprehensive Psychiatry**, vol 8, p. 1085-1095, 2000.

POPE, H.G. JR, KATHERINE, A. PHILLIPS, M.D. Y OLIVARDIA, R. The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession. **American Journal Psychiatry**, vol. 158, p. 1947-1948, 2003.

ROHMAN, L. The relationship between anabolic androgenic steroids and muscle dysmorphia: A review. **Eating Disorders**, vol. 17, p. 187-199, 2009.

SCHERER, F.C., MARTINS, C.R., PELEGRINI, A., MATHEUS, S.C., PETROSKI, E.L. Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 59, n. 3, p.198-202, 2010.

SOLER, P. T. et al. Vigorexia e níveis de dependência de exercício em frequentadores de academias e fisiculturistas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 19, n. 5, p. 343-348, 2013.

ROIZ DA SILVA DIOGO, a história do corpo feminino e masculino no ocidente medieval, **Cad. Pagu no.33 Campinas July/Dec. 2009**, <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332009000200018>.

ZAGALAZ, M.L., MARTÍNEZ, E. Y RODRÍGUEZ, I. Anorexia nerviosa y práctica de ejercicio físico para perder peso. **Educación Física y Deportes**, v. 82, p.12-18. 2005.

Anexos

ANEXO I

QUESTIONÁRIO DO COMPLEXO DE ADÔNIS

1 Quanto tempo passa por dia preocupado com algum aspecto relativo à sua aparência (não apenas pensar, mas preocupar-se verdadeiramente)?

- a) Menos de 30 minutos
- b) Entre 30 e 60 minutos
- c) Mais de 60 minutos

2 Com que frequência se sente angustiado em relação à sua aparência (ou seja, aborrecido, ansioso, deprimido)?

- a) Raramente ou mesmo nunca;
- b) Algumas vezes;
- c) Frequentemente;

3 Com que frequência evita que as pessoas vejam seu corpo ou partes dele? Por exemplo, com que frequência evita praias, piscinas, ou outras situações em que tenha que se despir? Ou ainda, com que frequência usa determinadas roupas para alterar ou disfarçar a sua aparência corporal, tal como um chapéu para esconder o cabelo ou roupas largas para esconder o corpo?

- a) Raramente ou mesmo nunca;
- b) Algumas vezes;
- c) Frequentemente;

4 Quanto tempo desprende por dia em atividades destinadas a cuidar e melhorar a sua aparência?

- a) Menos de 30 minutos;
- b) Entre 30 e 60 minutos;
- c) Mais de 60 minutos;

5 Quanto tempo dedica por dia a atividades físicas para melhorar sua aparência, tais como, levantar pesos, fazer abdominais, ou correr na rua? (Incluir apenas aquelas atividades esportivas nas quais o seu objetivo é melhorar sua aparência):

- a) Menos de 60 minutos;
- b) Entre 60 e 120 minutos;
- c) Mais de 120 minutos;

6 Com que frequência entra em dieta, come comidas especiais (por exemplo, ricas em proteínas ou baixas em gorduras), ou toma suplementos nutricionais especificamente para melhorar a sua aparência?

- a) Raramente ou mesmo nunca;
- b) Algumas vezes;
- c) Frequentemente;

7 Quanto do seu rendimento é gasto em itens destinados ao melhoramento de sua aparência (por exemplo, dietas, suplementos nutricionais, cosméticos, equipamento para exercício ou mensalidade da academia)?

- a) Uma quantia significativa;
- b) Uma quantia substancial, mas que nunca atinge o ponto de causar problemas financeiros;
- c) O suficiente para por vezes causar problemas financeiros;

8 Com que frequência as suas atividades relacionadas com o melhoramento da aparência prejudicam suas relações sociais? Por exemplo, o seu treino físico, as dietas, ou outro comportamento relacionado, já comprometeram as suas relações com outras pessoas?

- a) Raramente ou mesmo nunca;
- b) Algumas vezes;

c) Frequentemente;

9 Com que frequência a sua vida social é comprometida pela sua preocupação com a aparência?

- a) Raramente ou mesmo nunca;
- b) Algumas vezes;
- c) Frequentemente;

10 Com que frequência as suas preocupações ou atividades relacionadas com a aparência comprometem o seu emprego, a sua carreira (ou o seu desempenho acadêmico caso seja estudante)? Por exemplo, já chegou atrasado ao emprego ou escola, já trabalhou abaixo das suas capacidades, já perdeu oportunidades de ser promovido, devido às suas necessidades relacionadas com a aparência ou à sua auto consciência?

- a) Raramente ou mesmo nunca;
- b) Algumas vezes;
- c) Frequentemente;

11 Com que frequência evita ser visto por outras pessoas devido às suas preocupações com a aparência (por exemplo, não ir à escola, ao emprego, a eventos sociais, aparecer em público)?

- a) Raramente ou mesmo nunca;
- b) Algumas vezes;
- c) Frequentemente;

12 Já tomou alguma vez algum tipo de substância legal ou ilegal para ganhar massa muscular, perder peso, ou para outro efeito relacionado com a aparência?

- a) Nunca;
- b) Apenas substâncias legais obtidas legalmente e/ ou com receita médica;
- c) Uso ilegal de esteroides, pílulas de emagrecimento e/ ou outros;

Poderia citar qual tipo?*

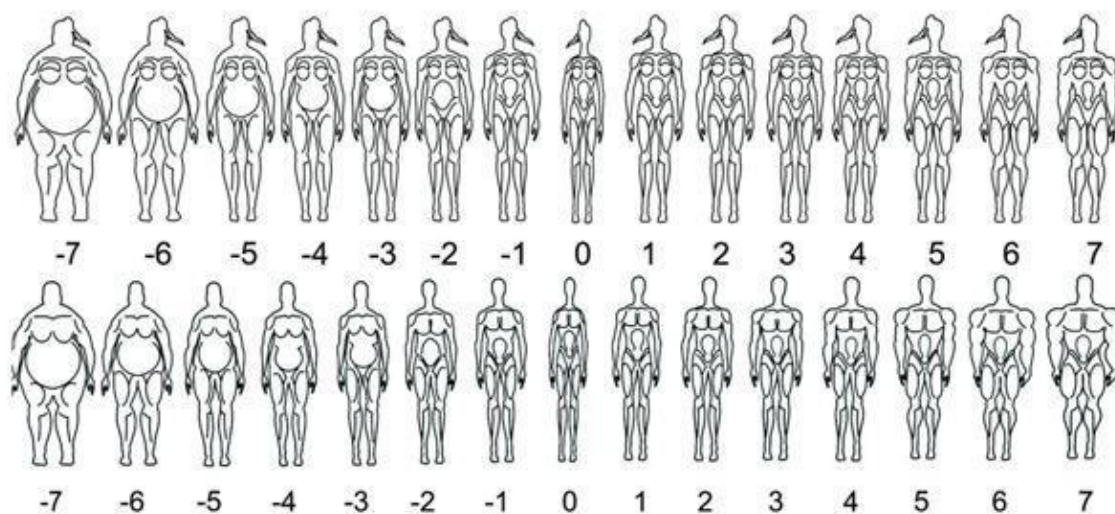
13 Com que frequência toma medidas extremas (outras que não o uso de substâncias) para alterar a sua aparência, tais como, exercício excessivo; fazer exercício físico mesmo machucado; ingerir muita “comida pronta”, ou ter outro tipo de dieta não saudável; vomitar, usar laxantes ou outro método purgativo; ou utilizar métodos não convencionais?

- a) Raramente ou mesmo nunca;
- b) Algumas vezes;
- c) Frequentemente;

*** Observação, na questão 12, a indagação sobre o tipo de anabolizante utilizado não estava prevista originalmente, tendo sido colocada em apenso ao original.**

ANEXO II

ESCALA DE SILHUETAS DE DAMASCENO



FÓRMULA	SI – SA
Resultado	Valores
Pouco insatisfeito	Menor ou igual a 1
Insatisfação mediana	Entre 2 e 4
Alta insatisfação	Acima de 5

ANEXO III

Termo de consentimento livre e esclarecido

Solicitamos ao Professor de musculação, para que participe de uma entrevista realizada com Professores de musculação que trabalhem em academias da SER II da cidade de Fortaleza, ressaltando que não haverá identificação dos Professores de forma alguma, sendo seu uso restringido à área acadêmica e à posterior criação de um banco de dados para futura comparação com uma nova análise.

Este trabalho se justifica pela falta de um instrumento como o tal em mostrar aos profissionais competentes a incidência da desordem psiquiátrica Dismorfia Muscular, ou Vigorexia, em professores de musculação na cidade de Fortaleza - Ce. Pretende-se que com o resultado da análise possamos dar uma referência a estes mesmos profissionais, mostrando se há ou não a necessidade de uma maior qualificação neste ramo de atendimento. Quando se fala em profissionais competentes, entendam-se, psicólogos, psiquiatras, e Profissionais de Educação Física.

A Dismorfia Muscular se caracteriza como sendo uma insatisfação ou inconformidade com sua autoimagem, se colocando de forma antagônica à anorexia, levando esses sujeitos à depressão, ansiedade e em muitos casos ao uso de esteroides anabólicos, almejando a redução constante do percentual de gordura.

Segundo alguns estudos, a idade de maior incidência da doença é de 15 a 30 anos de idade, em indivíduos do sexo masculino, podendo variar conforme o apelo à imagem corporal feito pela sociedade em que o jovem se insere. Com base neste dado, tencionamos avaliar homens na faixa etária entre 18 e 30 anos, analisando seu nível de satisfação com o próprio corpo, se possuem ou não o desvio de imagem conhecido como Dismorfia Muscular.

Os instrumentos a serem utilizados serão o Questionário do Complexo de Adônis, desenvolvido por Pope no ano de 2000, a Escala de Silhuetas de Damasceno, idealizada por Damasceno em 2011, como um paralelo à escala de Stunkard, pois esta não contemplava os estereótipos musculosos que alguns indivíduos buscavam ter.

Dados do pesquisador, Alessandro Melo Linhares, e-mail, linharesalex@hotmail.com, contato, (85)986284140, orientado pela, Prof.^a Dr.^a Luciana Catunda de Brito, ligados à Universidade Federal do Ceará, Instituto de Educação Física e Esportes, contato, 3366-9217.

Assinatura do participante

Data

Assinatura do pesquisador

Data

ANEXO 2 - Formulário de Identificação e Avaliação Sócio Econômica, Cultural e de Saúde.

QUESTIONÁRIO			
Data da consulta:			
DADOS PESSOAIS			
Nome:			Telefone:
Sexo:	Idade:	Naturalidade:	
Estado Civil:		Padrão de sono:	
Procedência:		Renda Familiar:	
Escolaridade:		Profissão:	
OUTRAS INFORMAÇÕES			
Fuma?	Sim ()	Não ()	Frequência:
Bebe?	Sim ()	Não ()	Frequência:
Atividade física:		Funcionamento intestinal:	
Ingestão hídrica:		Turno de trabalho:	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS			
Motivo da participação no projeto:			
<ul style="list-style-type: none"> • Você conhece alguém que faz uso de EAA? 			
<ul style="list-style-type: none"> • Você gostaria de usar EAA? 			
<ul style="list-style-type: none"> • Existe algum praticante da academia que usa EAA? 			
<ul style="list-style-type: none"> • O que você sabe sobre EAA? 			
<ul style="list-style-type: none"> • Você se sente insatisfeito com sua auto imagem? Por que? 			