
Educação Física

Karine Faber Gomes de Oliveira

**Vigorexia e Mídia:
Fatores de Influência**



Rio Claro
2012

KARINE FABER GOMES DE OLIVEIRA

VIGOREXIA E MÍDIA: FATORES DE INFLUÊNCIA

Orientador: Prof. Dr. Afonso Antonio Machado

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Câmpus de Rio Claro, para obtenção do grau de Bacharelado em Educação Física.

Rio Claro

2012

796.1
O48v Oliveira, Karine Faber Gomes de
Vigorexia e mídia: fatores de influencia / Karine Faber
Gomes de Oliveira. - Rio Claro : [s.n.], 2012
47 f. : il.

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Educação
Física) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de
Biociências de Rio Claro

Orientador: Afonso Antonio Machado

1. Expressão corporal. 2. Imagem Corporal e Midia. I.
Título.

Dedicatória

Este trabalho dedico a todos que foram meus alunos durante meus estágios, proporcionando a oportunidade de me desenvolver como profissional e também aqueles que usaram este trabalho para obter algum conhecimento relacionado ao tema em discussão.

Como uma futura educadora física devo enxergar além de corpos em movimento, um ser humano como todo, que necessita de suporte para seu bem estar físico e psicológico.

O mundo esta em constantes mudanças, portanto estamos incumbidos de nos adequar e participar desta transformação. No entanto temos que fazer as pessoas a nossa volta melhores, desejarem ter um estilo de vida mais saudável, o mundo contemporâneo pede isso.

Pode haver convergências nessas alterações, os comportamentos dos indivíduos podem se confrontar, ocasionando problemas consigo mesmos ou com os que estão ao seu redor, mas isso é compreensível e pode ser auxiliado, bastando somente um profissional capacitado.

Todas as divagações feitas somente têm a intenção de transmitir aos que estão dentro da área da saúde, o quão importante é saber de todas ou quase todas as características e diferentes personalidades que possuem os seres humanos.

Agradecimentos

É com muito orgulho que nesta parte do trabalho irei mencionar pessoas que fizeram parte da minha historia durante estes quatros anos de faculdade, alguns mais incisivamente outros mais distantes, mas cada qual com sua importância, e tenho a convicção que se não fosse cada um deles a seu modo, talvez não chegasse a conclusão deste curso.

Agradeço ao meu pai Sr. Ailton Gomes de Oliveira pelo grande amigo, confidente e sem duvida nenhuma o meu espelho de tranqüilidade e bom senso para se ter uma vida digna, sou muito grata por ter uma pai tão sábio, que mesmo com tampouco estudo, prova a cada dia que para se ter uma grande futuro, basta você dedicar e fazer todas as coisas com dedicação e amor.

Agradeço minha mãe Miriam Faber Gomes de Oliveira, por ser esta mãe atenciosa, esforçada, que nada mais quer do que ver o nosso bem, sempre orando, me confortando ao telefone, quando me desesperava em provas, que sempre fez questão de me ofertar o melhor em estudos, e me tudo mais em que eu poderia querer.

Agradeço ao meu irmão Gustavo, que mesmo mais novo que eu, me mostra que para se ter maturidade, não se precisa de muitos anos de vida, mas sim de aprender ao observar os erros dos outros, que se pode ir mais além, que se deve pensar sempre grande e desejar sempre mais, e que não devemos nos subestimar e sim reconhecer nossos valores e ter humildade sempre.

O meu agradecimento ao tio Gilmar Wilton Gomes de Oliveira, por ser um tio, um amigo, um irmão, que sempre esteve ao meu lado, mesmo as vezes estando distantes, mas se fazendo presentes com ligações e mensagens de conforto, deste modo pude compreender que as pessoas se tornam essenciais por pequenas coisas feitas em momentos inesperados.

A minha avó Dona Thereza Sgorlon Oliveira, a minha Tia Ana Lúcia, que sempre oraram por mim, sempre que pode estiveram ligando para me dar forças para eu seguir firme em minha vida acadêmica, e que ter fé é necessário para se alcançar os objetivos que queremos.

Sou muito grata ao meu orientador Afonso Antonio Machado, ser humano que me identifiquei na primeira semana de aula, e claro entrei para seu laboratório e permaneci nestes quatros anos de faculdade, me ensinou que precisamos lutar diante as adversidades, que não devemos ser conformistas, que indiferente de sermos criticados, temos que ter personalidade para dar nossa opinião e nos impor, que embora haja pedras no caminho, no final tudo ira ficar bem, bastando somente seguir com calma e ir tirando uma a uma, e que seu crescimentos pessoal,

profissional, vai muito além de uma faculdade, que se você quer ser realmente melhor, cabe somente a você essa luta.

Muito obrigada a Dona Maria Galdin Piffer por me acolher nos três primeiros anos de faculdade a todas meninas que já moraram comigo, que me ensinaram muito, que cada um tem um modo de ser, pensar e agir, que cada um tem seu tempo, e que para uma boa convivência devemos respeitar as diferenças, nem sei se irei lembrar os nomes de todas, Lanark, Nina, Monica, Fernanda, Lana, Gabriela, Pamela, Bruna, Denise, agradeço a as atuais meninas que moram comigo na Rep. Label, Paula Carla, Deborah e Larissa, a Aline que fez toda a diferença, me ajudando a ter mais calma, a compreender que tudo tem um porque em nossa vida, e que pode escolher irmãos, e ela eu escolhi como uma irmã que eu não tive de sangue, mas sim de coração.

Acredito que estou sendo ingrata, pois haveria muitos outros que deveriam ser mencionados, porém reconheço que foram vários que fizeram parte da minha vida unespiana, mas sei que tudo o que vivi esta guardado em meu coração para sempre e eternizados em minha memória.

SUMÁRIO

1. Introdução:.....	6
2. Justificativa:	7
3. Objetivos:	8
4. REVISÃO DE LITERATURA	9
4.1 Imagem Corporal.....	9
5. Distúrbios Alimentares.....	12
5.1 Anorexia Nervosa	15
5.2 Bulimia Nervosa.....	17
6. Vigorexia	19
7. Fatores desencadeadores	22
8. Influência Midiática.....	25
9. Sintomas e Patologias	27
10. Vigorexia e Grupo Alvo.....	29
11. Vigorexia nos Esportes.....	33
12. Vigorexia e Anabolizantes.....	35
13. Tratamento	38
14. Discussão:	41
Referências:	43

1. Introdução:

A imagem corporal atualmente vem sendo muito valorizada e os padrões de beleza se alteram acompanhando o mercado capitalista, que visa o lucro na venda de produtos de beleza ou aparelhos ginásticos.

Sendo assim a busca incessante por um corpo muitas vezes inatingível torna-se uma frustração para homens que não possuem uma estrutura emocional ou psicológica saudável. Podemos perceber que o modo em que se cria o descontentamento é sutil, porém de grande impacto, mesmo porque é uma manipulação indireta, a publicidade não impõe que você deve ser magro ou musculoso, porém subliminarmente deixa pressuposto que para se ter sucesso deve se seguir os ditames do senso comum.

O que antes parecia ser uma preocupação exclusiva das mulheres, atualmente também criam desconforto ao público masculino, levando estes homens desde da puberdade até a fase adulta ao transtorno de imagem corporal, também conhecido como "Vigorexia" ou "Bigorexia".

A mídia é um dos meios de divulgação desses corpos, podendo ser ela: televisiva, documentária ou revistas de grande circulação, entre outras. Mas o que se busca entender é porque homens das mais diversas idades se deixam seduzir por este novo padrão de beleza masculina, onde ter músculos é resultado de poder e satisfação.

Os corpos a cada momento tomam conotações diferentes, e isso é reflexo do mercado capitalista, que procura a todo momento criar insatisfações nas aparências, e deste modo, movimentam as pessoas a consumirem produtos para suprirem um vazio que nem sabe ao certo o que é e nem ao menos se questionam se realmente funcionam, mas como a publicidade lança imagens de pessoas com corpos esbeltos, julgados como saudáveis e aceitáveis pela grande maioria dos indivíduos.

2. Justificativa:

Deve se entender como os corpos foram tomando importância, e por consequência se tornando objeto de consumo, os meios de comunicação ditam comportamentos e regras de como se deve parecer e agir, criando incômodos para os indivíduos, que se tornam cada vez mais complexados. Desta maneira buscamos entender onde foram parar os valores o caráter, se realmente vale mais a aparência, o que é tido como belo e correto, ou se ainda ter personalidade zelar por uma boa conduta é o que determinam o sucesso profissional, pessoal de uma pessoa.

Notamos o grande anseio pelas pessoas para serem aceitos, logo concluímos que para estarem e sentirem a vontade um grupo, deve sem dúvida nenhuma se encaixar nos moldes impostos, podendo ser de uma magreza extremada, o uso de roupas de marcas, e como tema principal neste trabalho o aumento de massa muscular a qualquer custo. Entendemos que a satisfação, o ego deve ser satisfeito a qualquer custo, mesmo quando se coloca em risco a saúde e consequentemente a própria vida.

Percebemos que vivemos em um mundo onde fazemos muitas coisas para agradar pessoas que muitas vezes nem se quer conhece, age-se como robôs, é uma repetição de comportamentos, já que a maioria faz, isso é o certo, então devemos fazer também.

Por ser um assunto recente e pouco estudado, vejo necessidade de conhecer melhor este transtorno, principalmente porque profissionais de Educação Física é que estarão atuando nos ambientes em que grande parte desses indivíduos estarão e assim estarão mais preparados e confiantes para lidar com esse grupo que merece uma atenção individualizada e cautelosa, sobre um olhar da Psicologia do Esporte.

Ainda existem poucos trabalhos desenvolvidos nesta área, tanto que nem se encontra nos manuais médicos, sendo descrito como uma doença, e seu diagnóstico e tratamento em sua grande maioria é igualado aos distúrbios alimentares, porém a

Vigorexia não é especificamente um transtorno alimentar, muito embora possa levar o indivíduo a levar comportamentos alimentares.

3. Objetivos:

Este Trabalho de Conclusão de Curso correlacionar os meios de comunicação como sendo de maior impacto e influencia no desenvolvimento deste tipo de transtorno de imagem, no caso a Vigorexia em específico, bem como entender como alguns podem e outros não deixar-se influenciar, criando uma alteração na imagem corporal e também seu descontentamento, uma vez que o homem tem dificuldade em assumir seu interesse pela própria aparência.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Imagem Corporal

A imagem corporal esta relacionada com a auto-estima, que significa amor próprio, satisfação pessoal, e acima de tudo estar bem consigo mesmo. Se existe uma insatisfação, ela irá se refletir diretamente na auto-imagem. A primeira manifestação da perda autoconfiança é percebida quando o corpo que se tem não esta de acordo com estereótipo idealizado pela sociedade (Bucaretschi, 2003).

Segundo Adami, Fernandes, Frainer e Oliveira (2005), a imagem corporal é um complexo fenômeno humano que envolve aspectos cognitivos, afetivos, sociais/culturais e motores. Está intrinsecamente associado com o conceito de si próprio e é influenciável pelas dinâmicas interações entre o ser e o meio em que vive. O seu processo de construção/desenvolvimento está associado às concepções determinantes da cultura e sociedade. Efetivamente, o ideal de estética corporal foi sofrendo alterações à medida que os valores, normas e comportamentos foram mudando.

A auto-percepção do peso corporal é um aspecto importante quando se refere à imagem corporal, podendo ser influenciada por diversos fatores, incluindo a cultura e os padrões sociais (Veggi, Lopes, Faerstein e Sichieri, 2004).

A auto-avaliação da imagem corporal pode ocorrer de três formas: o indivíduo pensa em extremos relacionados à sua aparência ou é muito crítico em relação a ela; o indivíduo compara a aparência com padrões extremos da sociedade; o indivíduo se concentra em um aspecto de sua aparência (Saikali, Soubhia, Scalfaro e Cordás, 2004; Choi, Pope e Olivardia, 2002).

De acordo com Novaes (2005), “(...) o novo paradigma cultural da contemporaneidade [consiste no] dever moral de ser bela [/belo] como um adicional

aos padrões estéticos de beleza que sempre existiram ao longo da história” (p. 1). Todavia, os padrões de beleza desejados são modificados a cada época.

Atendendo ao fato de, na atualidade, sobretudo nas sociedades ocidentais, estarmos a assistir a uma verdadeira *divinização do corpo belo* e, partindo da evidência de que a concepção de beleza difere de acordo com a etnia/sociedade de pertença, devemos compreender de que forma é que os fatores socioculturais influenciam a imagem que os indivíduos têm do próprio corpo. De fato, Frost (2005) concluiu que construir a aparência é uma parte inevitável da produção de uma identidade a sociedade capitalista insinua sonhos e desejos de corpos perfeitos e de beleza perfeita.

Quando tal não acontece, entra-se em situação de insatisfação corporal, a qual, segundo Warren, Gleaves, Benito, Fernandez e Ruiz (2005) consiste numa “avaliação subjetiva negativa da aparência física”, o que terá, inevitavelmente, repercussões a nível psicológico.

Com vista a alcançar uma maior satisfação com a imagem do corpo, isto é, corresponder aos ideais estéticos da cultura de pertença, recorre-se a dietas, ao exercício físico exagerado, ao uso de diuréticos, laxantes, entre outros. De acordo com Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002), tais comportamentos redundam, cada vez em maior número, no desenvolvimento de transtornos alimentares, como a anorexia e bulimia nervosas, as verdadeiras doenças dos países industrializados e, cada vez mais, dos países ainda em desenvolvimento, dado o fenómeno contemporâneo da globalização, urbanização e o papel central da *mídia*. Com efeito, os mesmos autores referem que “a urbanização levaria a uma maior exposição ao ideal de magreza através das *mídia*, além de propiciar mudanças de hábitos alimentares (ex., “*fast-food*”), sedentarismo e um maior número de pessoas com sobrepeso e obesidade” (p. 21).

Todavia, numa sociedade onde vigoram hábitos alimentares muito pouco saudáveis (cujo exemplo principal são os Estados Unidos da América, com a *fast food*, que se espalhou por todo o mundo), é evidente a falta de vontade de muitos para se submeter a tais ideais de magreza, entregando-se ao prazer de comer, sem

quaisquer regras ou limites. Conseqüentemente, desenvolve-se a obesidade, a qual é considerada uma doença, caracterizada por um excesso de tecido corporal gorduroso, que provoca ou acelera o desenvolvimento de várias doenças, principalmente cardiovasculares (hipertensão alta, colesterol, ...) e que causa a morte precoce (Ballone, 2003).

Diante desta visão, podemos considerar que na sociedade capitalista existem duas situações opostas: de um lado, a anorexia, caracterizada pela “negação” excessiva da satisfação da necessidade biológica da ingestão de alimentos e, por outro lado, a obesidade, cuja característica principal é a “aceitação” da satisfação dessa mesma necessidade, de uma forma compulsiva e abusiva. Com efeito, segundo Bordo (1993), uma disciplina excessiva pode resultar em anorexia e o desejo excessivo reflete-se em obesidade. No caso da bulimia, se experimenta as duas formas de excesso. Assim, ao mesmo tempo em que os consumidores têm à sua disposição a *fast food*, é cada vez mais evidente a invasão dos mercados pelos produtos *light*, os quais são vistos como verdadeiros “salvadores” da estética corporal, uma forma segura e credível de alcançar um corpo magro. Logo verificamos que se faz um jogo capitalista, onde da mesma maneira que se pode ganhar vários quilos, o mesmo mercado oferece alimentos *light*, para se perder os mesmos quilos adquiridos a um tempo atrás, levando a um ciclo vicioso.

Um dos principais fatores causais de alterações da percepção da imagem corporal é a imposição, pela mídia, sociedade e meio esportivo, de um padrão corporal considerado o ideal, ao qual associam o sucesso e a felicidade (Conti, Frutuoso e Gambardella, 2005).

5. Distúrbios Alimentares

A alimentação tem grande importância no desenvolvimento adequado das crianças e adolescentes. A manutenção de um padrão alimentar adequado reflete-se na saúde física e mental do jovem, proporcionando subsídios para o total aproveitamento de sua potencialidade. O padrão alimentar adequado nem sempre é do conhecimento dos adolescentes ou dos adultos com que eles convivem. O grau e os tipos de comprometimento do padrão alimentar normal variam muito. Alguns comportamentos inadequados, como exclusão de determinados tipos de alimentos ou de refeições ao longo do dia e realização de dietas não balanceadas, podem aparecer isoladamente ou fazendo parte de um transtorno psiquiátrico. O transtorno alimentar (TA) mais comum entre os adolescentes, a anorexia nervosa (AN) é uma séria condição psiquiátrica, com conseqüências potencialmente fatais (Cordás e Negrão, 1994).

Os chamados transtornos alimentares englobam a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN), o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e, dependendo da classificação utilizada, o transtorno alimentar não especificado (Kaplan et al., 1997; OMS, 1993; APA, 1995). Em comum, estas categorias estão relacionadas a respostas como: preocupação excessiva com o estado atual e/ ou um possível aumento da forma e do peso corporal; desejo de emagrecer; alterações na imagem corporal (discrepância entre a forma do corpo e a maneira como ele é descrito verbalmente); utilização de práticas danosas para controle de peso (uso de jejuns e dietas restritivas, vômitos, laxantes, etc.); busca exagerada pelo emagrecimento; culpa ao se alimentar, entre outros (Cordás, 1993; Vale, 2002).

Como falamos anteriormente os transtornos alimentares acabam por englobar com maior ênfase a anorexia e a bulimia, que relatam com muito impacto o medo de ganhar peso, com a única intenção de se adequar as normas de beleza, ou seja a magreza exarcebada imposta pela sociedade capitalista, vinculadas com a praticas

de purgação, praticas físicas em excesso, dietas danosas a saúde, ficando claro que ser aceito é mais importante do que o própria saúde e bem estar, porém isso é relativo, pois o bem estar pode estar vinculado ao ser aceito por um grupo social.

Há também uma relação entre a mídia e a urbanização na predisposição aos transtornos alimentares. De fato, um maior grau de urbanização parece aumentar a chance dessas patologias. A urbanização levaria a uma maior exposição ao ideal de beleza – a magreza – por meio da mídia, além de propiciar mudanças de hábitos alimentares, sedentarismo e um maior número de pessoas com obesidade (Morgan, Vecchiatti & Negrão, 2002).

O exercício físico excessivo é descrito por alguns autores como apenas um sintoma de um TA (Veale, 1987) enquanto outros sugerem ser o problema uma variante de um transtorno alimentar, mais freqüente no sexo masculino, constituindo desta forma uma síndrome (Yates et al, 1983).

Veale (1987) propôs que o exercício físico excessivo deveria ser visto como um quadro de dependência, diferenciando-o entre primário e secundário. O quadro primário estaria associado a atletas. A dependência secundária estaria presente em indivíduos com transtornos alimentares, tendo como único objetivo a perda/controle de peso. Preocupação mórbida com o peso e distorção da imagem corporal estariam presentes, uma vez que o quadro seria secundário a um transtorno alimentar.

A atividade física pode ser um dos métodos utilizados pelos indivíduos com transtorno alimentar para perda/controle de peso, ocupando lugar dominante como estratégia para perda de peso (Beumont et al., 1984).

A fim de alcançar os ideais de beleza, que não podem ser conseguidos apenas por redução de peso, as mulheres têm recorrido, cada vez mais, a formas mais radicais de modificação corporal, nomeadamente cirurgia estética. O crescimento deste tipo de cirurgia reflete a crença popular na sua habilidade, não só para corrigir a deformação ou alteração corporal, mas também para “curar” e restabelecer a mente afetada pela estigmatização corporal. De facto, segundo Gilman (1998), a cirurgia estética é uma verdadeira psicoterapia. Vindo ao encontro destes valores, as dietas

restritivas e cirurgias plásticas transmitem a ilusão de que o corpo é infinitamente maleável.

Mas o que se pode afirmar, é que tanto a Bulimia quanto a Anorexia envolvem uma complexa interação, ainda não inteiramente compreendida ou experimentalmente estudada, entre fatores filogenéticos (história da espécie), ontogenéticos (história do indivíduo) e socioculturais (Morgan, Vecchiatti e Negrão, 2002; Meyer, 2008; Cordás, 1993).

5.1 Anorexia Nervosa

A palavra "anorexia" é de origem grega, significa falta de apetite (Cordás, 1993). Mas a categoria de respostas "anorexia nervosa" não se caracteriza necessariamente por uma falta de apetite, assim como acontece na anorexia em outros quadros clínicos como tuberculose e verminoses, mas sim pela recusa da alimentação e pela busca de um domínio sobre a fome e o corpo (Goldbloom & Garfinkel, 1992). Através de um rígido autocontrole a cliente consegue efetivamente perder peso, mesmo que em alguns casos ocorram momentos de hiperfagia; este é um dos componentes centrais da categoria Anorexia Nervosa (AN).

A baixa auto-estima bem como a distorção da imagem corporal são os principais componentes que reforçam a busca de um emagrecimento incessante, levando à prática de exercícios físicos, jejum e uso de laxantes ou diuréticos de uma forma ainda mais intensa (Garfinkel e Garner, 1982, Holden, 1990).

Durante a adolescência a relação com a forma do corpo é um fator crítico, pois as mudanças na puberdade impõem à adolescente uma adaptação de um corpo infantil para um corpo maduro com todas as características sexuais secundárias realçadas (Fleitlich, 1997).

É comum encontrar indivíduos que investem muito do seu tempo na elaboração e execução de estratégias para controle restritivo do peso, em detrimento de outras atividades que possibilitariam uma maior diversidade de fontes de reforço. Com o prosseguimento deste processo, o sucesso na restrição calórica pode se tornar um dos poucos reforçadores disponíveis em sua vida. Os anoréxicos pode se avaliar pela opinião do outro e atribuir os seus fracassos ao seu peso (Heller, 2002).

Por mais polêmico que possa parecer, duas razões fundamentais são apontadas para justificar tais ocorrências: a) as pacientes "sabem" de sua necessidade de ajuda, mas têm medo do que a mudança corporal possa trazer e b) as restrições

alimentares a que são submetidas criam, com o passar do tempo, quadros de subnutrição que começam, progressivamente, a gerar inevitáveis deficits cognitivos, privando-as de uma capacidade normal de entendimento de seus problemas. Assim, estamos envolvidos no tratamento de uma doença que gera limitações físicas, emocionais e sociais (Abreu, 2002).

A partir dos estudos de Louro, 2000, podemos entender que o corpo magro, esbelto, atualmente ocupa um espaço de privilégio, fazendo menção ao que se julga normal, sem problemas e o signo do que se deveria ser hegemônico no meio em que vivemos, criando comparação com a gordura, cuja qual é excluída e abominada socialmente e culturalmente nos dias de hoje.

Fazendo uma relação, a magreza é vista como sucesso, se te domínio do corpo que se tem , enquanto a gordura é vista como falta de controle próprio, descuido, sendo considerada por Novaes, 2006, como feiúra.

5.2 Bulimia Nervosa

A palavra "bulimia", também tem origem grega, é uma derivação de duas palavras, "bous" que significa "boi" e, "limos" que significa "fome". Reunidas significam, na sua etimologia, uma fome bovina (Cordás, 1993). Uma das principais características da categoria bulimia nervosa, assim como na anorexia nervosa, são as tentativas de obter o corpo magro. A diferença entre a anorexia e a bulimia é que, na bulimia nervosa, mesmo que ocasionalmente ocorram tentativas de restrição alimentar bem sucedida, estas, na maioria das situações falham.

A bulimia nervosa (BN), por sua vez, caracteriza-se por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. Estes são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos auto-induzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína (Fairburn, 1995).

Os episódios bulímicos configuram-se como um consumo exagerado de grandes quantidades de alimento, com uma posterior tentativa de retirar esta comida do corpo através de diversos métodos (Cenci, Peres & Vasconcelos, 2009). A purgação pode ocorrer através de qualquer prática que promova (de forma imaginária ou não) uma eliminação do alimento ingerido, tais como: vômitos, exercícios em excesso, fumo, uso de anorexígenos, chás, vinagre, laxantes, diuréticos, bebidas alcoólicas, etc.

Acreditava-se até um tempo atrás que esse transtorno alimentar era exclusivo de mulheres, e que quando ocorria em homens, eram bailarinos ou homossexuais, porém estudos de Pope Jr., Phillips e Olivardia (2000) , mostrou que os homens além de almejam ter músculos, outros por terem sido obesos na infância ou adolescência, temiam o ganho de peso, e ao comerem em excesso cometiam atos

purgativos, podendo ser vômitos auto-induzidos, laxantes, ou excessos de atividades físicas, para perderem as calorias adquiridas.

Mesmo diante do aumento do mercado masculino em relação à estética, a indústria da moda e à criação de revistas especializadas na vaidade masculina, esses assuntos ainda são tratados como tabus pela maioria dos homens. Os homens também sofrem com relação a sua aparência física, isso não é exclusivo das mulheres.

Com o objetivo de atingir a forma física adequada ao esporte, fisiculturistas manipulam a ingestão calórica, a quantidade de sal da dieta e em alguns casos, utilizam medicamentos diuréticos ou até mesmo suspendem a ingestão hídrica pré-competição. O uso de suplementos alimentares e agentes ergogênicos, incluindo esteróides anabolizantes, é comum no treinamento tanto de fisiculturistas quanto de levantadores de peso. Porém, é importante salientar que tais recursos devem ser utilizados com cautela e recomendados por um profissional especializado, já que podem acarretar diversos danos à saúde do atleta (Rogatto, 2003; Perry, Lund, Deninger, Kutscher e Schneider, 2005).

6. Vigorexia

A Vigorexia também já foi conhecida como Anorexia Reversa, recebeu essa nomenclatura e também foi diagnosticada pelo médico Harrison Graham Pope Jr. e sua equipe da Universidade de Harvard no ano de 1993 como um Transtorno Obsessivo Compulsivo, logo em seguida criou-se o termo “Complexo de Adonis”, fazendo menção ao Deus Grego Adônias (Deus da Beleza).

Após alguns estudos de Dr. Pope, verificou-se que não se tratava de um transtorno alimentar, mas sim de uma preocupação com a sua massa muscular e suas proporções corporais, descartando-se a nomenclatura Anorexia, recebendo o nome de Dismorfia muscular.

A Dismorfia Muscular envolve uma preocupação de não ser suficientemente forte e musculoso em todas as partes do corpo, ao contrário dos TDC's típicos, que a principal preocupação é com áreas específicas (Assunção, 2002).

A preocupação com a aparência antes causadora de descontentamento entre as mulheres, de umas décadas para cá, vem tomando proporções alarmantes no universo masculino.

Para Ballone (2005) o problema se inicia na adolescência, período no qual, a pessoa tende a ser insatisfeita com o próprio corpo e se submete exageradamente aos ditames da cultura. Na adolescência existe uma pressão para as meninas se manterem magras e uma cobrança para que os meninos fiquem fortes e musculosos. A importância da identificação da Vigorexia precocemente tem como objetivo evitar que os adolescentes façam uso de drogas e se comportem inadequadamente para obter os resultados desejados (ou fantasiados).

Diante os estudo de Lowen (1983) traz como característico de um sujeito narcisista a condição de estar voltado pra si mesmo, excluindo as outras pessoas, acreditando que o mundo gira em torno dele. Age sem sentimentos e necessita projetar uma imagem, garantindo o ponto básico para este tipo de personalidade, o que o faz ter

um investimento extra da sua própria imagem. É um indivíduo controlador, programador de seus comportamentos, insensível e confiante em suas atividades sexuais, acreditando ser bastante oferecedor de prazer para as mulheres, além de pretensioso e extremamente machista.

A Dismorfia Muscular, assim como outras patologias que acometem os homens, são enfermidades silenciosas e encobertas. Culturalmente o homem tem dificuldade de expressar seus sentimentos, angústias e indecisões, seja para seus amigos, familiares ou parceiros e até para si mesmos. Esses aspectos dificultam a prevenção e o diagnóstico. Geralmente os homens que procuram auxílio médico e/ou psicológico já se encontram em estados avançados de suas patologias, dificultando ainda mais o tratamento.

Segundo Pope Jr., Phillips e Olivardia (2000), os homens não têm o direito de se incomodar com preocupações sobre sua aparência, só às mulheres é permitido incomodar-se com tais assuntos. Falar da ansiedade sobre seus corpos ou sua aparência física, para a maioria dos homens, é violar o tabu. Muitos homens preferem disfarçar suas preocupações – assim internalizando sua autocrítica – do que arriscar-se à “desmoralização” que adviria por revelá-las.

De acordo com Assunção (2002), em relação à etiologia, os aspectos socioculturais parecem desempenhar um papel fundamental na gênese da Dismorfia Muscular. A importância que a sociedade demonstra em relação à aparência física é notória. Isso pode ser demonstrado, em parte, pelas matérias relacionadas à saúde, alimentação e exercício físico em qualquer veículo de comunicação. Os fatores ambientais têm influência na gênese dos transtornos alimentares e o mesmo parece ocorrer com a Dismorfia Muscular.

Em relação à etiologia, de acordo com GRIEVE (2007), há quatro tipos diferentes de variáveis que se inter-relacionam e podem influenciar no desenvolvimento da dismorfia muscular. São elas: fatores ambientais (influência da mídia), fatores emocionais (afeto negativo), fatores psicológicos (insatisfação corporal, idealização corporal, auto-estima, distorção de imagem corporal, perfeccionismo) e fatores físicos (massa corporal).

Também podemos mencionar que transtornos psiquiátricos como a Dismorfia Muscular, vêm aumentando freqüentemente devido ao choque de padrões culturais, entre homens e mulheres, ocorridos nas últimas décadas, principalmente em sociedades ocidentais. O papel masculino e feminino vem sendo modificado. O homem deixou de ser o provedor e chefe da família, as mulheres estão conquistando e se destacando em espaços antes exclusivos dos homens, como por exemplo, na polícia, na política, nos esportes, nos cargos executivos em empresas, entre outras áreas como afirmam (Assunção, 2002; Ballone, 2005; Choi, Pope Jr, Olivardia, 2006; Pope Jr, Phillips, Olivardia, 2000; Mirella, 2006, entre outros).

Antunes e Palmeira (2005), os homens com dismorfia muscular referem também à existência de um estereótipo que enfatiza a ligação entre “masculinidade” e “masculinidade”, idéia associada com a melhor aceitação das mulheres a homens musculosos.

Segundo Leone, Sedoroty e Gray (2005), atribuir um fator único à causa da Dismorfia Muscular é difícil. Alguns estudos atribuem esta desordem aos efeitos dos meios de comunicação e cultura popular, visto que outras investigações se inclinam para predisposição a fatores psicológicos individuais. Os estudos de casos clínicos sugerem que a Dismorfia Muscular está sendo encontrada com mais freqüência nas pessoas que estão descontentes com seus corpos e envolvidas seriamente em atividades como levantamento de peso e fisiculturismo.

7. Fatores desencadeadores

Não podemos negar que a mídia vem contribuindo e influenciando na imagem corporal dos homens ocidentais, pois os anúncios publicitários dão maior ênfase ao corpo perfeito e ao biótipo ideal do homem moderno, musculoso, atlético, sem gordura, da mesma maneira que influenciam e impõem padrões as mulheres há décadas. É um modelo imposto e, muitas vezes, impossível de ser alcançado pela maioria dos homens. Associando esses modelos impostos pela mídia ao declínio acentuado do machismo e patriarcalismo da sociedade ocidental, muitas patologias antes quase exclusivas das mulheres vêm sendo cada vez mais diagnosticados em homens.

Além disso, a mídia vem contribuindo e influenciando na imagem corporal dos homens ocidentais, pois os anúncios publicitários dão maior ênfase ao corpo perfeito e ao biótipo ideal do homem moderno, musculoso, atlético, sem gordura, da mesma maneira que influenciam e impõem padrões as mulheres há décadas. É um modelo imposto e, muitas vezes, impossível de ser alcançado pela maioria dos homens. Associando esses modelos impostos pela mídia ao declínio acentuado do machismo e patriarcalismo da sociedade ocidental, muitas patologias antes quase exclusivas das mulheres vêm sendo cada vez mais diagnosticados em homens.

Yang, Gray e Pope Jr. (2005), reforçam a idéia de que transtornos psiquiátricos como a dismorfia muscular são fenômenos exclusivos da cultura ocidental. Em uma pesquisa realizada por eles foi constatado que os homens taiwaneses têm menos desconforto com a imagem corporal do que os homens ocidentais, provavelmente porque os anúncios publicitários naquele país dão menos ênfase ao corpo masculino.

Os homens com essa patologia não poupam esforços, tempo ou dinheiro para construir o corpo desejado e encontram, na utilização de esteróides anabolizantes, a solução para seus desejos. A maior parcela dos homens com dismorfia muscular já utilizou, em algum momento, esteróides anabolizantes (Pope Jr., Phillips, Olivardia, 2000).

Assim como a Ortorexia, quadro no qual o indivíduo se preocupa excessivamente com a pureza dos alimentos consumidos, a Vigorexia ainda não foi reconhecida como doença, e este ainda é um quadro não validado nem presente nos manuais diagnósticos em psiquiatria (CID-10 e DSM-IV) (Assunção, 2002; Zamora, Bonaechea, Sánchez e Rial, 2005).

Ainda não existem nos manuais, médicos (CID-10) e de psiquiatria e saúde mental (DSM-IV), critérios diagnósticos para Dismorfia Muscular. Entretanto, Pope Jr. Phillips; Olivardia (2000) propuseram uma descrição diagnóstica baseada nos critérios do DSM-IV, são eles:

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

b) A preocupação é manifesta pelo menos por dois dos seguintes quatro critérios:

1) O indivíduo freqüentemente 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 a 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 as conseqüências adversas do ponto de vista físico ou patológico.

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 (p.302).

Sachs (citado por Aidan, 2004) definiu baseado nos critérios do DSM-IV, adição ao exercício quando ocorre: dependência psicológica e fisiológica após 24 ou 36 horas sem exercícios físicos. Os sintomas incluem: ansiedade, irritabilidade, culpa, tensão, desconforto físico, apatia, falta de apetite, sonolência e dores de cabeça, entre outros

8. Influência Midiática

Atualmente a sociedade vem produzindo a manifestação do que é estético e, principalmente, do que deve se deve ser, criando um descontentamento com o que se é, exibindo um padrão extremamente rígido quanto ao corpo ideal e não se dando conta da produção de um sintoma coletivo que circula por todos os ambientes. Assuntos relacionados à dietas, aparência física, cirurgias plásticas e a prática de exercícios físicos estão em toda parte: no trabalho, na escola e em festas (Bucarechi, 2003).

Na atualidade, observa-se que o indivíduo só é aceito em sociedade ao estar de acordo com os padrões do grupo (Melin e Araújo, 2002). Logo, pessoas não atraentes são discriminadas e não recebem tanto suporte em seu desenvolvimento quanto os sujeitos reconhecidos como atraentes, chegando mesmo a ser excluídas. Isto pode trazer dificuldades para o desenvolvimento de habilidades sociais e da auto-estima (Saikali, Soubhia, Scalfaro e Cordás, 2004).

São vários os fatores que desencadeiam esse transtorno, mas sem dúvida nenhuma a mídia é a que exerce forte domínio seja ela televisiva, documentária ou revistas de grande circulação, entre outras. O mercado capitalista quer isso, consumo, sempre terá algum produto novo, melhor que o anterior, equipamentos ginásticos ainda mais sofisticados, remédios emagrecedores, anabolizantes, entre outros disponíveis no comércio sendo muito conhecidos no meio dos “Vigorexicos”.

A mídia influencia diretamente a insatisfação corporal através de uma série de mecanismos, GRIEVE (2007). Um é através da influência na percepção dos homens sobre atração física. Os níveis de exigência em relação a possuir um corpo atraente tendem a aumentar após os indivíduos assistirem aos padrões mostrados pela mídia, a qual frequentemente mostra corpos malhados que não correspondem à média da população. Essas pessoas podem sentir um efeito contraste e acreditar que seus corpos são pouco atrativos quando comparados àqueles idealizados pela mídia, corpos muitas vezes que nem existem, mas com ajuda de photoshop, o que aumenta ainda os níveis de insatisfação corporal. Outro mecanismo pelo qual a exposição à mídia influencia a insatisfação corporal é por aumentar a ansiedade e a

percepção dos homens sobre o seu próprio problema (nesse caso, não ser forte suficiente) e oferecer a eles uma solução para o impasse (geralmente através da oferta de produtos que prometem melhorar a forma física e a aparência). Todos esses fatores contribuem para o desenvolvimento da dismorfia muscular nos homens, GRIEVE (2007).

O poder de manipulação da publicidade tem um único foco. Limita as preferências e os gostos das pessoas, assim uma figura divulgada que cria uma boa aceitação por um determinado grupo se torna um modelo a ser seguido. Assim esse padrão é adotado por um imitante, e conseqüentemente por outro que ira imitá-lo, sendo uma sucessão do comportamento (ETCOFF, 1999, apud CAMARGOS & ASSUMPÇÃO, 2007).

A mídia tem grande poder e domínio e isso se torna cada vez mais forte, sem duvida pelos avanços tecnológicos e também pelas mudanças que ocorrem a cada dia no meio social, assim podemos realmente verificar que ele é muito eficiente, a tal ponto de difundir-se criando um padrão idealizado do que é belo e do que se deve ser.

Não podemos negar que estamos contaminados pela ditadura do meio em que vivemos e cada vez mais são intensificados pelos meios de comunicação. Mas devemos ver além disso, devemos admitir que existem muitas coisas ocultas a respeito á mídia.

9. Sintomas e Patologias

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

A Dismorfia Muscular, assim como outras patologias que acometem os homens, são enfermidades silenciosas e encobertas. Culturalmente o homem tem dificuldade de expressar seus sentimentos, angústias e indecisões, seja para seus amigos, familiares ou parceiros e até para si mesmos. Esses aspectos dificultam a prevenção e o diagnóstico. Geralmente os homens que procuram auxílio médico e/ou psicológico já se encontram em estados avançados de suas patologias, dificultando ainda mais o tratamento (Falcão,2008).

Alonso (2006) afirma que as principais conseqüências psicológicas da Dismorfia Muscular são: depressão e/ou ansiedade, deteriorização das relações sociais, afetando principalmente o trabalho e os estudos, problemas nas relações interpessoais e isolamento. As conseqüências biológicas são: mudanças metabólicas que repercutem sobre o fígado e sistema cardiovascular, aumentando os níveis de colesterol, diminuição do centro respiratório, disfunção erétil, hipertrofia prostática, hipogonadismo e ginecomastia, amenorréia e ciclos menstruais irregulares nas mulheres.

Indivíduos com dismorfia muscular preocupam-se com o fato de não se sentirem musculosos o suficiente, apesar de serem freqüentemente mais musculosos do que a média da população. Essa preocupação com a forma física é persistente e causa prejuízos clínicos significantes ou estresse na rotina diária. Esses indivíduos declinam de importantes atividades sociais, não interrompem os treinos quando sofrem lesões, evitam situações em que seus corpos são expostos a outras pessoas, como praias, piscinas ou vestiários, e demonstram extrema ansiedade se não conseguem sair dessa situação; continuam a praticar musculação, fazer dietas ou até usar substâncias ilegais que melhoram desempenho, apesar de serem

cientes dos efeitos adversos ou das conseqüências psicológicas das suas decisões (GRIEVE, 2007).

10. Vigorexia e Grupo Alvo

De um modo geral podemos dizer que a Vigorexia atinge homens desde a sua mais tenra idade até a sua idade tida como madura. A prevalência da Vigorexia afeta com maior frequência homens entre 18 e 35 anos, mas pode também ser observada em mulheres, sendo expressa por fatores socioeconômicos, emocionais, fisiológicos, cognitivos e comportamentais. O nível socioeconômico destes pacientes é variado, mas geralmente é mais freqüente na classe média baixa (Alonso, 2006; Grieve, 2007).

A prática de atividade física contínua característica desta desordem pode ser comparada a um fanatismo religioso, colocando à prova constantemente a forma física do indivíduo, que não se importa com as conseqüências que podem ocorrer em seu organismo (Alonso, 2006).

Fatores cognitivos, comportamentais, o ambiente que o indivíduo se encontra, o estado emocional e psicológico, podem determinar o surgimento do quadro de Vigorexia (Grieve, 2007);

Percebemos também que quanto mais homens que tem certa predisposição a desenvolver este transtorno, freqüentam lugares onde encontram outros homens com o mesmo intuito, ou seja, fiquem “melhores”, ou melhorar sua aparência.

Segundo Baptista (2005), freqüentadores assíduos de academia que realizam exercício físico em excesso na busca de um corpo perfeito, fazem parte do grupo de pessoas que sofrem de Vigorexia. Essas pessoas se tornam perfeccionistas consigo mesmas e obsessivas pelo exercício, passando horas dentro das academias.

Estes complexos podem ser agravados pela busca inconstante da beleza física, acompanhadas de ansiedade, depressão, fobias, atitudes compulsivas e repetitivas – como olhadas seguidas no espelho (Assunção, 2002).

Para estes homens não há limites e não se importam com as conseqüências para chegar ao seu ideal de perfeição corporal, partindo de meios ilícitos e muitas vezes não saudáveis com o propósito de se tronarem cada vez mais fortes fisicamente.

Em Hollywood, Sylvester Stalone, Arnold Schwarzenegger exibiram o mesmo padrão a partir dos anos 80. Desde então, os homens comuns passaram a perseguir esse novo modelo de beleza e nos últimos 30 anos iniciou nos Estados Unidos uma explosão crescente no número de academias, venda de suplementos alimentares, programas e revistas de boa forma, com o objetivo de estimular os homens a aumentarem sua massa muscular.

Com o tempo, os homens das academias perceberam que seus ídolos eram extremamente fortes não apenas por treinamento rígido e dietas regulares. Difundiuse então a existência dos esteróides anabólico-androgênico – grupo de compostos naturais, semi-sintético e sintético formados pela testosterona e seus derivados, conforme estudos de LIZE, DA GAMA E SILVA, FERIGOLO e BARROS (1999).

Os anabolizantes estão fortemente dominando este meio, já que o objetivo destes homens é o ganho de massa muscular e a alta definição em um tempo de tempo muito curto, os esteróides anabolizantes são derivados sintéticos do hormônio masculino testosterona que podem exercer forte influência sobre o corpo humano e melhorar a *performance* de atletas. Seu uso está associado a uma série de problemas tanto físicos quanto psiquiátricos.

Dentre as alterações físicas estão maiores riscos para o desenvolvimento de doenças coronarianas, hipertensão arterial, tumores hepáticos, hipertrofia prostática, hipogonadismo, problemas de ereção, atrofia testicular, atrofia mamária, alteração da voz, hipertrofia do clitóris e amenorréia em mulheres, aumento da força, produção de eritropoietina e glóbulos vermelhos, formação óssea e a quantidade de massa magra, aumento do desejo sexual, ocorrência de acne, aumento na incidência de aterosclerose e aumento da quantidade de pêlos corporais. Em relação às alterações psiquiátricas, envolvem sintomas depressivos quando de sua abstinência, comportamento agressivo, hipomania e quadros psicóticos (Assunção, 2002; Hartgens e Kuipers, 2004).

Sabemos que atualmente muitas mulheres também fazem o uso de anabolizantes, não tão somente para a diminuição de gordura corporal, mas para o aumento muscular, alcançando níveis iguais ou maiores ao dos homens, percebemos assim que nem nas características físicas, estão se destoando entre os universos femininos e masculinos, porém Apesar do uso de esteróides anabolizantes ser relatado na sua maioria, em atletas do sexo masculino, Gruber e Pope (2000) afirmam que cerca de 145 mil mulheres americanas, faziam uso excessivo da substância na época da pesquisa. Estes autores realizaram estudo comparativo com 25 mulheres que já usaram esteróides anabolizantes e 50 mulheres que nunca fizeram uso desta substância, em Boston, Houston e Los Angeles. Notou-se que as usuárias de esteróides apresentavam maior prevalência de uso de outras substâncias ergogênicas, comparadas ao outro grupo de mulheres, além de serem mais musculosas, dado que foi notado pela medida do *Fat Free Mass Index* (FFMI – Índice de Massa Magra Livre).

Ainda no estudo de Gruber e Pope (2000), as usuárias de anabolizantes relataram uma alta taxa de efeitos adversos, tanto físicos quanto psicológicos. Em particular, 14 usuárias disseram ter sintomas hipomaniacos durante o uso e 10 relataram apresentar sintomas depressivos ao abandonar o medicamento em questão.

Além disso, também produzem comportamentos que acarretam prejuízos para a saúde física do paciente, de modo que esses indivíduos necessitam ser acompanhados freqüentemente por equipes multidisciplinares de profissionais de saúde, conforme SARDINHA (2008).

Ao fazer o consumo em demasia de anabolizantes pode trazer prejuízos à massa muscular em longo prazo e os estimulantes utilizados incluem vários outros tipos de drogas que aumentam a atividade metabólica mesmo porque tem seus maiores efeitos no sistema nervoso central, músculo liso e esquelético. Com a produção e a conseqüente liberação do hormônio endorfina pode inibir a sensação de dor, cansaço extremo causado pelo exercício intenso e prolongado, podendo levar a uma dependência, uma vez que quanto mais exercícios esses indivíduos realizam, maior a quantidade de endorfina liberada na corrente sanguínea aumentando a sensação

de prazer. A consequência é que cada vez realizam mais exercício para busca do bem estar (Alonso, 2006).

Além do uso de esteróides, outras consequências podem ser vistas neste transtorno. A utilização excessiva de pesos durante os exercícios sobrecarrega os ossos, tendões, músculos e articulações, principalmente dos membros inferiores.

Esses indivíduos declinam de importantes atividades sociais, não interrompem os treinos quando sofrem lesões, evitam situações em que seus corpos são expostos a outras pessoas, como praias, piscinas ou vestiários, e demonstram extrema ansiedade se não conseguem sair dessa situação; continuam a praticar musculação, fazer dietas ou até usar substâncias ilegais que melhoram desempenho, apesar de serem cientes dos efeitos adversos ou das consequências psicológicas das suas decisões (GRIEVE, 2007).

11. Vigorexia nos Esportes

Grande parte dos estudos existentes, foram realizados com atletas Fisiculturistas, atletas Levantadores de Peso e praticantes de musculação em academias de ginástica, porém não se pode generalizar e atribuir somente a esses grupos essa enfermidade. É sabido, com, que esportes como o Rúgbi, Ginástica Artística, Futebol Americano, algumas lutas e até modalidades do Atletismo, que exigem muito da musculatura bem preparada e muito tempo de treino podem compor um dos fatores de risco para desencadear inúmeros distúrbios psiquiátricos e, entre eles, a dismorfia muscular, já que esses esportes têm como aspecto primordial o desenvolvimento muscular para melhor desempenho atlética.

No fisiculturismo as categorias são divididas por peso corporal, levando estes atletas a utilizar diversos recursos para a manutenção ou redução de seu peso. Além disto, participantes desta modalidade esportiva são julgados por sua aparência e não por sua performance (Rogatto, 2003; Lambert, Frank e Evans, 2004).

Em estudos realizado por Hildebrand, Schlundt, Langenbucher e Chung (2006), com 237 levantadores de peso do sexo masculino verificou-se que em indivíduos que apresentam Dismorfia Muscular apresentam altos índices de distúrbios de imagem corporal, de sintomas relacionados a psicopatologias associadas, de uso de esteróides anabolizantes e comportamento controlador em relação à aparência.

Um outro estudo realizado por Lantz, Rhea e Cornelius (2002), com 100 fisiculturistas e 68 levantadores de peso, sendo todos atletas de elite competitivos, mostrou que os pertencentes ao primeiro grupo apresentaram maiores porcentagens de indicadores de Vigorexia, como preocupação com tamanho do corpo e simetria, proteção psíquica, comportamento alimentar típico e uso de medicamentos, do que levantadores de peso. Isto indica que fisiculturistas podem ser um grupo de risco para a desordem.

Já o estudo realizado na África do Sul por Hitzeroth, Wessels, Zungu-Dirwayi,

Oosthuizen e Stein (2001), com 28 fisiculturistas competitivos amadores encontrou a prevalência de 53,6% de Vigorexia. Foi também descrito neste estudo que 33% dos atletas com Vigorexia tinham maior tendência a apresentar desordem dismórfica corporal relacionada a outros aspectos que não a musculatura.

Segundo Choi, Pope Jr. e Olivardia (2006) a prevalência de Dismorfia Muscular é maior na população de atletas do que na população não atleta, ou seja, os atletas são mais vulneráveis a esse distúrbio. Os mesmos autores comentam que os atletas são particularmente mais suscetíveis a essas desordens da imagem corporal, devido a pressões que cercam o desempenho nos esportes e as tendências sociais que promovem a musculatura e o corpo magro.

Os treinadores normalmente expressam preocupações sobre alguns de seus atletas, principalmente em relação àqueles que necessitam de baixo peso corporal como corredoras, ginastas, lutadores e atletas do peso leve (Baptista, 2005).

Para Leone, Sedoryt e Gray (2005), a conscientização nem sempre é bem definida no mundo dos atletas. Frequentemente os distúrbios são “mascarados” pelas demandas do esporte, por exemplo, se um atleta tiver predisposição à dismorfia muscular, o ambiente esportivo pode desencadear esses fatores.

É incorreto alegar que a Dismorfia Muscular é exclusiva do mundo dos atletas, como dito anteriormente esses podem ser mais vulneráveis, porém, a maioria absoluta dos casos está na população das práticas de tempo livre, portanto, nesse caso os indivíduos praticantes de musculação.

12. Vigorexia e Anabolizantes

Os homens com essa patologia não poupam esforços, tempo ou dinheiro para construir o corpo desejado e encontram, na utilização de esteróides anabolizantes, a solução para seus desejos. A maior parcela dos homens com dismorfia muscular já utilizou, em algum momento, esteróides anabolizantes (Pope Jr., Phillips, Olivardia, 2000).

Esses indivíduos declinam de importantes atividades sociais, não interrompem os treinos quando sofrem lesões, evitam situações em que seus corpos são expostos a outras pessoas, como praias, piscinas ou vestiários, e demonstram extrema ansiedade se não conseguem sair dessa situação; continuam a praticar musculação, fazer dietas ou até usar substâncias ilegais que melhoram desempenho, apesar de serem cientes dos efeitos adversos ou das conseqüências psicológicas das suas decisões (GRIEVE, 2007).

Olivardia; Pope Jr. e Hudson (2000) compararam homens praticantes de musculação, com dismorfia muscular e homens “normais”. Verificaram que 46% desses homens com dismorfia muscular relataram utilizar esteróides anabolizantes, em comparação com apenas 7% do outro grupo, uma diferença significativa.

A utilização dessas drogas é devido aos efeitos potenciais das mesmas, portanto, os esteróides anabolizantes retardam a fadiga, aumentam a motivação, estimulam a agressividade e diminuem o tempo de recuperação entre as sessões de treinamento, o que lhes permite treinar com maior intensidade (Peluso; Assunção, Araújo e Andrade, 2000; Pope Jr.; Phillips; Olivardia, 2000).

Antes se pensava que o uso de drogas para aumento da musculatura era privilégio dos “marombeiros”, fisiculturistas e atletas, nesses últimos tempos tem se tornado comum no meio dos jovens que começam a freqüentar as academias, sendo estes fortemente motivados a usarem, tentando assim diminuir as suas frustrações e medos ligadas a aparência (IRIART et. al.,2009).

A associação entre maior intensidade de treinamento e efeitos anabolizantes, enfim, iria levá-los ao encontro de seus objetivos: ganho de força muscular e aumento de massa corporal “magra”, ou seja, aumento de volume muscular (Brower apud Peluso, Assunção, Araújo e Andrade, 2000).

As pessoas com esse distúrbio têm obsessão pela musculatura de seus corpos e a única maneira para “melhorar” a aparência é se exercitando, por isso são dependentes em exercícios, nunca estarão satisfeitos com o que vêem no espelho.

Em oposição aos aspectos positivos relacionados à prática racional e regular de exercício físico, uma série de estudos avaliou que muitos indivíduos podem praticar exercício de uma forma inadequada e excessiva, que passará então a causar prejuízos para a saúde do mesmo.

O exercício físico excessivo é descrito por alguns autores como apenas um sintoma de um TA (Veale, 1987) enquanto outros sugerem ser o problema uma variante de um transtorno alimentar, mais freqüente no sexo masculino, constituindo desta forma uma síndrome (Yates et al, 1983).

Veale (1987) propôs que o exercício físico excessivo deveria ser visto como um quadro de dependência, diferenciando-o entre primário e secundário. O quadro primário estaria associado a atletas e será descrito posteriormente. A dependência secundária estaria presente em indivíduos com transtornos alimentares, tendo como único objetivo a perda/controle de peso. Preocupação mórbida com o peso e distorção da imagem corporal estariam presentes, uma vez que o quadro seria secundário a um transtorno alimentar.

Aidan (2004) comenta que similar aos viciados em substâncias, que desenvolvem tolerância para seus hábitos de drogas, os viciados em exercícios requerem mais tempo em suas atividades, ou seja, precisam de mais esforço e maior freqüência de exercícios físicos para experimentar o mesmo nível de satisfação anterior.

Sachs (citado por Aidan, 2004) definiu baseado nos critérios do DSM-IV, adição ao exercício quando ocorre: dependência psicológica e fisiológica após 24 ou 36 horas

sem exercícios físicos. Os sintomas incluem: ansiedade, irritabilidade, culpa, tensão, desconforto físico, apatia, falta de apetite, sonolência e dores de cabeça, entre outros sintomas.

Segundo Arbinaga e Caracuel (2003), falar de Dismorfia Muscular é inevitavelmente referir-se ao fisiculturismo e àqueles esportes que utilizam o treinamento com pesos. Na atualidade o desempenho nas atividades físicas está baseado na utilização da musculação como forma de melhorar a força, a potência e a velocidade. O desenvolvimento muscular harmonioso dos atletas tem sido fundamental para a proliferação das academias de ginástica.

A busca masculina por um corpo musculoso e definido não teria atingido suas proporções atuais sem o uso dos esteróides anabólicos androgênicos. Os EAA criaram atletas, atores e modelos maiores e mais fortes do que qualquer homem comum e a mídia promulgou suas imagens por toda parte. E o grande problema de saúde pública é que embora os anabolizantes sem receita médica sejam vendidos no Brasil e em outros países, essas drogas são disponíveis de forma abundante no mercado negro. E o que sustenta esse vasto mercado negro é justamente a insatisfação dos homens com a imagem corporal. Blouin et.al (1995) descobriram que melhorar a aparência era a razão mais forte que os atletas deram para justificar o uso dos anabolizantes.

13. Tratamento

A Dismorfia Muscular, assim como outras patologias que acometem os homens, são enfermidades silenciosas e encobertas. Culturalmente o homem tem dificuldade de expressar seus sentimentos, angústias e indecisões, seja para seus amigos, familiares ou parceiros e até para si mesmos. Esses aspectos dificultam a prevenção e o diagnóstico.

É necessário reconhecer a gravidade da situação. Os profissionais de Educação Física, atentemos para essa nova realidade que salta aos nossos olhos no cotidiano das academias. A partir da constatação de qualquer desses distúrbios da imagem corporal (especialmente distúrbio dismórfico corporal ou distúrbio alimentar) devemos estar preparados para trabalhar em conjunto com outros profissionais – psicólogos, psiquiatras, nutricionistas – para tentar minimizar os danos para essa população jovem que aí está, buscando desesperadamente, o corpo “perfeito, malhado, forte, sarado”.

Assim como os Transtornos Alimentares ou outras psicopatologias, o maior desafio em relação à pacientes com Dismorfia Muscular é persuadí-los a procurar tratamento especializado. A ilusão de que “corpo perfeito” faz bem a saúde dificulta ainda mais a procura por tratamento, pois o indivíduo com esse distúrbio vai ao médico quando está lesionado ou quando consomem anabolizantes e deseja acabar com efeitos colaterais. É extremamente difícil admitir que tenha uma patologia ligada à percepção da imagem corporal ou compulsão em exercícios físicos, principalmente se estes forem do sexo masculino.

Assunção (2002) comenta que não há qualquer descrição sistemática do tratamento da Dismorfia Muscular. Uma combinação dos métodos geralmente utilizados no tratamento do Transtorno Dismórfico Corporal e dos Transtornos Alimentares pode servir como diretriz para o tratamento da Dismorfia Muscular.

Olivardia, Pope Jr., e Hudson (2000) relatam que a Dismorfia Muscular, como outros distúrbios da imagem corporal, fazem parte do “spectrum” obsessivo-compulsivo. É

provável que responda aos tratamentos eficazes para as outras desordens dessa família, tais como medicação antidepressiva e terapia comportamental-cognitiva.

Kanayama, Barry, Hudson e Pope Jr. (2006) afirmam que, se os transtornos de imagem corporal são potencialmente tratáveis com terapias comportamental-cognitivas e farmacologia, estas intervenções podem ajudar também na prevenção e tratamento para dependentes de esteróides anabolizantes.

Vários autores (Assunção, 2002; Pope Jr.; Phillips, Olivardia, 2000; Rosemberg, 2004; Tubio e Ibazábal, 2006) destacam que a terapia cognitivo-comportamental parece ser útil no tratamento da Dismorfia Muscular. Suas estratégias incluem a identificação de padrões distorcidos de percepção da imagem corporal, identificação de aspectos positivos da aparência física e confrontação entre padrões corporais atingíveis e inatingíveis.

Amâncio, Magalhães, Santos, Peluso, Pires, Dias (2000) citam que dados oriundos de estudos abertos sugerem que os inibidores da recaptção da serotonina são geralmente e, talvez, preferencialmente, efetivos no tratamento dos Transtornos Dismórficos Corporais.

Para Choi, Pope Jr., Olivardia (2006) as causas da Dismorfia Muscular não são bem compreendidas, o que reforça a necessidade para uma investigação continuada.

Esses autores sugerem uma intervenção com atletas com tendências e comportamentos associados a Dismorfia Muscular em outros lugares, ou seja, fora do local de treino e competições. Esse trabalho pode ser feito por um psicólogo do esporte clínico em seu consultório.

Tubio e Ibazábal (2006) propõem um tratamento interdisciplinar com diferentes profissionais. No âmbito psicológico, são três intervenções principais: 1) nos fatores prévios do transtorno que influem na sua aparição, 2) nos fatores que mantêm o problema, uma vez desencadeado, e 3) nas estratégias para prevenção. Essa última

deve abordar e incluir no tratamento, os contextos familiares, educativos e individuais. Descuidar de algum desses elementos pode acarretar em fracasso.

14. Discussão:

Não podemos negar que o homem está em constante mudanças, mas é isso que é compreensível porque para se acompanhar as alterações que ocorrem a sua volta, mas isso deve ser algo confortável que crie uma estabilização em si na sociedade, e não um ditadura de comportamentos.

A influência dos meios de comunicação, do grupo que convivemos, dos familiares, dos nossos exemplos de sucesso, não deve ser algo que cause frustração. Os indivíduos se comparam a todo o momento, a outras figuras, normalmente aquelas divulgadas pelas mídias como exemplo de sucesso profissional e também na sua vida pessoal. Porém se esquece de como podemos ser felizes se agíssemos espontaneamente, e que nos permitíssemos escolher o que queremos ser e nos satisfazer com o que somos.

É muito interessante ver que se sabe da manipulação criada por trás de cada comercial, das capas de revista, mas se questiona porque aceitamos sermos manipulados. Acredito que a resposta seria que para ser aceito, se sentir parte do meio onde se vive e de que se convive, isso pode ser identificado como falta de personalidade, mas assim caminha o mundo de hoje, a uma explosão de informações, mas acatamos somente aquelas que não darão satisfação, qual seria esse tipo de satisfação, é difícil se dizer, mas que há uma necessidade de se sentir parte, acolhido, bem visto e sem dúvidas nenhuma não ser questionado pela sua aparência, isso não se pode negar.

A mídia tem o poder de enaltecer e derrubar pessoas, faz o que quer com uma imagem, mostra corpos perfeitos, porém que não existem, deste modo desperta nas pessoas um desejo de se obter uma aparência cibernética, ou o mesmo que uma beleza surreal, que não existe, que nunca será alcançada. Prega-se também o paradigma de que quem obtém o domínio do seu corpo, consegue dominar tudo a sua volta, um homem se basta por conseguir superar seus limites, assim é o homem contemporâneo, está em constante busca de sua auto-afirmação sobre sua

masculinidade, como provar sua supremacia diante das mulheres que hoje em dia se mostram tão capazes quanto os homens.

Indiferente dos quais sejam os motivos cada indivíduo deveria se sentir feliz, como que possui procurar fazer algo para se superar, mas não que isso seja seu único objetivo de vida, aparência não é para sempre. Profissionais de educação física devem estar preparados para lidar com essas situações, pois são estes que promovem a estimulação de hábitos saudáveis, a criação de novos corpos, a superação de limites, no entanto estamos em um cenário onde existe a competição, para ver quem tem o maior braço, quantos quilos de massa magra você alcançou em um mês de treino, e para chegarem nestes patamares, normalmente fazem uso de drogas o que não condiz com o a nossa profissão. Cabendo a nós tentar conscientizar dos riscos que se correm ao fazer uso dessas substâncias.

Acredito que muitos ou todos que partilham desta ideia de obter um corpo esbelto e livre de gorduras e com uma musculatura muito desenvolvida, sabem dos riscos que correm, porém preferem correr esse risco, e conquistar um corpo atraente do que se preocuparem com os efeitos colaterais que irão ter mais a frente.

Concluimos que esta longe de obtermos uma solução para esta patologia, que se torna cada vez mais forte nos dias atuais, porque cada vez mais ela fica silenciosa, os homens não se permitem revelar o que lhes assombra, os seus medos e vergonha, mas profissionais competentes devem buscar soluções rápidas e eficientes para auxiliar estes homens embora fortes fisicamente são vulneráveis em seu psicológico.

Referências:

- ABREU, C.N.- Aspectos Psicoterápicos da Anorexia e Bulimia Nervosa . Conferência apresentada no VII Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica, I Congresso Sul-Sudeste de Psiquiatria Clínica e II Congresso Paulista de Psiquiatria Clínica, organizado pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica. Campinas, junho de 2002.
- Adami, F., Fernandes, T., Frainer, D. & Oliveira, F. (2005). *Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física*. Revista Digital – Lecturas (83). Consultado on-line em <http://www.efdeportes.com>
- Aidan, E. V., Wollard, S. (2003). The influence of self-reported exercise addiction on acute emotional and physiological response to brief exercise deprivation. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 225-2236.
- Alonso C. A. M. (2005) Vigorexia: enfermedad o adaptación. *Revista Digital Buenos Aires*. V. 11, n. 99.
- Alonso, C. A. M. (2006). Vigorexia: enfermedad o adaptación. *Revista Digital Ef Deportes*.<http://www.efdeportes.com/revistadigital> , acessado em 14/08/2012.
- Amâncio, E. J. Magalhães, C.C.P. Santos, A.C. Peluso, C.M. Pires, M.F.C. Dias, A.P.P. (2002). Tratamento do transtorno dismórfico corporal com venlafaxina, relato de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3), 141-143.
- Antunes, R. J. O., Palmeira, A. (2005). *Dependência do Exercício em Atletas Federados de diferentes grupos de modalidades*. 47p. Monografia de Conclusão de Curso, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal - Lisboa.
- Arbinaga, F., Caracuel, J. C. (2003). Aproximación a la Dismorfia Muscular. *Cadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatria de Enlace*, 65, 07-15.
- Assunção, S. M. (2002). Dismorfia Muscular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 80-84.
- Ballone, G. J. (2002). Vigorexia Síndrome de Adônis. *Portal Psiquiatria Geral*. <http://virtualpsy.locaweb.com.br/>.
- Ballone, G. (2003). *Obesidade*. Consultado on-line em: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/obesid.html>.
- Ballone, G.J. (2005). Bulimia Nervosa. Psiqweb. Retirado em 12 de agosto de 2012, de [http:// virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=225&sec=94](http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=225&sec=94).
- Baptista A. N. (2005) Distúrbios alimentares em freqüentadores de academia. *Revista Digital Buenos Aires*. V. 10, n. 82.

Beumont, P.J.; Touyz, S.W.; Hook, S. Excessive Exercise in Anorexia. Paper read at *The International Conference on Anorexia Nervosa and Related Disorders*, University College Swansea, 1984.

BLOUIN, A.G; GOLDFIELD, G. S. *Body image and steroid use in male bodybuilders. Int J Eating Disord. Sep; 18(2): 159-65. 1995.*

Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body*. Berkeley: University California Press.

Bucarechi, H. A. (2003) *Anorexia e Bulimia Nervosa uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do psicólogo, 183p

Cenci, M; Peres, K.G & Vasconcelos, F.A.G. (2009). Prevalência de comportamento bulímico e fatores associados em universitárias. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3),83-88.

Choi, P. Y. L., Pope, H. G., Olivardia,R. (2002) Muscle Dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *Br J Sports Med*. V. 36, p.375-376.

Conti, M. A., Frutuoso, M. F. P., Gambardella, A. M. D. (2005) Excesso de peso e a insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição: Campinas*. V. 18, n. 4.

Cordás, T.A. (1993). Quando o Medo de Ficar Gordo Vira Doença: Anorexia e Bulimia. In: Cordás, T.A., et al. *Fome de Cão* (pp.17-28). São Paulo: Editora Maltese.

Cordás T. Negrão A. Anorexia nervosa. In: Assumpção FB, ed. *Psiquiatria da infância e adolescência*. São Paulo: Ed. Santos; 1994. p.283-90.

ETCOFF, N. **A Lei do Mais Belo: A Ciência da Beleza**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

FAIRBURN, C.G.- Psychological and Social Problems Associated with Binge Eating. In: FAIRBURN, C.G. (ed): *Overcoming Binge Eating*. The Guilford Press, New York, pp 42-66, 1995.

FALCAO, Rodrigo Scialfa. Interfaces entre dismorfia muscular e psicologia esportiva. **Rev. bras. psicol. esporte**, São Paulo, v. 2, n. 1, jun. 2008 . Disponível <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-91452008000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 ago. 2012.

Fleitlich, B.W. (1997). O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares. *Pediatria Moderna*, 32(1/2),56-62.

Frost, L. (2005). Theorizing the young woman in the body. *Body and Society*, 11 (1), 63-85.

GARFINKEL, P.E.; LIN, E.; GOERING, P.; SPEGG, C.; GOLDBLOOM, D.S.; KENNEDY, S.H. *et al.*- Should Amenorrhea be Necessary for the Diagnosis of Anorexia Nervosa? *British J. Psychiatry* 151: 738-43, 1994.

Garner, D.M.; Garfinkel, P.E. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa - *Psychological Medicine*, 10:647-656, 1980.

Gilman, S. (1998). *Creating beauty to cure the soul*. Durham: Duke University Press.

Goldbloom, D.S. & Garfinkel, P.E. (1992) Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa. In: Garfinkel, P.E. & Carlson, W. Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas.

Grieve, F. G. A. (2007) Conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eat Disord, USA*. V. 15, n. 1, p. 63-80.

GRIEVE, FG. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*. Jan-Feb; 15(1):63-80. 1997.

Gruber, A. , Pope, J. H. G. (2006) Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women. *Psychotherapy and Psychosomatics* : Basileia. V. 69, p. 19-26.

Hartgens, F., Kuipers, H. (2004) Effects of androgenic-anabolic steroids in athletes. *Sports Med*. V. 34, n. 8, p. 513-554.

Heller, D.C.L. (2002). Anorexia nervosa: etiologia e estratégias de enfrentamento. In: Guilhardi, H.J. et al (org.). *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (v.10), pp.61-68, Santo André: Esetec.

Hildebrand, T., Schlundt, D., Langenbucher, J., Chung, T. (2006) Presence of muscle dysmorphia symptomatology among male weightlifters. *Compr Psychiatry*. V. 47, n. 2, p. 127-135.

Hitzeroth, V., Wessels, C., Zungu-Dirwayi, N., Oosthuizen, P., Stein, D. J. (2001) Muscle dysmorphia: a South African sample. *Psychiatry Clin Neurosci*. V. 55, n. 5, p. 521-523.

IRIART, J. A. B.; CHAVES, J. C.; ORLEANS, R. G. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. Abril de 2009.

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria* 7a edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kanayama, G., Barry, S., Hudson, J. I, Pope Jr., H. G. (2006). Body Images and Attitudes toward male roles in Anabolic-Androgenic Steroid users. *American Journal Psychiatry*, 163 (4), 697-703.

Lambert, C. P., Frank, L. L., Evans, W. J. (2004) Macronutrient considerations for the sport of bodybuilding. *Sports Med.* V. 34, n. 5, p. 317-327.

Lantz, C. D., Rhea, D. J., Cornelius, A. (2002) Muscle dysmorphia in elite-level power lifters and bodybuilders: a test of differences within a conceptual model. *J Strength Cond Res.* V. 16, n. 4, p. 649-655.

LIZE MLZ, DA GAMA e SILVA TS, FERIGOLO M, BARROS HMT. O abuso de esteroides anabólico- androgênicos em atletismo. *Rev Assoc Med Bras.*1999 SepDec;45(4):364-70.

Leone, J. E., Sedoryt, E. J., Gray, K. A. (2005). Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *Journal of Athletic Training*, 40 (4), 352-359.

McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. (2006) "Who thinks I need a perfect body?" Perceptions and internal dialogue among adolescents about their bodies *Sex Roles: A Journal of Research* 9, 1-20.

Melin, P., Araújo, A. M. (2002) Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* Vol. 24, supl. III, p. 73-76.

Meyer, Sonia Beatriz. (2008). Functional Analysis of Eating Disorders. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine*, 1(1),26-33.

Mirella, A. P. (2006). Vigorexia e Instituto de Educación Física., Argentina. *Revista Digital Ef Deportes.* <http://www.efdeportes.com/revistadigital>, acessado em 19/18/2012.

Morgan, C., Vecchiatti, I. & Negrão, A. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 18-23.

Novaes, J.V (2006). O intolerável peso da feiúra: sore as mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Editora PUC- Rio: Garamond.

Novaes, J. (2005). Ser mulher, ser feia, ser excluída Consultado on-line em: <http://www.psicologia.com.pt>

Olivardia, R., Pope, H. G., Hudson, J. I. (2000) Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psychiatry.* V. 157, n. 8, p. 1291-1296.

Perry, P. J. , Lund, B. C. , Deninger, M. J. , Kutscher, E. C. , Schneider, J.(2005) Anabolic steroid use in weightlifters and bodybuilders: an internet survey of drug utilization. *Clin J Sport Méd.* V. 15, n. 5, p. 326-330.

Pope Jr., H. G.; Phillips, K. A.; Olivardia, R. (2000). *O Complexo de Adônis, obsessão masculina pelo corpo.* Rio de Janeiro: Campus.

Rogatto, G. P. (2003) Composição corporal e perfil antropométrico de ginastas masculinos. *Revista Digital de Buenos Aires*. N. 62.

Rosenberg, J. (2004). *Lindos de Morrer: Dismorfia Corporal e outros Transtornos para Ela e para Ele*. São Paulo: Celebris.

Saikali, C.J. , Soubhia, C. S. , Scalfaro, B. M. , Cordás, T. A. (2004) Imagem corporal nos Transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. V. 31, n. 4.

6. SARDINHA, A. et al. Dismorfia muscular: análise comparativa entre um critério antropométrico e um instrumento psicológico. *Rev Bras Med Esporte*. v.14.n.4.Niterói. Jul/Ago.2008.

Tubio, J. C. C. Irbazábal, F. A (2006). Vigorexia: un nuevo problema para el S.XXI. *Revista Digital Ef Deportes*. <http://www.efdeportes.com/revistadigital>, acessado em 19/10/2006.

Vale, A.M.O. (2002). Comportamento alimentar anormal e práticas inadequadas para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino de Fortaleza. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE).

Veale, D.M.W.C. Exercise Dependence - *British Journal of Addiction*, 82:735-740, 1987.

Veggi, A. B. , Lopes, C. S. , Faerstein, E., Sichieri R. (2004) Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras de Psiquiatria*. V. 26, n. 4.

Warren, C., Gleaves, D., Benito, A., Fernandez, M. & Ruiz, S. (2005). Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (3), 241-249.

Yang, C. J. Gray, P, Pope Jr., H. G. (2005). Male Body Image in Taiwan versus the west: Yanggang Zhiqi meets the Adonis Complex. *American Journal Psychiatry*, 162 (2), 263-269.

Yates, A.; Leehey, K.; Shisslak, C. Running: an analogue of Anorexia? - *New England Journal of Medicine*, 308:251-255, 1983.

Zamora, C. M. L. , Bonaechea, B. B. , Sánchez, G. F. , Rial, R. B. (2005) Ortorexia nervosa. A new eating behaviour disorder? *Actas Esp Psiquiatr*. V. 33, n. 1, p. 66-68. World Health Association (1992) The ICD-10 Classification for mental and behavioural disorders.