

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA

MAURÍCIO HOROS ALFF

**REVISÃO DO DISMORFISMO MUSCULAR NO CONTEXTO DO
FISICULTURISMO**

Porto Alegre

Junho de 2016

MAURÍCIO HOROS ALFF

**REVISÃO DO DISMORFISMO MUSCULAR NO CONTEXTO DO
FISICULTURISMO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do grau de Bacharel em Educação Física.

Orientadora: Prof. Dra. Flávia Meyer.

**Porto Alegre
Junho de 2016**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conduzir ao término desse trabalho. Sou muito grato pela consciência e inteligência que me deste e por sempre iluminar o meu caminho.

A minha professora e orientadora Dra. Flávia Meyer, a qual me acolheu em um momento delicado da minha vida e soube de forma magnífica me auxiliar a me reencontrar dentro do curso.

Aos meus pais, Marcia Helena Horos e Flávio Leite Bueno, pelo apoio incondicional nas minhas escolhas, pelo suporte, incentivo e educação. A minha irmã, Larissa Horos Bueno, e a minha vó Maria de Moura Horos, meu porto seguro.

A minha namorada, futura esposa e mulher da minha vida, Dayan da Silva, por estar ao meu lado me apoiando em todos os momentos. Teu brilho me faz querer sempre ser mais, até meu último suspiro nesse plano estarei ao teu lado em busca da nossa felicidade. Aos meus sogros, José Carlos da Silva e Cleida Nóris Cabreira da Silva, pelos constantes ensinamentos a cerca da vida.

Agradeço aos meus mestres e colegas dentro da universidade, Carolina Dávila e Tágli Henrique, pela disponibilidade, paciência e boa vontade, sempre dispostos a me ajudar.

A todos que de forma direta ou indireta, auxiliaram e contribuíram para que essa monografia fosse concluída.

Muito obrigado!

***A distância entre o sonho e a realidade
chama-se disciplina.***

Bernardo Rocha de Rezende.

RESUMO

O presente estudo busca explorar uma realidade específica de preocupações com a imagem corporal que desencadeiam em distúrbios psiquiátricos. O objetivo central da pesquisa foi revisar com base na literatura existente os conhecimentos sobre o Transtorno Dismórfico Corporal e, com ênfase, o Transtorno Dismórfico Muscular. A revisão traz seus conceitos, suas causas, seus sintomas, riscos em comum, possíveis tratamentos e intervenções, além de contextualizar o universo do fisiculturismo e suas práticas, revisando a definição conceitual do quadro dentro desse meio. Para tanto, as coletas de dados foram feitas através do livro "O Complexo de Adônis", de periódicos de língua portuguesa e inglesa, dos sites *Scielo*, *Scopus* e *PubMed* e através de buscas feitas pelo Google Acadêmico. Entre os possíveis sintomas do Dismorfismo Muscular, podemos destacar a constante preocupação com o tamanho do corpo, a incontida intolerância à aparência e todos os comportamentos que dele derivam os prejuízos funcionais que permeiam a vida de quem se encontra nessa situação. Enquanto os prejuízos trazidos por esse distúrbio são semelhantes em fisiculturistas e não atletas, é possível identificar sintomas específicos dentro do contexto competitivo do fisiculturismo. Espera-se que o trabalho possa colaborar para o melhor entendimento do quadro dentro desse universo entre os profissionais da área da saúde. No papel de treinador, o profissional de Educação Física, poderá compreender melhor o transtorno para uma possível intervenção, sendo assim, diminuindo as possíveis implicações as quais esses indivíduos estão em potencial risco.

PALAVRAS-CHAVE:

Vigorexia. Transtorno Dismórfico Corporal. Dismorfismo Muscular. Dismorfia Muscular. Fisiculturismo. Transtorno Dismórfico Muscular

ABSTRACT

The present study explores a specific reality of body image concerns that cause psychiatric disturbances. Based in the existing literature, the main objective of this research was to review the knowledge about Body Dysmorphic Disorders focusing on Muscular Dysmorphia. It reviews the concepts, causes, symptoms, risks, potential treatments, interventions and it contextualizes the bodybuilding universe and its environmental practices. Data collection were searched from the book "The Adonis Complex", scientific articles both in English and Portuguese, from the sites *Scielo*, *Scopus e PubMed* and the academic *Google*. Among the possible symptoms of Muscular Dysmorphia we may include a constant body size concern, a continues self-image intolerance e all deleterious and functional behaviors that affect someone in this situation. While the risks caused by this Disorder, in the general population or in bodybuilders, are similar; it is possible to identify specific symptoms in the competitive universe of bodybuilding. It is expected that the present review help improving knowledge among the bodybuilding universe for health related professionals. As a coach, the Physical Education professional may better understand the disorder for a possible intervention, decreasing therefore the deleterious effects for those who are at potential risk.

KEYWORDS:

Vigorexy. Body Dysmorphic Disorder. Muscle Dysmorphia. Bodybuilding.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	10
2.1 Caracterização do estudo	10
2.2 Coleta e análise de dados.	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Transtorno Dismórfico Corporal.....	11
3.2 Dismorfismo Muscular.....	13
3.2.1 Descrição.....	13
3.2.2 Conceito.....	14
3.2.3 Causas	16
3.2.4 Sintomas e riscos em comum.....	17
3.2.5 Tratamentos e intervenções	19
3.3 Dismorfismo Muscular e Fisiculturismo	19
3.3.1 Contexto	19
3.3.2 Treinamento.....	21
3.3.3 Nutrição.....	23
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos houve um aumento significativo do número de atletas de fisiculturismo. A popularização do esporte a partir da inclusão das categorias *Fitness (Bikini, Wellness, Body Shape e Men's Physique)* alavancou a inserção de competidores dentro da modalidade. O tempo mínimo de dedicação a este esporte para projetar o atleta a nível competitivo costumava ser entre cinco a dez anos; porém, hoje é possível observar que há ingressos de indivíduos com apenas dois anos de treinamento. A modalidade então se tornou atingível para muitos indivíduos, fazendo com que muitos entrassem num universo de comportamentos e atitudes específicas sem a devida preparação física, emocional e psicológica.

Através da minha experiência prática no esporte e da participação em campeonatos, *workshops*, cursos e eventos com essa temática, além de diversos relatos dos próprios atletas e treinadores, foi possível visualizar a ocorrência do quadro de Dismorfismo Muscular entre muitos praticantes. Esses relatos tratam de uma constante insatisfação com relação à aparência física (estética). Observa-se uma distorção de imagem frente ao que o indivíduo apresenta e relata, focando em detalhes imperceptíveis aos olhos de todos. Essa incessante busca pelo padrão estético ideal para as categorias do esporte pode gerar diversas consequências para o atleta caso ele não tenha um adequado suporte emocional e psicológico, ao ponto de comprometer suas atividades sociais, ocupacionais e recreativas.

Essas manifestações de insatisfação com relação ao seu próprio visual relacionadas a questões musculares podem ser classificadas dentro do quadro do Transtorno Dismórfico Muscular (Dismorfismo Muscular) ou Vigorexia, um subtipo dos Transtornos Dismórficos Corporais. Entre os possíveis sintomas desse quadro, podemos destacar a constante preocupação com o tamanho do corpo, a incontida intolerância à aparência e todos os comportamentos que dele derivam os prejuízos funcionais que permeiam a vida de quem se encontra nessa situação, como distúrbios da ansiedade, depressão, perda de compromissos sociais e ocupacionais. (POPE et al., 2000). Em certos aspectos, esse transtorno e a conhecida anorexia nervosa são desordens semelhantes, na medida em que interferem na visão deturpada que os portadores têm do próprio corpo. Sua comorbidade é extensa e gera grandes sofrimentos psíquicos. (KITTLER et al., 2007).

Dentro do fisiculturismo há muita rigidez nos treinos, nas dietas e no descanso, pois a performance desse esporte está relacionada a estética apresentada, ou seja, o atleta busca controlar todos os aspectos que podem interferir na mesma. Sabe-se que os mesmos componentes podem alterar completamente o estilo de vida/rotina do praticante, prejudicando muitas vezes suas relações pessoais, profissionais e até afetivas. Como o corpo considerado perfeito é um ideal inatingível, em razão de sentimentos de inferioridade e da visão deformada da própria aparência, o risco para o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Muscular é grande.

Este trabalho teve como base literária o livro "O Complexo de Adônis", de Pope, Phillips e Olivardia (2000), que foram pioneiros ao estudar sobre o Transtorno Dismórfico Muscular. Vale destacar que apesar de o livro já ter dezesseis anos da data de sua publicação, suas informações ainda são ricas e atualizadas. Como podemos observar através de um recente artigo de revisão sobre o tema (novembro de 2015), o qual os autores e psiquiatras Australianos Phillipou e Castle, retomam a abordagem do livro de Pope e colegas.

O assunto estudado merece mais atenção da comunidade científica, principalmente na área da Educação Física, pois parece ser um problema que tende a crescer entre os frequentadores de academias, afetando significativamente a saúde física e mental destes indivíduos (SILVA et al., 2010). Dentro dessa perspectiva, o presente trabalho pretende contribuir para o enobrecimento dessa realidade. O objetivo central da pesquisa foi revisar com base na literatura existente os conhecimentos sobre o Transtorno Dismórfico Corporal e, com ênfase, sua subdivisão, Dismorfismo Muscular, trazendo seus conceitos, suas causas, seus sintomas, riscos em comum, possíveis tratamentos e intervenções, além de contextualizar o universo do fisiculturismo e suas práticas, revisando a definição conceitual do quadro dentro desse meio. Espera-se que o trabalho possa também colaborar para o melhor entendimento do quadro entre os profissionais da área da saúde. No papel de treinador, o profissional de Educação Física, poderá compreender melhor o transtorno para uma possível intervenção, sendo assim, diminuindo as possíveis implicações as quais esses indivíduos estão em potencial risco.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Caracterização do estudo

O presente trabalho é caracterizado como uma revisão de literatura com adição de opiniões, vivências pessoais e baseados no conteúdo bibliográfico já conceituado. A revisão de literatura será associada ao método de pesquisa bibliográfica a qual consiste em pesquisar a bibliografia total ou parcial já tornada pública em relação ao assunto de estudo (SALOMON, 2010). Segundo Marconi e Lakatos (2006), esse método não é mera repetição do que já foi escrito, ele propicia o exame sobre o assunto sob uma nova perspectiva, possibilitando chegar a novas conclusões significativas.

2.2 Coleta e análise de dados

A revisão dos dados foi feita através do livro "O Complexo de Adônis", em periódicos de língua portuguesa e inglesa, através das bases de dados como *Scielo*, *Scopus* e *PubMed*, e através de buscas feitas pelo Google Acadêmico. O material coletado foi analisado através de uma leitura prévia, seguido de uma leitura seletiva, sucedendo-se a uma leitura interpretativa procurando criar relações com o objetivo do presente trabalho.

Finalizando essa etapa, buscando contemplar o objetivo do trabalho, o estudo será dividido em três capítulos: o primeiro apresentará os aspectos gerais do Transtorno Dismórfico Corporal; o segundo capítulo se aprofundará na Dismorfia Muscular, trazendo sua descrição, conceito, sintomas, causas e possíveis intervenções e tratamentos; e o terceiro capítulo se aprofundará nas práticas específicas realizadas dentro do fisiculturismo. As considerações finais se originam desse processo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo subdivide-se em três secções que se destinam a explicar os assuntos que compõem o tema do trabalho, de acordo com a literatura.

3.1 Transtorno Dismórfico Corporal

Dismorfia é o termo mais antigo e igualmente usado para designar a diferença entre aquilo que o indivíduo acredita ser em relação a sua autoimagem e aquilo que ele realmente é. Segundo Fischer (2002), a categoria geral dos Transtornos Dismórficos Corporais refere-se a uma preocupação excessiva com a imagem corporal. Os que apresentam o Transtorno estão constantemente insatisfeitos com sua aparência, quando de fato parecem ótimos na visão dos outros. Nesses distúrbios a inquietação pode estar relacionada com qualquer parte do corpo como o cabelo, pele, nariz, altura, queixo, seios, pernas, quadris, etc. Uma ligeira anomalia física estando presente torna a preocupação sobre essa acentuadamente excessiva. A apreensão causa sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no funcionamento social ou em outras áreas importantes da vida da pessoa. Para alguns, as preocupações com a imagem corporal se degeneraram em distúrbios psiquiátricos definidos, arruinando as suas próprias vidas e não raro as vidas daqueles que os cuidam e amam (POPE et al., 2000). Segundo o mesmo autor, essas preocupações com a aparência são profundamente perturbadoras, levando-os a distúrbios emocionais e restringindo o prazer de viver.

Essas ideias obsessivas sobre defeitos no próprio corpo são muito semelhantes aos pensamentos obsessivos dos pacientes com Transtornos Obsessivos-Compulsivos, e em geral, são egodistônicas, ou seja, estão em desacordo com o gosto da pessoa, portanto, trazendo sofrimento ao indivíduo. Pacientes com Distúrbio Dismórfico Corporal em geral são perfeccionistas e podem ter traços de personalidade obsessivos ou esquizoides, sendo as ideias sobre as deformidades corporais de natureza obsessiva, podendo haver também um comportamento compulsivo (BALLONE, 2008).

Uma pesquisa feita nos Estados Unidos envolvendo 548 homens, publicada na revista *Psychology Today* em 1997 apresentou que 43% dos homens reportaram

algum grau de insatisfação com sua aparência (POPE et al., 2000). No Brasil, um estudo feito por Araujo e Araujo (2003) mostrou resultados semelhantes no nível de descontentamento dos homens com o seu aspecto físico. Estudos retirados do livro de Pope (2000) demonstram que já nos primeiros anos escolares muitos meninos estão insatisfeitos com seus corpos. A sociedade atual vem produzindo manifestações do que é esteticamente agradável e, principalmente, do que deve ser almejado, exibindo um padrão extremamente rígido quanto ao corpo ideal, desprezando o aumento significativo de sintomas relacionados à obsessão por esse padrão estético. Assuntos relacionados à dietas, aparência física, cirurgias plásticas e a prática de exercícios físicos estão circulando de forma constante em todos os ambientes de nossas vidas. (BUCARETCHI, 2003).

Um estudo, usando uma escala para medir a qualidade de vida, mostrou que a qualidade de vida relacionada com a mente e a saúde era muito pior para as pessoas que apresentavam o Distúrbio Dismórfico Corporal quando comparadas com aquelas portadoras de muitos outros distúrbios psiquiátricos ou que apresentavam uma condição clínica crônica (diabetes, por exemplo) ou que tinham sofrido um recente infarto (POPE et al., 2000). Logo, esses dados retratam a dimensão da gravidade e do sofrimento que esses transtornos podem gerar.

Os critérios para diagnóstico oficial do quadro, retirados do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da *American Psychiatric Association*, 4 Edição (conhecido como DSM-IV), são divididas em três categorias de preocupação:

- A. Preocupação com um defeito imaginário na aparência. Se uma leve anomalia física está presente, a preocupação da pessoa é acentuadamente excessiva.

- B. A preocupação acarreta distúrbio clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de atividade.

- C. A preocupação não é mais bem explicada por outro distúrbio mental (por exemplo, insatisfação com a forma e a dimensão corporal na anorexia nervosa).

A categoria geral dos Transtornos Dismórficos Corporais se refere a todos os tipos de preocupações graves infundadas com a imagem corporal. A Dismorfia Muscular é simplesmente uma forma desses distúrbios, no qual a musculatura, frente a algum outro aspecto do corpo, torna-se o foco (POPE et al., 2000). A pessoa com Dismorfismo Muscular apresenta um Distúrbio Obsessivo-Compulsivo e na tentativa de melhorar sua aparência, submete-se a excesso de treinamentos, preocupações abusivas com a alimentação e o uso de esteróides anabolizantes. Segundo Pope, Phillips e Olivardia (2000), muitos confundem esse distúrbio com vaidade, o que de fato não é, pois as pessoas acometidas pelo quadro sofrem.

As patologias mentais evoluem e se transformam ao longo do tempo, tornando-se suscetíveis a todas as mudanças socioculturais em curso. A incidência dessas doenças é absolutamente associada a um determinado ambiente e a uma época concreta. Assim, explica-se o aparecimento de uma nova desordem, o Transtorno Dismórfico Muscular ou Vigorexia, que nasce no âmbito de uma sociedade competitiva, em que o culto à imagem tornou-se uma obsessão (BALLONE, 2004).

3.2 Dismorfismo Muscular

3.2.1 Descrição

O Transtorno Dismórfico Muscular é um tipo de Transtorno Dismórfico Corporal em que o indivíduo aumenta seus possíveis defeitos estéticos relacionados à sua musculatura, os quais muitas vezes não existem (CAFRI et al., 2008). Esses “defeitos” o torturam, e o indivíduo passa a se sentir aparentemente defeituoso. Sua comorbidade é extensa e gera grandes sofrimentos psíquicos (KITTLER et al., 2007). Entre os possíveis sintomas, podemos destacar a constante preocupação com o tamanho do corpo, a incontida intolerância à aparência e todos os comportamentos que dela derivam os prejuízos funcionais que permeiam a vida de quem se encontra nessa situação, como distúrbios de ansiedade, depressão, perda de compromissos sociais e ocupacionais (POPE et al., 2000). O indivíduo se envolve regularmente em

compulsão por exercícios e adere a dietas rigorosas, muitas vezes com atenção meticulosa aos constituintes alimentares (PHILLIPOU e CASTLE, 2015). Por definição, esta Dismorfia Muscular está associada com vergonha e embaraço por causa da aparência física (POPE et al., 2000).

3.2.2 Conceito

Estudando uma amostra de mais de cem fisiculturistas, Pope et al. (1993) descreveram o que foi denominado na época de anorexia nervosa reversa. Nesta amostra, foram identificados que nove indivíduos da sua pesquisa se descreviam como muito fracos e pequenos, quando na verdade eram extremamente fortes e musculosos. Essa pesquisa teve grande repercussão e estimulou vários questionamentos a respeito do tema, verificando que o quadro em questão não era tão raro quanto se imaginava. Estes mesmos autores, revisando seus conceitos, publicaram um artigo posterior sobre o assunto no qual renomeou o quadro, que passou a ser chamado de Transtorno Dismórfico Muscular, enquadrando-o entre os Transtornos Dismórficos Corporais. Segundo os mesmos, esse último termo é mais adequado porque os homens portadores dessa condição não necessariamente apresentam um distúrbio alimentar, como poderia estar implícita no termo “anorexia nervosa reversa”. Em vez disso, eles apresentam alterações de percepção e/ou obsessões a respeito de sua musculatura (POPE et al., 2000).

A alta prevalência de comorbidades entre os indivíduos com o Distúrbio Dismórfico Muscular sugeriu que este quadro passasse a fazer parte do grupo de sintomas com características semelhantes, como Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtornos Alimentares e outros Transtornos Dismórficos Corporais (POPE et al., 2000). Ao contrário dos Distúrbios Dismórficos Corporais, os quais a preocupação principal é com áreas específicas, a Dismorfia Muscular envolve uma preocupação de não ser suficientemente forte e musculoso em todas as partes do corpo (ASSUNÇÃO, 2002). Segundo a mesma autora, a preocupação de um indivíduo de que seu corpo seja pequeno e franzino, quando na verdade é grande e musculoso, é a característica principal. O Dismorfismo Muscular não é realmente uma nova doença, mas uma nova manifestação de uma velha doença. Em termos técnicos, acredita-se que o quadro possa estar relacionado como uma condição de Distúrbios Obsessivos-Compulsivos, ou seja, trata-se de um transtorno no qual as pessoas

desenvolvem obsessões (pensamentos recorrentes que não conseguem tirar da cabeça) e compulsões (padrões de comportamento repetitivos que eles executam excessivamente) (POPE et al., 2000). O mesmo autor definiu os critérios de diagnóstico formal para o Transtorno Dismórfico Muscular, acompanhando o formato utilizado pela Associação Americana de Psiquiatria em seu manual diagnóstico, DSM-IV (não está incluída como um diagnóstico específico nessa edição). São eles:

A. Preocupação com a ideia de que o corpo não é suficientemente magro e musculoso. Condutas associadas características incluem longas horas de levantamento de peso e excessiva atenção para a dieta.

B. A preocupação se manifesta por pelo menos dois dos seguintes quatro critérios:

1. O indivíduo frequentemente abandona importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas por causa de uma compulsiva necessidade de manter seu esquema de exercício e dieta.
2. O indivíduo evita situações onde seu corpo é exposto a outros ou enfrenta tais situações apenas com acentuado desconforto ou intensa ansiedade.
3. A preocupação com a inadequação do tamanho ou da musculatura corporal causa desconforto clinicamente significativo ou prejuízo à áreas de atividade social, ocupacional ou outras áreas importantes.
4. O indivíduo continua a exercitar-se, a fazer dieta ou utilizar substâncias ergogênicas (destinadas a melhorar o desempenho) apesar de saber das consequências adversas do ponto de vista físico ou psicológico.

C. O foco primário da preocupação e da conduta concentra-se em ser muito pequeno ou inadequadamente musculoso, distinguindo-se do medo de estar gordo como ocorre na anorexia nervosa, ou uma preocupação primária apenas com outros aspectos da aparência tal como em outras formas de distúrbio dismórfico corporal.

Analisando atualmente o quadro, através de leituras e vivências, observo que não devemos mais considerar o tamanho como o fator primordial. A busca por determinado padrão estético muscular não significa sempre maior em

tamanho/volume e sim simetria, definição e padrões estéticos conforme são exigidos em determinadas categorias do fisiculturismo, como por exemplo, a categoria *Men's Physique*, a qual foi incluída a partir do ano de 2012 na *International Federation of Bodybuilding and Fitness* (IFBB), que tem como definição: Categoria destinada a homens que realizam o treinamento com pesos a fim de manter a forma, e que praticam uma dieta saudável e equilibrada, mas que preferem desenvolver um físico menos musculoso, com aspecto atlético e esteticamente agradável (IFBB, 2015). A partir desses critérios, podemos observar que o tamanho então não é necessariamente o principal fator. Todos os outros sintomas continuam tendo considerável grau de importância. A busca incessante por esse “padrão estético *fitness* específico” tornando o indivíduo refém da situação, causando-lhe diversos malefícios nas suas relações pessoais, profissionais, afetivas e políticas é o que deve ser considerado Dismorfismo Muscular dentro do contexto do fisiculturismo. Vale destacar que tanto o Questionário do Complexo de Adônis, o qual é aplicado em grande parte dos estudos para estimar a prevalência do quadro, quanto as perguntas elaboradas baseadas nos critérios de diagnóstico do Distúrbio Dismórfico Muscular, ambos desenvolvidos por Pope et al. (2000), em nenhuma das perguntas são mencionadas relações com a satisfação ou insatisfação com tamanho/volume muscular.

3.2.3 Causas

As causas do Transtorno Dismórfico Muscular provavelmente compõem-se de três partes. A primeira pode ser a existência de um componente biológico, ou seja, a pessoa já tem uma alteração genética em determinados genes (polimorfismo) para desenvolver uma condição relacionada ao Distúrbio Obsessivo-Compulsivo. A segunda é a psicológica, raízes obsessivas e compulsivas derivadas de experiências durante sua vida. E finalmente, a sociedade que desempenha um poderoso e crescente papel na imposição de padrões estéticos, como condição de aceitação (FISCHER, 2002). O impacto que a sociedade exerce em relação à aparência física é notória na atualidade. Isso pode ser demonstrado, em parte, pela grande presença de matérias relacionadas à saúde, alimentação e exercício físico em qualquer veículo de comunicação (ASSUNÇÃO, 2002). Logo estes fatores devem interagir, pois sob o ponto de vista prático observa-se que os portadores de Dismorfia

Muscular apresentam características obsessivas-compulsivas e também estão vinculadas a ambientes onde a estética é enfatizada como algo vital. Conclusão que vai ao encontro da sugestão feita por Lantz et al. (2001), a qual trás que as causas são fatores decorrentes de baixa autoestima, insatisfação e distorção da aparência do corpo, associadas a fatores biológicos e sociais. Ainda que não se tenham dúvidas sobre a importância do elemento sociocultural no desenvolvimento e na incidência da Dismorfia Muscular, parece também que a doença está relacionada com o desequilíbrio de diversos neurotransmissores do sistema nervoso central, mais precisamente da serotonina (BALLONE, 2008).

3.2.4 Sintomas e riscos em comum.

Assim como pessoas portadoras de anorexia nervosa, indivíduos com Transtorno Dismórfico Muscular, não raro, correm risco de autodestruição física (POPE et al., 2000). Ao contrário do que ocorre em outras condições, como a anorexia nervosa, por exemplo, a Dismorfia Muscular é um transtorno que frequentemente não é percebido pelos profissionais de saúde, em função da aparência fisicamente saudável dos indivíduos acometidos. Tal característica torna ainda mais necessária uma orientação específica aos profissionais da área do exercício a fim de identificá-la (LEONE et al., 2005).

Entre os sintomas de maior ocorrência e possíveis riscos, podemos destacar o vício pela prática de exercícios físicos, o qual pode acarretar em sérios prejuízos aos indivíduos, como por exemplo, o *overtraining*. Esse se caracteriza pelo excesso de treinamento, ou seja, tempo de recuperação incompleto entre as sessões de treinamento provocando manifestações físicas, psíquicas e emocionais, tais como insônia, irritabilidade, depressão, ansiedade, agressividade, lesões, taquicardia, perda de peso, diminuição da libido, cansaço constante, dificuldade de concentração e dores músculo-articulares (Fleck e Kraemer, 2006). A musculação prescrita de forma adequada é obviamente saudável e benéfica. O quadro de Dismorfia Muscular só ocorre quando a atividade se torna uma preocupação insalubre ou associada com desconforto e/ou prejuízo do funcionamento social e ocupacional. Embora os indivíduos acometidos possam perceber, até certo ponto, que suas crenças obsessivas são irracionais e seus comportamentos fúteis, ainda assim não

conseguem “desligar” essas condutas infundáveis e não raro autodestruidoras (Pope et al., 2000).

Outro traço psicológico comum refere-se à constante checagem dos ganhos musculares, com frequentes observações de seu corpo no espelho. Rosenberg (2004) afirma que o ato de medir repetidas vezes com fita métrica a circunferência do peito, dos braços ou das pernas é um comportamento característico da Dismorfia Muscular. Numa pesquisa (AZEVEDO et al., 2012), 90% dos 20 entrevistados (75% homens e 100% das mulheres, praticantes de musculação e inscritos em comunidades específicas sobre Dismorfia Muscular, afirmaram ter essas práticas de maneira compulsiva. Preocupações excessivas com a imagem corporal geram insegurança social, baixa autoestima e sentimentos de inferioridade, podendo agravar uma introversão existente (OLIVARIA, 2001; AZEVEDO et al., 2012). Essas práticas prejudicam a autoestima e a concentração dos indivíduos acometidos, os quais geralmente reconhecem que o tempo gasto é excessivo. A ilusão comum destes indivíduos acometidos é que a timidez e a insegurança social seriam resolvidas tendo corpos belos e fortes.

A utilização de esteroides anabolizantes tem associação com o desenvolvimento do Transtorno Dismórfico Muscular (POPE et al., 1993). Olivardia et al. (2000) observaram que indivíduos frequentadores de academias de ginástica que faziam levantamento de peso e apresentavam o quadro de Dismorfismo Muscular tinham maior prevalência do uso de esteroides anabolizantes do que os indivíduos nas mesmas condições sem o transtorno. Cafri et al. (2006) sugerem que o risco de abuso de esteroides anabolizantes, utilizados na tentativa de melhorar o rendimento físico e incrementar o volume dos músculos, por indivíduos portadores do Transtorno Dismórfico Muscular é alto. Apesar dessas constatações reveladas na literatura, convém não firmar conclusões definitivas sobre o assunto, pois ainda podem existir associações equivocadas quanto aos efeitos desses recursos e o uso, na prática, nem sempre corresponde aos protocolos elaborados nos estudos publicados. Falhas técnicas e metodológicas invalidam os achados de muitos estudos antigos sobre esteroides (POPE et al., 2000). Segundo os mesmos, atualmente, a maior parte dos profissionais de saúde são treinados sobre muitas áreas de abuso de substâncias como álcool, maconha, cocaína e assim por diante, porém, esteroides, drogas usadas por mais de um milhão de homens norte

americanos, não são sequer mencionados em muitos cursos de abuso de substâncias. Outra questão é a limitação ética da pesquisa, a ciência não consegue progredir de forma sistemática nesse tema, fazendo com que a teoria não acompanhe a prática “underground” da utilização desses recursos. Entretanto, penso que num futuro breve, poderemos firmar melhores conclusões sobre os riscos dessas substâncias através da ciência.

3.2.5 Tratamento e intervenções.

No momento não há qualquer descrição para o tratamento do Distúrbio Dismórfico Muscular. Os indivíduos que possuem o Dismorfismo Muscular dificilmente procuram tratamento, pois através dos métodos propostos, geralmente acarretam uma “perda” do seu padrão estético atual. O primeiro desafio é persuadir o indivíduo a procurar tratamento (POPE et al., 2000). Uma combinação de recursos geralmente utilizados nos tratamentos de Transtornos Dismórficos Corporais e de Transtornos Alimentares tem sido incluída nas diretrizes para o tratamento do quadro. A terapia cognitivo-comportamental parece ser útil no tratamento. As principais estratégias incluem a identificação de padrões distorcidos de percepção de imagem corporal, identificação de aspectos positivos da aparência física e confrontação entre padrões corporais atingíveis e inatingíveis (ASSUNÇÃO, 2002). Para Pope et al. (2000) pode-se recorrer a fármacos que atuem sobre os neurotransmissores. Observações de resposta benéfica dos medicamentos bloqueadores seletivos da recaptção de serotonina têm sugerido que os sintomas do Transtorno Dismórfico Muscular estejam associados, já que proporcionaram bastante alívio para alguns homens que tinham obsessões descontroladas de sua musculatura.

3.3 Dismorfismo Muscular e o Fisiculturismo.

3.3.1 Contexto

O ambiente e o espaço das academias de ginástica e *fitness* podem influenciar o comportamento dos frequentadores. Nesses ambientes, verdadeiros “*shoppings* do corpo”, há uma miscigenação de homens e mulheres que se

envolvem em diferentes práticas e atividades ligadas ao corpo, quase todos com um único objetivo, estética acima de tudo (OLIVEIRA, 2010). É fato que o ambiente pode influenciar as atitudes do indivíduo. Existem academias voltadas para os mais diversos públicos. Porém, a ocorrência do Transtorno Dismórfico Muscular está vinculada mais diretamente a ambientes que priorizam questões estéticas, seja de forma consciente ou não. A pessoa nesse ambiente está cercada de estímulos que favorecem o desenvolvimento do quadro. Academias cheias de espelhos, luzes especiais, ambiente climatizado, roupas de marcas famosas, pessoas produzidas, tudo em prol de uma imagem/estética. Inconscientemente o indivíduo começa a querer participar de forma mais efetiva desse meio, sendo influenciado a realizar as práticas convencionais desse tipo de público, podendo alterar a percepção de sua autoimagem. Como afirmam Azevedo et al. (2012), essa alteração pode ser resultado das pressões exercidas sobre o sujeito, principalmente pelo contexto sociocultural no qual o indivíduo está situado e pela mídia. A partir dessas desordens auto perceptivas, podemos verificar um gradual aumento na incidência do quadro, sendo essa questão da percepção um forte critério para o diagnóstico do transtorno. Pequenos problemas nos corpos destes indivíduos, imperceptíveis à maioria, são grandes para este indivíduo, causando depressão, ansiedade, problemas no trabalho e relações sociais (POPE et al., 2000). Com o surgimento das categorias *Fitness* dentro do Fisiculturismo, essas academias passaram a ser também frequentadas e vislumbradas por atletas dessa modalidade. Antes, o ambiente de treinamento de competidores nesse esporte era, normalmente, mais reservado e sem o glamour do *Fitness*. A questão central dessa popularização para outros ambientes é que muitos passaram a se vincular a essa modalidade, porém, sem o devido preparo físico/estético e emocional. É possível constatar através dos campeonatos a nível amador da *International Federation of Bodybuilding and Fitness* (IFBB), que o padrão exigido tem sido aparentemente “menor” dentro dessas categorias, possivelmente para facilitar, de certo modo, a entrada de novos competidores e atrair mais público para os eventos, ou seja, popularizando o esporte.

As preparações para as competições no fisiculturismo, assim como qualquer outro esporte, exigem sacrifício, disciplina, foco e perseverança; entretanto, o desempenho é vinculado à estética, e as manipulações para atingir o ápice nessa

esfera podem resultar numa série de limitações frente a situações cotidianas, as quais podem levar a uma série de prejuízos físicos e mentais. Esses agravos estão diretamente relacionados ao quadro de Dismorfismo Muscular, o qual esses indivíduos acometidos pelo mesmo, em prol de um rendimento estético, buscam pelo padrão de determinada categoria de forma incessante. Muitas vezes esses indivíduos se encontram na condição ideal, porém não conseguem se visualizar de forma coerente e se mantêm nessa perseguição sem fim, levando-os a diversas perdas sociais, emocionais, afetivas e profissionais. Pode parecer estranho pensar que muitos dos fisiculturistas, mesmo que musculosos, apresentam tais inseguranças, entretanto, para muitos deles, estes pensamentos são extremamente dolorosos (Pope et al., 2000). Fatos observados que vão ao encontro dos autores Wolke e Sapouna (2008), os quais sugerem que fisiculturistas demonstram uma desordenada percepção corporal, capaz de contribuir para essas dificuldades psiquiátricas.

3.3.2 Treinamentos

Soler et al. (2013) compararam os níveis de vigorexia (medidos através do Inventário de Dismorfia Muscular desenvolvido e validado por Hildebrand et al. (2004), no qual se busca identificar o quanto comprometido o indivíduo está dentro do quadro) e dependência ao exercício entre 151 frequentadores de academia e 25 fisiculturistas e não encontraram diferença estatística entre os grupos. Além disso, constataram em ambos os grupos que quanto maior o nível de comprometimento dentro do quadro de Dismorfia Muscular o indivíduo se encontrar, maior o nível de dependência ao exercício, sendo essa associação maior em fisiculturistas. Atletas dessa modalidade reportam um tempo de prática e uma frequência semanal maior quando comparados aos frequentadores de academias, enquanto a duração de sua sessão é inferior comparado a esse mesmo grupo (SOLER et al, 2013). A partir dessas observações, podemos sugerir uma dependência pelo exercício nessa população. Dados que vão ao encontro de Olivardia (2001), a qual sugere que o excesso de exercícios físicos é responsável pela maioria das manifestações dos portadores de Transtorno Dismórfico Muscular, que concentra sua rotina à academia, sentindo-se rejeitado ou deprimido se ficar um dia sem fazer exercício.

Através da pesquisa de Soler et al. (2013) também é possível sugerir que o tempo da sessão não é fator determinante para o diagnóstico ou desenvolvimento do quadro, pois quanto mais experiente é o atleta, muitas vezes, sua sessão de treino é rápida, em média de vinte a trinta minutos, ou seja, média de tempo inferior comparada a frequentadores de academias não experientes. Entretanto, Baum (2015) sugere existir uma forte associação entre a duração da sessão de treinamento e o Dismorfismo Muscular, ou seja, aquele indivíduo que despense mais horas na academia parece ser aquele com maior probabilidade de desenvolver o quadro. Como vimos ao longo do trabalho, os atletas de fisiculturismo tendem a desenvolver o quadro com mais “facilidade” do que não-atletas, o que iria de encontro com a sugestão de Baum.

Grande parte dos métodos de treinamento não foram criadas por cientistas, nem por teóricos do treinamento de força, mas sim por atletas e treinadores a partir de suas percepções e instintos. Tanto que a maior parte deles ainda não possui explicações científicas razoáveis, no entanto diversas pesquisas têm sido conduzidas para validá-los e ajustá-los às evidências científicas (Gentil, 2014). Não há um consenso quanto ao treino ideal para se atingir os melhores resultados exigidos dentro dessa modalidade. Enquanto alguns realizam treinos volumosos, outros optam por treinos curtos, muitas variações acerca dos diferentes estímulos, sejam metabólicos ou tensionais, técnicas utilizadas e seleção de exercícios. Segundo Gentil (2015), o fisiculturismo é repleto de mitos e práticas que são contrárias à literatura científica, dificultando conclusões sobre a relação do treino e a ocorrência do quadro de Dismorfismo Muscular.

O treinamento de força para essa população muitas vezes é específico, ou seja, extremamente individual. Conforme seus pontos fracos ou fortes, muitos priorizam o treinamento de determinada região muscular em detrimento de outra. Assim como há também treinamentos ou destreinamentos para se enquadrar em determinado padrão estético exigido pelas categorias. Por exemplo, na categoria, *Mens Physique*, indivíduos que treinam há muitos anos podem necessitar que “atrofiem” determinada região a fim de se enquadrar no padrão de simetria exigido.

Outra metodologia de treinamento muito utilizado em conjunto ao treino resistido para se chegar ao resultado almejado é o treino aeróbico. Ele pode ser realizado com um volume maior e menor intensidade ou/e com menor volume e

maior intensidade. Gentil (2015) sugere a recomendação de reduzir o volume dos exercícios aeróbios e aumentar sua intensidade, uma vez que foi mostrado que quanto maior o volume do exercício aeróbico, menor a hipertrofia muscular e que por outro lado, o treinamento intervalado de alta intensidade é mais recomendável tanto para perda de gordura quanto para a preservação da massa muscular. Na prática, observa-se que ambas as metodologias de treinos são empregadas conforme o gosto do atleta e treinador, enquanto alguns competidores realizam horas de exercícios aeróbicos de baixa/moderada intensidade, sendo de uma a três sessões diárias, outros optam por realizar seus exercícios cardiovasculares com maior intensidade e menor duração.

3.3.3 Nutrição

Desde os primeiros Jogos Olímpicos na Grécia Antiga, os quais representaram o berço da busca pela relação entre nutrição e *performance*, os treinadores e atletas buscam estratégias alimentares capazes de melhorar o desempenho físico (MCARDLE et al., 2003). Com o objetivo de atingir a forma física adequada ao esporte, fisiculturistas manipulam a ingestão calórica, de macro e micronutrientes, a quantidade de sal da dieta e em alguns casos, atletas utilizam medicamentos diuréticos ou até mesmo suspendem a ingestão hídrica pré-competição sendo que tais recursos devem ser utilizados com cautela e recomendados por um profissional especializado, já que podem acarretar diversos danos à saúde do atleta (PERRY et al., 2005). Apesar do significativo aumento de estudos na área da nutrição esportiva nos últimos anos, o grau de desinformação ainda é alto tanto dos atletas quanto de seus treinadores, os quais habitualmente dentro desse cenário prescrevem e assumem as responsabilidades dietéticas, o que pode acarretar em diversas consequências. Conforme Ayensa (2005), um dos sintomas do portador de Dismorfia Muscular é o excessivo controle da dieta. Observa-se na prática que muitos atletas se submetem a dietas extremamente severas e restritas, podendo levar o indivíduo a uma série de efeitos prejudiciais a sua saúde física e mental. São comuns dentro desse cenário, manifestações negativas quanto a essas práticas. Entre elas podemos destacar relatos de atletas que deixam de participar de confraternizações com amigos e familiares, frequentar

certos ambientes, podendo gerar um enorme impacto psicológico negativo, tudo em prol de conseguir manter-se na dieta prescrita. Outra manifestação comum frente a essas restrições alimentares são as compulsões que ocorrem após a competição ou período determinado. Existem atletas que não conseguem parar de comer durante dias, chegando a ganhar de dez a vinte quilos em menos de uma semana em decorrência dessas compulsões. Práticas perigosas a fim de se adequar em categorias com limitantes de pesos são comuns e se assemelham às feitas por lutadores. Para perder peso, os atletas, fazem jejum, restringem severamente a ingestão de líquidos e exercitam-se em ambientes quentes, práticas que podem causar vários efeitos mórbidos relacionados com a desidratação e até perigosos para as funções corporais e saúde (POPE et al., 2000). Restrições severas quanto a quantidade e variedade de alimentos estão presente em grande parte das prescrições dietéticas dessa população. Segundo Pope e colaboradores (2000), homens portadores de Dismorfismo Muscular demonstram níveis de patologia similares aos de portadores de distúrbios alimentares, muitas vezes manifestando práticas comuns. Os mesmos autores sugerem que fisiculturistas podem estar correndo um risco particularmente alto de desenvolver padrões alimentares anormais e excessiva preocupação com o peso.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vislumbrar com muita vontade uma imagem perfeita/ideal não significa sofrer de uma doença mental, mas aumenta as possibilidades de que transtornos psiquiátricos apareçam. Esses transtornos relacionados à distorção da autoimagem corporal são marcados por elevado grau de sofrimento psíquico, associados a perdas sociais e ocupacionais significativas, além de produzirem comportamentos danosos para a saúde física do indivíduo.

A busca contínua pela saúde, beleza e aceitação social é um fato pertinente desde as antigas civilizações (FIRACE, 2010). As atividades ordinárias para melhorar a aparência corporal são perfeitamente normais e justificáveis. Não quer dizer que existe algo patológico em querer ter boa aparência, pode não haver nada de errado em treinar com regularidade na academia, em ser um atleta dedicado, em esforçar-se para fazer uma dieta ou tentar manter um peso saudável. Esses hábitos podem se tornar patológicos quando fogem ao controle, quando a necessidade de mudar sua aparência começa a produzir distúrbios emocionais, mina os relacionamentos sociais e prejudica o desempenho escolar ou profissional (POPE et al., 2000). Tanto homens quanto mulheres com Dismorfismo Muscular percebem o estado de insatisfação corporal, anseiam pelo corpo ideal e dificilmente reconhecem limites físicos e psicológicos para a aquisição de um corpo musculoso. As patologias mentais evoluem e se transformam ao longo do tempo, tornando-se suscetíveis a todas as mudanças socioculturais em curso. A incidência dessa doença é absolutamente associada a um determinado ambiente e a uma época concreta. Assim, explica-se o aparecimento do Transtorno Dismórfico Muscular ou Vigorexia, que nasce no âmbito de uma sociedade competitiva, em que o culto à imagem tornou-se praticamente uma obsessão (BALLONE, 2004).

A ocorrência do Dismorfismo Muscular está vinculada diretamente a ambientes que priorizam questões estéticas, seja de forma consciente ou não. A pessoa nesse ambiente está cercada de estímulos que favorecem o desenvolvimento do quadro. Inconscientemente o indivíduo começa a querer participar de forma mais efetiva desse meio, sendo influenciado a realizar as práticas convencionais desse tipo de público, podendo alterar a percepção de sua autoimagem. Segundo Azevedo et al (2012), essa alteração da percepção de sua autoimagem pode ser resultado das pressões exercidas sobre o sujeito,

principalmente pelo contexto sociocultural no qual o indivíduo está situado e pela mídia. A partir dessas desordens auto perceptivas, podemos verificar um gradual aumento na incidência do quadro, sendo essa questão da percepção um forte critério para o diagnóstico do transtorno. Fortalecendo essa hipótese dentro desses ambientes, os quais normalmente são povoados por atletas de fisiculturismo, os autores Wolke e Sapouna (2008), sugerem que fisiculturistas demonstram uma desordenada percepção corporal, capaz de contribuir para essas dificuldades psiquiátricas. A partir da revisão de literatura junto a minhas vivências e práticas foi possível identificar que a insatisfação com relação ao tamanho/volume muscular não é necessariamente o principal fator de diagnóstico dentro do cenário do fisiculturismo. Todos os outros sintomas destacados por Pope et al. (2000) continuam tendo considerável grau de importância. A busca incessante pelo “padrão estético *fitness* específico”, seja ele, pequeno, menor, maior ou grande, tornando o indivíduo refém da situação, causando-o diversos malefícios nas suas relações pessoais, profissionais, afetivas e políticas é o que deve ser considerado Dismorfismo Muscular dentro desse contexto.

Ao contrário do que ocorre em outras condições, como a anorexia nervosa, o Transtorno Dismórfico Muscular é um distúrbio que frequentemente não é percebido pelos profissionais de saúde, em função da aparência fisicamente saudável dos indivíduos acometidos. Tal característica torna ainda mais necessária uma orientação específica aos profissionais da área do exercício a fim de identificá-la (LEONE et al., 2005). Como não há um tratamento definitivo para o quadro até o momento, existe a necessidade de haver um trabalho multiprofissional apropriado para o alcance de resultados significativos na prevenção e tratamento do Dismorfismo Muscular para essa população específica e de modo geral a todos acometidos pelo quadro. Segundo Pope et al. (2000), o primeiro desafio é persuadir o indivíduo a procurar tratamento. No papel de treinador, o profissional de Educação Física, deverá compreender melhor esse transtorno para uma possível intervenção, sendo assim, diminuindo as possíveis implicações as quais esses indivíduos estão em potencial risco. Esse profissional não deve transmitir ao aluno a estética como algo primário e sim trabalhar com uma concepção global de saúde/bem-estar, destacando que o físico admirável não significa necessariamente uma saúde na mesma proporção. Se você permanece fixado em se tornar algo que você não é e

permanece um prisioneiro das imagens da mídia e das mensagens da indústria da imagem corporal, você se torturará desnecessariamente. Naturalmente, é bom procurar se alimentar adequadamente, exercitar-se e manter um corpo saudável, mas não é saudável utilizar medidas drásticas para manter um corpo completamente diferente daquele que a natureza lhe deu (POPE et al., 2000). Precisamos expor essas forças sociais e culturais que estão inculcando todos esses novos padrões corporais inatingíveis. Estimulando os alunos a buscarem novas maneiras de perceberem seus corpos e a si mesmos, e encontrando novos caminhos em direção à autoconfiança e à realização.

5 REFERÊNCIAS

ARAUJO, D. S.; ARAUJO, C. G. Self-perception and dissatisfaction with weight does not depend on the frequency of physical activity. **Arq Bras Cardiol**. 80:243-9. 2003.

ASSUNÇÃO, S. M. Dismorfia Muscular. **Rev Bras Psiquiatria**. 24(Supl III):80-4. . 2002.

AYENSA, B. J. I. **Vigorexia: como reconhecê-la y evitá-la**. Madrid: Síntesis, 2005.

AZEVEDO, A. P.; FERREIRA, A. C.; DA SILVA, P. P.; CAMINHA, I. O.; FREITAS, C. M. Dismorfia Muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. **Motricidade**, vol. 8, n. 1, pp. 53-66, 2012.

BALLONE, G. J. 2008. Site, <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=91> acesso em 16/12/2015.

BALLONE, G. J. Vigorexia. 2004. Site, <http://gballone.sites.uol.com.br/alimentar/vigorexia.html> acesso em 22/01/2015.

BAUM, I. B. **Estudo sobre a correlação entre vigorexia e overtraining em praticantes de musculação**. Orientador Adroaldo Gaya, TCC, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

BUCARETCHI, H. A. **Anorexia e Bulimia Nervosa uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CAFRI, G.; VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, J. K. Pursuit of muscularity in adolescent boys: relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. **J Clin Child Adolesc Psychol**. V.35, n.2, p.283-291. 2006.

CAFRI, G.; OLIVARDIA, R.; THOMPSON, J. K. Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. **Compr Psychiatry**. 49(4):374-9. 2008.

FISCHER, B. 2002. Site, http://www.gease.pro.br/artigo_visualizar.php?id=73, acesso em 14/12/2015.

FLECK, S. J.; KRAEMER, W. J. **Fundamentos do treinamento de força muscular**. RS: Artmed, 2006.

GENTIL, P. **Bases Científicas do Treinamento de Hipertrofia**. 5 Edição, 2014.

GENTIL, P. A nutrition and conditioning intervention for natural bodybuilding contest preparation: observations and suggestions. **J Int Soc Sports Nutr**. 12:50; 2015.

HILDEBRANDT, T.; LANGENBUCHER, J.; SCHLUNDT, D. G. Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. **Body Image** 1. 2004.

HITZEROTH, V.; WESSELS, C.; ZUNGU-DIRWAYI, N.; OOSTHUIZEN, P.; STEIN, D. J. Muscle dysmorphia: a South African sample. **Psychiatry Clin Neurosci.** 55(5):521-3. 2001.

IFBB BRASIL. 2015. Site, <http://ifbbbrasil.com.br/modalidades/> acesso em 17/12/2015.

JOUVENT, R.; HUDSON, J. I. Body image perception among men in three countries. **American Journal of Psychiatry.** Vol. 157, p 1297-1301. 2000.

KITTLER, J. E.; MENARD, W.; PHILLIPS, K. A. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. **Eat Behav.** Jan;8(1):115-20. 2007.

LANTZ, C. D.; RHEA, D. J.; MAYHEW, J. L. The drive for size: A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia. **International Sports Journal,** 5, 71-86; 2001.

LEONE, J. E.; SEDORY, E. J.; KIMBERLY, K. A. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. **J Athl Train.** 40-52-9. 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fisiologia do Exercício Energia, Nutrição e Desempenho Humano.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011.

OLIVARDIA, R.; POPE, H. G. Jr.; HUDSON, J. I. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case control study. **Am J Psychiatry.** 157(8):1291-6. 2000.

OLIVARDIA, R. Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. **Harv Rev Psychiatry.** 9(5):254-9. 2001.

OLIVEIRA, A. Muito prazer, Vigorexia! O fenômeno corpo-imagem na sociedade contemporânea. **FIEP BULLETIN,** Volume 80, Article I. 2010.

PERRY, P. J.; LUND, B. C.; DENINGER, M. J.; KUTSCHER, E. C.; SCHNEIDER, J. Anabolic steroid use in weightlifters and bodybuilders: an internet survey of drug utilization. **Clin J Sport Med.** V.15, n.5, p. 326-30. 2005.

PHILLIPS, K. A.; CASTLE, D. J. Body dysmorphic disorder in men. **BMJ.** 323:1015-6. 2001.

POPE, H. G. Jr.; KATZ, D. L.; HUDSON, J. I. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. **Comprehensive Psychiatry.** 34(6):406-9. 1993.

POPE, H. G. Jr.; GRUBER, A. J.; CHOI, P.; OLIVARDIA, R.; PHILLIPS, K. A. Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**. 38:547-8. 1997.

POPE, H. G.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA, R. **O Complexo de Adônis: A obsessão masculina pelo corpo**. Tradução: Sérgio Teixeira – Rio de Janeiro: Campus, 2000.

ROSANA, M. Vigorexia: É possível que a prática de exercício não seja saudável? **Rev Bras de Psicologia Aplicada ao Esporte e à Motricidade Humana**. Volume 2. Número 1. Outubro. 2010.

ROSENBER, J. L. Lindos de morrer: dismorfia corporal e outros transtornos para ela e para ele. São Paulo: **Celebris**, 2004.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. 12 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

SILVA, M.; FERREIRA, V.; SOUZA, C.; COELHO, R. Nível de satisfação com a imagem corporal e a aparência muscular de praticantes de musculação. **R de Educação Física/UEM**. Maringá, v.21, n.3, p 493-502, 3, trim, 2010.

SOLER, P. T et all. Vigorexia e níveis de dependência de exercício em frequentadores de academias e fisiculturistas. **Rev Bras Med Esporte** – Vol. 19, N5 – Set/Out 2013.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

WOLKE, D.; SAPOUNA, M. Big men feeling small: Childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. **Psychol Sport Exerc**. 9:595-604. 2008.