

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**TALISSA RIBEIRO GUIMARÃES**

**VIGOREXIA COMO REFLEXO DA CONTEMPORANEIDADE:  
INTERFERÊNCIAS DA PREOCUPAÇÃO EXACERBADA COM O  
CORPO NA VIDA DAS PESSOAS**

**ADONIS COMPLEX AS A REFLECTION OF CONTEMPORANEITY:  
THE EXAGGERATED CONCERN INTERFERENCE WITH THE  
BODY IN *PEOPLE'S LIFE***

**Campinas**

**2013**

**VIGOREXIA COMO REFLEXO DA CONTEMPORANEIDADE:  
INTERFERÊNCIAS DA PREOCUPAÇÃO EXACERBADA COM O  
CORPO NA VIDA DAS PESSOAS**

**Orientador: Profa. Dra. Paula Teixeira Fernandes**

***ADONIS COMPLEX AS A REFLECTION OF CONTEMPORANEITY:  
THE EXAGGERATED CONCERN INTERFERENCE WITH THE  
BODY IN PEOPLE'S LIFE***

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de bacharela em Educação Física.

Monograph presented to the Graduation Programme of the School of Physical Education of University of Campinas to obtain the Bachelor's degree in Physical Education.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA  
MONOGRAFIA DEFENDIDA PELATALISSA RIBEIRO GUIMARÃES, E  
ORIENTADO PELA PROF. DR. PAULA TEIXEIRA FERNANDES**

Assinatura da orientadora

Campinas, 2013

G947v Guimarães, Talissa Ribeiro, 1992-  
Vigorexia como reflexo da contemporaneidade: interferências da preocupação exarcebada com o corpo na vida das pessoas / Talissa Ribeiro Guimarães. – Campinas, SP: [s.n], 2013.

Orientador: Paula Teixeira Fernandes.  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Dismorfia muscular. 2. Imagem corporal – aspectos psicológicos. 3. Estética. 4. Contemporaneidade. I. Fernandes, Paula Teixeira. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

#### Informações para Biblioteca Digital

**Título em inglês:** Adonis complex as a reflection of contemporaneity: the exaggerated concern interference with the body in people's life

**Palavras-chaves em inglês:**

Muscle Dismorphy

Body image disorder

Contemporaneity

Esthetic

**Titulação:** Bacharelado em Educação Física

**Banca examinadora:**

Paula Teixeira Fernandes [orientador]

Marco Uchida

**Data da defesa:** 06-11-2013

## DEDICATÓRIA

À minha mãe, minha guia e, se é que é possível, meu anjo da guarda. Fora da esfera acadêmica, a maior e melhor orientadora que a vida poderia me oferecer.

## AGRADECIMENTOS

Primeiro, à minha mãe. Qualquer agradecimento a ela vai parecer clichê e lógico. Prefiro dizer que te amo e que eu não seria nada sem você. Acho que basta e resume tudo.

A Deus – desculpa, Senhor, mas minha mãe vem antes, sim – Obrigada! Acreditando ser a fé algo essencial, agradecer a Ele é imprescindível porque, às vezes, o ato de acreditar é o suficiente numa jornada.

Ao meu nego, meu irmão, meu anjo, Igor Henrique. Dizem que a gente tem que estar rodeado de pessoas melhores para nos tornarmos melhores. Você é a personificação dessa frase. Seria difícil descrever o quão melhor eu sou depois de conhecer você; é o dono do meu melhor olhar de admiração e orgulho. Pode vir o que vier, estarei sempre ao seu lado. Muitíssimo obrigada por tudo!

Ao Thiago Paulucci, meu irmão, há anos do meu lado, me apoiando em todos os devaneios e loucuras desde adolescentes. Meus netos ouvirão falar muito de você! Obrigada por toda a força e por todo o apoio durante todos esses anos. Que consigamos permanecer amigos assim por muito mais tempo.

À Flávia, à Carol, à “Tia”, ao Marcelo, ao Gui e ao Igor Albuquerque, amigos mais próximos e queridos da faculdade que, quase sempre, foram meus pontos preferidos de tranquilidade quando a vida - não só a acadêmica - parecia querer nos enlouquecer.

À Lígia, ao Lucas, ao Toni e a Marina, amigos desde o ensino médio que foram meus pontos de paz e de loucura quase sempre. Os melhores e mais loucos. Obrigada, gente!

À equipe da academia Golden Fitness que permitiu que eu crescesse absurdamente no âmbito profissional, suportando minhas falhas e mostrando-me uma postura ideal dentro do ambiente de trabalho, permitindo toda uma aplicação teórica, muitas vezes, não livre de erros.

A todos que, indiretamente, me ajudaram a manter a sanidade mental na reta final, que me ouviram e me ajudaram, cada um de sua forma particular. Vocês foram e são importantíssimos também.

Por último e igualmente importante, a essa grande orientadora, Paula Fernandes. Obrigada por despertar essa grande paixão pela psicologia e pesquisa; por tornar mais leve esse trabalho denso e cansativo. Você é uma grande mulher!

GUIMARÃES, Talissa. **Vigorexia como reflexo da contemporaneidade: interferências da preocupação exacerbada com o corpo na vida das pessoas.** 2013. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

## RESUMO

A preocupação atual com a estética é crescente de tal forma que chega a ser preocupante. Modelar o corpo parece ser o fator primordial para ser aceito na sociedade contemporânea, havendo até uma inversão de valores. Ser esteticamente bonito é o melhor atalho para o sucesso e, alguns acreditam até que, para a felicidade. O que leva algumas pessoas a uma busca inútil por um padrão estético que sempre será inalcançável enquanto forem escravas de um espelho que mostrará uma visão distorcida de si mesmas. Uma visão que demasiadamente exagera pequenos defeitos físicos e diminui a musculatura por mais desenvolvida que esta seja, tornando os indivíduos reféns de uma doença psicológica denominada vigorexia, que os leva a treinamentos de força pesadíssimos, dietas hiperproteicas e, em alguns casos, ao uso de anabolizantes. O objetivo desse trabalho foi identificar o perfil dos sujeitos com vigorexia e avaliar como e quais áreas da vida foram mais afetadas por essa preocupação exacerbada com o corpo. Para isso, foram aplicados 2 questionários – um para reconhecer e determinar o nível de vigorexia (Questionário do Complexo de Adônis), e outro com perguntas relacionadas à vida e ao comportamento dos voluntários (MASS – Muscle Appearance Satisfaction Scale) – para 27 indivíduos, em duas academias distintas no distrito de Barão Geraldo, em Campinas, sendo destes, 23 indivíduos com o já mencionado transtorno de imagem corporal. Os voluntários demonstraram, em sua grande maioria, não gostar do que veem no espelho, chegando a usar roupas largas ou bonés para esconder determinadas partes do corpo e todos disseram seguir uma dieta própria baseada em proteínas; demonstraram alto grau de dependência nos treinos com pesos, e em checagem dos músculos e propensão ao uso de substâncias. Alguns dos indivíduos com vigorexia demonstraram ser jovens, ansiosos e até apresentar sintomas depressivos. Sendo assim, as áreas mais afetadas da vida demonstraram ser a social e a pessoal, já que mostraram também altos índices de baixa satisfação pessoal, além dos prejuízos à saúde ligados ao alto índice de propensão ao uso de anabolizantes.

**Palavras-Chave:** Vigorexia; Transtorno de Imagem Corporal; Estética Contemporânea

GUIMARÃES, Talissa. **Adonis Complex as a reflection of contemporaneity: the exaggerated concern with body in people's life.** 2013. 77 f. Monography (Graduate in Physical Education) - School of Physical Education, State University of Campinas, Campinas, 2013.

## ABSTRACT

The current concern with aesthetics is growing in such a way that comes to be worrying. Modeling the body seems to be the primary factor to be accepted in contemporary society, which even shows a reversal of values. Be aesthetically beautiful is the best shortcut to success, and some people even believe, to happiness. It leads some people to a search by a useless aesthetic standard, which is always unreachable, while they are slaves of a mirror that shows a distorted vision of themselves. A vision which exaggerates small physical defects and decreases the musculature by more developed it is, making individuals hostage to a psychological disease called Muscle Dysmorphia, which leads them to trainings of enormous strength, superprotein diets, and in some cases the use of anabolic steroids. The aim of this work was to identify the profile of subjects with Muscle Dysmorphia and to assess how and what areas of life are most affected by this exaggerated concern interference with the body. For this reason, two questionnaires were used - one to recognize and identify the level of Muscle Dysmorphia (Adonis Complex Questionnaire), and the other with questions related to the life and behavior of volunteers (MASS - Muscle Appearance Satisfaction Scale) - to 27 individuals, in two distinct fitness centers in Barão Geraldo District in Campinas, in which 23 individuals had the body image disorder previously mentioned. The vast majority of volunteers demonstrated, not to like what they see in the mirror, using loose clothes or hats to hide certain parts of their body, and all of them said to be on a diet based in proteins; demonstrated high degree of dependence in training with weights, and in checking the muscles and propensity to use some kinds of substances. Some of them demonstrated to be young, eager, and some even had depressive symptoms. Thus, the most affected areas of life were the social and personal ones, since they also showed high rates of low personal satisfaction, in addition to the damage to health linked to high index of propensity to use anabolic steroids.

**Keywords:** Adonis Complex; Body Image Disorder; Contemporary Esthetic

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Fatores associados ao desenvolvimento da dismorfia muscular...	30
<b>Figura 2</b> – Relação com a autoimagem.....	38
<b>Figura 3</b> – Escore do QCA masculino.....	40
<b>Figura 4</b> – Escores do QCA feminino.....	40
<b>Figura 5</b> – Médias dos escores do QCA.....	41
<b>Figura 6</b> – Resultado do MASS masculino.....	42
<b>Figura 7</b> –Resultado do MASS feminino.....	42
<b>Figura 8</b> – Comparativo dos escores do MASS.....	43
<b>Figura 9</b> – Valores dos parâmetros de F1 e SOMA .....	44
<b>Figura 10</b> – Valores dos parâmetro de F2 e SOMA .....	44
<b>Figura 11</b> – Valores dos parâmetros de F3 e SOMA .....	45
<b>Figura 12</b> – Valores dos parâmetro de F4 e SOMA .....	45

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Critérios para diagnosticar dismorfia muscular .....	22
<b>Tabela 2</b> – Caracterização dos sujeitos.....	36
<b>Tabela 3</b> – Tempo de treino da amostra .....	37
<b>Tabela 4</b> – Número de refeições e suplementos alimentares .....	38
<b>Tabela 5</b> – Resultado dos atletas de treinamento de força.....	45

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>DISMUS</b>	Dismorfia Muscular
<b>DSM</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico
<b>IMC</b>	Índice de massa corporal
<b>MASS</b>	Muscle Appearance Satisfaction Scale
<b>QCA</b>	Questionário do Complexo de Adônis
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento livre e esclarecido
<b>TDC</b>	Transtorno Dismófico Corporal
<b>TOC</b>	Transtorno Obsessivo Compulsivo

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	15
2.1 História do corpo .....	15
2.2 A vigorexia como subtipo do transtorno dismórfico corporal .....	20
2.3 A interferência da contemporaneidade na dismorfia muscular .....	28
3 OBJETIVOS .....	31
3.1 Objetivo geral .....	31
3.2 Objetivo específico .....	31
4 METODOLOGIA .....	32
4.1 Delineamento do estudo .....	32
4.2 Local .....	32
4.3 Amostra .....	33
4.3.1 Critérios de inclusão .....	33
4.3.1 Critérios de exclusão .....	34
4.4 Instrumentos .....	34
4.5 Coleta de dados .....	34
4.6 Processamento de análise dados .....	35
4.7 Aspectos éticos .....	35
5 RESULTADOS .....	36
5.1 Caracterização da amostra .....	36
5.2 Análise dos questionários .....	39
5.3 Teste T-pareado .....	45
5.4 Teste de correlação .....	51
6 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
REFERÊNCIAS .....	64

# 1 INTRODUÇÃO

Nosso corpo é nosso primeiro e maior mistério. É através dele que tomamos consciência de nosso lugar no mundo. Construimos e destruímos teorias corporais que constituem nossas experiências de vida; é o lugar onde tudo pode acontecer, e acontece (BARROS, 2001, p.33)

É na tentativa de buscar uma imagem e corpos ideais que construimos nossa imagem corporal. Tavares (2003) nos traz que, se pensarmos na subjetividade de cada indivíduo, este é um conceito que ultrapassa as questões de linguagem. Segundo ele, somos pressionados, a todo o instante, a concretizar o corpo ideal de nossa cultura. Schilder (1999, p. 311) complementa a ideia dizendo que “nossa imagem corporal só adquire suas possibilidades e existência porque nosso corpo não é isolado. Um corpo é, necessariamente, um corpo entre corpos. Precisamos ter outros à nossa volta”.

Entendamos, então, por imagem corporal a forma como o indivíduo se percebe e se sente em relação ao próprio corpo (TAVARES, 2003). Cada cultura constrói sua imagem de corpo e essas imagens induzem nossa forma de ver e sentir o corpo.

Lepargneur (1999) fez um comentário, em seu trabalho, dizendo que, na Idade Média, flagelavam-se para dominar os corpos. Nos dias atuais, usam dietas e treinos para modelar a aparência. Mudamos apenas os instrumentos de mortificação. Vale ressaltar que o estudo aponta para o exercício em demasia e as dietas altamente restritas. Não cabe aqui uma crítica ao exercício físico ou as dietas.

Hoje, podemos associar tranquilamente o corpo à ideia de consumo. Este é objeto de valorização exagerada dando espaço para o nascimento do “mercado do músculo”. Como diz Fernandes (2003): “O corpo está em alta! Alta cotação, alta produção, alto investimento... alta frustração!”. O homem, experimenta a todo momento uma aceitação social de conduta; vive o seu corpo e não a sua vontade.

Nahoum (1987) identifica dois fatos históricos como parte do processo de transformação de imagem social do corpo. O primeiro refere-se a propagação do ato de olhar-se no espelho e da multiplicação deste nas residências. O segundo relaciona-se com a educação dos sentidos, tendo a visão se tornado primordial no tocante à representação social. Nas palavras dele: “Como viver num corpo que não se vê? Como mirar a celulite na água do poço? Seu queixo duplo no fundo de uma panela de barro?

Como construir uma imagem corporal tendo por espelho os olhos dos outros?” (1987, p.23).

Esse processo tem um impacto negativo sobre a autoimagem, o que, segundo Becker (1999) pode gerar depressão e baixa autoestima. Quadros de uma imagem corporal distorcida, de uma visão de si mesmo que não corresponde à realidade e que, talvez, nunca corresponderá ao padrão de corpo perfeito imposto pela sociedade contemporânea.

A feiúra caracteriza, em um só tempo, uma ruptura estética e psíquica, da qual decorre a perda da autoestima. Vale lembrar que a dimensão ética é também rompida, pois deixar-se feia é interpretado como má conduta pessoal, podendo resultar na exclusão do grupo social (VILHENA, 2005, p. 126).

É possível apontar duas teses opostas no culto ao corpo: prazer ou sofrimento? É possível que se faça a pergunta: o quanto e em quais áreas especificamente, a vida dos indivíduos que apresentam uma imagem corporal distorcida – vigorexia para os padrões atuais de corpo musculoso- é afetada pela sua preocupação exacerbada com a sua forma física?

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 História do corpo

A importância dada ao corpo, no nosso tempo, contrapõe-se ao ofuscamento a que estava submetido no passado, fenômeno verificado na sequência de uma assinalável inversão de valores, traduzida na passagem das idades de acumulação de poupança e preocupação de consumo. (CRESPO, 1995, p. 7).

Nessas profundas transformações na forma de conceber o corpo, o pensamento dicotômico aparece como referencial dos tempos primórdios. Este, em hipótese, dividiu o corpo em duas subunidades: corpo físico e mente. Foi Sócrates, no início do século III a.C. quem iniciou essa forma de pensamento, definindo o corpo como perecível e a alma como imortal. Seu pupilo, Platão, anos mais tarde, veio intensificar essa linha de pensamento negligenciando ainda mais o físico classificando-o como mortal, impuro, degradante e visando a alma como eterna, pura e sábia. Nesse quadro, o corpo era visto como uma prisão e/ou empecilho para a ascensão máxima que a alma poderia obter (GALLO, 2000).

Percebia-se, nas representações artísticas desse período, maior dramaticidade. Nas esculturas havia dualidades entre o nu e o vestido, entre a força e a debilidade física. Demonstravam figuras em poses estáticas, ou seja, valorizavam o pensamento, a mente, a alma.

Segundo Gombrich (1999) foi só com a imposição política e ascensão do Império Romano que aconteceram mudanças no pensamento filosófico e, conseqüentemente, na forma de concepção do corpo. Foi-se atribuído um valor pagão de culto a beleza física e os romanos mantiveram-se guiados pela expressão de beleza grego-helenística que valorizava a harmonia e as estátuas demonstravam com perfeição a beleza do movimento.

“Nos períodos posteriores, as representações do corpo adquiriram outras dimensões, subjugando-o a temas que potencializaram questões místicas e/ou religiosas” (GOMBRICH, 1999).

Gombrich (1999) segue afirmando que, na Idade Média, o corpo serviu como instrumento de consolidação das relações sociais. A sociedade essencialmente

agrária explica o poder da presença corporal sobre a vida cotidiana. Era exigido muito trabalho manual e, por isso, características como peso, idade e altura eram essenciais para determinar a função social de cada um. Além disso, predominava o sistema de castas que impossibilitava qualquer tipo de ascensão social. Vale lembrar também, que estavam todos submetidos a uma forte moral cristã que impedia qualquer manifestação corporal e culto ao corpo, o que reacendeu a visão de corpo impuro e degradante. As artes apresentavam-se sempre com o corpo totalmente vestido, ou seja, sem qualquer preocupação com a estética física.

Todavia, os feudos prosperaram dando lugar a grandes centros comerciais que mais tarde se transformaram nas grandes cidades medievais. Essa expansão comercial, junto com o aumento da produtividade agrícola, deu condições para a instalação da indústria e, conseqüentemente, para a revolução industrial sendo seguida pela imposição do sistema capitalista que gerou mudanças bruscas nas relações sociais e trabalhistas e, logicamente na concepção de corpo (DUBY, 1992).

Vale lembrar que, na renascença, passou-se a usar o método científico como guia para as ações humanas. Logo, o corpo, aqui, apresentava-se com grande curiosidade e como alvo de estudos e experiências. Para Novaes e Vilhena (2003), desde a renascença o corpo do homem vem progressivamente sendo desvelado. Primeiro foi a pele, depois outras camadas, chegando aos músculos e tendões, e por fim o crânio é aberto, pondo a nu o chamado “orgão da alma”, regulador central desta “máquina humana”, o cérebro. A partir deste marco todas as atividades físicas eram regidas visando a saúde corporal.

A indústria tornou o trabalho completamente desprovido de criatividade, colocando a quantidade à frente da qualidade na ordem de prioridades. Nessa lógica, o corpo mostrou-se oprimido e passou a ser visto como máquina. O trabalho se transformou em uma simples repetição fisiológica gestual e a característica operária predominante, agora, contrária à força, era a resistência, a capacidade de suportar um enorme tempo em exercício.

Achavam que o corpo era uma máquina capaz de trabalhar sem parar, bastando-lhe um pouco de comida e de descanso. Ignorava-se a segunda lei da termodinâmica, a lei da entropia, que diz que a energia tende ao esgotamento. A fadiga e a neurastenia tornaram-se uma verdadeira epidemia, principalmente na França e Alemanha, onde a resistência às inovações foi ainda maior. (UGARTE, 2005, p. 4)

“As novas tecnologias de produção em massa desencadearam um processo de homogeneização de gestos e hábitos que se estendeu a outras esferas sociais, entre elas a educação do corpo, que passou a identificar-se não só com as técnicas, mas também com os interesses da produção” (HOBBSAWM, 1996). É a era dos moldes, coletes, espartilhos e corpetes, das formas de “corrigir os erros da natureza”. Observa-se então o início de uma preocupação estética com necessidade urgente de uma educação do corpo.

Gonçalves (1994) afirma que as novas formas de locomoção, o acesso mais fácil a informação e o aumento da expectativa de vida expandiram as formas de interação e de realização de práticas corporais, porém a padronização dos conceitos de beleza, fixada na necessidade real de consumo, foi responsável por diminuir muito a quantidade e a qualidade das práticas corporais no que se refere, principalmente, a afetividade e a sexualidade.

É no início do século XXI que os meios de comunicação começam a vincular somente figuras de corpos denominados “aceitos”, formando assim um estereótipo de corpo perfeito: magro, jovem, saudável, bonito e rodeado de consumo. Um corpo que se encaixa nesse padrão é, então, um atalho para o sucesso pessoal, social e econômico (Gonçalves, 1994).

Segundo Santos (2005), a propaganda apodera-se da subjetividade de cada indivíduo, fazendo com que siga o estilo de vida por ela proposto. O desejo é construído a partir do consumo que trabalha seus moldes nos meios publicitários.

Em suma, o padrão de beleza feminino, passou de mulheres mais robustas - cujo foco era a maternidade - para mulheres cada vez mais magras, seguindo o padrão europeu. Até os dias atuais com o “boom” das “mulheres frutas e paninats” nos principais meios de comunicação, o corpo forte e musculoso passou a ser o desejado por uma grande parcela feminina da população (GARRINI, 2007).

Já com relação aos homens, Ferraz (2009) traz o conceito de beleza masculina retratada através de traços harmônicos e simétricos. Na mitologia Grega, representada por Adônis – meio homem e meio Deus, o máximo em beleza masculina. Até que na década de 70, tornaram-se famosos fisiculturistas como Arnold Schwarzenegger e Silverster Stalone através da exposição em Hollywood de seus

corpos extremamente musculosos e definidos. E, desde então, este tem sido o modelo de corpo perseguido pela maior parte da parcela masculina. Assim, o Adônis da era Grega, parece completamente fora de forma se comparado com os homens nas fotos de suplementos em pó vendidos, em números cada vez maiores, nas lojas (POPE E OLIVARDIA, 2000).

Sendo assim, Castilho (2001) aponta que a beleza é um conceito cultural estabelecido pelos membros de uma determinada população e influenciado pela história dessa sociedade e pelo seu contexto atual, ou seja, o padrão de beleza e o conceito de belo não são estáticos. Estão sempre sendo modificados.

Frenette (2004) traz, em seu estudo, estatísticas e afirmações que comprovam o crescimento vertiginoso da indústria da beleza no último século e a movimentação de milhões de dólares por ano no mundo todo. O autor afirma que a receita dessa indústria no Brasil, contando apenas produtos de higiene, cosméticos e perfumaria, foi de 7,5 bilhões de reais no ano de 2003, quase 14% a mais que os 6,6 bilhões de reais de 1999.

Afirma ainda que: “Desde o começo dos anos 90, circulou 73% mais dinheiro nesse setor no Brasil. Na área de suplementos alimentares (que a maioria esmagadora usa em prol da estética) os números também são altos. Esse mercado tem receita anual de 17 bilhões de dólares nos EUA e de 1,5 bilhões no Brasil.”

Ferraz (2009) adianta que é em meio a uma sociedade que valoriza em demasiado a forma do corpo, a necessidade de se encaixar em tais padrões estéticos faz com que as pessoas desenvolvam distúrbios psicossociais, fazendo com que algumas pessoas se vejam de forma distorcida e as tornem escravos da beleza, tornando suas vidas uma maratona interminável e desgastante em que a linha de chegada fica mais distante a cada passo. Entre essas patologias destacam-se os transtornos dismórficos corporais (TDC).

Segundo Warwick (1995) e Phillips e Kayne (2007), o termo transtorno dismórfico tem sido descrito na literatura por uma variedade de expressões, sendo dismorfofobia a mais comum delas. Dismorfia é uma palavra grega que significa feiura, especialmente na face e sua primeira aparição data da época de Herodotus, século V a.C, em que havia um mito de uma garota feia em Esparta que era levada todos os dias a um templo para que os deuses a livrassem da falta de beleza e atributos.

Em 1908, Janet classificou o distúrbio como obsessão com a vergonha do corpo, com ênfase na extrema vergonha daqueles que se sentiam feios. Já em 1950, Stekel, enquadrou o transtorno como hipocondria da beleza, focando seu trabalho nas ideias obsessivas dos indivíduos a respeito de si próprios. Bishop (1980) e Rinding e Munro(1975) alegaram que a doença chegou a ser classificada como um subtipo de esquizofrenia, mas a inexistente resposta dos antipsicóticos nos portadores de TDC derrubou essa teoria anos depois.

Brumberg (2000) relata, numa pesquisa que: “A diferença é que, no século passado, as garotas não organizam suas vidas em torno de corpos. Hoje, há uma substituição do bom comportamento pela boa aparência.”

O que antes era futilidade, hoje virou causa de vida ou morte. Na década de 70, médicos e cientistas mostravam nas páginas de suas revistas a importância da beleza física para manter a saúde mental. O cuidado com a aparência física foi cientificamente justificado, migrando do terreno da vaidade para o da necessidade física e mental. (DEPPE 2000, p. 19.)

## **2.2 A vigorexia como subtipo do transtorno dismórfico corporal**

A busca da perfeição corporal vem sendo confundida com auto realização e felicidade, o que leva a grandes frustrações(FRENETTE, 2004). É compreensível e saudável que tenhamos insatisfações pessoais físicas, mas quando a ênfase na aparência passa a ter níveis essenciais para a vida, o risco de desenvolver uma patologia é alto. É possível que o indivíduo veja a si mesmo de uma forma distorcida e longe da realidade. Esse quadro em que a pessoa deseja mudar a todo custo uma determinada e possível imperfeição física e nunca está satisfeita consigo mesma, é denominado transtorno dismórfico corporal (TDC).

“O Transtorno Dismórfico Corporal é descrito pelo DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico - 2002) como um transtorno que envolve preocupação excessiva em relação a um defeito mínimo ou imaginário na aparência e que traz prejuízos na vida social, ocupacional ou em outras áreas importantes para o indivíduo. (Sadock, 2007). ‘Pacientes com TDC julgam-se pouco atraentes, deformados e até horripilantes ou monstruosos. O foco de suas crenças costuma ser cabelo, nariz ou

pele,mas pode incluir qualquer área do corpo e até envolver o corpo inteiro.’ (PHILLIPS E HOLLANDER, 2008) ‘No entanto a preocupação com múltiplas áreas é comum’ (BUHLMANN ET AL, 2008).”

Numa pesquisa realizada com sete pacientes diagnosticados com TDC, por Moryama e Amaral (2007), o objetivo foi investigar comportamentos envolvidos e as causas dessa patologia. Foram encontrados comportamentos depressivos, compulsivos e delirantes; de esquivia social; checagem no espelho e rituais de camuflagem. Com relação às histórias de vida dos voluntários foram percebidos: educação coercitiva, exaltação da beleza, reduzidas interações sociais, comentários sobre o corpo e cirurgias. Cabe ressaltar que o TDC foi encontrado em 13,1% de uma amostra de pacientes internados por motivos psicológicos (GRANT, KIM E CROW, 2001) e que, mesmo assim, as autoras inflaram o fato de haver uma escassez de bibliografia acerca do assunto.

O TDC tem sido encontrado com maior frequência em pacientes ambulatoriais, especificamente, 12% em indivíduos com fobia social (BRAWMAN-MINTEZR ET AL 1996; PHILLIPS & STOUT, 2006), entre 8 e 12% daqueles com transtorno obsessivo compulsivo (TOC) (BRAWMAN-MINTEZR ET AL 1995; PHILLIPS E STOUT, 2007). Segundo Nierenberg (2002), 14,4% dos pacientes com depressão foram diagnosticados com TDC. Estudos de Phillips & Kayne (2007), mostraram que 32% dos pacientes com transtornos de ansiedade e controle de impulsos apresentaram TDC.

A vigorexia, também conhecida como síndrome de Adônis (termo não médico e não oficial formulado por Pope et al, 1996) e/ou Dismorfia Muscular (DISMUS), é uma manifestação clínica do Transtorno Dismórfico Corporal. Ainda são muito escassos estudos epidemiológicos sobre esse transtorno, sendo a maior parte dos dados científicos obtidos através de fisiculturistas ou atletas. Isso prejudica a generalização da prevalência e incidência desse quadro, mas, entre os levantadores de peso, 85% possuem dismorfia corporal e 10% dos pacientes com transtorno dismórfico corporal são, essencialmente, vigoréxicos (POPE ET AL 1993).

Autores como Lanz, Rhea e Mayhew (2001), afirmam que esse transtorno acontece junto com quadros de baixa autoestima, insatisfação e distorção da imagem corporal, com construção de uma imagem idealizada e perfeita de corpo.

Chung (2001) traz ainda a visão de que talvez a dismorfia muscular e as outras formas de transtorno dismórfico corporal sejam simplesmente reflexo da expressão de vaidade ou narcisismo preconizado pela sociedade atual. Podem apenas representar a expressão do padrão de beleza vigente. E se não há comorbidades associadas com a preocupação em parecer forte, talvez a DISMUS nunca seja reconhecida como, de fato, uma doença.

Enquanto a DISMUS tem sido classificada como uma subcategoria do Transtorno Dismórfico Corporal (POPE ET AL, 1993), e como parte do espectro do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (OLIVARDIA ET AL, 2002), parece ser um transtorno que contém características tanto de ansiedade como de distúrbios alimentares. Há vários pontos em comum entre os critérios diagnósticos para DISMUS, anorexia nervosa e bulimia nervosa. De fato, a dismorfia muscular foi originalmente chamada de anorexia reversa (POPE ET AL, 1993), devido aos paralelos feitos com a anorexia nervosa. Além disso, indivíduos com DISMUS frequentemente possuem uma história de transtorno alimentar ou sintomas concomitantes de transtorno alimentar. (OLIVARDIA ET AL 2007).

Embora pareça trivial, a classificação da dismorfia muscular como um transtorno obsessivo-compulsivo ou uma forma de transtorno dismórfico corporal tem uma série de implicações. Assim como ocorre com outras doenças, a classificação não apenas indica a percepção da sociedade sobre a doença, mas também sugere formas de tratamento. A classificação da dismorfia muscular como um subtipo de transtorno dismórfico corporal chama a atenção para a preocupação que um sujeito tem de que seu corpo seja “anormal”. Por outro lado, considerar a dismorfia muscular como um transtorno obsessivo-compulsivo foca no comportamento repetitivo e extremado. Assim, não é a preocupação com a aparência do corpo que deve ser definida como doença, mas sim a expressão externa dessa preocupação. Isso poderia ser feito sem a criação de uma subcategoria no DSM, já que o transtorno obsessivo-compulsivo por si só contemplaria a exibição de sinais da dismorfia muscular. (FERRAZ, 2009, p.13)

A preocupação crônica com sua forma física de um indivíduo de que seu corpo seja pequeno e magro, quando na verdade é grande e musculoso, é a característica principal da dismorfia muscular. Este transtorno está relacionado a padrões de alimentação específicos, geralmente compostos de dieta rigorosa com alto consumo de proteínas aliado a inúmeros suplementos alimentares para melhora de performance nos treinos e aumento da massa muscular. A atividade física é realizada de forma excessiva, inclusive causando prejuízos nos funcionamentos social, ocupacional e recreativo do indivíduo, chegando a ocupar 4 a 5 horas por dia. As atividades aeróbias são evitadas

para que não ocorra a perda da massa muscular, adquirida durante as pesadas sessões de musculação. Os possíveis ganhos musculares são checados exaustivamente chegando a 13 vezes ao dia (ASSUNÇÃO, 2002). Pensamentos intrusivos de que estão fracos ou que precisam se tornar mais fortes são vivenciados por mais de 5 horas diárias em levantadores de peso com dismorfia muscular. Atletas sem o transtorno dizem ter estes pensamentos não mais que 40 minutos por dia. Estes pensamentos influenciam a autoestima e a concentração dos indivíduos acometidos e os próprios consideram excessivo o tempo gasto com estes pensamentos (POPE ET AL, 1993).

Pope (2012) afirmou que embora o número de homens com diagnóstico de DISMUS ainda seja superior ao de mulheres, a porcentagem feminina cresceu de forma bastante significativa nos últimos anos. Isso pode ser explicado talvez pela crescente exposição de mulheres com corpos hipermusculosos, com destaque para Gracyane Barbosa e Juliana Salimeni, rainhas de bateria de importantes escolas de samba de São Paulo.

Pope et al (1993) confeccionou uma tabela que descreve os critérios para a DISMUS conforme mostrada abaixo (tabela 1):

## Quadro 1 - Critérios para diagnosticar dismorfia muscular.

---

### Dismorfia muscular

---

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 físicos 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.

---

**Legenda:** Tabela que descreve os critérios para diagnosticar dismorfia muscular adaptada por Pope et al (1993)

É importante frisar que o entusiasmo em praticar exercícios físicos com pesos não pode ser confundido com a vigorexia (POPE et al, 1993). Uma das características importantes do transtorno é que o indivíduo acredita que as pessoas vão perceber seu defeito imaginário da forma como ele mesmo percebe e, por isso, vão rejeitá-lo. É o medo dessa iminente rejeição que leva o paciente a buscar qualquer forma de corrigir tal imperfeição. No caso da vigorexia é comum o abuso de cirurgias plásticas e esteróides anabolizantes, ficando clara a busca insana pelo corpo perfeito e a ausência de limites para tal. Grieve (2007) demonstrou em seu estudo com halterofilistas e fisiculturistas, que a parcela de indivíduos que apresentam DISMUS usam muito mais anabolizantes do que a parcela sem qualquer tipo de transtorno dismórfico corporal.

Petribú e Oliveira (1999) mostraram que os pacientes também desenvolvem uma série de comportamentos que têm como função aliviar a ansiedade. Entre eles: tentar camuflar a imperfeição através de roupas especiais, fuga de atividades sociais, examinar-se muitas vezes ao dia no espelho ou em qualquer superfície refletora,

comparar-se com personalidades em revistas, TV ou outros meios de comunicação e pedir a opinião dos outros sobre si. Afirmaram também que muitos desses comportamentos podem levar horas e até tornarem-se rituais.

Alonso (2006) afirma que as principais consequências psicológicas da DISMUS são: depressão e/ou ansiedade; deterioração das relações sociais; afetando principalmente o trabalho e os estudos; problemas nas relações interpessoais e isolamento.

As consequências biológicas são: mudanças metabólicas que repercutem sobre o fígado e sistema cardiovascular; aumentando os níveis de colesterol; diminuição do centro respiratório; disfunção erétil; hipertrofia prostática; hipogonadismo e ginecomastia; amenorreia e ciclos menstruais irregulares nas mulheres (ALONSO, 2006).

Assunção (2002) completa as implicações: insônia, falta de apetite, irritabilidade, desinteresse sexual, fraqueza, cansaço constante, dificuldade de concentração, problemas físicos e estéticos, como por exemplo, a desproporção displásica também entre o corpo e cabeça, problemas ósseos e articulares devido ao peso excessivo, falta de agilidade e encurtamento de músculos e tendões.

Falcão (2007) salienta ainda as obsessões masculinas: cabeça calva, barriga grande, pêlos pelo corpo, pênis pequeno, musculatura ou alguma outra deficiência percebida pelo corpo que incomodam também como sintomas da dismorfia muscular.

Phillips e Kayne (2007) afirmam que podem ocorrer variações das preocupações e de comportamento, entre as pessoas com todas as esferas de TDC, tanto em um mesmo sujeito quanto de um sujeito para o outro. Alguns transformam seus pensamentos obsessivos em ideias supervalorizadas chegando ao delírio e outros até reconhecem a preocupação exacerbada, mas nunca são convencidos de ter aparência normal.

Assunção (2002) e Olivardia (2001) afirmaram em seus estudos que não há uma descrição sistemática do tratamento da dismorfia muscular, em si. Pode ser usada uma combinação dos métodos geralmente utilizados no tratamento do TDC e dos transtornos alimentares para servir como diretriz para o tratamento da dismorfia muscular. Para a vigorexia, em si, não há nenhuma forma de tratamento estabelecida e que, da mesma forma que indivíduos com anorexia nervosa, os indivíduos com

DISMUS dificilmente vão procurar portratamento. Quando o fazem, sua adesão pode ser pequena, uma vez que os métodos propostos geralmente acarretarão perda de massa muscular.

A terapia cognitivo-comportamental parece ser útil no tratamento da dismorfia muscular. Suas estratégias incluem a identificação de padrões distorcidos de percepção da imagem corporal, identificação de aspectos positivos da aparência física e confrontação entre padrões corporais atingíveis e inatingíveis. Os comportamentos compulsivos relacionados ao exercício, dieta ou de checar o grau da musculatura devem ser inibidos. Da mesma forma, o indivíduo deve ser encorajado a gradualmente enfrentar sua aversão de expor o corpo. Alguns aspectos obsessivos e compulsivos destes indivíduos podem ser minimizados com o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina. (ASSUNÇÃO, 2002)

“A DISMUS, ao contrário do que ocorre em outras condições, como a anorexia, por exemplo, é um transtorno que frequentemente não é percebido pelos profissionais de saúde, em função da aparência fisicamente saudável dos indivíduos acometidos” (LEONE, 2005). É importante que, principalmente os educadores físicos das academias de musculação, ambiente bastante frequentado de pacientes desse quadro, estejam atentos aos seus alunos para que possam ser conscientizados e encaminhados para tratamento especializado.

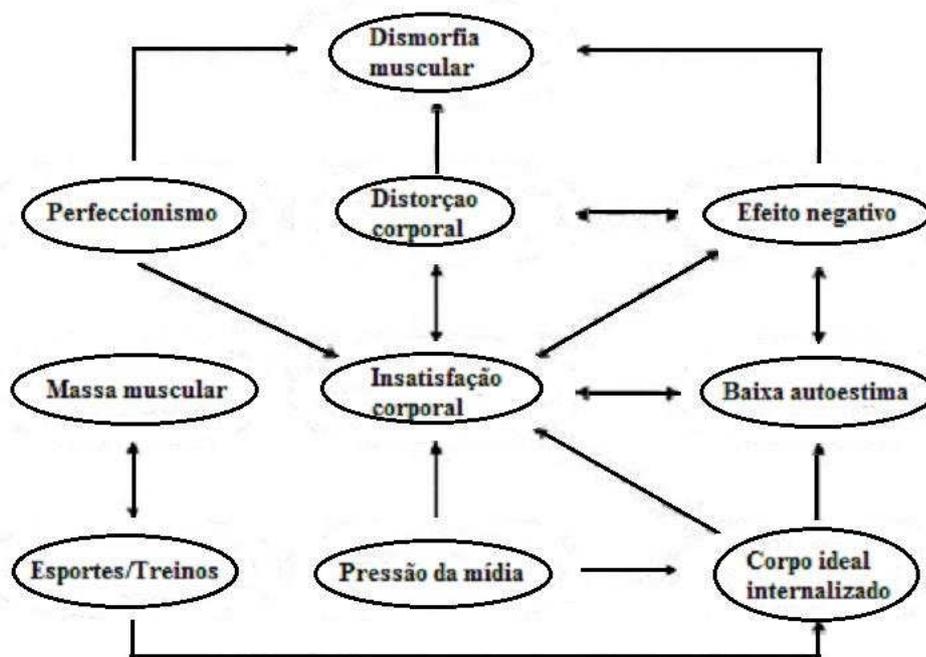
### **2.3 A interferência da contemporaneidade na dismorfia muscular**

Yang, Gray e Pope Jr. (2005), reforçam a ideia de que transtornos dismórficos corporais, como a DISMUS são fenômenos exclusivos da cultura ocidental. Em sua pesquisa foi constatado que os homens taiwaneses têm menos desconforto com a imagem corporal do que os homens ocidentais, provavelmente porque os anúncios publicitários naquele país dão menos ênfase ao corpo masculino. As propagandas no Oriente valorizam virtudes do homem oriental (a coragem e a bravura dos heróis) e não as formas do corpo masculino como no Ocidente. Logo, a forma como a sociedade, como um todo, se impõe e se estrutura são fundamentais nos transtornos psicológicos.

Para Assunção (2002), em relação à origem, os aspectos socioculturais parecem desempenhar um papel fundamental na gênese da Dismorfia Muscular. A importância que a sociedade demonstra em relação à aparência física é notória. Os fatores ambientais tem papel importante na construção de transtornos psicológicos.

Já Grieve (2007) de uma forma mais completa, afirma que há quatro tipos diferentes de variáveis que se inter-relacionam e podem influenciar no desenvolvimento da DM. São elas: fatores socioambientais (influência da mídia, prática de esportes), fatores emocionais (afeto negativo), fatores psicológicos (insatisfação corporal, idealização corporal, autoestima, distorção de imagem corporal, perfeccionismo) e fatores físicos (massa corporal). O modelo proposto por Grieve está esquematizado no fluxograma mostrado na figura 1.

**Figura 1 – Fatores associados ao desenvolvimento de dismorfia muscular**



**Fonte:** Grieve FG. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. Eating disorders. 2007 Jan-Feb;15(1):63-80. – Traduzido

O padrão de beleza ideal é introduzido à população por uma série de influências sociais que incluem membros da família, colegas, escolas, atletas, profissionais de saúde e mídia de massa (SMOLAK, 2005). A mídia de massa – a maior influenciadora das pressões sociais – envolve uma série de tecnologias sendo que a

maioria dos estudos e teorias sobre a origem dos distúrbios alimentares foca na mídia visual, como televisão e revistas(GROESZ, 2007). Grieve (2007) termina dizendo que a combinação de pressão da mídia com a impossibilidade dos homens e mulheres atingirem o padrão estabelecido pode levar ao desenvolvimento DISMUS em homens e mulheres.

A forte influência da mídia sobre o padrão de beleza atual reforça o conceito de que a dismorfia muscular e a anorexia nervosa são síndromes ligadas à cultura. Não deve ser apenas coincidência o fato de os casos de DM surgirem junto com as revistas de boa forma. Nos EUA, esses veículos de comunicação retratavam celebridades como Sylvester Stallone e Arnold Schwarzenegger, os quais relatavam treinar por várias horas diariamente. A partir daí, filmes de ação com atores super musculosos passaram a transmitir ainda mais aos homens. (FERRAZ, 2009)

Grieve (2007) afirma que a mídia tem muitas formas de influenciar na insatisfação corporal, a principal delas é através da percepção de belo. Ao se comparar com os modelos altos e atléticos, símbolos de sensualidade, o homem passa a se sentir pouco ou nada atrativo. Essa percepção inicia-se aos seis, sete anos e atinge seu pico durante a adolescência. É nessa fase de vida que os indivíduos começam a buscar por academias de musculação e, algumas vezes, por cirurgias e esteróides anabólicos para se aproximarem do que lhes foi apresentado como bonito, para tentar alcançar o sucesso social.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Identificar o perfil das pessoas com vigorexia, de ambos os sexos, em praticantes de musculação em academias a cidade de Campinas - SP.

#### **3.2 Específico**

Relacionar as interferências desse transtorno psicológico aos aspectos de vida de cada um dos sujeitos e verificar qual área foi a mais afetada.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Este trabalho trata-se de um estudo individualizado, de caráter descritivo e estatístico. O presente trabalho está indicado para estimar o quanto a vida, e em quais áreas especificamente, das pessoas com vigorexia é afetada por esse transtorno, assim como uma análise do perfil dos indivíduos que se encaixam no diagnóstico da doença.

### **4.2 Local**

O estudo foi conduzido em duas academias de musculação da cidade de Campinas, no interior do estado de São Paulo. Foram escolhidas academias de pequeno e médio porte.

### **4.3 Amostra**

A população-alvo do presente estudo incluiu, inicialmente, 27 indivíduos que foram indicados pelo professor responsável e atuante na sala de musculação das academias escolhidas no dia e horário da aplicação dos questionários, porém, apesar dos indícios, 4 não obtiveram escore suficiente no questionário do complexo de Adônis para que pudessem ser classificados como portadores de vigorexia, logo, foram excluídos da amostra.

Sendo assim, a pesquisa incluiu, 23 indivíduos, de ambos os sexos, sendo 17 homens e 6 mulheres e, destes, 3 atletas de fisiculturismo – 2 homens e 1 mulher.

#### **4.4.1 Critérios de inclusão**

Indivíduos da amostra com idade compreendida entre 18 e 40 anos, praticantes de treinamento de força há, pelo menos, 3 anos que contenham fortes indícios de vigorexia – já descritos na introdução do presente trabalho - como: preocupação excessiva com sua forma física; seguir dietas e programas de treinamento sem se importar com quaisquer prejuízos físicos e/ou psicológicos; evitar situações onde haja exposição corporal. E com todas as funções cognitivas preservadas.

#### **4.4.2 Critérios de exclusão**

Voluntários que, depois de análise do questionário do complexo de Adônis que, apesar dos indícios, não puderam ser diagnosticados com dismorfia muscular. Totalizando 4 indivíduos que apresentaram um escore abaixo de 16 no questionários e se encaixaram nesse critério.

#### 4.4 Instrumentos

Os sujeitos responderam a três questionários:

- Ficha de identificação (apêndice 1): 15 perguntas que visam caracterizar a amostra, ou seja, sexo, idade, tempo de treino, uso de suplementos alimentares e relação com a auto imagem.
- Questionário de complexo de Adônis – QCA (anexo 1): desenvolvido por Pope et al (2000) e apresenta 12 perguntas com 3 alternativas cada uma, em que o voluntário deveria assinalar qual delas mais se aproximava da sua realidade. As informações obtidas nesse teste determinaram quais dos indivíduos da amostra possuíam dismorfia muscular e em qual nível de vigorexia o indivíduo se encontra.
- MASS – Muscle Appearance Scale Satisfaction (anexo 2): desenvolvido por Mayville, Williamsom, White, Netemeyer e Drab (2002), nos EUA e validado no Brasil por Júnior, Souza e Silva (2008). Apresenta 19 afirmativas numeradas de 1 a 5, em que 1 significa discordo completamente e 5 concordo plenamente. O voluntário deveria assinalar qual mais se aproxima de sua opinião. Esse questionário avalia interferências da vigorexia na vida do indivíduo.

#### 4.5 Coleta de dados

Os indivíduos participantes já apresentavam indícios de vigorexia que foram apontados pelo professor de musculação da academia que costumam frequentar.

Os voluntários receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – anexo 3), com as informações sobre o projeto e instruções sobre a pesquisa, após responderem os questionários e a ficha de identificação para que o tema do trabalho não interferisse nas respostas.

O peso e altura, variáveis independentes da ficha de identificação, foram respondidas pelos próprios voluntários, pois não houve possibilidade de aferição, no momento da coleta, nas academias de pequeno porte e, para não haver qualquer discrepância entre os voluntários, foi preferível que os próprios assinalassem tais informações.

Todos os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora sob as mesmas condições a fim de solucionar qualquer tipo de dúvida por parte dos sujeitos. As identidades e todas as informações foram mantidas em sigilo conforme estipulado no TCLE.

#### **4.6 Processamento de análise dos dados**

Para analisar os resultados do Questionário do complexo de Adônis foram utilizados os escores de QCA, de acordo com Pope et al (anexo 4). O MASS exigiu a média dos pontos obtidos na escala likert. Todos os dados obtidos foram digitados numa planilha de tabulação no Microsoft Office Excel 2003 para que pudesse ser feita a análise estatística com o SYSTAT 13.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado (Número do parecer: 414.614e CAAE: 13718813.6.0000.5404). Respeitando as Resoluções 196 e 251 do Conselho Nacional de Saúde, os princípios éticos foram resguardados para os entrevistados através dos seguintes aspectos: obtenção de consentimento informado, por escrito; garantia do direito de não participação na pesquisa; sigilo acerca das informações obtidas e privacidade e liberdade de recusar ou retirar o consentimento. Foram ainda mantidos à disposição número de telefone para contato e endereço eletrônico, de modo que a pesquisadora pudesse esclarecer quaisquer dúvidas a respeito do estudo.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização da amostra

Participaram da pesquisa, voluntariamente, 23 sujeitos, sendo 17 do sexo masculino e 6 do sexo feminino, destes, 2 homens e 1 mulher atletas, fisiculturistas. Assim, temos, 74% homens e 26% mulheres e uma parcela de 13% na condição de atletas de treinamento de força. A média de idade da amostra foi de 23 anos e o IMC médio foi 26,3 cm<sup>-2</sup>, representando voluntários jovens e com sobrepeso.

Inicialmente apresenta-se, como mostrado na tabela 1, a amostra pelas principais respostas conseguidas através da ficha de identificação: idade, altura, peso e IMC (índice de massa corporal).

**Tabela 1. Caracterização dos sujeitos (idade, peso, altura, IMC)**

	<b>Idade (anos)</b>	<b>Peso(kg)</b>	<b>Altura (m)</b>	<b>IMC*</b>
<b>Máximo</b>	37,00	142,00	2,01	35,14
<b>Mínimo</b>	19,00	62,00	1,61	21,71
<b>Média</b>	23,00	84,00	1,77	26,34
<b>Desvio padrão (±)</b>	3,86	19,27	0,10	3,17

**Legenda:** \*cálculo do IMC = índice de massa corporal = peso(kg)/ altura<sup>2</sup> (m)

O tempo de treino dos indivíduos foi analisado separadamente para que a vigorexia não fosse confundida com o entusiasmo inicial em treinar com pesos, fato enfatizado por Pope et al (1996), este motivo também serviu de base para que adotássemos 3 anos como tempo mínimo de treino, sendo este um fator de inclusão da amostra. Com isso, temos a tabela 2 que mostra os resultados:

**Tabela 2. Tempo de treino da amostra**

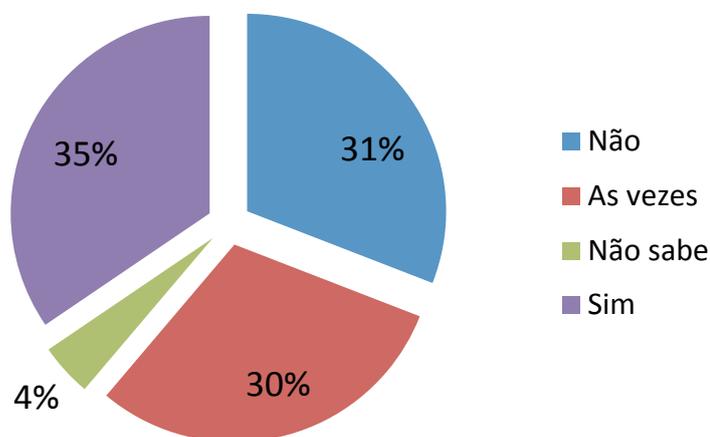
<b>Tempo de treino (anos)</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>
<b>3</b>	30,4%	7
<b>4</b>	4,3%	1
<b>5</b>	8,6%	2
<b>6</b>	4,3%	1
<b>8</b>	8,6%	2
<b>9</b>	8,6%	2
<b>10</b>	21,7%	5
<b>12</b>	8,6%	2
<b>13</b>	4,3%	1

**Legenda:** tempo de treino e sua respectiva porcentagem dentro da amostra

Os indivíduos foram questionados sobre sua satisfação com a imagem refletida no espelho na ficha de identificação. 31% dos sujeitos afirmaram não gostar do que veem no espelho, enquanto 35% disseram estar felizes com a imagem refletida no espelho, apenas 4% disseram não saber responder e 30% afirmaram gostar às vezes, quase sempre no momento pós-treino. Há, então, uma porcentagem interessante de indivíduos que gostam de sua autoimagem mesmo esta sendo vista de forma distorcida.

Os resultados apresentam-se na figura 1.

**Figura 1. Relação com auto imagem**



**Legenda:** Respostas da pergunta: Gosta do que vê no espelho?

Os voluntários também responderam, na ficha de identificação, questões relacionadas a dieta e ao uso de suplementos alimentares. Todos os indivíduos afirmaram usar suplementos alimentares e seguir dieta a base de proteínas sendo que a quantidade de suplementos e de refeições por dia varia de 1 a 10 com uma média de 5 e 6 respectivamente como mostrado na tabela 3 a seguir:

**Tabela 3. Número de refeições e de suplementos alimentares**

	Suplementos	Refeições/dia
<b>Média</b>	5	6
<b>Máximo</b>	8	10
<b>Mínimo</b>	1	5

**Legenda:** Quantidade numérica de suplementos utilizados e de refeições por dia.

## 5.2 Análise dos questionários

O primeiro questionário a ser respondido pela amostra foi o QCA – Questionário do complexo de Adônis que determina se há incidência de vigorexia e o nível deste transtorno em cada indivíduo; sendo 36 a pontuação máxima e 0 a mínima. Segundo o autor, 16 é pontuação mínima para ser considerado com o transtorno e 22 para começar a considerar um tratamento psicológico, pois este já deve ter tomado proporções preocupantes na vida do voluntário.

Para a apresentação dos gráficos, a amostra foi dividida e numerada, para que fosse preservada a identidade dos voluntários, do 1 ao 17 como sendo homens - e do 18 ao 23 como sendo mulheres.

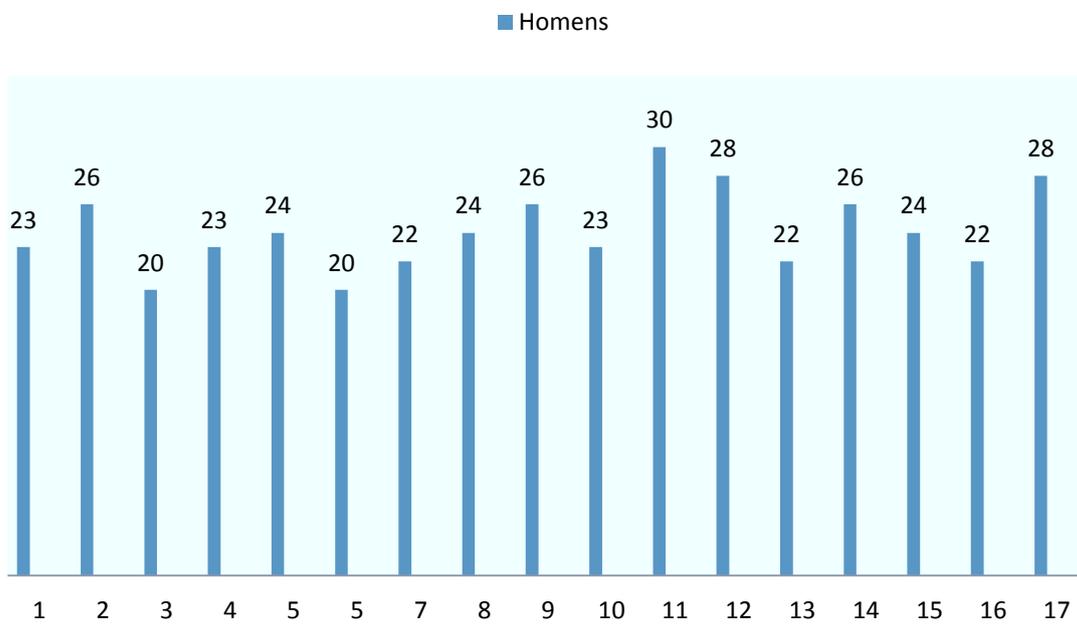
Para posteriores análises é necessário identificar os indivíduos de número 16, 17 e 23 como atletas de treinamento de força, fisiculturistas, cada um em sua categoria própria.

Os resultados os escores do QCA estão apresentados a seguir através das figuras 2 e 3 sendo o primeiro demonstrativo das respostas individuais de cada voluntário do sexo masculino e o segundo do sexo feminino .

Os homens apresentaram uma média de 23,5 pontos no questionário em questão sendo 18 o mínimo e 30 o máximo; entre as mulheres a média foi de 23,8 variando entre 17 e 30.

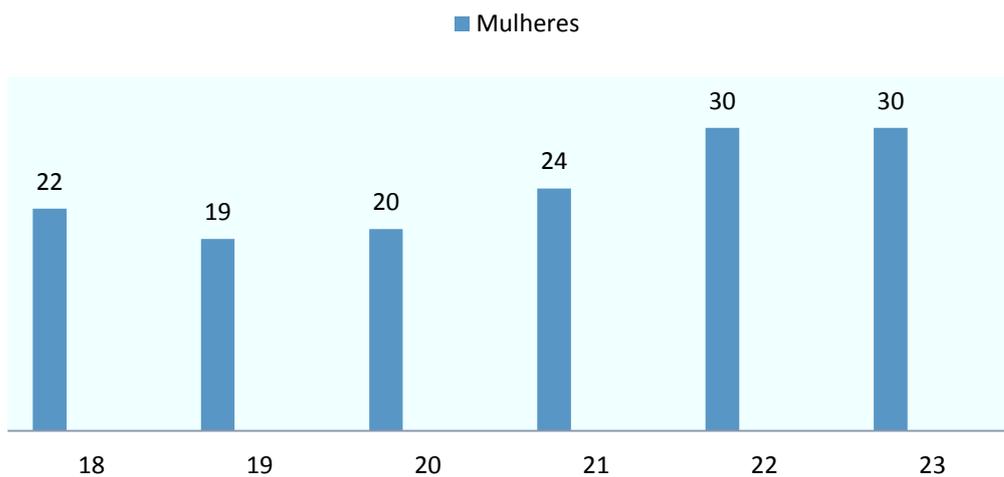
Lembrando que foram 17 homens e 6 mulheres presentes na amostra.

**Figura 2. Escores do QCA masculino**



**Legenda:** Respostas dos homens ao Questionário do complexo de Adônis

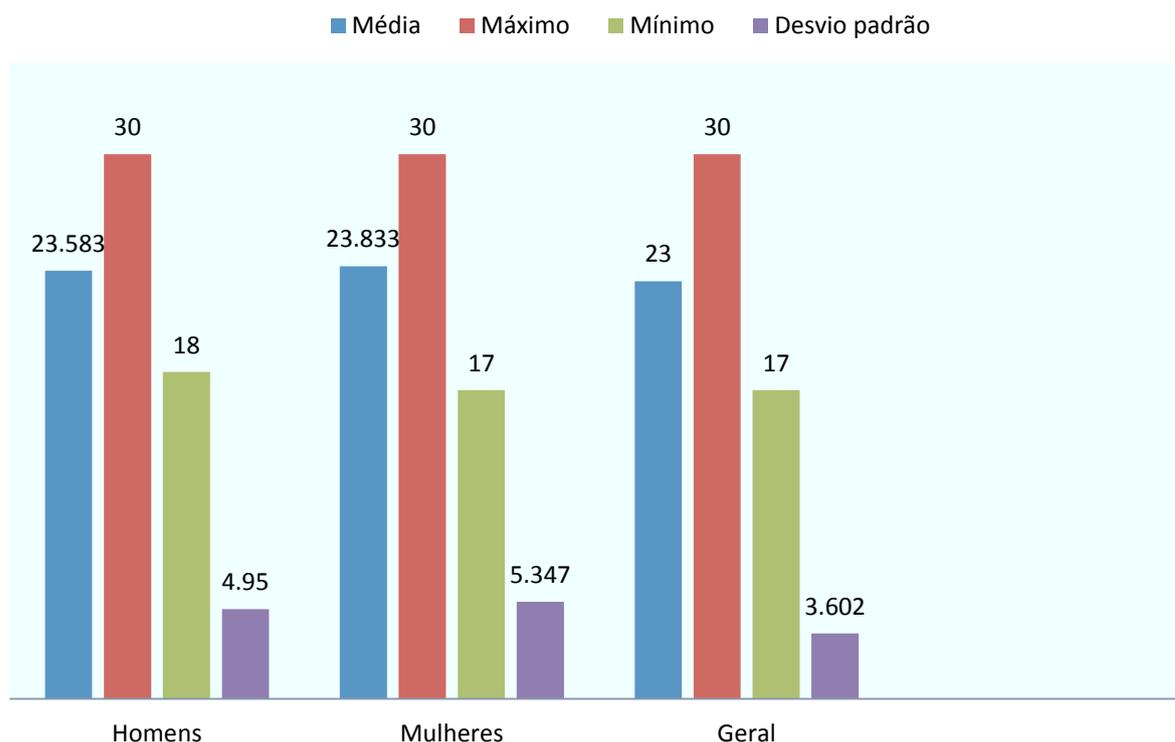
**Figura 3. Escores do QCA feminino**



**Legenda:** Respostas das mulheres ao Questionário do complexo de Adônis

Para resumir os dados expostos aqui, a figura 4 mostra então as médias, valores mínimos e máximos e desvio padrão, separados por sexo. A média geral foi de 23 pontos variando de 17 a 30.

**Figura 4. Médias do escores do QCA**



**Legenda: Médias e valores mínimo e máximo da amostra em geral correlacionados com os gêneros.**

O segundo questionário respondido pela amostra foi o MASS – Muscle Appearance Satisfaction Scale. Este instrumento relaciona diversas áreas com a vida do indivíduo com vigorexia e nos traz quatro escores principais, sendo: dependência em treinar (F1), checagem dos músculos (F2), satisfação (F3) e uso de substância (F4) que serão relacionados a seguir com áreas específicas da vida dos voluntários. Em cada escore a pontuação mínima possível é 0 e a máxima é 5.

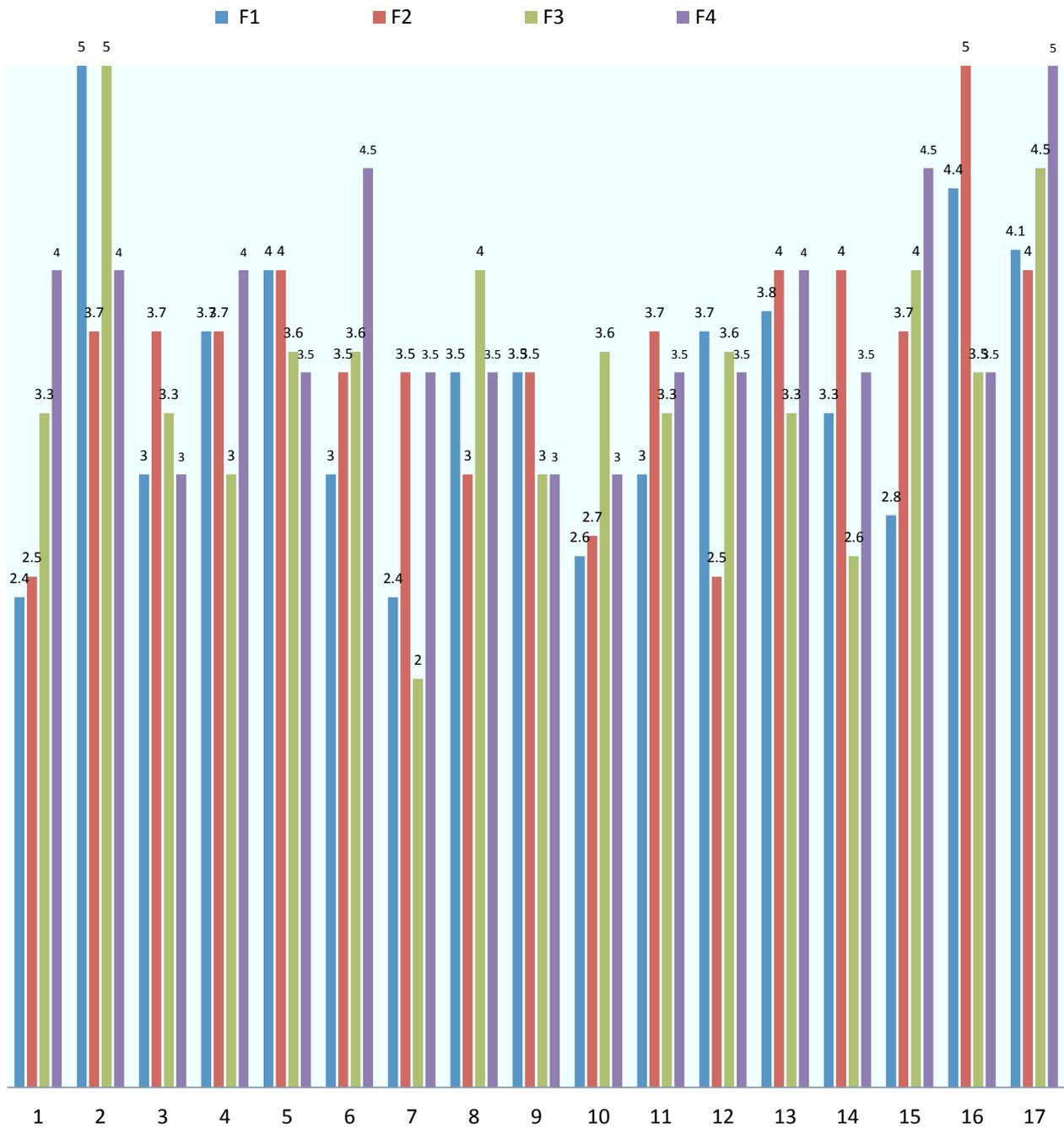
Os homens apresentaram um valor mínimo de 2,8 pontos para dependência em treinar e 5 como valor máximo; para checagem dos músculos a variância ficou entre

2,5 e 5; no quesito satisfação, os resultados variaram entre 2 e 5; e para o uso de substâncias houve 3 como mínimo e 5 como máximo.

Entre as mulheres, para dependência em treinar os valores ficaram entre 2,1 e 4,9; para checagem dos músculos os resultados variaram entre 1,5 e 4; no score satisfação, a pontuação mínima foi 2,3 e a máxima 4,6; e no quesito uso de substâncias houve variação entre 3 e 4,5.

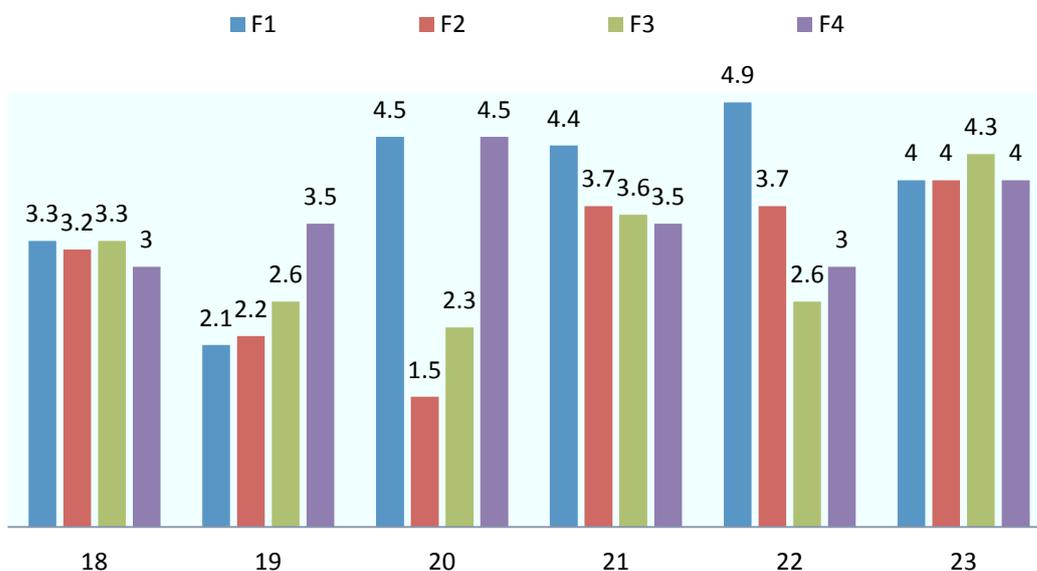
Os resultados da amostra seguem nas figuras 5 e 6 a seguir:

**Figura 5. Resultado MASS masculino**



**Legenda:** F1: Dependência em treinar/ F2: checagem dos músculos/ F3: satisfação/ F4: uso de substância

**Figura 6. Resultado MASS feminino**



**Legenda:**F1: Dependência em treinar/ F2: checagem dos músculos/ F3: satisfação/ F4: uso de substância

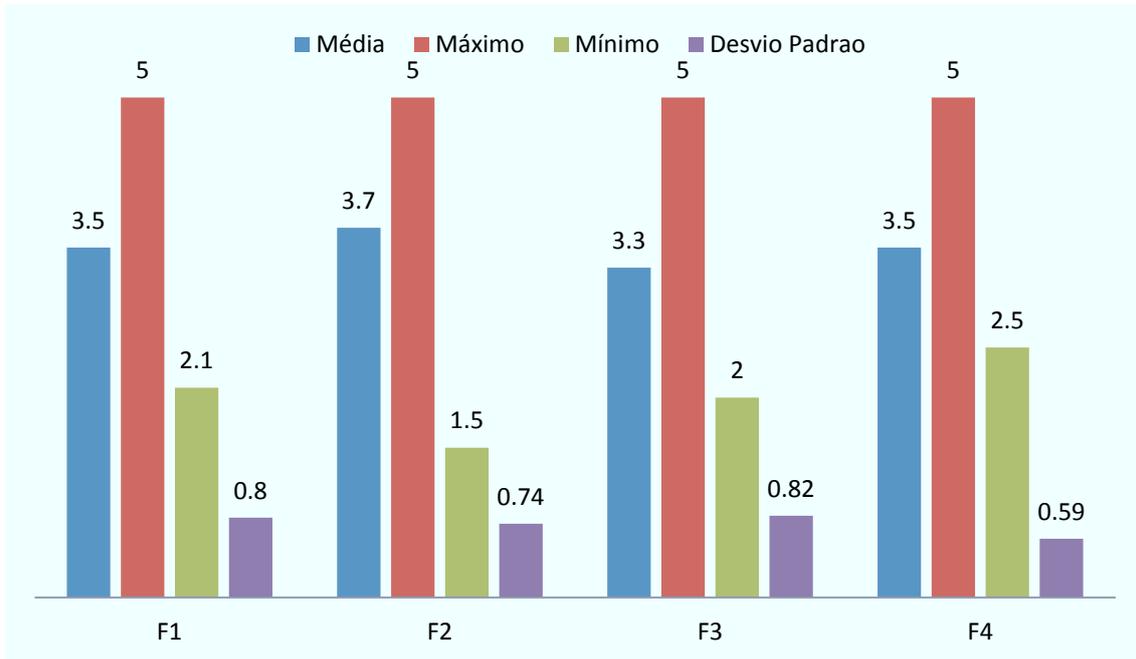
A figura 7 a seguir traz as médias, valores mínimo e máximo e desvio padrão da amostra em geral de cada escore disponibilizado pelo MASS.

- Dependência em treinar, a média encontrada foi de 3,5, sendo 2,1 o mínimo e 5 o máximo;
- Checagem dos músculos houve variação entre 1,5 e 5 com média de 3,7;
- Satisfação a média encontrada foi de 3,3 variando entre 2 e 5
- Propensão ao uso de substâncias, a média foi de 3,5 variando entre 2,5 e 5.

Em todos os escores, então, os valores máximos foram alcançados e o valor mínimo mais baixo foi encontrado em checagem dos músculos e o mais alto em propensão ao uso de substâncias.

As maiores médias, então, foram, em primeiro lugar, para checagem dos músculos – com maior grau de variação também. Empatados, em segundo lugar, dependência em treinar e propensão ao uso de substâncias – com menor grau de variação - e em último lugar a satisfação.

**Figura 7. Comparativo entre os escores do MASS da amostra em geral**



**Legenda:** F1: Dependência em treinar/ F2: checagem dos músculos/ F3: satisfação/ F4: uso de substância

Como já foi mencionado, os indivíduos de número 16, 17 e 23 são atletas de treinamento de força e os resultados deles, em cada questionário, serão apresentados individualmente através da tabela 5 a seguir.

Percebe-se que os valores do QCA estão bem acima dos da amostra em geral e os valores mínimos e máximos respectivamente para os escores do MASS foram: dependência em treinar = 4 e 5; checagem dos músculos = 4 e 5 ; satisfação = 3,6 e 5 ; uso de substância = 4,5 e 5, ou seja, também muito acima da amostra em geral com pouquíssima variação.

**Tabela 5. Resultado dos atletas de treinamento de força**

Voluntário	QCA	F1	F2	F3	F4
17	30	4,4	5,0	5,0	4,5
18	22	4,1	4,0	3,6	5,0
23	30	4,0	4,0	4,3	4,5

**Legenda:** Respostas dos atletas de treinamento de força aos dois questionários aplicados.

### 5.3 Teste T-pareado

Teste de Hipóteses é um método para verificar se os dados são compatíveis com alguma hipótese, podendo muitas vezes sugerir a não-validade de uma hipótese. O teste de hipóteses é um procedimento estatístico baseado na análise de uma amostra, através da teoria de probabilidades, usado para avaliar determinados parâmetros que são desconhecidos numa população.

Um Teste de Hipóteses pode ser paramétrico ou não-paramétrico. Testes paramétricos são baseados em parâmetros da amostra, por exemplo, média e desvio padrão. O uso tanto dos testes paramétricos como dos não-paramétricos está condicionado à dimensão da amostra e à respectiva distribuição da variável em estudo.

Os testes de hipóteses são sempre constituídos por duas hipóteses, a hipótese nula  $H_0$  e a hipótese alternativa  $H_1$ .

- Hipótese nula ( $H_0$ ): é a hipótese que traduz a ausência do efeito que se quer verificar.
- Hipóteses alternativas ( $H_1$ ): é a hipótese que o investigador quer verificar.
- Nível de significância: a probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando ela é efetivamente verdadeira (ERRO)

Finalidade: avaliar afirmações sobre os valores de parâmetros.

O valor-p é uma estatística muito utilizada para sintetizar o resultado de um teste de hipóteses. Formalmente, o valor-p é definido como a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema quanto àquela observada em uma amostra, assumindo verdadeira a hipótese nula.

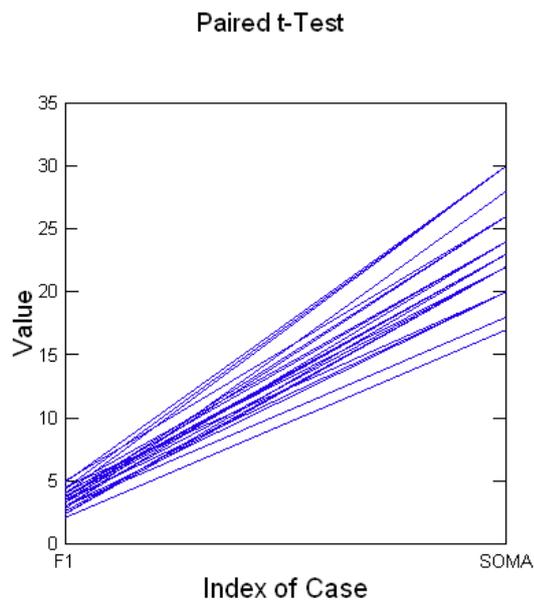
O teste utilizado pretende confirmar se o nível de vigorexia sofre alteração segundo os escores do MASS: dependência em treinar, checagem dos músculos, satisfação e uso de substância. Para isso foi adotado:

$$\begin{cases} H_0 : \mu_D = 0 \\ H_1 : \mu_D \neq 0 \end{cases}$$

Para cada indivíduo, com seu nível de vigorexia estipulado através do resultado do QCA (SOMA), o teste nos trará, nos gráficos a seguir, um correspondente de cada um dos escores do MASS.

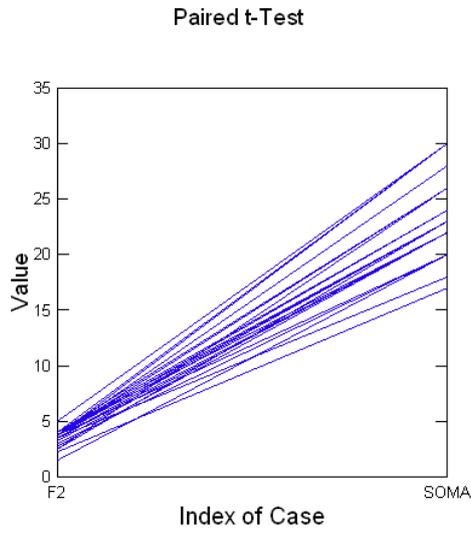
O teste nos trouxe um  $p\text{-valor} > 0,001$  que comprova a diferença estatisticamente significativa entre os parâmetros analisados: o que nos permitiu montar as figuras 8,9,10,11 a seguir que demonstram que maior o resultado do QCA, maiores os escores do MASS – dependência em treinar, checagem dos músculos, satisfação e propensão ao uso de substâncias analisados separadamente entre eles e para cada voluntário da amostra o gráfico mostra uma linha.

**Figura 8. Valores dos parâmetros F1 e SOMA**



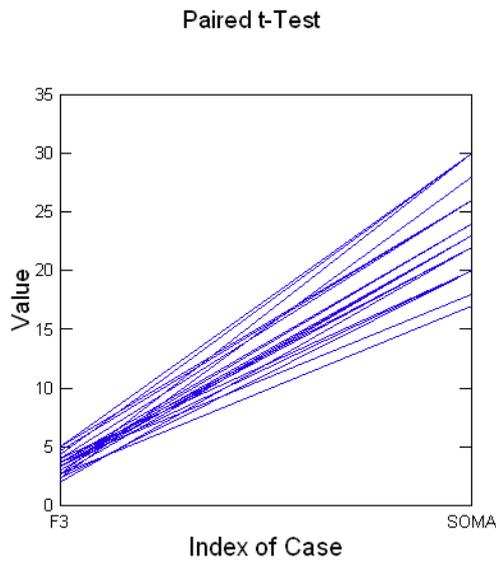
**Legenda:** Teste T-pareado  $p > 0,001$ . / F1 = dependência em treinar / SOMA = nível de vigorexia

**Figura 9. Valores dos parâmetros F2 e SOMA**



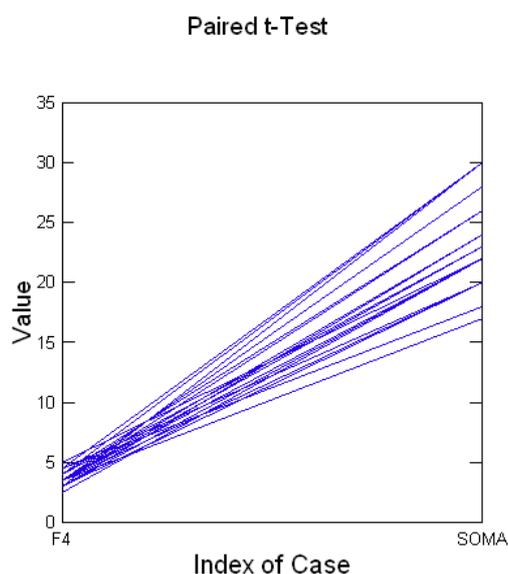
**Legenda:** Teste T-pareado  $p > 0,001$  / F2=checagem dos músculos/ SOMA=nível de vigorexia

**Figura 10. Valores dos parâmetros de F3 e SOMA**



**Legenda:** Teste T-pareado  $p > 0,001$  / F3 =satisfação/ SOMA=nível de vigorexia

**Figura 11. Valores dos parâmetros de F4 e SOMA**



**Legenda:** Teste T-pareado  $p > 0,001$  / F4=uso de substâncias/ SOMA=nível de vigorexia

#### 5.4 Teste de correlação

O termo correlação significa relação entre dois sentidos e é usado em estatística para determinar a força e a direção do relacionamento linear entre duas variáveis aleatórias. No uso estatístico geral, correlação ou co-relação se refere a medida da relação entre duas variáveis, embora correlação não implique causalidade.

Uma medida do grau e do sinal da correlação é dada pela covariância entre as duas variáveis aleatórias X e Y que é uma medida numérica de associação linear existente entre elas.

A relação foi feita entre os escores dos dois questionários MASS e QCA. Correlacionando dependência em treinar, satisfação, checagem dos músculos e uso de substâncias ao nível de vigorexia da amostra.

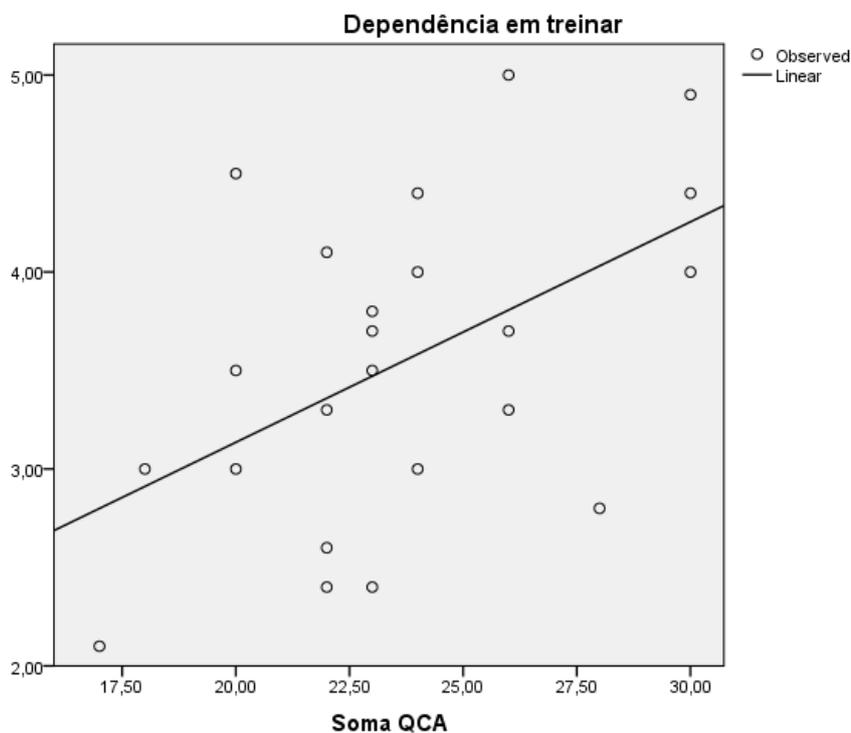
Em três das quatro correlações feitas no teste, obtivemos  $r > 0$ , ou seja, uma fortíssima relação positiva mostrando que os parâmetros relacionados aumentam na mesma proporção um do outro, no caso do teste, dependência em treinar, checagem dos

músculos e satisfação aumentam na medida em que se aumenta o nível de vigorexia do indivíduo. No quesito propensão ao uso de substâncias, encontramos um  $r = 0$ , ou seja, uma relação nula, logo, um alto nível de vigorexia não se relaciona ao uso de substâncias, no caso dessa amostra que, talvez, com um N maior, nos apresente um valor diferente de r.

Em todas as correlações, foi encontrado um p-valor  $> 0,005$ , que mostra que as variáveis possuem distribuição normal e que há comprovação estatística de tais afirmações, ou seja, que existe relação entre os parâmetros analisados – que rejeita-se  $H_0$ .

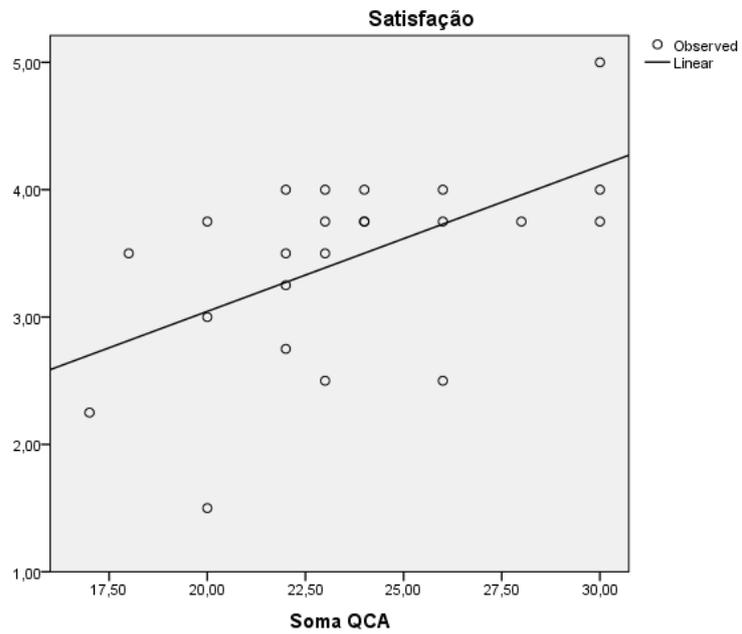
Os resultados estão apresentados a seguir através das figuras 12, 13, 14 e 15 que trazem a correlação linear entre dos escores e mostram claramente a relação entre eles.

**Figura 12. Correlação entre F1 e SOMA**



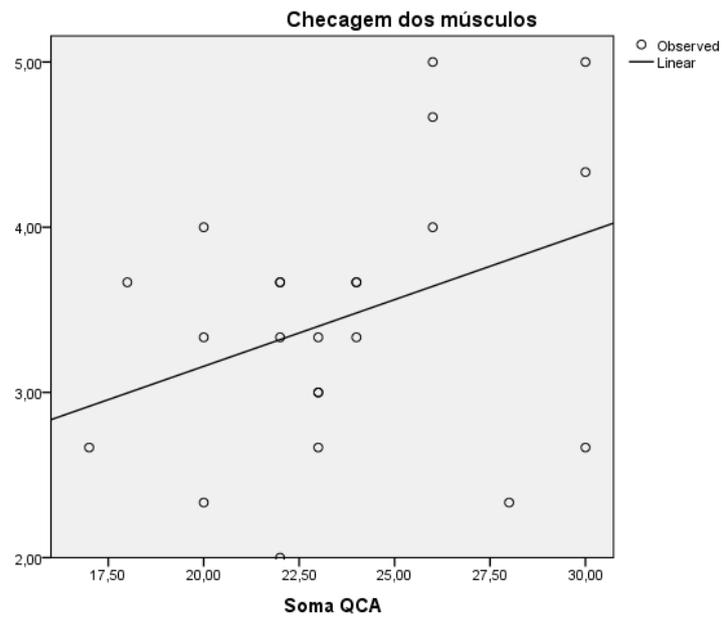
**Legenda:** correlação linear entre dependência em treinar e vigorexia

**Figura 13. Correlação entre F2 e SOMA**



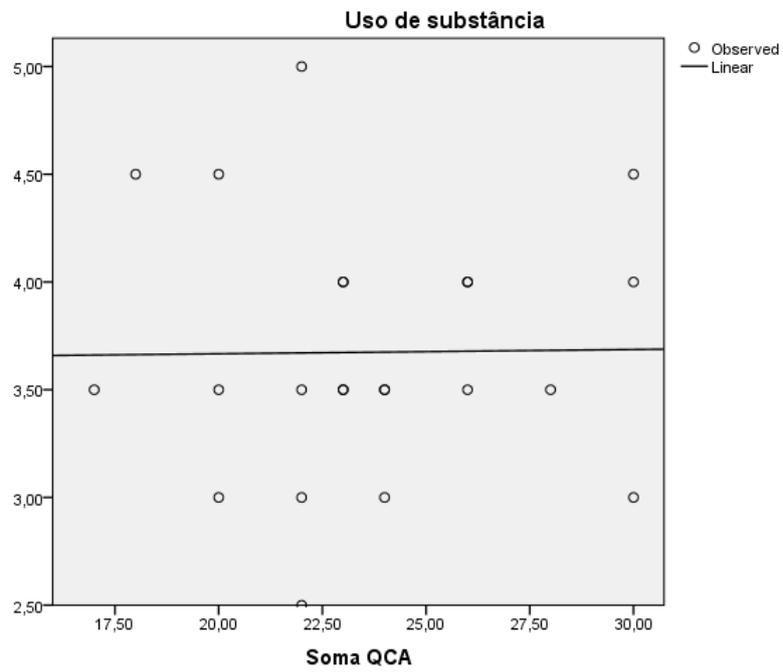
**Legenda:** correlação linear entre satisfação e vigorexia

**Figura 14. Correlação entre F3 e SOMA**



**Legenda:** Correlação linear entre checagem dos músculos e vigorexia

**Figura 15. Correlação entre F4 e SOMA**



**Legenda:** correlação linear entre uso de substância e vigorexia

## 6 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Tendo como objetivo determinar o perfil de pessoas com vigorexia e saber quais áreas da vida são as mais afetadas pela vigorexia, o presente trabalho conseguiu resultados significativos, interessantes e até surpreendentes. Fica clara a influência negativa do transtorno na vida dos voluntários em muitas das esferas da vida.

A prevalência do perfil da amostra mostrou-se concentrada na faixa dos 23anos. A este fato é possível levantar duas possibilidades. A primeira pode ser relacionada com o prazer, que, com o acúmulo inicial de responsabilidades profissionais, financeiras e, provavelmente, familiares, faz-se necessário buscar fontes de prazer para aliviar o estresse e ansiedade podendo levar a uma dependência em treinar com pesos. (MCKINLEY; RANDA, 2005; ANTUNES et al., 2006) A segunda, relaciona-se com a necessidade de encaixar-se aos padrões estéticos, levando a uma preocupação exagerada com o corpo que já começa a apresentar os efeitos de hábitos de vida negativos e consequências fisiológicas da idade cronológica. (DIONNE; DAVIS, 2004; SWAMI; TOVEÉ, 2007). O tempo não perdoa o corpo. O desejo é atemporal.

No Brasil, o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes até 2025, enquanto o da população como um todo será de 5 vezes. Esse fato colocará, daqui a 10 anos, o Brasil na sexta colocação na lista de países com maior número absoluto de idosos (KALACHE E GRAY, 1985). A partir disso, sabemos que envelhecer já não é mais proeza de uma pequena parcela da população, o que torna baixa a média de 23 anos da amostra em geral.

É possível também relacionar essa faixa etária a forma como a sociedade atual está estruturada. As pessoas tornam-se cada vez menos ativas, cada vez mais cedo. Silva et al (2007) afirmam que a quantidade de tempo excessiva dedicado a televisão e ao computador associou-se ao sobrepeso/obesidade em crianças de ambos os sexos.

Tem sido mais fácil procurar a cura do que a prevenção, colocando o exercício físico no plano ou da reabilitação ou da estética. Os valores se inverteram: estar doente é azar ou fatalidade; estar feio – ou fora dos padrões – é desleixo.

Com relação aos padrões de massa muscular, o índice de massa corporal (IMC) é um indicativo da proporção corporal que correlaciona altura e o peso do

indivíduo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando este índice apresenta-se abaixo de  $18 \text{ kg cm}^{-2}$  e acima de  $25 \text{ kg cm}^{-2}$ , o indivíduo deve preocupar-se com problemas de saúde relacionados, respectivamente, ao baixo peso e obesidade. No caso da amostra, a média de IMC, esteve acima de  $26 \text{ kg cm}^{-2}$ . O que nos levanta o fato de os indivíduos, que relataram estar muito preocupados com o ganho de peso, não se importarem com problemas cardíacos, por exemplo, relacionados ao sobre peso.

Falando nisso, um fator importante para a caracterização da amostra é a relação com a autoimagem. O fato de, aproximadamente, 34% dos voluntários gostarem sempre da imagem corporal mostra que a vigorexia não se relaciona, necessariamente, com a insatisfação pessoal. O indivíduo pode, sim, gostar do que vê no espelho, mas encontra-se sempre buscando uma melhora para um defeito físico quase sempre imaginário; vê-se querendo mais; querendo o que não se tem. São as representações de figura que da realidade e do desejo, no fundo, não coincidem. (MAGALHÃES, 2009).

Seguir uma dieta baseada em proteínas e o uso de suplementos alimentares foi unânime na amostra, além de, aproximadamente, 90% ter julgado, através da ficha de identificação, ser imprescindível a melhoria estética, enquanto os outros 10% julgaram esse fato muito importante. Muitos relataram também, durante a aplicação dos questionários, que só sentiam bem com a própria imagem e seguros para qualquer desafio social ou pessoal no momento imediato ao pós treino, nos levando a crer que uma boa aparência tem estreita relação com aceitação na sociedade atual. Podemos até colocar esse fato como um dos principais fatores para o desenvolvimento de transtornos de imagem corporal. Afinal, o que é ser bonito? O bonito existe? O que é isso que a sociedade chama de bonito?

Segundo Magalhães (2009), na impossibilidade de responder satisfatoriamente a essas angustiosas questões, o sujeito atua para toda e qualquer forma de castração corporal, chegando a neuroses e transtornos.

Encontramos, então, na vigorexia alguns traços característicos de personalidade. Os indivíduos geralmente apresentando baixa autoestima, dificuldade de socialização e com frequência rejeitam ou aceitam com dificuldade a autoimagem. Segundo Andreola, encontramos também traços narcísicos, maneiras abusivas de culto ao corpo. Freud (1914) utiliza o termo narcisista quando uma pessoa trata o seu próprio corpo como objeto sexual, contemplando-o, afagando-o e acariciando-o até obter a

satisfação completa. O autor segue dizendo que o narcisista se vê perturbado pelo próprio julgamento crítico e de terceiros, ficando impossibilitado de reter aquela perfeição imaginária, ou seja, quanto mais alto for o ideal de perfeição, menor será a autoestima do indivíduo.

Beleza exterior e saúde, aparência desagradável e doença parecem relacionar-se na sociedade atual. A antiga questão aceitar ou não o corpo recebido parece ter se transformado em como mudá-lo e até que ponto? As imagens dos meios de comunicação sempre exibem corpos bem trabalhados e sexuais sempre lutando contra o cansaço e até mesmo contra o próprio envelhecimento. Seguir o padrão estético atual parece ter se consagrado no melhor atalho para o sucesso e para a saúde. “Entretanto o lugar da verdade não é fácil: não há efeito especial que o sustente” (VILHENA, 2005).

(...) podemos passar à consideração do interessante caso em que a felicidade na vida é predominantemente buscada na fruição da beleza, onde quer que esta se apresente aos nossos sentidos e ao nosso julgamento. (...) A atitude estética em relação ao objetivo da vida oferece muito pouca proteção contra a ameaça do sofrimento, embora possa compensá-la bastante. (...) A fruição da beleza dispõe de uma qualidade peculiar de sentimento, tenuamente intoxicante. (FREUD, 1930/1955b, p. 90)

O trabalho não mostrou diferença significativa nos níveis de vigorexia para os sexos, o que pode ser explicado pelo número baixo de voluntários na amostra e pelo fato de o número de mulheres ser menos da metade do de homens (6 mulheres contra 17 homens). Mas, no geral, a amostra obteve uma média de 23 pontos no questionário do complexo de Adônis, o que, segundo o autor, é um score alto em que o avaliado pode começar a considerar formas de tratamento psicológico, pois a distorção e preocupação com sua imagem corporal já causam problemas consideráveis na vida. É interessante analisar que, em atletas de treinamento de força, a média subiu para 27 pontos, ponto em que, segundo o autor, um tratamento psicológico já é considerado imprescindível. O que comprova a relação de quanto maior a preocupação estética; quanto maior for o ideal de perfeição do indivíduo maior a distorção da sua imagem corporal.

Lembrando que os atletas presentes na amostra pertencem ao fisiculturismo. Esporte em que os indivíduos devem apresentar corpos grandes, definidos e simétricos com características próprias de cada modalidade, mas, em suma, sempre uma preocupação estética e visual. O trabalho desses atletas é talhar o corpo, esculpi-lo.

É fato, então, que a vigorexia traz influências negativas na vida dos indivíduos. Para uma análise de quais áreas são as mais afetadas, o MASS nos trouxe quatro escores diferentes que, segundo os resultados já apresentados, por ordem de maior valor numérico, ficam assim: dependência em treinar, checagem dos músculos, propensão ao uso de substâncias e satisfação. Pode-se dizer que, de forma geral, indivíduos com vigorexia são altamente dependentes em treinar, obcecados pela forma física com forte tendência ao uso de anabolizantes, e com baixa satisfação própria. Todos eles são significativos.

Para uma análise mais detalhada dessas influências negativas, foram feitos mais dois testes estatísticos – t-pareado e correlação – para relacionar o resultado dos dois testes.

O teste t-pareado nos trouxe aspectos significativos e interessantes. Com o p-valor menor que 0,001 em todas as análises, fica estatisticamente comprovado que os escores do MASS aumentam na mesma proporção que o nível de vigorexia de cada indivíduo, ou seja, há um valor correspondente e correlacionado de dependência em treinar, checagem dos músculos, a satisfação e a propensão ao uso de substâncias para cada valor de vigorexia estipulado pelo QCA. De forma geral, quanto maior o nível de vigorexia maior a influência negativa na vida do voluntário.

Para observar a correlação entre esses dados, foi realizado o teste de correlação e os resultados mostraram que os escores relacionam-se direta e estatisticamente com a vigorexia. Lembrando que o teste não comprova causalidade; a vigorexia pode não ser a causa da dependência em treinar, por exemplo, mas ambas se correlacionam de forma forte e altamente significativa.

Apenas para o uso de substâncias (F4) a significância encontrada foi baixa e fraquíssima estatisticamente, um número maior de voluntários na amostra poderia tornar essa relação mais forte.

Vale citar também o fator cultural quanto ao uso de anabolizantes no Brasil. O MASS foi formulado nos Estados Unidos onde não há controle sobre o uso de tais substâncias e recursos androgênicos são vendidos nas farmácias sem qualquer tipo de vigilância ou receita médica, ou seja, não há qualquer proibição, por parte das agências de saúde, ao uso de anabolizantes, não havendo também qualquer necessidade de esconder o fato de utilizá-lo.

No Brasil, a venda e consumo de quaisquer derivados farmacológicos são proibidos sem que haja uma prescrição médica, logo, seus usuários são coagidos a sempre esconder seu uso, o que pode ter influenciado nas respostas durante a aplicação dos questionários salientando a preocupação de alguns dos voluntários - mesmo com a assinatura do TCLE que contém o compromisso de manter os dados em sigilo - em saber quem veria as respostas dadas e o que seria feito com tais dados.

Os quatro escores do MASS nos permitem, então, fazer uma relação com áreas específicas da vida dos voluntários; a dependência em treinar pode relacionar-se direta e negativamente com a vida social e familiar; a checagem dos músculos e a satisfação relacionam-se com a vida pessoal e saúde mental; e a propensão ao uso de substâncias interfere diretamente na saúde fisiológica dos indivíduos.

Sendo assim, temos como primeiro fator, a dependência em treinar como fator comprovadamente mais forte e significativo estatisticamente, ou seja, indivíduos com vigorexia são dependentes em treinar. O que nos leva a crer que há um prejuízo grande na vida social e familiar dessas pessoas, pois quaisquer compromissos que os impeçam de treinar será posto em segundo plano para que a rotina de treinamento com pesos seja cumprida de forma satisfatória. Geralmente eles abrem mão de atividades antes consideradas satisfatórias ou prazerosas para se dedicarem exclusivamente aos treinos.

O fato, também, de todos seguirem uma dieta hiperproteica os leva a desmarcar compromissos que contenham grandes riscos de os fazer sair da rotina alimentar. Como dito por um grande fisiculturista Kay Greene: “Cada refeição errada o coloca mais longe do seu objetivo. Você pode até perder um treino, mas nunca uma refeição.” Frase que alguns levam como ditado sagrado para a manutenção dos treinos e dieta na busca ao corpo de proporções perfeitas.

Em segundo lugar, obtivemos a checagem dos músculos no quesito relação forte estatisticamente.

A vigorexia – como dentro da classe dos transtornos dos transtornos de imagem corporal em geral – leva a uma checagem incansável de variáveis antropométricas como peso, circunferências e percentual de gordura corporal. Os indivíduos são fissurados pela forma física, pelo tamanho dos músculos e pela forma como imaginam que estão sendo vistos. Em casos mais graves, esse processo de

checagem pode virar um ritual e qualquer modificação inesperada pode causar desespero e sintomas depressivos (PHILLIPS, 1991) Com isso, ficando clara a influência negativa na vida pessoal e precária saúde mental dessas pessoas. Há, para elas, uma pressão psicológica e uma avalanche de sentimentos negativos a cada 0,5cm a menos na musculatura ou uma variação qualquer indesejada no peso, por exemplo. Qual deve ser a sensação de viver pressionado pela própria mente? Por que se deixar aprisionar pelo próprio corpo?

Ainda falando da saúde mental desses indivíduos, podemos relacionar o fato de o escore satisfação ter obtido o menor valor numérico dentre os quatro. O que comprova a baixa autoestima e os problemas com a autoimagem de indivíduos com vigorexia. Por mais que, como já foi mencionado, alguns deles estejam felizes com própria imagem, há sempre alguma coisa que precisa e pode ser melhorada na aparência física. Não há uma satisfação própria física plena dessas pessoas com elas mesmas.

Digamos, então, que quanto mais obcecado é o indivíduo pelo seu corpo; quanto maior seu nível de vigorexia mais áreas da vida podem ser prejudicadas. Em estados graves, estes indivíduos não medirão esforços também financeiros, físicos e psicológicos para atingir o corpo ideal. É como gastar tudo para consertar o que não tem defeito; é viver polindo as grades de uma prisão imaginária.

Sendo assim, os resultados nos mostraram que a vida social, pessoal e a saúde mental dos indivíduos com vigorexia sofrem extrema influência negativa. A propensão ao uso de substâncias também sugere um problema para a saúde fisiológicas pessoas com vigorexia já que os anabolizantes trazem inúmeros riscos ao fígado, rins, coração e uma imensa bagunça hormonal. Além de uma provável dependência psicológica (BROWER, 1993).

Os resultados obtidos no presente trabalho nos permitem afirmar que a vigorexia interfere de forma negativa e generalizada na vida dos indivíduos. As evidências são sutis e passam facilmente despercebidos por aqueles que os rodeiam e, muitas vezes, até pelos próprios afetados, o que torna o transtorno ainda mais silencioso, próximo e perigoso já que as consequências são gravíssimas.

Como sociedade, é preciso que estejamos atentos a nós mesmos; que não nos transformemos em apenas corpos e que não nos deixemos transformar em objetos sempre concorrendo pela melhor embalagem. Que a mente trabalhe sempre a favor do

nosso corpo, que sejamos sãos e que este seja o principal motivo de buscarmos a atividade física: saúde, já conceito de beleza é vago demais e o estético é efêmero ao ponto de cair em meio ao vão. Que sejamos reféns apenas de boas escolhas e que a nossa convivência conosco, antes de qualquer outra pessoa, possa ser a melhor possível.

Achar que existe uma fórmula para nossa felicidade e um modelo ideal de corpo tem sido, talvez, a maior causa das nossas frustrações. Por que não encararmos o mundo e a nós mesmos exatamente da forma como se apresentam?

“(…) e foi aconselhado a frequentar assiduamente as praias, para se habituar as imperfeições do corpo humano, que formam a perfeição relativa” (Carlos Drummond de Andrade, contos plausíveis, 1981).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi estipular o perfil de indivíduos com vigorexia e determinar quais áreas da vida sofria maior interferência pelo transtorno. Os resultados da pesquisa mostraram que são pessoas obcecadas pela forma física, viciadas no treinamento com peso, com baixa autoestima e propensas ao uso de anabolizantes e que essas características geram consequências negativas de forma quase geral na vida desses indivíduos. Alguns autores chegaram a afirmar que o transtorno pode ser considerado um subtipo do TOC (transtorno obsessivo compulsivo) e que pode gerar quadros sérios de depressão.

A visão como principal sentido, a rapidez nas trocas de conteúdos, a pressão da mídia – que vem se tornando quase um membro da família contemporânea – a forma como a sociedade tem se estruturado tomando sorrisos belos e corpos bem torneados como pilares, podem ser algumas das causas para o aparecimento de transtornos de imagem corporal.

Pode-se perceber que sempre que se muda o conceito de belo, aparece um novo transtorno: enquanto vigorava a ditadura da magreza, a anorexia e a bulimia estavam em alta e agora, com os corpos musculosos como padrão estético, é a vigorexia que mais pode ser vista – ou que deveria ser – em academias de musculação, clubes e ambientes propícios ao treinamento com pesos.

O problema é que a sociedade dificilmente dá a atenção necessária a esse tipo de problema. Esses transtornos tornam o indivíduo escravo de si mesmo e do espelho, um escravo sem limites e com liberdade para tomar qualquer atitude extrema em nome da beleza. É grave, é perigoso.

## REFERÊNCIAS

ANDREOLA, N. M. **O culto ao corpo sob o olhar da Psicanálise**. Discente do Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2006.

ANDRADE, V. **Culto ao corpo na contemporaneidade**. Professora do IFEN, Psicóloga e Psicoterapeuta na abordagem fenomenológico-existencial, 2003.

ASSUNÇÃO, S. S. M. Dismorfia muscular. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.1, p. 80-84, 2002.

AZEVEDO, A.; FERREIRA, C.; SILVA, P.; CAMINHA, O.; FREITAS, M. Dismorfia Muscular: A busca pelo corpo hipermusculoso. **Motricidade**. v.8, n.1, p-53-66, 2012.

BARROS, D. D. **Estudo da imagem corporal da mulher: corpo (ir)real x corpo ideal**. 2001, 123f. Dissertação (mestrado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

BECKER JR. B. **Manual de Psicologia aplicada ao Exercício & Esporte**. Porto Alegre: Edelbra, 1999.

BISHOP, E. R. Monosymptomatic hypochondriasis. In **Psychosomatics**, p. 731 – 747, 1980.

BRAWMAN-MINTZER, O.; BALLENGER, J. C.; LYDIARD, R. Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 64, n.4, p. 600-668, Agosto 1996.

BROWER, K.J. Anabolic steroids. In **Psychiatr Clin North Am**, p.97-103, 1993.

BRUMBERG, J.J. **The body project – an intimate history of American girls**, 2003. Disponível em <[www.revistaforum.com.br/revista](http://www.revistaforum.com.br/revista)>. Acesso em abril de 2013.

BUHLMANN, U; TEACHMAN, B.; GERBERSHAGEN, A.; KIKUL, J.; RIEF, W.. Implicit and explicit Self Esteem and Attractiveness Beliefs among individuals with body dysmorphic disorder. **Journal of cognitive therapy and research**. v. 32, n. 2, p. 213-225, 2008.

CASTILHO, S.M. **A imagem corporal**. Santo André: ESEtec Editores Associados, 2001.

CHOI, P. Y. L.; POPE, H. G.; OLIVARDIA, R. Muscle Dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. **Br. J. Sports Medicine**. v. 36, p.375-376, 2002.

CHUNG, B. Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. **Perspect Biology Medicine**. v. 44, n. 4, p. 565-574, 2001.

DUBY, G. **A Idade média na França**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

DEPPE, L. **História da Ciência: breves considerações**, 2000. Disponível em <[www.revistaforum.com.br/revista](http://www.revistaforum.com.br/revista)> . Acesso em abril de 2013

DSM-IV-TR – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Cláudia Dornelles; 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2002.

FERNANDES, M. H. **Corpo**. Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FRENETTE, M. **A beleza e seus infelizes**, 2003. Disponível em <[www.revistaforum.com.br/revista](http://www.revistaforum.com.br/revista)>. Acesso em agosto de 2013.

FERRAZ, A. (2009) **Dismorfia Muscular Em Usuários De Esteroides Anabólico-Androgênicos**. 2009, 144f. Monografia (graduação em medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

FREUD, S. **Sobre o narcisismo: uma introdução**, 1914. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v, XIV. Rio de Janeiro: IMAGO, 1976.

GALLO, S. **Ética e cidadania, caminhos da filosofia**. Campinas: Papyrus, 2000.

GARRINI, S. P. F. (2007) Do Corpo Desmedido ao Corpo Ultramedido. Reflexões sobre o Corpo Feminino e suas Significações na Mídia Impressa. INTERCOM – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DA COMUNICAÇÃO. V CONGRESSO NACIONAL DE HISTÓRIA DA MÍDIA . **Anais**: São Paulo – 31 maio a 02 de junho de 2007.

GOMBRICH, E.H. **A história da arte**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

GONÇALVES, M. A. S. **Sentir, pensar, agir, corporeidade e educação**. Campinas: Papyrus, 1994.

GOETZ, E.; CAMARGO, B.; BERTOLDO, R.; JUSTO, A. Representação social do corpo na mídia impressa. **Psicologia & Sociedade**. v.20, n.2, p. 226 – 236, 2008.

GRANT, J. E.; KIM, S. W.; CROW, S. J. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. **Journal of Clinical Psychiatric**, v. 62, n.7, p. 517 – 522, julho 2001.

GRIEVE, F. G. **A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia and eating disorders**. v.15, n. 1, p. 63-80, jan/fev 2007.

HOBSBAWM, E. J. **A era do capital: 1848-1875**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

HAUPT, H.A.; ROVERE, G.D. Anabolic steroids: a review of the literature . **Am J Sports Medicine**. v, 12, n. 1, p. 469-84, 1984.

JANET, P. **Obsession de la honte du corps**. Le obsession et la psycastenie. 2 ed. Paris: Alcan, 1908.

KALACHE, A.; GRAY, J.A.M. Health problems of older people in the developing world. In: Pathy, M.S.J., R. **Principles and practice of geriatric medicine**. CHICHESTER; JOHN W. & Sons. p. 1279-87, 1985.

LANTZ, C. D.; Rhea, D. J.; Mayhew, J. L. (2001). The drive for size: A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia. **International Sports Journal**,v. 5, n. 1, p. 71-86, 2001.

LEPARGNEUR, P. **Consciência, Corpo e Mente**. Campinas: Papyrus, 1999.

MAGALHÃES, E. Transtornos alimentares: a hipótese da distorção da imagem corporal. **E-scientia**. v.2, n. 1, dez. 2009.

MORIYAMA, J. de S.; AMARAL, V. L. R. Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**,v.9, n.1, p. 13-26, 2007.

NAHOUM, V.. **La belle femme ou le stade du miroir en histoire**. **Communications**, v. 46, p. 22-32. Mimeografado, 1987 apud VILHENA, J. A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. **Revista mal-estar e subjetividade**. v.1, n.1, p. 109-144, 2005.

NIERENBERG, A. A. Body dismorphic disorder in outpatients with major depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 69, n.1, p. 141-148, 2002.

NOVAES, J. V.; VLIHENA, J. De Cinderela a Moura Torta: Sobre a relação mulher, beleza e feiúra. Interações, Estudos e Pesquisas Psicológicas. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. v.8, n.15, p. 9-36, 2007.

OLIVARDIA, R. Mirror, morror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. **Harvard Revision Psychiatry**. v.9, n.5, p.254-259, 2001.

OLIVARDIA, R.; POPE, H. G; BOROWIECKI ,J.J.; COHANE, G.H. Biceps and body image: the relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. **Psychology of Men and Masculinity**. v.5, n. 1, p.112-120 , 2004 apud GRIEVE, F.G. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating disorders*. v.15, n.1, p. 63-80 , jan/fev 2001.

PHILLIPS, K. A.; HOLLANDER, E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions and a suggested approach.; *Body Image*. **CNS Spectrums**. v.5, n.1, p.13- 17, 2008.

PHILLIPS, K. A.; KAYNE, W. H. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive compulsive disorder. **CNS Spectrums**. v. 12, n.5, p. 347-58, 2007.

POPE, H.G.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA,R. **O complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo**. Rio de Janeiro: Campus; 2000.

POPE, H.G.; PHILLIPS, K. A; MCELROY, S. L.; HUDSON, J. Body dysmorphic disorder an obsessive-compulsive spectrum disorder, a forma of affective spectrum disorder, or both? **Journal Clinical Psychiatric**.v.56, n. 4, p. 41-50, 1993.

POPE, H.G.; PHILLIPS, K. A.,; Mcelroy, S. L.; KECK, P.E.; HUDSON J. I. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. **American Journal of Psychiatry**. v.150, n.2, p. 302-308, 1993.

POPE, H.G.; PHILLIPS, K.A.; OLIVARDIA, R. **O complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo**.Rio de Janeiro: Campus; 2000.

POPE, H.G; PHILLIPS, K. A; Mcelroy, S. L; KECK,, P.E.; HUDSON J. I. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. **American Journal of Psychiatry**. v.150, n.2, p. 302-308, 1993.

POPE, H.G.; KATZ, D.L. Bodybuilders' psychosis. **Lance**. v.1, n.1, p. 863, 1987.

RINDING, J.; MUNRO, A. (1975) Primozide in treatment of monosymptomatic hypochondical psychomatisis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**,v.5, n.1, p. 23-30, 1975.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**.Porto Alegre: Artmed, 2007.

Santos, P. L. dos (2005) **O corpo desnudado: das imagens da mulher na ciência as imagens da mulher na publicidade**. In S.C. Araújo e S.H Zanirato, **Dimensões da imagem: uma abordagem teórica e metodológica**.Maringá: Eduem

STEKEL, W. **Compulsion and doubt (vol. 2)**. Londres: Peter Nevill, 1950.

SCHILDER, P.A **imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SILVA, K. S; LOPES, A. S.; SILVA F. M. Comportamentos sedentários associados ao excesso de peso corporal. **Revista brasileira de Educação Física e Esporte**. v.21, n.2, p.135-141, abr./jun. 2007.

TAVARES, M.C.C. **Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento**. São Paulo: Manole, 2003.

TAVARES, M.C. C. **Avaliação para imagem corporal: Instrumentos e Diretrizes para pesquisa**. São Paulo: Phorte, 2009.

UGARTE, M. C. D. **O corpo utilitário: da revolução industrial à revolução da informação.** In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL PROCESSO CIVILIZADOR: TECNOLOGIA E CIVILIZAÇÃO, 9., 2005, Ponta Grossa. Anais... Ponta Grossa, 2005.

VILHENA, J; MEDEIROS, S. A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. **Revista mal-estar e subjetividade.** v.1, n.1, p.109-144, mar 2005.

WARWICK, H. M. C. Transtornos somatoformes y factícios, In Caballo, V. E, Buella C. G, Carroble C. **Manual de psicopatologia e transtornos psiquiátricos.** Siglo Ventiuno Editores de España, 2005.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1: Questionário do Complexo de Adônis (QCA)**

- 1.** Quanto tempo você gasta por dia preocupando-se com algum aspecto de sua aparência (não apenas pensando a respeito, mas realmente preocupando-se com ele)?
  - a. menos de 30 minutos
  - b. 30 a 60 minutos
  - c. mais de 60 minutos
  
- 2.** Com que frequência você fica perturbado com suas preocupações com a aparência (isto é, sentindo-se triste, ansioso ou deprimido)?
  - a. raramente ou nunca
  - b. às vezes
  - c. frequentemente
  
- 3.** Com que frequência você evita que outras pessoas vejam todo o seu corpo ou uma parte dele? Por exemplo, com que frequência você evita vestiários, piscinas ou situações em que terá de tirar a roupa? Alternativamente, com que frequência você usa certas roupas para alterar ou disfarçar sua aparência – tais como um chapéu para esconder seu cabelo ou roupas largas para esconder o corpo?
  - a. raramente ou nunca
  - b. às vezes
  - c. frequentemente
  
- 4.** Quanto tempo, no total, você gasta por dia envolvido em atividades destinadas a melhorar sua aparência?
  - a. menos de 30 minutos
  - b. 30 a 60 minutos
  - c. mais de 60 minutos
  
- 5.** Quanto tempo, no total, você gasta por dia com atividades físicas para melhorar a aparência de seu corpo, tais como levantar pesos, fazer flexões ou correr em uma esteira? (incluir apenas aquelas atividades esportivas nas quais um dos seus principais objetivos é melhorar a aparência)
  - a. menos de 60 minutos
  - b. 60 a 120 minutos
  - c. mais de 120 minutos
  
- 6.** Com que frequência você se dedica à dieta, comendo alimentos especiais (por exemplo, alimentos ricos em proteína ou com baixo teor de gordura), ou toma suplementos nutricionais especificamente para melhorar sua aparência?
  - a. raramente ou nunca
  - b. às vezes
  - c. frequentemente
  
- 7.** Quanto de sua renda você gasta com itens destinados a melhorar sua aparência (por exemplo, alimentos dietéticos, suplementos nutricionais, produtos para o cabelo, cosméticos e procedimentos estéticos, equipamentos de ginástica ou mensalidades de academias)?
  - a. uma quantidade desprezível
  - b. uma quantidade mais substancial, mas nunca a ponto de criar problemas financeiros
  - c. o suficiente para causar problemas financeiros até certo ponto
  
- 8.** Até que ponto suas atividades relacionadas com a aparência minaram seus

relacionamentos sociais? Por exemplo, suas atividades físicas, práticas dietéticas ou outras condutas relacionadas com a aparência comprometeram seus relacionamentos com outras pessoas?

- a. raramente ou nunca
- b. às vezes
- c. frequentemente

**09.** Com que frequência suas preocupações ou atividades relacionadas com a aparência comprometeram seu emprego ou sua carreira (ou desempenho acadêmico, caso você seja estudante)? Por exemplo, você tem se atrasado, faltado ao trabalho ou à escola, trabalhado abaixo do seu potencial, perdido oportunidades de progresso por causa de suas necessidades relacionadas com a aparência ou vergonha?

- a. raramente ou nunca
- b. às vezes
- c. frequentemente

**10.** Com que frequência você tem evitado ser visto por outras pessoas por causa de suas preocupações com a aparência (por exemplo, não ir à escola, ao trabalho, a eventos sociais ou aparecer em público)?

- a. raramente ou nunca
- b. às vezes
- c. frequentemente

**11.** Você já ingeriu qualquer tipo de droga – legal ou ilegal – para adquirir musculatura, perder peso ou melhorar sua aparência de alguma forma?

- a. nunca
- b. somente drogas legais compradas com prescrição médica
- c. sim

**12.** Com que frequência você tomou atitudes mais extremas para mudar sua aparência, tais como excesso de exercício, malhação mesmo quando sofre lesões; jejum ou outras atividades dietéticas não saudáveis; ou técnicas não-convencionais para o desenvolvimento muscular e/ou melhora da aparência?

- a. raramente ou nunca
- b. às vezes
- c. frequentemente

## Anexo 2: MASS (MUSCLE APPEARANCE SATISFACTION SCALE)

Escala de satisfação com a aparência dos músculos

Favor circular o número que melhor corresponde a sua resposta ou opinião:

- 1 – Discordo completamente
- 2 – Discordo parcialmente
- 3 – Não concordo nem discordo
- 4 – Concordo parcialmente
- 5 – Concordo completamente

	Perguntas	Respostas				
		1	2	3	4	5
1	Quando olho para meus músculos no espelho, sempre me sinto satisfeito com o atual tamanho deles.	1	2	3	4	5
2	Se meus compromissos me levam a perder um dia de treinamento com pesos, sinto-me muito chateado.	1	2	3	4	5
3	Eu sempre pergunto aos amigos e/ou parentes se eu pareço grande.	1	2	3	4	5
4	Eu estou satisfeito com o tamanho dos meus músculos.	1	2	3	4	5
5	Eu frequentemente gasto dinheiro com suplementos para aumento de massa muscular.	1	2	3	4	5
6	É válido usar esteróides anabolizantes para aumentar a massa muscular.	1	2	3	4	5
7	Eu me sinto meio viciado em malhar com pesos.	1	2	3	4	5
8	Quando tenho um treino ruim, é provável que isto tenha um efeito negativo no resto do meu dia.	1	2	3	4	5
9	Eu tentaria qualquer coisa para fazer meus músculos crescerem.	1	2	3	4	5
10	Eu sempre continuo malhando mesmo quando meus músculos ou articulações estão doendo de treinamentos anteriores.	1	2	3	4	5
11	Eu frequentemente gasto muito tempo olhando meus músculos no espelho.	1	2	3	4	5
12	Eu gasto mais tempo malhando na academia do que a maioria dos outros frequentadores.	1	2	3	4	5
13	Para aumentar significativamente a massa muscular, o indivíduo deve ser capaz de ignorar bastante a dor.	1	2	3	4	5
14	Eu estou satisfeito com a definição e o tônus dos meus músculos.	1	2	3	4	5
15	Minha satisfação pessoal está muito ligada a aparência de meus músculos.	1	2	3	4	5
16	No sentido de obter maior massa muscular, é comum ignorar muita dor física quando estou malhando com pesos.	1	2	3	4	5
17	Se necessário for e a qualquer custo, aumentarei minha massa muscular.	1	2	3	4	5
18	Eu busco a confirmação por outras pessoas de que meus músculos são suficientemente grandes.	1	2	3	4	5
19	Eu tenho dificuldade em não verificar o tamanho dos meus músculos.	1	2	3	4	5

### **Anexo 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO:** VIGOREXIA: REFLEXO DA CONTEMPORANEIDADE

**ALUNA:** TALISSA RIBEIRO GUIMARÃES

**ORIENTADORA:** PROFA. DRA. PAULA TEIXEIRA FERNANDES

**JUSTIFICATIVA:** ENTENDER O CHAMADO “CULTO AO CORPO” E, ASSIM, COMPREENDER OS SIGNIFICADOS DO CORPO E AS ESTRATÉGIAS EMPREGADAS NA BUSCA DAS EXIGÊNCIAS ESTÉTICAS CONTEMPORÂNEAS. E ASSIM, USAR ESSE MATERIAL COMO FONTE DE ESTUDOS FUTUROSE COMO BASE PARA QUE PROFISSIONAIS DA ÁREA POSSAM LIDAR DE MANEIRA MAIS ADEQUADA COM INDIVÍDUOS QUE APRESENTEM A IMAGEM COMPORAL DISTORCIDA.

**PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:** OS VOLUNTÁRIOS RESPONDERÃO A UMA FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, A UMA VERSÃO TRADUZIDA DO MASS (MUSCLE APPEARANCE SATISFACTION SCALE) E AO QUESTIONÁRIO DO COMPLEXO DE ADÔNIS (QCA). AMBOS OS INSTRUMENTOS SÃO RELATIVOS A AUTO PERCEÇÃO CORPORAL E ALGUNS HÁBITOS RELACIONADOS A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA. EM SEGUIDA, AS RESPOSTAS SERÃO ANALISADAS DE ACORDO COM A LITERATURA PSIQUIÁTRICA QUE ACOMPANHA CADA UM DOS QUESTIONÁRIOS.

**DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:** AO PARTICIPAR DESTA PESQUISA, VOCÊ NÃO CORRERÁ NENHUM RISCO QUANTO À SUA INTEGRIDADE FÍSICA, DIFAMAÇÃO, CALÚNIA OU QUALQUER DANO MORAL. SUA IDENTIDADE SERÁ MANTIDA EM ABSOLUTO SIGILO. **NÃO HAVERÁ RESSARCIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.**

**BENEFÍCIOS DA PESQUISA:** AS INFORMAÇÕES ORIUNDAS DESTA PROJETO DE PESQUISA SERVIRÃO DE BASE PARA A MELHOR IDENTIFICAÇÃO DA DIMUS (DISMORFIA MUSCULAR) E COMO ORIENTAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA.

**ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:** EM QUALQUER MOMENTO VOCÊ PODERÁ OBTER ESCLARECIMENTOS SOBRE TODOS OS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA E NAS FORMAS DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS. TEM TAMBÉM A LIBERDADE E O DIREITO DE RECUSAR SUA PARTICIPAÇÃO OU RETIRAR SEU CONSENTIMENTO EM QUALQUER FASE DA PESQUISA, BASTANDO ENTRAR EM CONTATO COM O PESQUISADOR. CASO VOCÊ TENHA ALGUMA RECLAMAÇÃO OU QUEIRA DENUNCIAR **QUALQUER ABUSO OU IMPROBIDADE DESTA PESQUISA, ENTRE EM**

**CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNICAMP:** RUA: TESSÁLIA VIEIRA DE CAMARGO, 126 – CEP 13083-887 CAMPINAS – SP. TELEFONES (019) 3521-8936 OU 3521-7187 - E-MAIL: CEP@FCM.UNICAMP.BR

**CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS:** A SUA IDENTIDADE E DE TODOS OS VOLUNTÁRIOS SERÃO MANTIDAS EM TOTAL SIGILO POR TEMPO INDETERMINADO, TANTO PELO EXECUTOR COMO PELA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO E PELO PATROCINADOR. OS RESULTADOS DOS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS NA PESQUISA SERÃO ANALISADOS E ALOCADOS EM TABELAS, FIGURAS OU GRÁFICOS E DIVULGADOS EM PALESTRAS, CONFERÊNCIAS, PERIÓDICO CIENTÍFICO

OU OUTRA FORMA DE DIVULGAÇÃO QUE PROPICIE O REPASSE DOS CONHECIMENTOS PARA A SOCIEDADE E PARA AUTORIDADES NORMATIVAS EM SAÚDE NACIONAIS OU INTERNACIONAIS, DE ACORDO COM AS NORMAS/LEIS LEGAIS REGULATÓRIAS DE PROTEÇÃO NACIONAL OU INTERNACIONAL.

### **Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo Órgão \_\_\_\_\_, por me considerar devidamente informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente, expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é \_\_\_\_\_ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante Voluntário

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Data

**Contato do Pesquisador Responsável – Paula T. Fernandes: (19) 3521-6765 ou paula@fef.unicamp.br**

#### **Anexo 4: Escores do questionário do Complexo de Adônis (QCA)**

Resposta A = 0 pontos

Resposta B = 1 ponto

Resposta C = 3 pontos

**Total = 0 a 36 pontos**

**Escores de 0 a 9:** o entrevistado pode ter algumas preocupações menores acerca da imagem corporal, mas elas provavelmente não afetam tão seriamente seu dia a dia.

**Escores de 10 a 19:** o entrevistado provavelmente possui uma forma branda a moderada do Complexo de Adônis. As preocupações com a imagem corporal podem ou não comprometer seriamente seu dia a dia, mas o sujeito pode muito bem ser vítima de alguma(s) força(s) social(is) e/ou psicológica(s) que estimulam as pessoas a quererem ser mais fortes. Se o entrevistado pertence à extremidade superior desta faixa, precisa dar uma olhada séria no efeito que o Complexo de Adônis está exercendo sobre a sua vida.

**Escores de 20 a 29:** o Complexo de Adônis é provavelmente um problema sério para o entrevistado. Ele deveria considerar algumas opções de tratamento.

**Escores de 30 a 36:** o entrevistado indubitavelmente possui um grave problema com a imagem corporal. É sugerido que o sujeito faça uma consulta urgente com um profissional de saúde mental confiável e que tente alguns tratamentos.

## **APÊNDICE**

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO – Apêndice 1

1- Nome completo:.....

2 – Sexo:  M  F

3 – Data de nascimento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4 – Estado civil: .....

5 - Endereço de e-mail:.....

5 – Telefone (opcional) : ( ) \_\_\_\_\_

6 – Nome da academia que costuma frequentar: .....

7 - Treina há quanto tempo: \_\_\_\_\_

8 – Quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_

9 – Tempo gasto por sessão de treino: \_\_\_\_\_

10 - Mantém uma dieta aliada aos treinos para melhor obtenção de resultados?

SIM

NÃO

10 – Faz uso de suplementos alimentares? Se sim, aproximadamente, quantos?

.....

11-Peso:.....

12-Altura:.....

13– Faz, aproximadamente, quantas refeições por dia? .....

14 – Você gosta do que vê quando olha no espelho? .....

15 – Quão importante é, pra você, melhoria estética do seu corpo, seja em termos de definição muscular e/ou ganho de massa magra?

Imprescindível

Muito importante

Importante

Irrelevante