

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

**ANÁLISE DE TRANSTORNOS DISMÓRFICOS CORPORAIS EM ADULTOS
PRATICANTES DE TREINAMENTO DE FORÇA**

FELIPE JOHANN TEIXEIRA

Porto Alegre/RS

2019

FELIPE JOHANN TEIXEIRA

**ANÁLISE DE TRANSTORNOS DISMÓRFICOS CORPORAIS EM ADULTOS
PRATICANTES DE TREINAMENTO DE FORÇA**

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, do departamento de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do diploma de licenciado em Educação Física.

Orientadora Profa. Dra. Caroline Pietta Dias

Porto Alegre/RS
2019

Felipe Johann Teixeira

**ANÁLISE DE TRANSTORNOS DISMÓRFICOS CORPORAIS EM ADULTOS
PRATICANTES DE TREINAMENTO DE FORÇA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado na Escola de Ensino de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Licenciatura em Educação Física.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Nome do professor - instituição

Nome do professor - instituição

Nome do professor - instituição (orientador)

RESUMO

Introdução: Em meio a uma sociedade onde o culto a imagem está cada vez mais estimulado, sendo visto como superioridade nas mídias e redes sociais, surge uma nova doença chamada de vigorexia ou de dismorfia muscular. As mesmas caracterizam-se pelos indivíduos que não conseguem enxergar sua real imagem corporal e potencializam os defeitos na sua forma física, o que leva a uma rotina de exercícios físicos e dietas de forma compulsiva. **Objetivo:** analisar a prevalência de transtornos dismórficos corporais em adultos praticantes de treinamento físico resistido. **Métodos:** O presente estudo caracterizou-se como um estudo de delineamento observacional, transversal e descritivo, aplicado em praticantes de treinamento físico resistido em academias de Porto Alegre/RS. Foram incluídos no estudo praticantes de treinamento físico resistido há pelo menos 24 meses com frequência mínima de 3 vezes semanais. Para fins de avaliação, foi avaliado o índice de massa corporal (IMC) e aplicados os questionários *Muscle Appearance Satisfaction Scale* (MASS), *Drive for Muscularity Scale* (DMS), Complexo de Adônis (QCA) e a Escala de Coluna de 9 Silhuetas (ECS), todos devidamente validados para a população brasileira. As variáveis quantitativas foram apresentadas sob forma de média e desvio padrão e as variáveis nominais em frequências absolutas e relativas. Para comparação entre gêneros, foi utilizado teste t ou Qui-quadrado conforme distribuição da variável, com um $p < 0,05$. **Resultados:** Participaram do estudo 66 praticantes de treinamento físico resistido (TFR), 36 (54,5%) do gênero masculino e 30 (45,5%) do gênero feminino, com idade média de $30,2 \pm 6,5$ anos, solteiros (48; 72,7%), com escolaridade predominando no ensino superior (40; 60,6%), tendo a hipertrofia como seu principal objetivo no treinamento resistido (31; 47%), com frequência semanal de $4,5 \pm 1,0$ dias/semana e $60,5 \pm 6,6$ minutos/sessão destinados ao TFR. Na avaliação do perfil de indícios de vigorexia, sendo aplicados QCA e a ECS, os resultados demonstram diferenças significativas nas pontuações totais dos dois instrumentos, sendo que o QCA apresenta indícios de problema sério ou grave predominantemente para as mulheres ($p=0,005$). No entanto, na avaliação da ECS, não são evidenciadas diferenças entre grupos, mas com percentual elevado de indicadores de vigorexia em ambos os gêneros (39% e 47%, respectivamente). Ainda avaliando o perfil de indícios de vigorexia, sendo aplicados MASS e o DMS, os resultados demonstraram diferenças significativas apenas para o domínio de satisfação muscular do MASS ($p=0,034$). **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos, os indícios de dismorfia muscular na amostra foram considerados altos tanto em homens quanto mulheres, porém o comportamento observado parece ser bem semelhante entre os mesmos.

Palavras-chave: Vigorexia, Transtorno dismórfico corporal, Treinamento Resistido

ABSTRACT

Introduction: In a society where image worship is increasingly stimulated, being seen as superiority in social media and networks, a new disease called vigorexia or muscular dysmorphism arises. They are characterized by individuals who can't see their actual body image and potentiate defects in their physical form, which leads to a routine of compulsive exercise and dieting. **Objective:** to analyze the prevalence of body dysmorphic disorders in adults practicing resistance training. **Methods:** The present study was characterized as a cross-sectional and descriptive observational study, applied to resistance training practitioners in academies in Porto Alegre / RS. Practitioners of resisted physical training for at least 24 months with a minimum frequency of 3 times weekly were included in the study. For the purposes of evaluation, the body mass index (BMI) was evaluated and the Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS), Drive for Muscularity Scale (DMS), Adonis Complex Questionnaire (QCA) and the 9 Silhouettes Column Scale (SCS) were applied, all duly validated for the Brazilian population. The quantitative variables were presented as mean and standard deviation and the nominal variables in absolute and relative frequencies. For comparison between genders, t-test or Chi-square test according to the distribution of the variable was used, with a $p < 0.05$. **Results:** 36 (54.5%) men and 30 (45.5%) women, with a mean age of 30.2 ± 6.5 years, were unmarried (48; 72.7%); (40; 60.6%), with hypertrophy as its main objective in resistance training (31; 47%), with a weekly frequency of 4.5 ± 1.0 days / week and 60.5 ± 6.6 minutes / session for the TFR. In the evaluation of the profile of signs of vigorexia, using the the QCA and the SCS, the results showed significant differences in the total scores of the two instruments, the QCA presents indications of a serious or severe problem predominantly for women ($p = 0.005$). However, in the SCS evaluation, no differences were observed between groups, but with a high percentage of indicators of vigorexia in both genders (39% and 47%, respectively). Although the MASS and DMS instruments were still evaluated and the results demonstrated significant differences only for the MASS muscle satisfaction domain ($p=0.034$). **Conclusion:** According to the results obtained, the signs of muscular dysmorphia in the sample were considered high in both men and women, but the observed behavior seems to be very similar between them.

Key words: Vigorexia, Body dysmorphic disorder, Resistance training

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 Transtorno Dismórfico Corporal	9
2.2 Dismorfia Muscular ou Vigorexia	11
3. HIPÓTESE	12
4. JUSTIFICATIVA	12
5. OBJETIVOS	12
5.1 Objetivo Geral	12
5.2 Objetivos Específicos	13
6. METODOLOGIA	13
6.1 Tipo de Estudo	13
6.2 Tamanho da amostra e participantes do estudo	13
6.3 Critérios de elegibilidade	14
6.4 Instrumentos de avaliação	14
6.4.1 <i>Questionário de caracterização da amostra</i>	14
6.4.2 <i>Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)</i>	14
6.4.3 <i>Drive Muscularity Scale (DMS)</i>	15
6.4.4 <i>Questionário de complexo de Adônis (QCA)</i>	15
6.4.5 <i>Escala de coluna de silhuetas</i>	16
6.5 Análise estatística	16
6.6 Aspectos éticos	17
7.RESULTADOS	17
8.DISSCUSSÃO.....	19
9.CONCLUSÃO.....	22
10 REFERÊNCIAS	27

1. INTRODUÇÃO

Vivemos em uma sociedade que exerce forte pressão com relação a aparência física. Nesse contexto criaram-se padrões de beleza física inatingíveis, pois o corpo dito como perfeito ultrapassa a realidade da maioria das pessoas. Portanto com esses extremos surgem frustrações (ADAMI et al., 2005). De acordo com Nabil e Barroe (1999) a forma mais procurada para moldar a condição física é a musculação, em português o termo utilizado para designar treinamento com pesos, que tem como principal objetivo o ganho de massa muscular (OLIVEIRA, 2010).

Segundo Mello Filho (1992) a inter-relação entre três informações forma a imagem que uma pessoa tem de si própria, são elas: a imagem objetiva, a imagem caracterizada pela impressão de terceiros e a imagem idealizada, além disso pode-se incluir alguns fatores como sexo, idade, valores e influência da sociedade e da mídia, a imagem corporal é um componente importante na formação de identidade pessoal.

Assim, a busca pelo corpo esteticamente ideal é cada vez mais visada por praticantes de treinamento resistido em academias de musculação. Nesse cenário, a obsessão com a imagem corporal pode levar aos transtornos dismórficos corporais (TDC). Este transtorno acomete tanto homens quanto mulheres, e para seu tratamento ser feito da melhor forma possível é preciso que seja identificado e diagnosticado o mais breve possível. No ambiente de academias de musculação a ambição da busca do “corpo ideal” pode-se levar ao Dismorfismo Muscular (DM), também conhecido como Vigorexia, identificado como um subtipo do TDC (JUNIOR, 2014).

A vigorexia é o subtipo do TDC onde o volume muscular está em evidência, porém o indivíduo não se identifica na sua real forma (LEONE, 2005). Dentre as principais características da vigorexia está a busca pela hipertrofia através do treinamento resistido, dieta hiperprotéica e isenta de gorduras, além de uso de esteróides anabolizantes. Embora o quadro seja bastante estudado em fisiculturistas, as imposições da mídia por um padrão de beleza masculino que destaca corpos fortes e musculosos podem contribuir para uma busca compulsiva pelo aumento da musculatura e distorções na imagem corporal também em não atletas (IRIART, CHAVES e ORLEANS, 2009).

Segundo Castro e Ferreira (2007) vigorexia é uma doença bastante atual que atinge ambos os sexos, e se caracteriza pela busca obsessiva pelo corpo que joga ideal. De acordo com Oliveira & Araújo (2004) a vigorexia seria como uma anorexia nervosa reversa. Assim, por mais que o indivíduo desenvolva seu corpo, o mesmo, sempre é

visto de forma inferior a realidade e isto induz cada vez mais o desenvolvimento desta patologia e seu portador tem necessidade sempre crescente em desenvolver massa muscular (CATOZZI 2007).

Os vigoréticos se tornam pessoas com baixa autoestima e seus esforços se resumem a seu corpo com rotinas disciplinadas com seus treinos pesados e suas dietas extremamente restritivas, levando a uma grande ingestão de alimentos ricos em proteína, que ajudam no ganho de massa muscular, porém esse alto consumo de alimentos pode levar a distúrbios do trato gastrointestinal e lesões nas articulações devido ao excesso de exercícios (RAVELLI, 2012).

Segundo Sabino (2002), os indivíduos com vigorexia, além de sofrerem com incapacidade de percepção da sua imagem corporal, passam a fazer comparações e/ou diferenciação por meio do reflexo do espelho e diretamente com outros praticantes de musculação da academia. E chegam a verificar ganhos de massa muscular até 13 vezes no dia (MACIEL, 2006). Segundo Ayensa (2003). Mais um ponto a ser mencionado é o humor desses indivíduos, pois ocorre irritabilidade quando não praticam musculação, imaginando estar prejudicando seu físico perdendo massa muscular e peso. Esse transtorno ocorre principalmente com homens, são em grande maioria com jovens adultos entre 18 e 35 anos (AYENSA, 2003).

Um estudo feito em Boston com 24 praticantes com treinamento de força com vigorexia e 30 praticantes sem, identificou a insatisfação corporal dos indivíduos e as alterações do dia a dia que isso provoca. Segundo o estudo de Olivardia et al. (2000), 50% dos indivíduos com o transtorno passavam pelo menos 3 horas por dia pensando sobre sua massa muscular corporal. Ainda, 54% reportaram ter pouco ou nenhum controle sobre a compulsão de treinamento ou dieta.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Transtorno Dismórfico Corporal

Dismorfia é o termo mais antigo e igualmente usado para Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), para designar a diferença entre aquilo que o indivíduo acredita ser em relação a sua autoimagem e aquilo que ele realmente é (HOROS, 2016), o que leva a preocupação excessiva com sua autoimagem corporal. O indivíduo pode ter esse

distúrbio com a imagem relacionada a qualquer parte do corpo, como cabelo, nariz, olhos, seios, queixo, etc. A preocupação causa sofrimento significativo ou prejuízo social, ocupacional ou de outras áreas funcionais, e não é melhor explicada pelo diagnóstico de um transtorno alimentar (PHILLIPOU e CASTLE, 1997).

Os comportamentos adquiridos pelos indivíduos acometidos pela dismorfia são para diminuir a ansiedade criada pelas imperfeições exageradas aos olhos dos mesmos e o uso de roupas e maquiagens para esconder seus descontentamentos corporais e fugas de situações sociais são exemplos dessas atitudes (RAMOS, 2009).

Segundo Pope et al. (2000), para alguns, as preocupações com a imagem corporal se degeneram em distúrbios psiquiátricos definidos, arruinando as suas próprias vidas e não raro as vidas das pessoas próximas. Os pacientes com TDC normalmente recorrem aos médicos gerais ou de áreas específicas de onde percebem a imperfeição no seu corpo, como cirurgiões plásticos ou dentistas (RAMOS, 2009). Os profissionais tendem a responder às queixas do paciente, na tentativa de solucionar o problema. Porém, o profissional nunca atenderá completamente ao desejo do paciente, pois o mesmo enxerga suas características de forma exagerada, visualizando anormalidades invisíveis aos olhos do outro. Segundo Ramos (2009) isto ocorre porque o TDC é pouco identificado pelos profissionais da área médica a quem primeiramente estas pessoas recorrem.

Estudos apresentados por Pope (2000) demonstram que já nos primeiros anos escolares muitos meninos estão insatisfeitos com seus corpos. Reiterando essa afirmação, o estudo da *American Psychiatry Association* (2000), mostra que o período da primeira manifestação de insatisfação com o corpo vai, em geral, do início da adolescência até os 20 anos de idade, aproximadamente. Este fato se dá, pois, as pessoas ficam mais sensíveis à sua aparência física devido às mudanças corporais e psicológicas próprias desta etapa da vida (HOROS, 2016).

O que é esteticamente agradável vem sendo constantemente imposto pela sociedade, expondo o que é agradável aos olhos dos outros e conseqüentemente desencadeando obsessões por estes padrões. Assuntos relacionados às 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). Este fato deve ser considerado perigoso, pois há grande chance de insatisfação com o corpo (PHILLIPS e HOLLANDER, 2008). Segundo a *American Psychiatry Association* (2000) o início do TDC pode ser gradual ou súbito, sendo seu curso razoavelmente

contínuo, com poucos intervalos livres de sintomas, embora a intensidade dos sintomas possa aumentar e diminuir ao longo do tempo.

2.2 Dismorfia Muscular ou Vigorexia

A dismorfia muscular (DM) ou Vigorexia é uma forma de transtorno dismórfico corporal em que os indivíduos desenvolvem uma preocupação patológica com a sua musculatura (OLIVARDIA, POPE e HUDSON, 2000). A pessoa com vigorexia apresenta um distúrbio obsessivo compulsivo e na tentativa de melhorar sua aparência, submete-se ao excesso de treinamentos, preocupações abusivas com a alimentação e ao uso de esteróides anabolizantes (HOROS, 2016). 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 demasiadamente. Segundo Pope et al (2000), a busca pela perfeição física vem aumentando entre homens e mulheres, e tem-se tornado mais evidente no universo masculino. Nesse quadro atual, a vigorexia tem incluído sintomas de insatisfação com a aparência muscular atual e a percepção de pequena estatura, apesar do físico muscular real desses indivíduos (HALE, 2008). Segundo Leone, Sedory e Gray (2005), ao contrário da anorexia nervosa, a vigorexia é um transtorno que frequentemente não é percebido pelos profissionais de saúde, em função da aparência fisicamente saudável dos indivíduos acometidos e tal característica torna ainda mais necessária uma orientação específica aos profissionais da área do exercício a fim de identificá-la.

Ao contrário do TDC típico, nos quais a preocupação principal é com áreas específicas do corpo, a vigorexia envolve uma preocupação de não ser suficientemente forte e musculoso em todas as partes do corpo (ASSUNÇÃO, 2002). Essa insatisfação crescente com a imagem corporal afeta aspectos da vida, trazendo prejuízos sociais, profissionais e psicológicos, além de possíveis lesões articulares e musculares (SARDINHA, OLIVEIRA e ARAÚJO 2008). Visto isso, a necessidade do acompanhamento multidisciplinar dessa população se torna fundamental.

O papel da mídia como influenciadora na aparência dos indivíduos é considerado preocupante, pois segundo ADAMI et al. (2005) o corpo considerado perfeito é um ideal inatingível, em razão de sentimentos de inferioridade e da visão deformada da própria aparência, e o risco para o desenvolvimento da vigorexia fica

eminente. A busca incansável do corpo ideal, produzido pela mídia e estampado em revistas, filmes e novelas tem acarretado uma falta de bom senso e critério, em que o importante é estar dentro dos padrões determinados, independente das consequências (FERREIRA, CASTRO E GOMES, 2005).

3. HIPÓTESE

A hipótese central do estudo é que ao menos 10% da população de praticantes de treinamento resistido avaliada apresentarão indícios do transtorno.

4. JUSTIFICATIVA

Com o crescente aumento de praticantes de treinamento físico resistido com o intuito estético, além de um culto ao corpo vem sendo status de superioridade nas mídias e em redes sociais, e conseqüentemente o distúrbio de imagem está cada vez mais frequente. Sabe-se dos benefícios do treinamento físico resistido como melhora da autoestima e qualidade de vida, porém, quando as perfeições estéticas se sobressaem à saúde esses benefícios possivelmente sejam comprometidos. Nesse sentido, torna-se necessário um estudo para investigar a ocorrência dos transtornos dismórficos corporais em adultos praticantes de treinamento físico resistido, visto que este é um público muito suscetível a este transtorno, a fim de possibilitar um maior entendimento deste quadro, já que na literatura são escassos os estudos à respeito desta temática.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar transtornos dismórficos corporais em adultos praticantes de treinamento físico resistido em academias de Porto Alegre/RS.

5.2 Objetivos Específicos

- Verificar a prevalência de dismorfia muscular em indivíduos adultos praticantes de treinamento físico resistido;
- Comparar as frequências de dismorfia muscular entre os gêneros.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de Estudo

Estudo transversal de caráter descritivo e analítico, com amostragem não probabilística por acessibilidade.

6.2 Tamanho da amostra e participantes do estudo

O tamanho da amostra foi definido a partir de cálculo amostral (software GPower v. 3.0.10 para Windows), utilizando como referência estudos que tenham utilizado avaliações e características metodológicas semelhantes ao presente projeto. O cálculo foi realizado para amostras pareadas, nível de significância de 0,05, um poder de 90%, e um coeficiente de correlação de 0,90. Desta forma o tamanho amostral do estudo foi definido em 66 indivíduos praticantes de treinamento resistido de ambos os sexos, com idade entre 18 e 40 anos. Os indivíduos foram recrutados por meio de divulgação em academias na cidade de Porto Alegre/RS. Aqueles que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) concordando com sua participação. As avaliações foram agendadas com os indivíduos que tiveram interesse em participar do estudo, conforme disponibilidade dos mesmos e foram realizadas na própria academia onde o sujeito realizava seus treinamentos.

Primeiramente foi realizado o contato com as academias a fim de verificar a disponibilidade de dia e horário para o pesquisador apresentar o estudo aos seus alunos. Após o agendamento desta data, o pesquisador fez uma visita à academia e conversou com os alunos que mostraram interesse em participar, para explicar o objetivo da pesquisa. A partir deste momento o aluno que aceitou participar do estudo assinou o

TCLE e realizou os procedimentos da pesquisa no mesmo momento ou em outro momento previamente combinado com o pesquisador. Todos os procedimentos foram realizados nas próprias academias em espaço reservado (sala de avaliação física).

6.3 Critérios de elegibilidade

Para participar do estudo, os indivíduos deveriam ter idade entre 18 e 40 anos, praticar treinamento físico resistido por no mínimo 24 meses e ter uma frequência de treino de no mínimo três vezes na semana. Indivíduos que não fizessem o treinamento regularmente foram excluídos do estudo.

6.4 Instrumentos de avaliação

6.4.1 Questionário de caracterização da amostra

Foi aplicado um questionário elaborado pelos pesquisadores, para fins de caracterização da amostra. Este questionário abordou temas como: gênero, idade, estado civil, escolaridade, massa corporal (kg), estatura (cm), histórico de prévio de doenças e informações referentes ao treinamento físico (Anexo II).

6.4.2 Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)

A versão traduzida do MASS foi aplicada para avaliar a presença de vigorexia nos indivíduos avaliados. Esse instrumento tem sido reconhecido e utilizado pela literatura psiquiátrica como auxiliar ao diagnóstico de vigorexia (CALFRI, BERG e THOMPSON 2006).

O questionário MASS contém 19 itens e foi desenvolvido para avaliar sintomas relacionados ao tamanho muscular (Anexo III). O MASS analisa domínios cognitivos, afetivos e comportamentais da dismorfia muscular. Mayville (2002) examinou a confiabilidade e validade do questionário. Em estudo prévio de Mayville et al. (2002) examinou a confiabilidade e validade do MASS para avaliar sua eficácia medindo o constructo de dismorfia muscular. O questionário gera o somatório de todos os itens, além da pontuação em: satisfação com a auto-imagem, dependência do exercício,

checagem, uso de substâncias ergogênicas e danos físicos. De acordo com o pesquisador que desenvolveu a escala, caso a soma de todos itens for superior a 52 pontos, é indicativo de presença da dismorfia muscular. Segundo Sardinha (2008), a versão em português foi considerada como uma reprodução fiel e apropriada por dois especialistas que avaliaram tanto o idioma quanto o conteúdo da tradução. Cada afirmação do questionário foi preenchida com uma pontuação de 1 a 5 de acordo com a seguinte escala: 1 – Discordo completamente, 2 – Discordo parcialmente, 3 – Não concordo nem discordo, 4 – Concordo parcialmente, 5 – Concordo completamente. O questionário é composto por 6 perguntas para fins de classificação do nível de atividade física, validado para a população brasileira.

6.4.3 *Drive Muscularity Scale (DMS)*

A DMS foi elaborada para avaliar o desejo de ficar mais forte (MCCREARY e SASSE, 2000) e validada para o Brasil por CAMPANA et al. (2013). As respostas estão dispostas numa Escala Likert de seis pontos (1=nunca a 6=sempre). O escore final é dado pela soma dos itens dos respectivos fatores e maiores escores indicam maior frequência de comportamentos voltados para obtenção de um corpo forte e maior direcionamento ao corpo musculoso (CAMPANA et al., 2014) (Anexo IV).

6.4.4 *Questionário de complexo de Adônis (QCA)*

O QCA foi desenvolvido por Pope Júnior, Phillips e Olivardia (2000) e tem como objetivo identificar sinais e sintomas relacionados à vigorexia (Anexo V). Este instrumento contém 13 (treze) perguntas, cada uma com 3 (três) opções de respostas. O participante da pesquisa deve assinalar a alternativa que mais se aproxima da sua realidade. O resultado corresponde a soma simples dos valores das questões, separando o grupo em quatro classificações distintas. São elas: 1. Não compromete; 2. Brando à Moderado; 3. Problema Sério; 4. Problema Grave.

6.4.5 Escala de coluna de silhuetas

É apresentada aos participantes a escala (LIMA, 2008) contendo a figura de nove silhuetas (Anexo VI), na sequência, as seguintes perguntas:

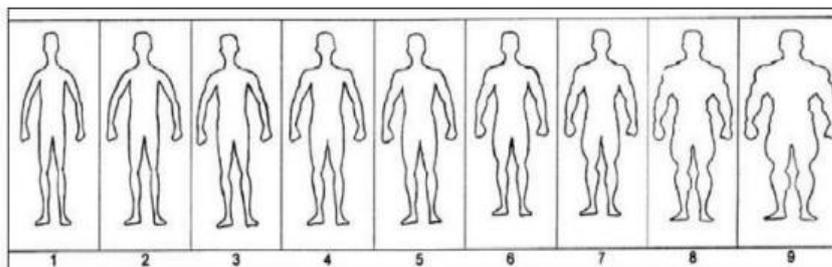


Figura 1 - Conjunto de silhuetas

Fonte: Lima *et al* (2008)

- Qual a silhueta que representa sua aparência corporal atual (real)?
- Qual a silhueta que gostaria que seu corpo parecesse (ideal)?
- Qual a silhueta que você acha que melhor representa a forma como outra pessoa lhe vê?
- Quando a variação entre a silhueta ideal e real foi igual à zero, os indivíduos foram classificados como satisfeitos com sua imagem corporal.
- Quando à diferença (ideal > real), foi considerado um desejo de aumentar a massa muscular.
- Quando a diferença entre a visão de si e de como as pessoas o veem a indicio de vigorexia.

6.5 Análise estatística

A análise estatística foi realizada através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. As variáveis quantitativas foram apresentadas sob forma de média e desvio padrão e as variáveis nominais em frequências absolutas e relativas. comparação entre gêneros, foi utilizado teste t ou Qui-quadrado conforme distribuição da variável. A significância estatística estipulada foi de 5% ($p < 0,05$).

6.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – FSG, nº 3.202.009). Foram respeitadas todas as normas da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (2012) e todos os indivíduos assinaram o TCLE.

7 RESULTADOS

Participaram do estudo 66 praticantes de treinamento físico resistido (TFR), 36 (54,5%) do gênero masculino, com idade média de $30,2 \pm 6,5$ anos, solteiros (48; 72,7%), com escolaridade predominando no ensino superior (40; 60,6%), tendo a hipertrofia como seu principal objetivo no treinamento resistido (31; 47%), com frequência semanal de $4,5 \pm 1,0$ dias/semana e $60,5 \pm 6,6$ minutos/sessão destinados ao TFR. Nas tabelas 1 e 2 a caracterização geral da amostra é apresentada na forma comparativa entre os gêneros masculino e feminino.

Tabela 1: Caracterização geral (nominal) e comparativa por grupos de gênero (n=66).

	Masculino (n=36)		Feminino (n=30)		<i>p-Valor</i> * $<0,05$
	n	%	n	%	
Estado civil					
Solteiro	26	72,2	22	73,3	0,267
Casado	0	0,0	1	3,3	
União estável	9	25,0	5	16,7	
Divorciado	1	2,8	2	6,7	
Escolaridade					
Ensino médio	10	27,8	14	46,7	0,986
Ensino superior	25	69,4	15	50,0	
Pós-graduação	1	2,8	1	3,3	
Histórico de doenças	1	2,8	1	3,3	0,052
Limitação física	0	0,0	1	3,3	0,455
Lesão (12 meses)	6	16,7	9	30,0	0,198
Avaliações periódicas TFR	10	27,8	12	40,0	0,31
Testes de força máxima	4	11,1	2	6,7	0,681
Objetivo TFR					
Hipertrofia	17	47,2	14	46,7	0,356
Condicionamento físico	8	22,2	10	33,3	
Saúde	11	30,6	5	16,7	
Estética	0	0,0	1	3,3	

TF: Treinamento físico

Tabela 2: Caracterização geral (escalar) e comparativa por grupos de gênero (n=66).

	Masculino		Feminino		P-valor
	MD	±DP	MD	±DP	*p<0,05
Idade (anos)	30,7	±6,2	29,5	±6,9	0,483
Índice de massa corporal (IMC)	25,7	±2,2	22,1	±2,1	<0,001*
Tempo de treinamento físico (meses)	66,7	±53,9	51,2	±29,7	0,147
Frequência semanal de treinamento físico (dia)	4,6	±1,0	4,3	±1,1	0,148
Tempo por sessão (minutos)	60,1	±15,2	61,0	±13,7	0,810

MD : Média; ±DP: Desvio padrão.

Na avaliação do perfil de indícios de vigorexia (tabela 3), sendo aplicados os instrumentos questionário de complexo de Adônis (QCA) e a escala de coluna de silhuetas (ECS), os resultados demonstram diferenças significativas nas pontuações totais dos dois instrumentos, sendo que o QCA apresenta indícios de problema sério ou grave predominantemente para as mulheres (p=0,005). No entanto, na avaliação da ECS, não são evidenciadas diferenças entre grupos, mas com percentual elevado de indicadores de vigorexia em ambos os gêneros (39% e 47%, respectivamente).

Tabela 3: Avaliação do questionário de complexo de Adônis (QCA) e a escala de coluna de silhuetas (ECS), comparando por tipo de gênero (n=66).

	Masculino (n=36)		Feminino (n=30)		p-Valor *<0,05
	n	%	n	%	
Questionário de complexo de Adônis (QCA)					
Somatório total da pontuação (MD±DP)	18,7	±3,1	21,4	±3,2	0,001*
Não compromete	25	69,4	9	30,0	
Problema sério	11	30,6	20	66,7	0,005*
Problema grave	0	0,0	1	3,3	
Escala de coluna de silhuetas (ECS)					
Somatório total da pontuação (MD±DP)	18,4	±2,9	13,3	±3,7	<0,001*
<i>Satisfeito com a imagem corporal</i>					
Satisfeito	4	11,1	4	13,3	0,783
Insatisfeito	32	88,9	26	86,7	
<i>Desejo de aumentar a silhueta</i>					
Satisfeito	30	83,3	21	70,0	0,245
Insatisfeito	6	16,7	9	30,0	
<i>Indicador de vigorexia</i>					

Padrões normais	22	61,1	16	53,3	0,619
Indicador positivo	14	38,9	14	46,7	

MD±DP: Média e desvio padrão (escalar)

Ainda avaliando o perfil de indícios de vigorexia (tabela 4), sendo aplicados os instrumentos *Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)* e o do *Drive Muscularity Scale (DMS)*, os resultados demonstraram diferenças significativas apenas para o domínio de satisfação muscular do MASS ($p=0,034$).

Tabela 4: Avaliação do *Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)* e do *Drive Muscularity Scale (DMS)*, comparando por gêneros (n=66).

	Masculino		Feminino		P-valor * $p<0,05$
	MD	±DP	MD	±DP	
<i>Muscle Appearance Satisfaction Scale (MASS)</i>					
Satisfação muscular	56,9	±21,7	45,0	±22,8	0,034*
Dependência ao exercício	48,2	±22,0	49,0	±17,9	0,870
Auto imagem	20,1	±21,4	17,7	±17,6	0,615
Uso de substâncias	22,0	±18,0	15,4	±12,3	0,081
Lesões	44,4	±22,9	42,2	±25,3	0,712
Escore total	38,4	±13,7	33,9	±11,3	0,151
<i>Drive Muscularity Scale (DMS)</i>					
MBO	40,3	±13,5	37,5	±12,6	0,391
MBI	43,6	±21,6	45,0	±25,4	0,825
Escore total	42,0	±14,8	41,2	±16,2	0,847

MD : Média; ±DP: Desvio padrão; MBO: Comportamentos orientados para a muscularidade; MBI: Imagem corporal orientada a muscularidade

8 DISCUSSÃO

A dismorfia muscular é uma forma de transtorno dismórfico corporal caracterizado pela crença de que a estrutura corporal do indivíduo é muito pequena e insuficientemente musculosa, segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014). A finalidade do estudo foi verificar na população praticante de TFR em academias da zona sul de Porto Alegre indivíduos que pudessem ter indícios de Dismorfia Muscular por meio de diversos questionários. Mesmo sendo aparente a preocupação com a forma

física atualmente, segundo O DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2015), em estudos clínicos estima-se que apenas em torno de 0,7% a 2,4% da população em geral possuem algum tipo de TDC.

As tabelas 1 e 2 correspondem a caracterização geral da amostra. Segundo a tabela 1, mesmo não apresentando diferença significativa, os quesitos que mais chamam atenção foram que os homens possuem uma maior escolaridade em comparação com as mulheres da amostra (69,4 e 50% respectivamente possuem ensino superior), as mulheres parecem apresentar mais lesões em relação aos homens (30% e 16,7%, respectivamente) e também fazem mais avaliações físicas periódicas (40 e 27%, respectivamente). No que diz respeito 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 kg/cm² e acima de 25kg/cm², o indivíduo deve preocupar-se com problemas de saúde relacionados, respectivamente ao baixo peso e obesidade. No presente estudo o IMC dos homens foi maior ($p < 0,001$) que o das mulheres (25,7±2,1 kg/cm² e 22,1±2,2 kg/cm², respectivamente). Porém, é discutível a influência real do IMC na amostra em questão, visto que são indivíduos com experiência em treinamento físico em média de 66,7 meses para homens e 51,7 meses para mulheres ($p < 0,147$), com tempo mínimo de 24 meses de prática. Logo, os valores de maior interesse para esta amostra seriam o percentual de gordura e de massa magra muscular, e não IMC.

Por meio do resultado do Questionário do Complexo de Adônis, foi possível observar diferença no somatório total da pontuação de homens e mulheres, sendo que as mulheres apresentaram score maior (21,4±3,2) em comparação com os homens (18,7±3,1) ($p < 0,001$). O número de mulheres com indícios de problemas sérios de DM alcançou **66,7%** das entrevistadas, enquanto apenas 30% dos homens demonstraram tal comportamento ($p < 0,005$). Em estudo realizado por Gomes et al. (2013), uma amostra de 125 indivíduos com idade entre 18 e 40 anos, de ambos os sexos, praticantes de TFR, foi observado que 53% de foi classificada com baixo risco de desenvolvimento de dismorfia muscular, 46% com risco “brando ou moderado”; e apenas 1% foi considerada com “problema sério”. Enquanto isso, estudo de Pereira (2009) que também aplicou QCA em 84 indivíduos também praticantes de TFR, encontrou escores

elevados, sendo que 42% foram classificados com risco leve a moderado e 33% apresentavam riscos graves para DM.

O somatório total da pontuação na Escala de colunas de silhuetas apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) na comparação entre os gêneros. Enquanto o sexo masculino obteve $18,4 \pm 2,9$ pontos, as mulheres obtiveram $13,3 \pm 3$ pontos e o indicativo para vigorexia foi alto em ambos os grupos, ou seja, **38,9%** dos homens e **46,7%** das mulheres parecem apresentar algum comprometimento relacionado a vigorexia. Esse número foi acima do esperado, visto que a hipótese inicial era que em torno de 10% dos praticantes de TFR dentro dos critérios avaliados apresentassem tal indicativo. Entretanto, o resultado corrobora com estudo de Castanheira (2011), realizado com 39 homens, praticantes de TFR utilizando a mesma escala de silhuetas, foi verificado que 35 dos participantes desse estudo ($\pm 23,5$ anos) estavam insatisfeitos com a sua imagem corporal desejando um corpo mais musculoso, mesmo apresentando valores antropométricos considerados dentro na normalidade. Em estudo de Motter (2017) que avaliou 58 homens entre 18 e 40 anos praticantes de TFR na cidade de Caxias do Sul (RS) e que utilizou QCA e a escala de silhuetas verificou também alto percentual (**63,8%**) dos entrevistados com problemas de vigorexia.

A tabela 4 expõe valores altos de média nos questionários MASS e DMS, evidenciando diferença significativa ($p = 0,034$) para maior insatisfação corporal dos homens em relação as mulheres ($56,9 \pm 21,7$ e $45 \pm 22,8$, respectivamente). Nos demais domínios (autoimagem, uso de substâncias, lesões e dependência ao exercício) os escores foram altos em ambos os grupos, porém sem diferença significativa. Segundo Mayville (2002) o questionário MASS fornece uma descrição dimensional, com maiores escores nas subescalas indicando maiores riscos de Dismorfia Muscular, sendo assim, estudos com um número amostral maior, talvez pudessem apresentar essas diferenças nos diferentes domínios. Ainda na tabela 4, os escores entre homens e mulheres foram muito semelhantes, tanto nas subescalas de Comportamentos orientados a muscularidade ($40,3 \pm 13,5$ e $37,5 \pm 12,6$, respectivamente), quanto na Imagem corporal orientada a muscularidade ($43,6 \pm 21,6$ e $45 \pm 25,4$, respectivamente) assim como no escore total ($42 \pm 14,8$ e $41,2 \pm 16,2$, respectivamente). A ausência de diferenças na amostra do presente estudo difere dos resultados encontrados por Robert (2009), onde os homens apresentaram maior pontuação comparados as mulheres no questionário em

questão. O mesmo autor defende que altas pontuações possam indicar a presença da dismorfia muscular, visto que organizar a vida em torno de sua dieta e treinamento é característica do transtorno.

Segundo Ferreira (2009) e Azevedo (2012) fica evidente o impacto de programas de televisão e vídeos musicais nas tendências de idealização do corpo ideal e conseqüentemente nos transtornos dismórfico-corporais, que muitas vezes tendem a acometer pessoas com graves perturbações emocionais. Normalmente na infância e adolescência, principalmente no gênero masculino, os indivíduos acabam se inspirando em ícones de virilidade masculina (Stallone, Schwarze-Negger, Van Damme, He-Man, Super Homem,...) com músculos enormes e corpo definido (AZEVEDO apud ARRAZ, 2010). Assim, os indivíduos são estimulados progressivamente pela mídia, que associa a ideia do corpo perfeito que associa a ideia do corpo perfeito ao sucesso e felicidade. Além disso, a enorme difusão de academias de ginástica nos anos 90, os jovens ‘marombeiros’ foram em busca do sonho de ter o poder e o respeito encarnados numa silhueta musculosa (AVEZEDO apud ARRAZ, 2010).

Ferreira (2009) observa que principalmente os homens estão preocupados ou insatisfeitos com sua imagem corporal e acabam tendo uma visão distorcida do seu próprio corpo, percebendo a si mesmos diferentes (e geralmente piores) do que realmente são. Essa cobrança excessiva pode trazer riscos à saúde se recorrerem a esteroides anabólicos para atingirem os resultados desejados. Em estudo de Yang (2005), realizado em Taiwan que comparou praticantes de musculação do país com praticantes de países do leste europeu, concluiu que os nativos estudados não apresentavam tantas preocupações com sua imagem corporal em comparação aos homens de países ocidentais. Esse resultado foi atribuído ao fato de que os mesmos não eram submetidos a exposição do corpo nas mídias nem têm a crença de que um corpo masculino é necessariamente um corpo forte, como ocorre nas sociedades ocidentais.

9 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, os indícios de dismorfia muscular na amostra foram considerados altos tanto em homens quanto mulheres, porém o

comportamento observado parece ser bem semelhante entre os mesmos. O trabalho multidisciplinar deve se atentar a prevenção desse transtorno, o que hoje pouco acontece pois o diagnóstico não é preciso, levando o reconhecimento tardio do transtorno.

10 REFERÊNCIAS

ADAMI, F. et al. Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. **Revista Digital de Buenos Aires**, v. 83, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revised 5th ed.)**. Washington, DC: Author, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revised 4th ed.)**. Washington, DC: Author, 2000.

ASSUNÇÃO, S. S. M. Dismorfia Muscular **Revista Brasileira Psiquiatria: São Paulo**. V. 24, supl. III, p. 80-84. 2002.

ASSUNÇÃO, S. S. M. et al. Atividade física e transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica: São Paulo**. v. 29, p.4-13. 2002

ASSUNÇÃO, S.S.M. Dismorfia Muscular. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, supl 3, p. 80, 2002.

AZEVEDO, A. P.; et al. Dismorfia Muscular: A busca pelo corpo hiper musculoso. **Motricidade**, vol. 8, n.1, p. 53-66, 2012.

AYENSA, I. B. Vigorexia y culto al cuerpo, alteraciones de la imagen corporal em hombres. **Congreso virtual de psiquiatria**, 4.fev. 2003. Anais.

AYENSA, I.B. et al. Vigorexia y culto al cuerpo, alteraciones de la imagen corporal en hombres. **Revista de Psicopatología y Psicología Clínica**, v.21, n.3, 201, 2016

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

CAFRI, G., et al. Pursuit of muscularity in adolescent boys: relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 35, n. 2, p. 283-291. 2006.

CAMPANA, A. N. B. C., et al. An examination of the psychometric properties of Brazilian Portuguese translations of the drive for muscularity scale, the Swansea Muscularity Attitudes Questionnaire, and the Masculine Body Ideal Distress Scale. **Psychology of Men & Masculinity**.v.14, p.376-388, 2013.

CAMPANA, A. N. N. B. et al. Drive dor Muscularity: um estudo exploratório no Exército Brasileiro. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 213-222, 2014.

CASTANHEIRA, R. P. M. Composição corporal, percepção e satisfação da imagem corporal de homens praticantes de musculação. **Monografia apresentada ao curso de Educação Física da UFSC**. Santa Catarina, 2011.

CASTRO, C.F.G; FERREIRA, R. Vigorexia: um enfoque de la problemática actual. Monografia. **Universidad de Antioquia**, Medellín, 2007. Disponível em <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/105-vigorexia.pdf> Acesso em 07/06/2019.

CATOZZI, A. Garotões não fechem os olhos para o excesso da vaidade. In: **Revista eletrônica Viva Saúde**. Editora Escala, 2007. Disponível em <http://revistavivasaude.uol.com.br/saudenutricao/44/artigo46841-1.asp> Acesso em 21/06/2019.

DONALD W. B.; JON E. G. **Guia para o DSM-5: Complemento essencial para o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FERREIRA, M. E. C., et al. A obsessão masculina pelo corpo: malhado, forte e sarado. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.27, n.1, p. 167-182, 2005.

GOMES, R.L.; et al. Correlação entre o questionário do complexo de adônis (QCA) com fatores do questionário de dependência ao exercício físico (QDEF) em praticantes de musculação na cidade de Fortaleza/CE, **Coleção Pesquisa em Educação Física**, Várzea Paulista, v. 12, n. 4, p. 93-100, 2013.

HALE, W. D. Scale Development in Muscle Dysmorphia. 2008. 136 f. (**Tese Doutorado**) - Course of Philosophy and Faculty of the Graduate College of The Oklahoma State University, Stillwater, 2008.

HEYWARD, V.H.; STOLARCZYK, L.M. Applied body composition assessment. **Champaign: Human Kinetics**, 1996.

HOROS, M. Revisão do Dismordismo Muscular no Contexto do Fisiculturismo. 2016. 30 f. **Monografia (Graduação)** - Curso de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

IRIART, J. A. B.; et al. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.25, n.4, p.773-782, 2009.

JUNIOR, S. J. F., et al. Dismorfia Muscular em Homens Não Atletas Praticantes de Treinamento Resistido: Uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 8, n. 43, p.52-57, 2014.

LEONE, J. E., et al. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. **Journal of Athletic Training**. v.40, 4, p.353- 359, 2005.

LIMA, J. R. P. et al. Conjunto de silhuetas para avaliar a imagem corporal de participantes de musculação. **Arquivos Sanny Pesquisa e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 26-30, 2008.

MACIEL, A. Distorção da imagem corporal em adolescentes do sexo masculino. **Monografia (Graduação em Educação Física)** – Faculdade de Educação Física da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul: USCS. 2006.

MAYVILLE, S.B., WILLIAMSON et al. Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: a self-report measure for the assesment of muscle dysmorphia symptoms. **Assesment**. v. 9, n. 4, p. 351-360, 2002.

MCCREAEY, D.R.; SASSE, D.K.. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. **Journal of American College of Health**, v. 48, p. 197–304, 2000.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MOTTER, A., BELLINI, M.; ALMEIDA, S. **Incidência de Vigorexia em Praticantes de Musculação**. Do Corpo: Ciências e Artes, pp. 117-126. 2017.

NABIL, G.; BARROE T.L.N: **O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos**. São Paulo: Atheneu, 1999.

OLIVARDIA, R., et al. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. **American Journal of Psychiatry**. v. 157, n. 8, p. 1291-1296, 2000.

OLIVEIRA, A. L. Muito prazer, Vigorexia! O fenômeno corpo-imagem na sociedade contemporânea. **Fiep Bulletin Especial Edition-Article I**, Foz do Iguaçu, v. 80, 2010.

OLIVEIRA, A. J; ARAUJO, C. S. Proposição de um critério antropométrico para suspeita diagnóstica de dismorfia muscular. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói , v. 10, n. 3, p. 187-190, 2004.

.PEREIRA, I.A.T.SA. Vigorexia e os esteroides anabolizantes androgênios em levantadores de pesos. **Monografia de graduação**. 2009 Porto: Universidade do Porto.

PHILLIPOU, A.; CASTLE, D. Body dysmorphic disorder in men. **Aust Fam Physician**. v. 44, p.798–801, 2015.

PHILLIPS, K. A., et al. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v. 47, p. 77–87, 2006.

POPE, H. G. JR, et al. Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder. **Psychosomatics**, v. 38, n. 6, p. 548-557, 1997.

POPE, H. G., et al. **O Complexo de Adônis: A obsessão masculina pelo corpo**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

POPE, JR. , H. G., et al. Body image perception among men in three countries. **American Journal of Psychiatry**. v. 157, p. 1297-1301, 2000.

RAMOS, K. P. Escala de avaliação do transtorno dismórfico corporal: propriedades psicométricas. [Monografia]. PUC- Campinas, 2009.

RAVELLI, F. et al. Uso de esteróides anabolizantes androgênicos: estudo sobre a vigorexia e a insatisfação corporal. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 10, n. 6, p. 147-152, 2012.

ROBERT, C., MUNROE-CHANDLER K. J., GAMMAGE K. L. The relationship between the drive for muscularity and muscle dysmorphia in male and female weight trainers. **Journal of Strength and Conditioning Research**. v. 23, n. 6, p. 1656-62, 2009.

SABINO, C. Anabolizantes: Drogas de Apolo. In GOLDENBERG, M. (org.) **Nu e Vestido: Dez Antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SARDINHA, A., et al. Dismorfia Muscular: Análise Comparativa Entre um Critério Antropométrico e um Instrumento Psicológico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 14, p. 387–392, 2008.

YANG, C. J., et al. Male Body Image In Taiwan versus the West: Yanggang Zhiqi Meets the Adonis Complex. **American Journal of Psychiatry** v. 162, p. 263-269, 2005.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa “**ANÁLISE DE TRANSTORNOS DISMÓRFICOS CORPORAIS E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS PRATICANTES DE TREINAMENTO RESISTIDO**”. Caso conceda autorização para participar, favor assinar ao final do documento. A sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar ou retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Objetivo: Analisar transtornos dismórficos corporais e fatores associados em adultos praticantes de treinamento resistido nas academias de Porto Alegre/RS E Caxias do Sul/RS.

Procedimentos do estudo: Caso concorde em participar, serão realizados os seguintes procedimentos de avaliação: (1) Questionário socioeconômico, (2) avaliação da composição corporal, para verificar a quantidade de músculos e gordura que existe no seu corpo, (3) questionário MASS - Muscle Appearance Satisfaction Scale , (4) questionário DMS - Drive for Muscularity Scale,(5) questionário do complexo de adônis e (6) escala de 9 silhuetas , para verificar se você apresenta vigorexia . Os testes serão previamente marcados e caso você participe não será prejudicado no desempenho de suas atividades.

Riscos e desconfortos: A pesquisa apresenta risco mínimo, ou seja, este estudo não oferecerá risco grave ou prejuízo de qualquer espécie para os entrevistados. Em virtude do estudo abordar possível diagnóstico ou indícios de vigorexia, quando identificado e houver necessidade de encaminhamento prévio, os participantes serão orientados a procurarem auxílio psicológico com especialista, bem como ao final do estudo, os participantes que possuírem diagnóstico ou indícios do distúrbio, receberão um relatório individual, contendo os resultados das avaliações, em conjunto de orientações/encaminhamento para auxílio psicológico especializado. Em relação aos métodos avaliativos, para minimizar possíveis constrangimentos, os questionários serão respondidos individualmente sem interferência do pesquisador, a salvo quando houver dúvidas por parte do entrevistado, devendo ser auxiliado pelo pesquisador responsável presente no local das coletas. A avaliação antropométrica será realizada sempre pelo mesmo avaliador e em lugar reservado com o intuito de minimizar certo constrangimento.

Além disso, os participantes receberão informações dos procedimentos de avaliação, bem como os trajés a serem utilizados no momento da avaliação.

Benefícios: Os benefícios do estudo estão relacionados ao conhecimento científico sobre o tema em questão e às possibilidades de estar oportunizando o conhecimento sobre os efeitos da vigorexia em praticantes de musculação. Além disso, você receberá um relatório com os resultados das suas avaliações. Todos os dados serão mantidos em sigilo para assegurar a sua privacidade e serão utilizados somente para fins acadêmicos.

Custo/reembolso para o participante: Informamos também, que você terá nenhum gasto decorrente da sua participação e também não receberá qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à participação na pesquisa

Confidencialidade da pesquisa: Os resultados individuais dos participantes são confidenciais e não poderão ser utilizados para outros objetivos que não estejam descritos neste termo. Os resultados deste estudo deverão ser publicados, mas a identidade dos participantes não será revelada em nenhum momento. Somente os pesquisadores poderão identificar a origem das amostras. O estudo somente será iniciado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário da Serra Gaúcha (CEP - FSG). Serão respeitadas todas as normas da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (2012). A qualquer momento os participantes do estudo podem entrar em contato com o pesquisador para esclarecer suas dúvidas.

Para eventuais esclarecimentos os intercorrências o participante poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos contatos: Prof. Dr. Cristian Roncada, telefone: (54) 2101-6000, Profa, Dra. Caroline Pietta Dias, telefone: (51) 33085819, Comitê de Ética em Pesquisas da FSG, Telefone: (54) 2101-6000, endereço: Rua Os Dezoito do Forte, 2366 - São Pelegrino, Caxias do Sul – RS.

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações referentes a pesquisa e que todos os meus dados serão sigilosos não podendo ser utilizados para outros objetivos que não estejam descritos neste termo assegurando minha privacidade.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento sem ser prejudicado de qualquer forma por isso.

Nome _____

Assinatura _____

Assinatura do pesquisador responsável _____
_____, RS, ____/____/____.

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Classificação geral:

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Massa corporal (kg): _____ Estatura (cm): _____

Histórico prévio de doenças:

1. Possui histórico prévio de alguma doença crônica ou adquirida?
2. Se sim, faz uso contínuo de tratamento medicamentoso?
3. Se sim, a quanto tempo?
4. Possui alguma limitação física ou cognitiva?
5. Se sim, qual?

Histórico prévio de treinamento resistido:

1. Você é praticante regular de treinamento resistido a pelo menos 24 meses?
2. Se sim, quanto tempo em meses?
3. Nos últimos 12 meses teve alguma lesão ou incapacidade que lhe impedisse de treinar pelo menos 3x/semana?
4. Qual a frequência semanal do treinamento resistido?
5. Qual o tempo em minutos praticado por sessão de treinamento?
6. Você realiza avaliação periódica para avaliar seu treinamento físico?
7. Você realiza testes para preconizar sua força máxima?
8. Se sim, qual teste?
9. Qual o percentual de treinamento máximo você trabalha em cada sessão?
10. Qual o principal objetivo para a prática regular de treinamento resistido?

ANEXO III

MASS - MUSCLE APPEARANCE SATISFACTION SCALE

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

1. Quando olho para meus músculos no espelho, sempre me sinto satisfeito com o atual tamanho deles.

1	2	3	4	
---	---	---	---	--

2. Se meus compromissos me levam a perder um dia de treinamento com halter (pe so), 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 frequentemente 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 à 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 frequentemente busco a confirmação por outras pessoas de que meus músculos são suficientemente grandes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Eu frequentemente tenho dificuldade em não ficar verificando o tamanho dos meus músculos .

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO DRIVE FOR MUSCULARITY SCALE

Por favor, lei com atenção cada um dos itens e faça um (x) na melhor resposta para você em cada um deles

	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüente mente	Muito Freqüente mente	Sempre
1 - Quero ser mais musculoso	1	2	3	4	5	6
2 - "Levanto peso" para desenvolver meus músculos	1	2	3	4	5	6
3 - Uso suplementos protéicos ou energéticos	1	2	3	4	5	6
4 - Tomo shakes de proteína ou de ganho de massa	1	2	3	4	5	6
5 - Diariamente, tento consumir o máximo de calorias possíveis	1	2	3	4	5	6
6 - Sinto culpa se perco um treino de musculação	1	2	3	4	5	6
7 - Acho que me sentiria confiante se eu fosse mais musculoso	1	2	3	4	5	6
8 - Os outros acham que eu faço exercícios com peso com muita freqüência	1	2	3	4	5	6
9 - Acho que eu teria uma aparência melhor se ganhasse uns 5 quilos de massa	1	2	3	4	5	6
10 - Penso em tomar anabolizantes	1	2	3	4	5	6
11 - Acho que me sentiria mais forte se eu ganhasse um pouco mais de massa muscular	1	2	3	4	5	6
12 - Acho que meu treinamento atrapalha em outros aspectos da minha vida	1	2	3	4	5	6
13 - Acho que meus braços não são musculosos o bastante	1	2	3	4	5	6
14 - Acho que meu tórax não é musculoso o bastante	1	2	3	4	5	6
15 - Acho que minhas pernas não são musculosas o bastante	1	2	3	4	5	6

ANEXO V**QUESTIONARIO 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 ela)?
 - (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) menos de 30 minutos
 - (b) 30 a 60 minutos
 - (c) mais de 60 minutos

3. Com que frequência você evita que as outras pessoas vejam todo seu corpo ou uma parte dele? Por exemplo, com que frequência você evita vestiários, piscinas ou situações em que terá que 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 seu corpo?
 - (a) raramente ou nunca
 - (b) as vezes
 - (c) frequentemente

4. Quanto tempo, no total, você gasta por dia envolvido em atividades destinadas a melhorar a 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 seus principais objetivos é melhorar a aparência)?
 - (a) menos de 60 minutos
 - (b) 60 minutos 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 especialmente para melhorar sua aparência?
 - (a) raramente ou nunca
 - (b) as 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 cabelo, cosméticos e procedimentos estéticos, equipamento de ginastica ou mensalidades de academia)?
 - (a) Uma quantidade desprezível
 - (b) Uma quantidade substancial, mas nunca a crias problemas financeiros
 - (c) O suficiente para causar problemas financeiros até certo ponto

8. Até que ponto suas atividades relacionadas à aparência minaram seus relacionamentos sociais? Por exemplo suas atividades físicas, praticas dietéticas, ou outros condutos relacionados a sua aparência comprometeram seus relacionamentos com outras pessoas?
- (a) Raramente ou nunca
 - (b) Às vezes
 - (c) Frequentemente
9. Com que frequência sua vida sexual tem ficado comprometida pelas suas preocupações com sua aparência?
- (a) Raramente ou nunca
 - (b) Às vezes
 - (c) Frequentemente
10. 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 a escola, trabalhando a baixo do seu potencial, perdido oportunidades de progresso por causa das suas necessidades relacionadas com a aparência ou vergonha?
- (a) Raramente ou nunca
 - (b) Às vezes
 - (c) Frequentemente
11. Com que frequência você tem evitado ser visto por outras pessoas por causa com a sua preocupação com a sua aparência (por exemplo, não ir a escola, ao trabalho, a eventos sócias ou aparecer em público)?
- (a) Raramente ou nunca
 - (b) Às vezes
 - (c) Frequentemente
12. Você já ingeriu qualquer tipo de droga- legal ou ilegal- para adquirir musculatura, perder peso ou melhorar a aparência de alguma forma?
- (a) Nunca
 - (b) Somente drogas legais compradas com prescrição medica
 - (c) Uso ilegal de anabolizantes, pílulas para emagrecer ou outras substancias
13. Com que frequência você tomou atitudes mais extremas (além da ingestão de drogas) para mudar sua aparência, tais como excesso de exercícios, malhação mesmo quando sofre lesões; jejum ou outras atividades dietéticas não saudáveis, vomito, laxantes ou outros métodos purgativos; ou técnicas não-convencionais para o desenvolvimento muscular, o crescimento do cabelo, o aumento do pênis, etc.?
- (a) Raramente ou nunca
 - (b) Às vezes
 - (c) Frequentemente