



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

BRUNO EDUARDO DA SILVA SOUZA

**VIGOREXIA: O Transtorno da Distorção da Imagem
Corporal nas Academias de Picuí-PB**

Cuité – PB

2019

BRUNO EDUARDO DA SILVA SOUZA

**VIGOREXIA: O Transtorno da Distorção da Imagem Corporal nas Academias de
Picuí-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes.

Cuité - PB

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Cuité - CES/UFCG
Bibliotecária - Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

S729v Souza, Bruno Eduardo da Silva.

Vigorexia: o transtorno da distorção da imagem corporal nas academias de Picuí - PB. / Bruno Eduardo da Silva Souza. – Cuité: CES, 2019.

74 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde - CES/UFCG, 2019.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Emília da Silva Menezes.

1. Metabolismo. 2. Anomalias. 3. Disfunção. I. Título.

Biblioteca do CES – UFCG

CDU 612.3

BRUNO EDUARDO DA SILVA SOUZA

**VIGOREXIA: O Transtorno da Distorção da Imagem Corporal nas
Academias de Picuí-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Unidade Acadêmica de
Saúde da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito obrigatório para
obtenção de título de bacharel em Nutrição,
com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília
da Silva Menezes.

Aprovado em 09 de Julho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Maria Emília da Silva Menezes

Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Vanessa Bordin Viera

Prof^ª. Dr^ª. Vanessa Bordin Viera
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Gezaildo Santos Silva

Bel. Gezaildo Santos Silva
Examinador

Cuité - PB

2019

LISTA DE ABREVIATURAS

N - Anorexia nervosa

BN - Bulimia nervosa

DM - Dismorfia muscular

IMC - Índice de massa muscular

LEP - Leptina

ON - Ortorexia nervosa

QCA – Questionário Complexo de Adônis

TAS - Transtorno alimentares

TDC- Transtorno dismórfico corporal

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Anorexia Nervosa.....	20
Figura 2: Alteração da cavidade bucal em pacientes BN.....	22
Figura 3: Ortorexia Nervosa.....	24
Figura 4: Famosos em capas de revistas.....	25
Figura 5: Vigorexia em homens e mulheres.....	26
Figura 6: Fatores associados ao desenvolvimento de dismorfia muscular.....	33

LISTA DE QUADRO

Quadro 01: Critérios para diagnosticar dismorfia muscular.....	31
-----------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Resultado do Score do Complexo de Adônis	39
Gráfico 02: Medias e desvio padrão do conjunto de silhuetas	41
Gráfico 03: Class. do estado nutricional dos participantes segundo IMC.	42
Gráfico 04: Tempo de pratica de academia dos alunos praticantes de musculação	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Frequência de idade e gênero mais prevalente	38
Tabela 02: Frequência absoluta e relativa em relação ao tempo de treino e uso de suplementos	44

Ao meu Deus pai todo poderoso e a minha virgem mãe que sempre me deu forças e iluminou os meus caminhos para eu não desistir das promessas na qual já tinham preparado para mim.

A minha Família que sempre me apoiou e, me levantou todas as vezes que cheguei a cair, essa vitória também é de vocês.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço ao Deus pai todo poderoso e a minha virgem mãe que sempre me conduziu iluminando os meus caminhos livrando de todo o mal que poderia estar em meu caminho.

Aos meus pais Joana Darc e Nelson Eduardo, pois essa vitória não teria sentido sem vocês ao meu lado. Braços fortes e acolhedores que sempre me deram forças para eu pudesse continuar lutando e acreditando em meu potencial. A minha irmã Biana e meus sobrinhos Taynara Eduarda, Wildner Ramon e Wendrell Schmytt, apesar da distância sempre me deram palavras de conforto e um “up” de energia para continuar na caminhada.

Ao meu companheiro e único Jerry Medeiros, sem tua presença ao meu lado os dias seria mais árduos. Obrigado pelo carinho, amor e pelas as palavras de conforto, nelas eu encontrava forças para continuar firme. Agradeço pelos dias em que trabalhava sozinho e me sedia tempo para poder colocar em dias as minhas atividades acadêmicas. Que Deus te abençoe, hoje finalizo e aguardo aqui também ao seu lado a sua vitória para dizermos juntos somos NUTRICIONISTAS.

A minhas irmãs de graduação Nahayne Loise e Noelly Rayane obrigado por fazer parte também dessa conquista, juntos compartilhamos momentos de alegria, tristeza, aflição, mas sempre nos mantínhamos unidos com o único propósito a nossa sonhada formação. Vou sentir saudade das tardes em que sentávamos nos corredores do CES após almoço para rimos juntos das notas altas de felicidade e como também das baixas rsrsrs... levarei vocês sempre no meu coração.

A minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília Menezes, por todos os ensinamentos e paciência e dedicação para comigo. És um anjo do céu aqui na terra. Desde quando assistir a sua aula de Tecnologia de Alimentos em meus pensamentos dizia; essa professora é a orientadora dos meus sonhos. Hoje sou extremamente grato por toda a sua dedicação, sentirei saudade dos áudios de cobrança dizendo: Bom dia meu filho, já está pronto seu material? Se atente aos prazos.

Ao anjo que Deus colocou na minha vida na UFCG, Marcia Nobre, obrigado por todo carinho, amor, paciência e pelas orações. Sua ajuda e conselhos não me deixava desistir. Que Deus retribua em dobro tudo que fez por mim em sua vida.

As minhas colegas de estagio Dinara Lima, Odaize Azevedo e Mayara Gabrielly que me deram forças e alegraram mais os meus dias. Obrigado por todos os conhecimentos que juntos trocamos e das risadas e conversar do dia-a-dia.

Aos funcionários do (RU) Restaurante Universitário em especial Maria Aparecida, Fernanda Machado, Ana Paula, Nathan Santos e Vita. Obrigado pelo o carinho e acolhimento cedido e atenção calorosa sentirei saudades das nossas resenhas e dos dindim da tarde. A nutricionista Jaqueline Costa meu muito obrigado pela a oportunidade, conhecimento repassado e confiança que Deus abençoe grandemente a sua vida.

A Prof^a. Dr^a. Vanessa Bordin por todo carinho, paciência e amor para comigo, que Deu te abençoe e, saiba que tudo isso também é reciproco. Amo você!

As academias as quais me cederam espaço para a realização desta pesquisa que Deus abençoe grandemente a vida de todos vocês tanto profissional quanto pessoal. Obrigado pela a confiança e credibilidade.

*Sejam humilde um para com os outros, porque Deus se
opõe aos orgulhosos, mas concede a graça aos
humildes.*
(1 Pedro 5:5)

SOUZA; B. E. DA S. **Vigorexia: O transtorno da Distorção da Imagem Corporal nas Academias de Picuí-PB.** 2019. 74f. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro de Educação e Saúde (Graduação em Nutrição) Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2019.

RESUMO

O transtorno dismórfico muscular (DM) cresce afetando homens e mulheres e também profissionais da saúde como médicos, nutricionistas, educadores físicos, alunos praticantes de academia e fisiculturista, os quais dedicam inúmeras horas praticando atividades físicas utilizando suplementos e anabolizantes em busca do corpo perfeito. Diante do exposto, objetivo desta pesquisa foi avaliar a ocorrência de incidência do transtorno psicológico da distorção corporal (vigorexia). Este trabalho trata-se de um estudo individualizado, de caráter descritivo e estatístico, foi aplicado um questionário complexo de Adônis, utilizando os escores de QCA de acordo com Pope et al. (2000) em duas academias de Picuí-PB. Os questionários foram numerados, e em seguida, transpostos para uma plataforma digital utilizando os recursos do Programa *Microsoft Access* versão 2010. Para a validação da digitação foi utilizado o Programa *Epi Info*, versão 6.02. Após a digitação, o banco de dados foi transferido para o Programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows* versão 13.0 para a análise estatística dos dados. Como resultado observou-se que houve nível moderado de vigorexia sendo percentual de 50,0% da amostra de (N = 15) com ($p \leq 0,05$) e, grave sendo 6,7% da amostra (N = 2). Observou-se também o IMC dos participantes onde encontrou resultados significativos os classificando-os como sobrepeso sendo 53,4% da amostra (N = 16) e ($p \leq 0,05$). Além disso, 66,7% da amostra (N = 20) fazem uso de suplementos alimentares. Contudo foi percebido que mesmo em academias de pequeno porte no interior da Paraíba há alunos que sofrem com esse transtorno, cabe agora os praticantes utilizarem algumas opções de tratamento no qual atende melhor o seu caso, evitando assim, uma progressividade da DM.

Palavras-chave: Metabolismo; Anomalias; Disfunção.

ABSTRACT

Muscular Dysmorphic Disorder (MDD) grows affecting both men and women as well as health professionals such as doctors, nutritionists, physical educators, gymnastic and bodybuilding students, who spend countless hours practicing physical activities using supplements and anabolics in search of the perfect body. In view of the above, the objective of this research was to evaluate the occurrence of the incidence of the psychological disorder of the body dysmorphia (vigorexia). This work is an individualized, descriptive and statistical study, a complex questionnaire of Adonis was used, using the scores of QCA according to Pope et al. (2000) in two academies of Picuí-PB. The questionnaires were numbered and then transposed to a digital platform using the features of the Microsoft Access version 2010 program. For the validation of the typing the Epi Info program version 6.02 was used. After typing, the database was transferred to the Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows version 13.0 for statistical analysis of the data. As a result, it was observed that there was a moderate level of vigorexia being 50.0% of the sample (N = 15) with ($p \leq 0.05$) and, severe being 6.7% of the sample (N = 2). We also observed the BMI of the participants where they found significant results, classifying them as overweight, with 53.4% of the sample (N = 16) and ($p \leq 0.05$). In addition, 66.7% of the sample (N = 20) use dietary supplements. However it was noticed that even in small schools in the interior of Paraíba there are students who suffer from this disorder, it is now up to the practitioners to use some treatment options in which they better serve their case, thus avoiding a progressivity of DM.

Key words: Metabolism; Anomalies; Dysfunction.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	19
3.1 A beleza e sua evolução da imagem corporal partir de fatos históricos	19
3.2 Distúrbios alimentares e seus marcadores sintomatológicos:.....	20
3.2.1 Anorexia Nervosa	20
3.2.2 Bulimia Nervosa.....	21
3.2.3 Ortorexia Nervosa.....	23
3.3 Vigorexia: O transtorno da dismorfia muscular	24
3.3.1 A modernidade e mídia em influência com sua beleza padronizada	24
3.3.2 Alterações metabólicas e dismórficas da vigorexia	27
3.3.3 Diagnósticos e fatores desencadeantes da vigorexia.....	30
3.3.4 Tratamento da vigorexia ou DM	33
4 MATERIAIS E MÉTODOS	35
4.1 Métodos	35
4.1,1 Delineamento do estudo	35
4.1.2 Local.....	35
4.1.3 Amostra	35
4.1.4 Critérios de inclusão	35
4.1.5 Critérios de exclusão.....	36
4.2 Materiais.....	36
4.3 Coletas de dados	36
4.4 Processamentos de análise dos dados	37
4.5 Aspectos Éticos.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6. CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	
APÊNDICE	

INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea é crescente a procura por um modelo padrão de corpo estipulado pela a indústria cultural, e com isso tem elevado ambos os sexos a busca de novos métodos para cuidar de seu próprio corpo. Faz necessário ressaltar a contribuição da mídia que potencializa a valorização de uma aparência estética que promove o corpo a arcar um papel de proeminência tornando-se objeto de anseio e sendo também formador de sua própria identificação (PIRES; BATISTA, 2016). De fato a sociedade disseminar uma padronização de uma imagem distorcida da realidade particular de cada um, e o modo de vida aderido por grandes ídolos da mídia os tornam objetos de desejo, e grande parte da população estão colhendo medidas muito drásticas no que diz respeito à estética corporal (ASSUNÇÃO, 2002; MOTA; AGUIAR, 2011; RODRIGUES; ALENCAR; ARAÚJO, 2012).

Neste sentido, os transtornos alimentares (TAS) e psicológicos podem surgir como a anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), ortorexia nervosa (ON) e vigorexia que vêm tornando-se cada vez mais frequente e comum, são consequência de uma compostura extremamente severa para a busca de um corpo na qual uma parte da sociedade classifica como perfeito. Entre estes destaca-se a vigorexia, que também é conhecida como dismorfia muscular ou Síndrome de Adônis, um transtorno dismórfico corporal (TDC) caracterizada pela insatisfação da autoimagem e a busca excessiva de um porte musculoso, com desagrado constante do próprio corpo (SOLER et al., 2013). Em 1993 a vigorexia ou dismorfia muscular (DM) foi descoberto por um psiquiatra e professor na Universidade de *Harvard Medical School*, dos Estados Unidos, Harrison Graham Pope Jr, o mesmo foi responsável por elaborar os primeiros estudos sobre este transtorno. Com a realização de uma pesquisa com fisiculturistas totalizando 108 participantes, foi percebido que estes atletas apresentavam um grande percentual de massa magra e bastante força, no entanto os mesmos se sentiam pequenos e fracos, o que levou a caracterizar, no início como anorexia nervosa severa (ASSUNÇÃO, 2002). Segundo Pope et al., (1997) indivíduos com vigorexia se preocupam primeiramente com o maior alcance de tamanho e ganho da musculatura, desenvolvendo foco primeiramente em exercício e secundamente na dieta.

Os transtornos dismórficos corporais estão intimamente ligados à morbidade, podendo incluir a incapacidade social ou até mesmo ocupacional. A grande maioria das vezes os indivíduos encontram-se presos em suas residências, podendo ser hospitalizados e até mesmo incluindo tentativas de suicídios (PHILLIPS et al., 1993; PHILLIPS; DIDIE; MENARD, 2007). No entanto, a DM tem sua definição como um transtorno com obstinação – coercitivo pela musculatura e a prática de exercícios físicos. Novos hábitos são elaborados assim como a alteração no comportamento alimentar, utilizando deitais restritivas e uso excessivo de suplementos alimentares, no intuito de um melhor aumento ou ganho de massa magra para resultar no menor índice de percentual de gordura (IRIART; CHAVES; ORLEANS, 2009; AZEVEDO et al., 2012).

Estudos demonstram que os homens continuam se destacando em comparação ao sexo oposto, no entanto, isso não quer dizer que a vigorexia não apresenta os mesmos fatores com as mulheres, em relação à prática de atividade física exagerada no intuito da sobrecarga corporal para a obtenção da hipertrofia da musculatura, e o abuso no uso de anabolizantes e esteroides. Com relação a dieta de pessoas com dismorfia muscular se caracteriza por possuir uma composição com elevado índice proteico (hiperproteicas) e o baixo consumo de gorduras originando uma dieta (hipolipídica), com acompanhamento de suplementos para aumentar a massa magra, e diminuir ainda mais o percentual de gordura na sua composição corporal (CONTESINI et al., 2013). Por isso, o presente trabalho visa em entender e avaliar se há prevalência de vigorexia nas academias existentes em Picuí-PB. Apesar de ser um problema da atualidade e pouco discutido, sendo titulado com outras nomeações como doença da moda, cabe à equipe multiprofissional de saúde ficarem atentos a cada sinal, sintomas ou manifestações que pessoas com essa patologia pode apresentar. Como também, a presença de profissional assíduo da nutrição no tratamento da vigorexia, prezando sempre pela qualidade de sua dieta e mostrando os riscos que outros planos alimentares restritivos podem trazer por consequência a sua saúde no futuro, livrando também das doenças crônicas não transmissíveis que é mais um fator de risco de morbidade no mundo. De contrapartida, seu diagnóstico também se torna muito difícil, pois as pessoas acometidas por esse transtorno não buscam ajuda o que aumenta o grau de dificuldade no tratamento, fazendo com que tenha uma progressividade a mais no transtorno. As avaliações semiológicas se tornam importantes para detecção

precoce da vigorexia, assim como outros distúrbios alimentares também pode ser diagnosticado antes para resolução desta problemática que está envolvida no nosso tempo moderno.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar e avaliar se há prevalência de desenvolvimento de vigorexia nas academias da cidade de Picuí-PB.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar o estado nutricional segundo o IMC dos alunos de academia e;
- analisar se fazem o uso de algum suplemento ou anabolizantes e;
- identificar o nível de insatisfação corporal através de um conjunto de silhuetas e;
- aplicar questionários para diagnosticar e identificar a prevalência de vigorexia por meio de seus marcadores e;
- avaliar os dados estatisticamente.

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 A beleza e sua evolução da imagem corporal partir de fatos históricos

A partir das eras mitológicas, e mais precisamente na mitologia grega, a beleza era algo considerável de extrema importância em meio a essa sociedade. A venustidade era muito disputada pelas deusas do olimpo, de tal forma que sempre a mais triunfante manifestava o ódio às outras (GAMA, 2007). A importância que o corpo apresenta é algo que tem variações constantemente nas diferentes épocas históricas, de certo modo devemos ter mais cuidado aos sentidos que o corpo apresenta nessas varias fases (BERGER, 2006). A imagem corporal de uma pessoa é formada através de uma interrelação de três fatores: imagem objetiva, a imagem representada pela impressão de terceiros e a imagem idealizada. Nesse sentido observasse que a imagem corporal é importante em todo complexo mecânico de identidade pessoal (MELLO, 1992).

A imagem corporal está principalmente ligada à autoestima, que tem por significado amor próprio, satisfação pessoal e, contudo estar bem consigo mesmo. Se existir uma insatisfação ela irá repercutir diretamente na autoimagem. Com isso, surgiu à primeira manifestação da perda da autoconfiança que é tida quando a pessoa percebe que o seu corpo não esta de acordo com os estereótipos idealizados pela essa sociedade (BUCARETCHI, 2003). A cada dia evidenciamos estereótipos estruturais que são nos concedidos por vários meios de comunicação através da sociedade a fim de uma padronização da nossa estética corporal (RAVELLI, 2012).

Com isso, a busca incessante pelos estereótipos impostos pela sociedade não somente afetar psicologicamente como também no comportamento alimentar das pessoas, promovendo o desenvolvimento dos transtornos alimentares. Segundo Cruz, Stracieri e Horsts (2011), os transtornos alimentares (TAs) ainda possuem uma etiologia multifatorial que engloba elementos biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares. Cooper (1997), afirma que são delimitados diversos coeficientes que se relacionam entre si de modo muito enigmático, para gerar e, muitas vezes, enraizar a patologia. Esses transtornos segundo os profissionais da área da saúde podem ser determinados como distúrbios psiquiátricos, com características por alterar o padrão alimentar e com distorção

relacionada ao peso corporal, que pode ter como resultado decorrências contrárias sobre o estado nutricional.

São patologias que atingem alguns públicos como adolescentes e jovens adultos, tanto no sexo masculino quanto o feminino, levando a danos psicológicos, sociais, alterações morfológicas que atuam elevando o índice de mortalidade (BORGES et al., 2006). Com isso, as psicopatologias se destacam na atualidade de forma bem delicada deixando vários meios de informações de maneira fragmentada, apresentando diagnósticos e formas diversas de manifestações.

3.2 Distúrbios alimentares e seus marcadores sintomatológicos:

3.2.1 Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, é classificada como um transtorno alimentar que tem como característica a rejeição do sujeito em manter o seu peso e conseqüentemente seu estado nutricional adequado em relação a sua estatura. Um amedrontamento de ganhar peso e uma distorção de imagem corporal, diante disso, nega a respectiva situação que se encontra com a patologia. A sintomatologia eixo da anorexia nervosa (AN) é alicerçada por um trançado de embargos primários comportamentais e cognições com manifestações físicas e mentais por conseqüências da fome, que delonga dependendo do estágio da doença e idade (HEBE BRAND et al., 2004; HEBE BRAND; BULIK, 2011). Podemos observar as conseqüências que esta patologia trás na figura 1.

Figura 1 Anorexia Nervosa.



Fonte: Google Imagens, 2019.

Várias alterações não somente comportamentais, mas também neuroendócrinas são observadas e, muitos estudos têm mostrado efeitos significativos na alteração nos níveis de leptina (LEP) na AN. No entanto, hoje a LEP é classificada como um dos maiores moduladores na ingestão alimentar taxa metabólica, modulação da glicemia no que diz respeito ao metabolismo das gorduras, isto é, pontos que determinam o comportamento alimentar e o peso corporal. A atuação deste hormônio está ligada ao hipotálamo ativando mecanismos anorexígenos que são atuantes como desencadeadores do estado de saciedade (FRIEDMAN; HALAAS, 1997; KIM et al., 2006; KONSTANTINIDIS et al., 2009).

Na fase inicial dos transtornos alimentares, frequentemente pode-se perceber eventos intransigentes de vida, o estresse crônico está associado com a resistência dos TAs. De certo modo, há estímulo do eixo hipotálamo – hipófise – adrenal (HHA) que é uma resposta que acontece naturalmente de forma fisiológica ao estressor, é relacionado com a anorexia (SAURO et al., 2008). Vale ressaltar, que alguns hormônios atuam como sinais metabólicos periféricos, e promovem estímulos e circuitos neuronais homeostáticos como a LEP e insulina, neste sentido há também a presença de estímulos sensoriais, que por ventura podem ativar circuitos reguladores no hipotálamo no que diz respeito no apetite e na saciedade. O paladar da comida e o nível de oferta da mesma são estimados como um dos coeficientes envolvidos na regulação da alimentação (KONNER; KLOCKNER; BRUNING, 2009). Baixos níveis plasmáticos de LEP estão relacionados ao baixo peso e o baixo percentual de tecido adiposo em indivíduos anoréxicos, manifestando um papel importante desse hormônio na AN (DICKSON et al., 2008). A AN continua como um grande desafio para todos os profissionais na área da saúde e não sendo muito diferente como acontece em outros TAs, que promovem alterações diferentes e bem específicas no metabolismo do corpo humano.

3.2.2 Bulimia Nervosa

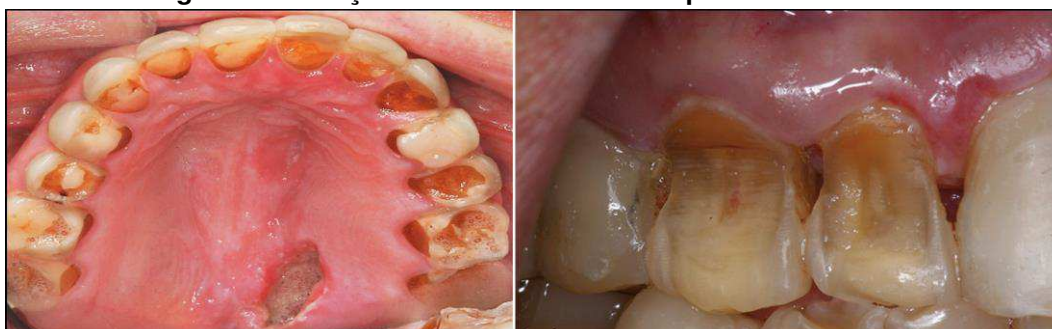
A bulimia nervosa (BN) acontece de maneira diferente da anorexia, pois é caracterizada pelo consumo exacerbado e de forma descontrolada de grandes quantidades de alimentos para um curto período de tempo. Indivíduos com bulimia nervosa possuem entendimento dos seus hábitos alimentares, mas não está a par

da fome durante os divertimentos, já que eles são impossibilitados de parar até sentir dor abdominal intensa, desmaio ou provocar o próprio vômito (BAHAMÓN, 2012).

Desta forma, a bulimia nervosa se diferencia da anorexia nervosa por apresentar uma fase dependente de compulsão alimentar em companhia dos comportamentos compensatórios o quais são: vômitos provocados, abusos do uso de laxantes ou diuréticos e exercício. Já a AN possui, tradicionalmente, desnutrição e continência alimentar grave (PANICO et al., 2018). Existem dois tipos de bulimia com características diferentes: Gênero purgativo, onde o sujeito passa por uma autoindução para provocar o vômito e administram laxantes e diuréticos; Gênero sem purgação, o sujeito utiliza uma forma de compensação pelos episódios bulímicos acometidos, jejuando e fazendo prática de atividades físicas em excesso (FARAH; MATE, 2015).

Alterações na cavidade oral em paciente com BN pode ser perceptível. Erosão do esmalte e da dentina do dente devido aos episódios frequentes de vômitos induzidos e o ácido do estômago nele contido (UHLEN et al., 2014). Além disso, a exposição do ácido clorídrico decorrente aos vômitos auto-induzidos pode também danificar outras estruturas do trato gastrointestinal a laringe por sua vez pode apresentar inflamação em sua estrutura precisamente nas cordas vocais, podendo alterar a própria voz transformando em uma voz rouca (FERREIRA et al., 2010). Além das lesões orais provocadas principalmente pelo contato do ácido gástrico na cavidade oral, outros sinais físicos como Russel, que consiste numa calosidade no dorso da mão, devido o fato de introduzir os dedos na cavidade oral, trauma causado pela pressão contra os dentes, para provocar o vômito (SANTOS et al., 2010; BARBOZA et al., 2011) Podemos observar nitidamente as alterações na cavidade bucal na figura 2.

Figura 2: Alteração da cavidade bucal em pacientes BN.



Fonte: Google imagens, 2019.

Pacientes com BN que tem características purgativas, a alteração das glândulas parótidas é perceptível, devido à intensa estimulação das glândulas e, assim, por consequência a hipertrofia. A gravidade da hipertrofia se correlaciona com a frequência dos vômitos. Geralmente, o comprometimento é bilateral, indolor e raramente acomete as glândulas submandibulares (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

3.2.3 Ortorexia Nervosa

Ortorexia nervosa é um dos transtornos alimentares que também pode ser citado. Segundo Pontes, Montagner e Montagner (2014) é caracterizado por uma atração pela saúde alimentar de forma doentia, em busca de alimentos puros, podendo desenvolver restrições na sua alimentação de forma severa. Refere-se a uma precaução exorbitante com a qualidade da sua alimentação, que por sua vez deve mostrar a pureza, uma dieta livre de substâncias ou ingredientes artificiais, pesticidas e herbicidas.

Segundo Martins et al., (2011) para pessoas vulneráveis a desenvolver a ortorexia nervosa é ideal informar os profissionais da área da saúde, especificamente o profissional capacitado como o nutricionista sobre em reconsiderar a definição de alimentação saudável e advertir acerca da subsistência do comportamento e o surgimento das possíveis implicações indesejáveis com relação a sua própria saúde levando em consideração os comportamentos de pessoas ortoréxica.

A grande diferença da característica de um indivíduo ortoréxico, com relação aos outros transtornos alimentares como AN e BN é que os sujeitos estão concentrados na quantificação de alimentos que podem consumir, com a diminuição do percentual de massa corporal e a distorção de sua imagem. Por outro lado, os ortoréxicos mantêm o foco somente na qualidade do alimento, com uma obsessão de conseguir uma dieta que na qual eles classificam de perfeita, e que não estão preocupados com a morfologia corpórea (SÁNCHEZ; MORENO, 2007). A busca por alimentos puros e a sua quantificação podemos observa na figura 3.

Figura 3: Ortorexia Nervosa.

Fonte: Google imagens, 2019.

Outra complicação desta dieta restrita é a limitação dos alimentos, que provocam a carência de alguns nutrientes importantes para o bom funcionamento do organismo, podendo favorecer o desenvolvimento de outras patologias relacionadas a défices nutricionais. Além dos problemas fisiológicos, o indivíduo também pode desenvolver ansiedade e depressão (BRESSAN; PUJALS, 2018).

3.3 Vigorexia: O transtorno da dismorfia muscular

3.3.1 A modernidade e mídia em influência com sua beleza padronizada

O mundo moderno acabou construindo um novo olhar de “cuidar de si”, caracterizado pela idolatria à beleza, juventude do corpo e o surgimento de ideias que podemos modificar a morfologia do nosso corpo de acordo com sua própria vontade. O culto a estrutura física tem sido formado por dois aspectos: crescimento da musculatura e a definição corporal (FEITOSA, 2014). No sentido desta evolução ela está intimamente ligada ao conceito da hipermodernidade, Severiano, Rêgo e Montefusco (2016) aponta que a modernidade possui uma peculiaridade muito superlativa baseando-se sempre em um grau muito excessivo e desenvolvendo características de um hiperconsumo, hiperindividualismo, hipercorpo e etc.. Entretanto esse comportamento de “hiper” anda concomitantemente com a suposta

oposição da modernidade que no análise dos autores, estabeleceria mais modos de dominação e controle.

A intimidação imposta pelos ideais de beleza induzida ou estabelecida pela a mídia e indústria da moda tem motivado uma preocupação e enaltecimento do corpo ideal. Cada dia mais pessoas buscam maneiras de modificar o físico, para se adequarem aos padrões prescritos pela a sociedade. O corpo tem se tornado um objeto de exploração presentes nas emissoras de TVs, nas redes sociais, capa de revista e internet, no alvo de comercio para o aumento da audiência. A boa imagem tem levado ao acatamento de pessoas em grupos populacionais, ao deslumbramento de muitos dando espaço para novas oportunidades (ANTUNES et al., 2006). O modernismo da sociedade trouxe ao seu lado o capitalismo desordenado, pondo tudo à venda, da mesma forma o corpo (MOTA; AGUIAR, 2011). A cada momento as pessoas estão em constante evolução veloz e comunista, se atualizam e modificam-se, da mesma forma corporalmente (BRAGANÇA, 2017). Exposição de corpos de famosos em capas de revistas na figura 4.

Figura 4: Famosos em capa de revistas.

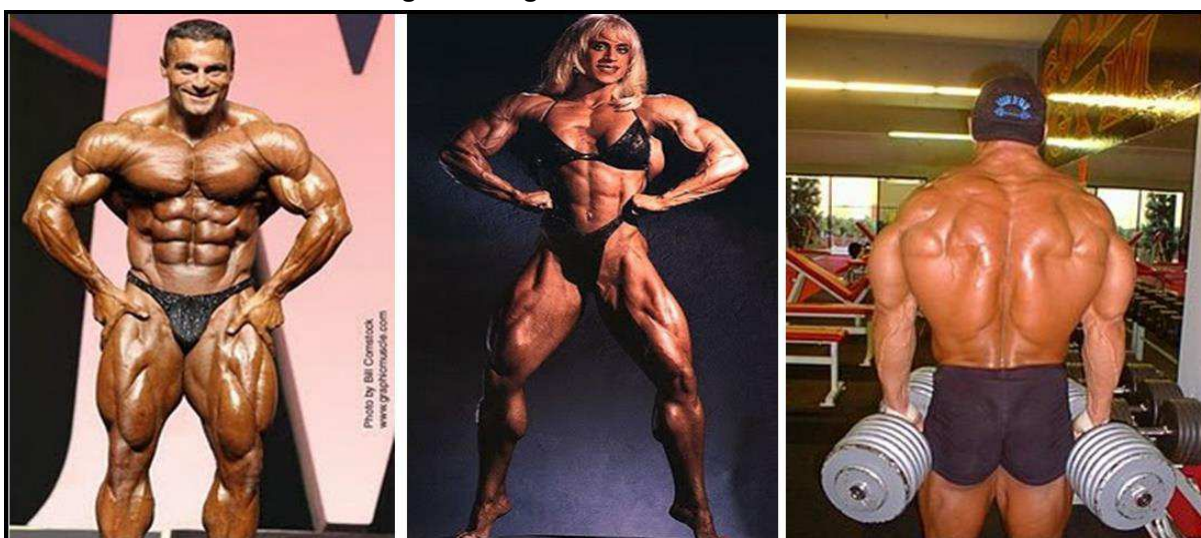


Fonte: Google imagens, 2019.

Vasconcelos (2013) destaca que a mídia tem um grande poder em colaborar para o crescimento da construção de uma imagem corporal padrão, proporcionando o desenvolvimento da vigorexia, fatos esses são comprovados pela forte exibição como corpos esculturais e em programas televisivos, o que induz a muitas pessoas a serem felizes, ricos e bem-sucedidos intimamente ligados à obtenção

de um corpo perfeito. De modo em geral, a vigorexia afeta diversas classes sociais, o público masculino é o mais acometido em uma faixa etária de idade entre 18 a 35 anos, da mesma forma existem casos sendo percebidos em mulheres (ALONSO, 2006). No entanto, é muito raro o vigorético procurar alguma ajuda (CAMARGO et al., 2008). Observamos alguns casos de vigorexia em homens e mulheres na figura 5.

Figura 5: Vigorexia em homens e mulheres.



Fonte: Google imagens, 2019.

Estamos em uma era digital, onde a fisionomia é sinônima de conquista, saúde e determinação, de modo em que as pessoas e a mídia estabelecem um padrão de beleza a serem seguido (SOLER et al., 2013). Esse modelo criado pela indústria cultural (televisão e internet) está a todo o momento presente em nosso cotidiano, sempre mostrando atualizações com novidades e tendências do momento (MOTA; AGUIAR, 2011). Podemos fazer um análise em alguns filmes tais como Homem de ferro, Batman, Homem aranha dentre outros, é perceptível à evolução desses personagens, cada vez mais musculosos de que os seus antepassados. Esses atores estão juntos a fama e ao sucesso e são motivos de inspiração a milhares de pessoas no mundo. Porém, muitos indivíduos instigados por esses, acabam os tendo como padrões e seguindo-os de acordo com os seus interesses econômicos ou sociais sem se preocupar com a saúde (MOTA; AGUIAR, 2011).

Conseqüentemente, esses fatores acabam desencadeando uma série de transtornos psicológicos relacionados à estrutura corporal (SOLER et al., 2013), com isso destaque a vigorexia. Neste contexto não existe uma causa única que possa

fazer o indivíduo a desenvolver este transtorno, existem outros fatores patológicos, assim como características pessoais e ambientais onde os mesmos constituem as suas relações que pode impulsionar a esse transtorno (DEZAN, 2011).

3.3.2 Alterações metabólicas e dismórficas da vigorexia

Pessoas com vigorexia estão sempre insatisfeitos com a sua estética corporal, são críticos com sua aparência e tenta a qualquer custo igualarem aos padrões estabelecidos pela sociedade para não se sentirem desvalorizados e nem excluídos. Ser um indivíduo bem hipertrofiado faz com que se torne destaque perante a população e mais importante (BRAGANÇA, 2017). Indivíduos vigoréticos, por desejar sempre uma busca incessante pelo corpo perfeito sofre algumas reações metabólicas e hormonais como estresse, insônia, falta de apetite, imparcialidade sexual, fadiga, martiriza-se com ansiedade e estão sempre mais pré-dispostos a desenvolver depressão (POPE, PHILIPS; OLIVARDIA, 2000).

Além da prática de exercício físico em excesso ser uma das características marcante dos vigorexicos, o transtorno muda também as suas escolhas alimentares, obtendo uma troca radicalizada em seu padrão alimentar. Os indivíduos se sacrificam a tal ponto que ultrapassam os seus próprios limites, originalizando um desajuste fisiológico no organismo com o novo ciclo desenvolvido de distúrbio alimentar a parti de seus novos hábitos alimentares (PANDINI; BAPTISTA, 2005). A composição de sua dieta é muito desequilibrada principalmente no que diz respeito à quantidade de carboidrato, proteína e lipídeos, há um aumento no consumo de proteína para favorecer a construção da musculatura e uma redução drástica nos demais macronutrientes. Esse tipo de alimentação pode trazer desequilíbrio metabólico, podendo ocasionar uma sobrecarga renal, descontrole nos níveis de glicose sanguínea e desarranjo das lipoproteínas como o colesterol do indivíduo (ALONSO, 2006). Contesini et al. (2013) afirmam, que além de dietas bastante severas ainda fazem uso de suplementos dietéticos para acelerar o processo da hipertrofia.

A suplementação trás benefícios quando houver realmente necessidade de sua utilização, suplementar é complementar as necessidades energéticas quando a alimentação atual do paciente ou praticante de atividade física não atende as demanda e sua precisão diária, de certo modo só pode ser utilizada se o organismo apresentar a real necessidade e o mesmo deve estar preparado para receber as quantidades recomendadas por prescrição do nutricionista. Mesmo assim, varias pessoas fazem usos desordenados deste produto sem se preocupar com as complicações futuras e só visando os benefícios gerados momentaneamente (MARTINS et al., 2011). Segundo Grieve (2007) e Hildebrand et al. (2006) reafirmam esse contexto e ressalta que os vigorexicos fazem uso indiscriminado de anabolizantes e suplementos alimentares para melhorar a sua performance e a sua aparência física em curto prazo, os suplementos de certa forma em geral possuem em sua composição proteínas, carboidratos, lipídeos vitaminas e minerais.

Há suplementos disponíveis a venda nos mais variados locais do mundo como internet, farmácia, lojas especializadas e academias que lucra muito com a suplementação, algumas pessoas compra por indicação e isso acontece muito no local de treino, os alunos adquirem no intuito de acelerar o progresso nos treinamentos. A aquisição dos suplementos é fácil e não precisa apresentar nenhuma prescrição por algum profissional obrigatoriamente para a obtenção do produto (BRAGANÇA, 2017).

Alguns suplementos possibilita um efeito anabólico para o crescimento das reservas energéticas do nosso corpo, aumentando a liberação de alguns hormônios como testosterona, e o hormônio do crescimento, proporcionando a diminuição da gordura corporal e aumento da massa magra. Apesar disso o consumo em excesso e uma má orientação, sem prescrição de um profissional capacitado pode favorecer o desenvolvimento de diversos transtornos no metabolismo do individuo, da mesma forma com os vigorexicos, sobrecarregando os rins e fígado, os picos de glicose sanguínea, alteração das lipoproteínas, metabolismo ósseos, disfunções hormonais, cardiopatia e câncer. Pessoas com outras enfermidades como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, anemia e hepatite só pode fazer o uso de suplementos depois de uma avaliação medica muito rígida (ALONSO, 2006).

Os esteroides anabolizantes são provenientes do hormônio masculino testosterona. O mesmo exerce uma forte influência sobre o corpo humano e para os atletas contribui com um melhor desempenho no aumento de sua força, aumento na produção de eritropoietina e glóbulos vermelhos, formação óssea, aumento da quantidade de massa magra, entre outros. Por outro lado, seu uso de forma desordenada pode trazer uma série de consequências associadas à fisiologia do corpo e implicações psicológicas com o surgimento de doenças coronarianas, aterosclerose, hipertensão arterial, tumores hepáticos, hipertrofia prostática, problemas de ereção, atrofia testicular, atrofia mamária, alteração da voz, hipertrofia do clitóris e amenorréia em mulheres, ocorrência de acne e aumento da quantidade de pelos corporais. Sobre os distúrbios psiquiátricos, inclui sintomas depressivos com relação a sua abstinência, além de uma conduta agressiva (ASSUNÇÃO, 2002; VIEIRA et al., 2010).

Com alguns riscos citados, anabolizantes injetáveis ainda concedem o perigo de transmissão bacteriana e viral através da partilha de seringas, colocando em risco a saúde do indivíduo o expondo a doenças infecciosas como o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e hepatite (RIBEIRO, 2001).

Pessoas com DM estão preocupados diariamente com ganho da sua musculatura. Existem relatos que os indivíduos acometidos com esse transtorno estão sempre observando os possíveis ganhos de seus músculos usando avaliações antropométricas ou se observando-se no espelho, em uma frequência de 13 vezes ao dia. Da mesma forma os pensamentos a respeito de seu treinamento e dieta e, como podem se tornarem ainda mais fortes ocupam a maior parte do seu dia. A não realização de exercícios aeróbicos é uma característica bastante perceptível em um vigorexico como também fazer treinamentos mesmo estando lesionado ou com contraindicação médica (MOTA; AGUIAR, 2011).

Outra característica acentuada do DM é a alteração na percepção da imagem corporal, preocupação com aparência por alguma imperfeição que na verdade não condiz com a realidade, ou uma anomalia em sua fisionomia que pode estar realmente presente, com isso a preocupação se torna excessiva, desproporcional e totalmente fora do real (FERREIRA et al., 2007). Outra visão a ser relatada é a característica do humor desses indivíduos, pois constata a irritabilidade quando os

mesmos não fazem a prática de exercícios físicos, imaginando uma degradação de sua aparência, como a perda de seu peso e músculos (ZIMMERMANN et al., 2013).

Pope, Phillips e Olivardia (2000) aponta que mesmo o índice de homens com esse transtorno seja superior às mulheres, a porcentagem feminina cresceu significativamente nesses últimos anos. Fato esse que pode ser explicado pela forte exibição de mulheres com corpos hipermusculosos, em destaque para Gracyane Barbosa e Juliana Salimene, rainhas de bateria importantes e com grandes títulos das escolas de samba de São Paulo (GUIMARÃES, 2013).

3.3.3 Diagnósticos e fatores desencadeantes da vigorexia

É importante salientar que a jubilação em praticar exercícios físicos com pesos não pode ser confundida com a vigorexia (POPE et al., 1993). Um dos aspectos importantes do transtorno é que o indivíduo crê que as pessoas vão perceber o seu defeito que é imaginário da mesma forma como ele se vê e, por isso, o rejeita. É o terror dessa proeminente rejeição que leva o sujeito a buscar diversas formas de modificar a imaginada imperfeição. Na vigorexia também se tornaram comuns os atos em busca de cirurgias plásticas e sempre o uso dos esteroides e anabolizantes, ficando clara a busca incessante pelo corpo perfeito e a ausência total e evidente do controle e sem limites (GUIMARÃES, 2013). Outro atributo é que os usuários que fazem a utilização dessas drogas apresentam uma maior distorção de sua imagem corporal em comparação ao que não faz o uso (SHWERIN et al., 1996). Phillips, Didie e Menard (2007) pontua que pode haver variações das preocupações e de comportamento, entre as pessoas contidas nas esferas de TDC, tanto em uma mesma pessoa quanto de um ser para o outro. Alguns modificam seus ideais obsessivos em pensamentos supervalorizados chegando ao delírio e outros até percebem a preocupação exagerada, mas nunca são convencidos de ter uma boa aparência.

Pope et al., (1993) elaborou uma tabela que descreve os critérios para diagnosticar uma pessoa com vigorexia a partir dos seguintes comportamentos e ações citadas abaixo (quadro 1):

Quadro 1 - Critérios para diagnosticar dismorfia muscular.

Vigorexia: transtorno dismórfico corporal
<p>1 - O indivíduo preocupa-se com o fato de que seu corpo não seja suficientemente forte e musculoso</p> <p>2 - Esta preocupação causa sofrimento e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas de funcionamento clinicamente significantes e são representados por pelo menos dois dos quatro critérios a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. O indivíduo frequentemente desiste de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes, pois tem uma necessidade compulsiva de manter sua rotina de exercício físico ou sua dieta. B. O indivíduo evita situações nas quais seu corpo possa ser exposto ou quando não pode evitá-las, passa por sofrimento e ansiedade intensos. C. A preocupação com a inadequação do tamanho corporal ou com a musculatura causa sofrimento e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas de funcionamento clinicamente significantes. D. O indivíduo continua a exercitar-se, fazer dieta ou usar substâncias para melhorar seu desempenho a despeito de efeitos colaterais ou consequências psicológicas. <p>3 - O foco primário das preocupações e comportamentos é de ser muito pequeno ou sem musculatura suficiente e não em ser gordo, como na anorexia nervosa, ou em outros aspectos da aparência, como no transtorno dismórfico corporal.</p>

Fonte: Quadro descreve os critérios para diagnosticar dismorfia muscular adaptada por Pope et al., (1993).

Existem relatos que a vigorexia pode ser desenvolvida através de outros fatores como, por exemplo, problemas psicológicos e emocionais, vinculado ao convívio social ou familiar do indivíduo, desde a sua geração à maturação (GRIEVE, 2007). Sobre essa vertente, durante a infância, por exemplos, alguns brinquedos são ofertados as crianças do sexo masculino, são bonecos e personagens bem conhecidos e com uma estrutura muscular muito bem desenvolvida e bastante destacada, da mesma forma se dá às bonecas para as crianças do público feminino, que apresenta um corpo magro o que na verdade está induzindo aos mesmos de como deve ser sua estrutura física futuramente para pode ser aceito nessa sociedade moderna (BRAGANÇA, 2017). Nesse sentido alguns fatores comportamentais, o ambiente ao qual o indivíduo está inserido, da mesma forma o estado emocional e psicológico pode contribuir para o desenvolvimento da vigorexia no adulto (GRIEVE, 2007).

Segundo Scherer, 2012 relata que a obesidade tem sido também um dos fatores determinantes para o desenvolvimento da vigorexia na fase adulta. Os obesos, por não terem um corpo igual ao estipulado pela mídia, se excluem do meio social, constantemente sofrem preconceito tanto no mercado de trabalho quanto no

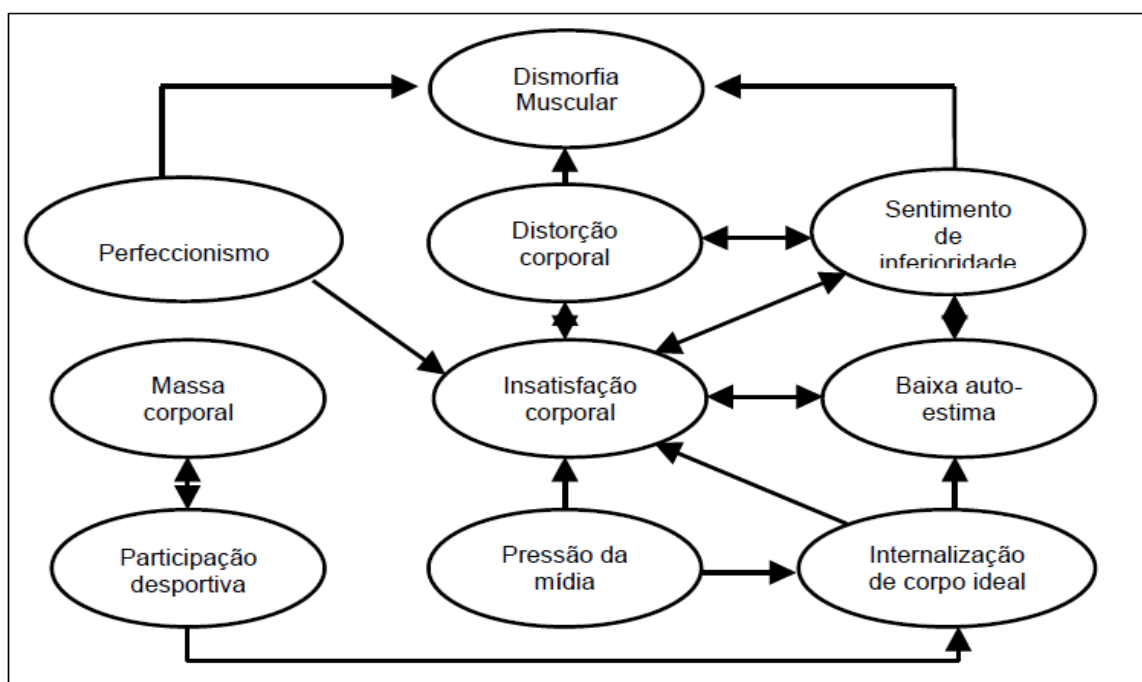
ambiente em que vivem, por causa de suas limitações estruturais que dificultam na agilidade e desempenho, além de estarem vulneráveis a desenvolver outros tipos de patologias como ósseos, cardiovasculares e musculares. Com todas as consequências citadas, associadas e demonstradas. Mostra que indivíduos obesos estão sempre predispostos a desencadear problemas físicos, sociais e psicológicos, como também os distúrbios da imagem corporal e autoestima encontram-se atrelados. Da mesma forma essa condição em que o indivíduo pode se encontrar resulta muitas vezes em que os mesmos busquem diversos exercícios que prometam grandes resultados, por um curto tempo promovendo uma obsessão por um corpo ideal irrealizável (BOUCHARD, 2003).

De certa forma são vários os fatores que podem favorecer para o indivíduo desenvolver esse transtorno, no entanto, não se pode esquecer como já citado anteriormente nesse trabalho a influência da mídia. Oliveira (2012) destaca que a mídia possui um forte domínio seja ela de forma documentária ou televisiva, revistas de grandes nomes e dentre outros meios comunicativos. O mercado capitalista que isso, a comercialização e sempre com algo novo, melhor que o antecessor, equipamentos de academias cada vez mais modernos, remédios emagrecedores, dietas da moda, anabolizantes dentre outros disponibilizados no comércio sendo muito conhecido entre os “vigorexicos”.

Outro fator se dá pela masculinidade, de acordo com Antunes e Palmeira (2005), indivíduos do sexo masculino com o transtorno da dismorfia muscular estão ligados também ao estereótipo que evidencia uma relação com a masculinidade, ideia na qual os mesmos associam que serão mais aceitos pelas mulheres.

De uma forma geral Grieve (2007) afirma que existem quatro tipos de variáveis que correlacionam entre si e, as mesmas podem influenciar o indivíduo a desenvolver o transtorno dismórfico corporal. Por exemplo; fatores sócio ambientais e entre eles estão ligados a (influência da mídia, e a prática de esporte), fatores emocionais e nele está contido o (afeto negativo), fatores psicológicos que é apresentado pela (insatisfação corporal, idealização corporal, autoestima, distorção de imagem corporal, perfeccionismo) e por fim, fatores físicos que envolvem a (massa corporal). O modelo criado por Grieve (2007) está esquematizado no fluxograma mostrado na figura 6.

Figura 6: Fatores associados ao desenvolvimento de dismorfia muscular.



Fonte: A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia Grieve (2007).

O termo dismorfia corporal foi apresentado pelo italiano Morselli em 1886. Embora cresça o número de pessoas a cada dia preocupadas com sua aparência, para ser diagnosticadas com dismorfia, deve apresentar um sofrimento significativo e uma grande obsessão com alguma parte do seu corpo que impossibilite uma vida consideravelmente normal (MOTA; AGUIAR, 2011). Porém, os transtornos dismórficos corporais, a preocupação é com uma área específica do próprio corpo (ASSUNÇÃO, 2002). Diferente da dismorfia corporal, quando esse quadro se encaixa em aumento da musculatura, e a preocupação por não possuir um corpo suficientemente musculoso, com uma busca compulsiva por uma perfeita silhueta, desenvolvendo por consequência limitações no cotidiano dessas pessoas e com essas manifestações, denomina-se de transtorno dismórfico muscular ou vigorexia (POPE et al., 1997; ASSUNÇÃO, 2002).

3.3.4 Tratamento da vigorexia ou DM

Para a vigorexia ainda não existe um tratamento específico. No entanto utiliza-se outras formas com a terapia cognitiva comportamental que apresentou

uma grande eficácia em alguns estudos clínicos de transtornos alimentares graves realizados. Quando o paciente está no tratamento ele está ciente do que o seu transtorno pode causar a sua saúde (OLIVARDIA, 2001).

A dificuldade do tratamento se torna ainda maior, pois os indivíduos com vigorexia não admitem que possuam esse transtorno e, tem medo que os tratamentos propostos possam reduzir o seu percentual da musculatura uma vez que será regradada a suas sessões de treino (BRAGANÇA, 2017). No entanto alguns vigorexicos só estão dispostos a buscar ajuda quando tentam diminuir os efeitos colaterais adquiridos pelos anabolizantes com auxílio médico, mesmo assim não admitem estar com essa patologia, principalmente se esse paciente for do sexo masculino (OLIVEIRA, 2012).

No tratamento psicológico, os profissionais tentam identificar os padrões distorcidos da percepção da imagem corporal identificando de uma forma positiva o aspecto visual do indivíduo, fazer com que se aceitem como realmente são e sempre elevando a sua autoestima (ASSUNÇÃO, 2002; BAPTISTA; PANDINI, 2005).

Kanayama et al., (2006), relatam que os transtornos de imagem corporal que são realmente tratáveis com a terapia comportamental cognitiva e farmacologia, e estas intervenções ajudam também no tratamento de indivíduos dependentes de esteroide anabolizantes.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Métodos

4.1,1 Delineamento do estudo

Este trabalho trata-se de um estudo individualizado, de caráter descritivo e estatístico. O presente trabalho busca se há prevalência da vigorexia nas academias desta região, e quantas pessoas ainda são afetadas por esse transtorno, assim com uma análise do perfil dos indivíduos que se encaixam no diagnóstico da doença.

4.1.2 Local

O estudo foi conduzido em duas (02) academias de pequeno porte na cidade de Picuí, no interior do estado da Paraíba.

4.1.3 Amostra

A população alvo desta pesquisa inclui inicialmente 30 alunos praticantes de musculação que foi escolhido por educadores físicos das academias e personal trainings atuante.

4.1.4 Critérios de inclusão

A amostra com indivíduos de idade compreendida entre 18 e 35 anos, praticantes de treinamento de força há, pelo menos, três anos que contenham fortes indícios de vigorexia como anteriormente já relatado neste estudo manifestações clássicas desse transtorno como: preocupação excessiva com sua forma física e exercício; tipos de dietas e suplementação; programas de treinamento sem se importar com quaisquer prejuízos físicos ou psicológicos; evitar situações onde haja exposição corporal. Possuir massa muscular desenvolvida e aparente e, com todas as funções cognitivas preservadas. Apresentar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) (ANEXO I).

4.1.5 Critérios de exclusão

Voluntários que, depois de análise do questionário do complexo de Adônis que, apesar dos indícios, não puderam ser diagnosticados com dismorfia muscular, que não restituíram o TCLE. Pessoas que não estavam entre a faixa etária de idade e tempo de treino. Que apresenta escore abaixo de 16 no questionário e se encaixaram nesse critério.

4.2 Materiais

Os entrevistados responderam três questionários:

- Ficha de entrevista (APÊNDICE A): 15 perguntas que visam caracterizar a amostra, ou seja, sexo, idade, tempo de treino, uso de suplementos alimentares e relação com a autoimagem.
- Questionário de complexo de Adônis – QCA (ANEXOS II): Desenvolvido por Pope et al., (2000) e apresenta 12 perguntas com 3 alternativas cada uma, em que o voluntário deveria assinalar em qual delas mais se aproximava da sua realidade. As informações obtidas nesse teste determinaram quais dos indivíduos da amostra possuíam dismorfia muscular e em qual nível de vigorexia o indivíduo se encontrava.
- Conjunto de silhuetas (ANEXOS IV): Desenvolvido por Lima et al. (2008) com adaptações, esse questionário é destinado para identificação da percepção da imagem corporal, composto por 3 perguntas com 9 alternativas podendo o participante marca somente uma.

4.3 Coletas de dados

A coleta foi realizada em duas (02) academias, com ajuda de um profissional da área de Educação Física. Foi realizada em diferentes turnos para um aporte maior de alunos que se incluam nos devidos critérios de participação da pesquisa.

4.4 Processamentos de análise dos dados

Para analisar os resultados do Questionário do complexo de Adônis foi utilizado os escores de QCA, de acordo com Pope et al., (2000) (ANEXO II). Os questionários foram numerados, e em seguida, transpostos para uma plataforma digital utilizando os recursos do *Programa Microsoft Access* versão 2010. Para a validação da digitação foi utilizado o *Programa Epi Info*, versão 6.02. Após a digitação, o banco de dados foi transferido para o *Programa Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows* versão 13.0 para a análise estatística dos dados.

4.5 Aspectos éticos

Seguindo a Resolução 466/12, que trata de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, foram observados e obedecidos os critérios regidos na lei:

- Providenciar um termo de autorização institucional da Direção do CES (APÊNDICE B);
- Declaração de divulgação dos resultados (APÊNDICE C);
- Declaração de compromisso do pesquisador responsável (APÊNDICE D)
- Providenciar um termo de autorização institucional das academias Liely Fitness (APÊNDICE E); e Max Fitness (APÊNDICE F);
- Obter consentimento livre e esclarecidos dos participantes da pesquisa e/ou seu representante legal através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO I);
- Encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética para avaliação e apreciação.
- Folha de rosto gerada (APÊNDICE G)
- Folha da data de envio ao comitê de ética (APÊNDICE H).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 30 alunos praticantes de musculação nas academias de Picuí no interior da Paraíba. Foram utilizadas duas academias de pequeno porte. A amostra apresentava participantes dos gêneros masculino e feminino, no qual observa-se uma maior liderança do sexo masculino sendo 66,7% da amostra (N = 20) e a faixa etária de idade de maior relevância foi 53% da amostra de (N = 16) em torno de 18 a 25 anos em ambos os gêneros. A tabela 01 a seguir mostra o perfil da amostra estudada no presente estudo em relação ao gênero e idade dos indivíduos.

Tabela 01: Frequência de idade e gênero mais prevalente.

Dados pessoais	N	%
Gênero		
Feminino	10	33,3
Masculino	20	66,7
Total	30	100
Idade		
18 a 25 anos	16	53,3
26 a 35 anos	14	46,7
Total	30	100

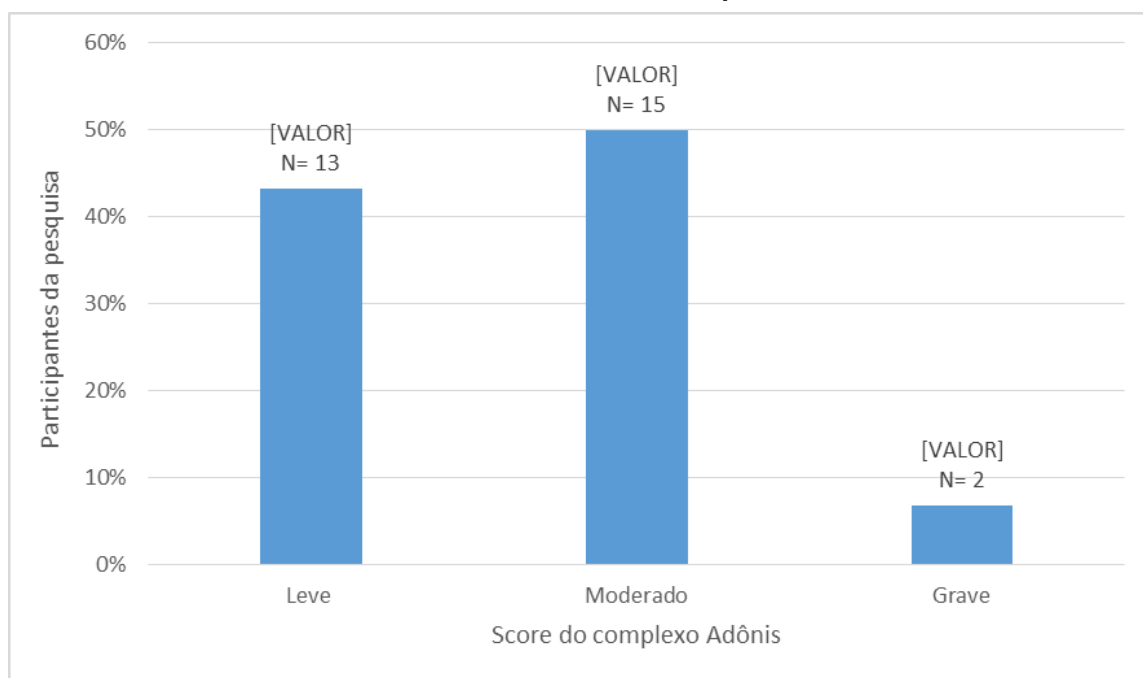
Fonte: elaborado pelo autor, 2019.

Resultados contrários ao deste estudo foram evidenciados por Araújo e Oliveira (2019) após análise do nível de insatisfação da imagem corporal com a participação de 111 adultos em uma faixa etária de (18 – 35 anos) onde 67,6% eram mulheres, pesquisa realizada em Portugal. O que pode ter sido influenciado pelo fato da presente pesquisa ter uma amostra de indivíduos inferior, bem como, pela diferença de instrumentos de coleta de dados utilizados e, a realidade dos locais de estudo onde o respectivo trabalho foi realizado em duas academias no interior da Paraíba.

O gráfico 01 nos mostra a prevalência dos indícios de vigorexia. Resultados esses coletados a parti do questionário de Adônis elaborado por Pope et al. (2000). Para facilitar a compreensão dos dados coletados os scores utilizados para avaliar o

perfil dos candidatos foram renomeados dependendo do seu grau de gravidade. O score 0 – 9 foi classificado como (LEVE), 10 – 20 como (MODERADO), 20 – 29 como (GRAVE) e, 30 – 36 como (GRAVISSÍMO). Não houve pontuação significativa para atingir os pontos de (30 – 36) o que no caso seria classificado como gravíssimo.

Gráfico 01. Resultado do Score do Complexo de Adônis.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Observou-se uma maior relevância no complexo os candidatos classificados como moderado, determinando maior pontuação significativa no que diz respeito ao número superior a ≥ 16 pontos no somatório do questionário como já descrito na metodologia do respectivo trabalho. Os candidatos que se enquadraram como moderado apresentaram um percentual de 50,0% da amostra de (N = 15) e ($p \leq 0,05$) o que determina para essa classificação é que os participantes que se encacharam nessa modalidade sofrem moderadamente com o Complexo de Adônis. As preocupações com a imagem corporal podem ou não comprometer seriamente seu dia a dia, e os sujeitos podem muito bem ser vítimas de alguma(s) força(s) social (is) e/ou psicológica(s) conforme categorizado pelo os scores.

Corroborando com Zimmermann (2013), em uma pesquisa realizada em Biguaçu – SC com jovens praticantes de musculação verificou-se que de 61 dos participantes 14 indivíduos, ou seja, 23% dos entrevistados podem ser portadores de

severos indícios de vigorexia e com a realização dos somatórios dos pontos do questionário complexo de adônis (QCA) identificou-se que o resultado foi superior a ≥ 16 pontos. Deixando visível para o presente estudo que o mesmo foi observado nesta pesquisa que 15 participantes, ou seja, 50,0% apresentou um somatório acima de ≥ 16 pontos.

Um pequeno número, mas, com significativa importância para este estudo foram os participantes que pontuaram entre (20 – 29), sendo 6,7% da amostra (N = 2) onde foram catalogados como grave. Para essa modalidade o Complexo de Adônis é provavelmente um problema sério para os indivíduos. Ele deveria considerar algumas opções de tratamento como já citado anteriormente nesse estudo.

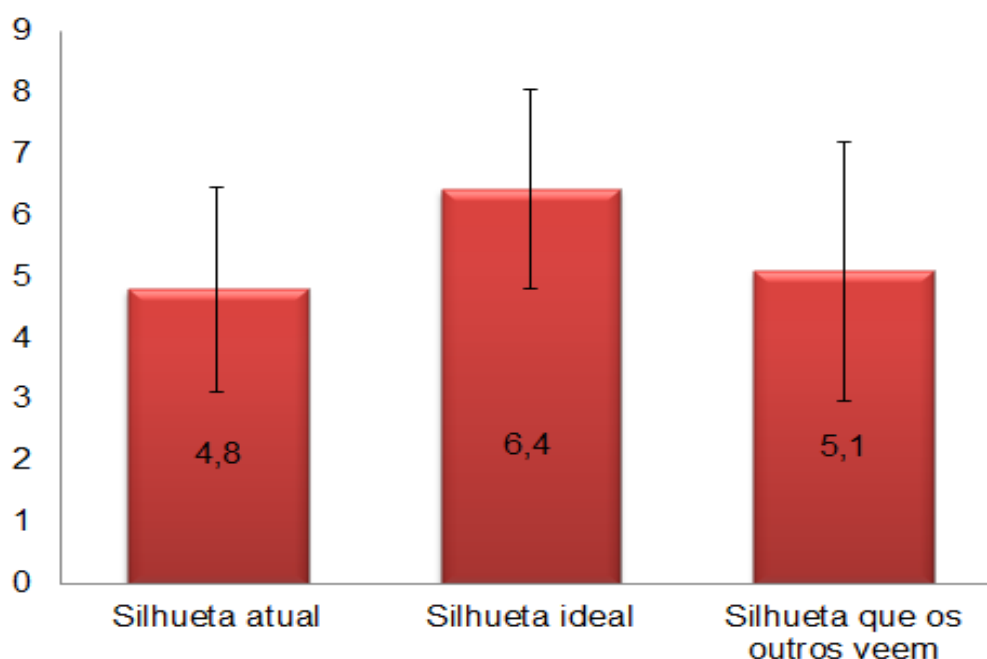
Resultados semelhantes foram encontrados em relação a incidência de vigorexia no estudo de Chotao (2011), a pesquisa foi realizada em quatro academias em Curitiba – PR. O estudo foi conduzido com 40 alunos praticantes de musculação ambos os sexos possuíam a idade entre (18 – 35 anos) e foi utilizado o QCA desenvolvido por Pope et al., (2000) e, verificou-se que (N = 15) alunos foram diagnosticados com vigorexia cerca de 37,5%, sendo 9 classificados como grave e 6 como moderado. Com isso pode-se verificar que o presente trabalho mesmo obtendo um número inferior de participantes e, realizado em apenas duas academias de Picuí no interior da Paraíba em comparação a pesquisa de citada, foi perceptível que houve indícios de vigorexia nas academias estudadas. Isso inclui a influência do método de seletividade do questionário aplicado, apesar do número de participante ser inferior ao o estudo comparado, atual trabalho analisou apenas duas academias de pequeno porte do interior.

Ainda no gráfico 01, contraponto este estudo, Machado (2017) realizou uma análise composta por 26 homens e 10 mulheres totalizando 36 praticantes de musculação, com idades entre 19 a 45 anos, que estavam matriculados nas academias Central Fitness – Tubarão – SC e Shay Fit – São Martinho – SC e foi observado que 31% da amostra demonstrou satisfação com o seu corpo e 69% insatisfeitos, a pesquisa mostrou uma baixa prevalência de vigorexia, por outro lado, grande parte dos avaliados já possuíam características para desenvolver este transtorno.

Os resultados do estudo realizado em Tubarão – SC e São Martinho - SC pode ter sido influenciado pelo tipo de material utilizado para coleta, pois se trata de uma avaliação de nível de insatisfação corporal e dependência de exercício e, não uma avaliação do conjunto de fatores que pode predispor um indivíduo a desenvolver a vigorexia.

O gráfico 02 representa o nível de insatisfação corporal dos praticantes de musculação, nele possui os scores médios e o desvio padrão da percepção da imagem corporal elaborado a partir de três silhuetas (Silhueta atual, silhueta ideal e a que os outros veem). Esse resultado demonstra uma tendência que a população estudada em ambos os sexos gostaria de possuir um corpo mais musculoso do que aquele que já dispõe.

Gráfico 02: Médias e desvio padrão do conjunto de silhuetas.



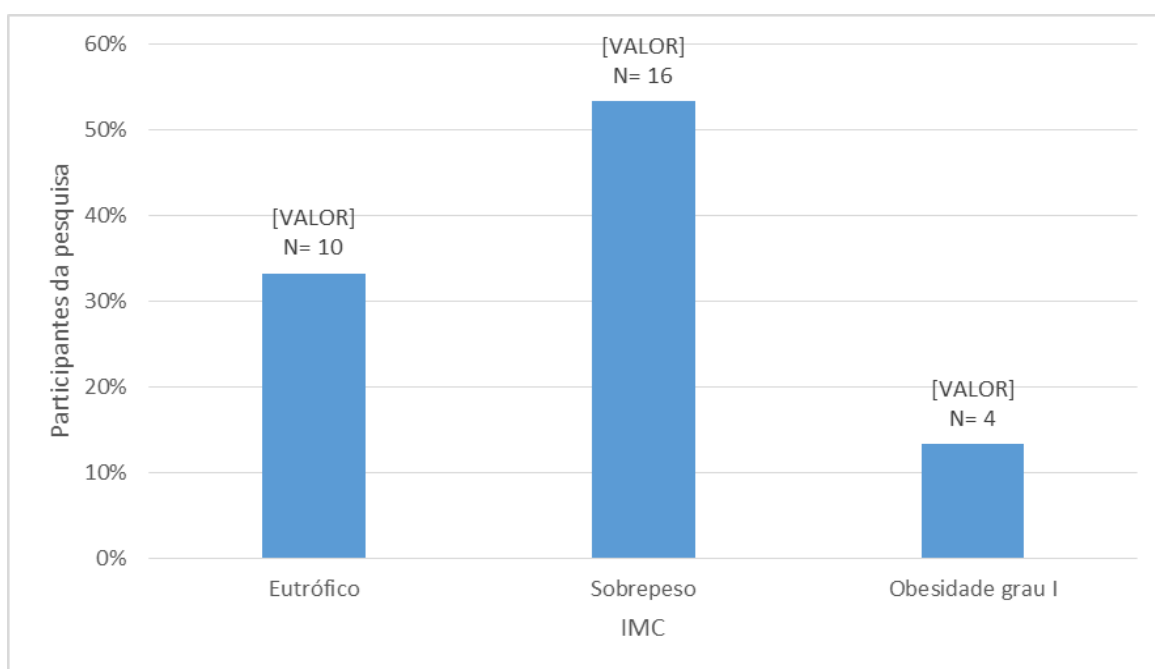
Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Analisando o gráfico 02 pode-se perceber que os participantes não estão satisfeitos com o seu corpo. É evidente a diferença das médias entre a silhueta atual para ideal e, que os mesmos transparecem querer alcança uma silhueta ideal, ou seja, um desejo de aumentar ainda mais uma musculatura já desenvolvida e, como explicito nos dados os indivíduos ainda se vê como menores do que a silhueta indicada como real.

A média encontrada para silhueta atual foi 4,8 com ($\pm 1,67$), para ideal foi 6,4 com ($\pm 1,63$) e para as que os outros veem foi de 5,1 com ($\pm 2,11$). Esses valores esta contrapondo com a pesquisa realizada por Zimmermann (2013) onde o mesmo encontrou uma media da silhueta atual 4,59 ($\pm 2,11$) em relação à silhueta ideal. Essa diferença pode ter sido influenciada pelo numero inferior da amostra em relação ao estudo comparado.

A classificação do estado nutricional no gráfico 03 foi utilizada, mesmo não sendo um parâmetro fidedigno, ao ser usado isoladamente, mas, ligado às demais ferramentas utilizadas neste estudo nos trás dados significativos a composição corporal dos praticantes de musculação. Podendo perceber a relação de seu peso e estatura ligado ao desenvolvimento da hipertrofia.

Gráfico 03: Classificação do estado nutricional dos participantes segundo IMC.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

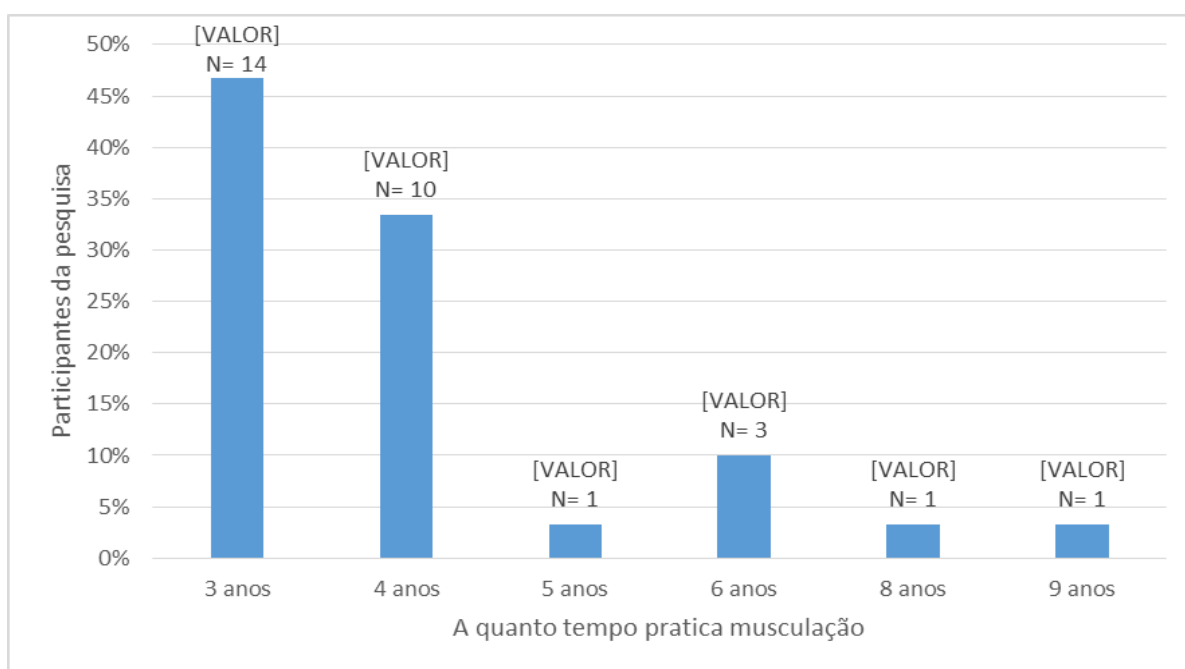
Ainda no gráfico 03, observamos os candidatos que apresentaram um maior percentual foram os da classificação sobrepeso sendo 53,4% da amostra (N = 16) mostrando que os mesmos possuíam uma massa muscular aparente, foi encontrando nível de significância estatisticamente entre os grupos ($p \leq 0,05$). Em relação à classificação de obesidade grau I sendo 13,3% da amostra (N = 4) é perceptível que os candidatos que esta nessa classificação possui uma maior massa muscular em desenvolvimento em comparação aos demais grupos. Os participantes

que se encontram na classificação de eutrófico sendo 33,3% da amostra (N = 10) possuem uma massa muscular aparente, mas, no entanto não se sobressai em relação ao seu estado nutricional.

Resultado diferente foi encontrado por Souza e Ceni (2014), a mesma realizou uma pesquisa com 56 praticantes de musculação, de ambos os gêneros, sendo 77% (n=43) homens e 23% (n=13) mulheres, a pesquisa tinha a finalidade de verificar uso de suplementos alimentares e a auto-percepção corporal de praticantes de musculação em academias de Palmeira das Missões-RS. Como resultado observou-se que 53,49% dos homens e 84,61% das mulheres apresentaram diagnóstico de IMC compatível com eutrófia. Essa diferença pode ser explicada pelo fato da composição corporal que cada participante possuía como também o tempo de pratica de musculação dos indivíduos.

O gráfico 04, nos mostra o tempo de pratica de exercício dos participantes inseridos nesta pesquisa.

Gráfico 04: Tempo de pratica de academia dos alunos praticantes de musculação.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Com relação à exposição do gráfico 04 é perceptível que a pratica de exercício físico em relação ao tempo conforme os dados 46,7% da amostra (N = 14) treina há mais de 3 anos, em seguida os participantes que treina há mais de 4 anos obtendo 33,4% da amostra (N = 10) deixando como terceira classificação os

candidatos que fazem musculação a 6 anos com o percentual de 10,0% da amostra (N = 3). Os candidatos de 5,8 e 9 anos obtiveram os mesmos dados percentuais sendo 3,3% da amostra (N = 1). Todas as amostras estão incluídas ambos os sexos.

Colaborando com este estudo, como já citado anteriormente, uma análise feita por Souza e Ceni (2014), com relação ao tempo de prática de musculação e ao maior grupo foi observado que 25,58% (N = 11) dos homens praticam musculação há mais de 3 anos e 30,76% (N = 4) das mulheres praticam entre 1 a 3 anos. Com isso, podemos analisar que o tempo de prática de exercício físico também influencia no ganho de massa muscular, sendo um dado que pode ser mencionado como justificativa na diferença relacionada no (Gráfico 03) sobre o IMC em relação ao estudo citado.

Tabela 02: Frequência absoluta e relativa em relação ao tempo de treino e uso de suplementos.

	N	%
Tempo de treinamento		
1 hora	04	13,3
1 hora e 20 minutos	26	86,7
Total	30	100
Faz uso de suplementos?		
Sim	20	66,7
Não	10	33,3
Total	30	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

Na Tabela 02 podemos observar a frequência absoluta e relativa em relação ao tempo por treino e uso de suplementos. Em análise dos resultados nota-se que 86,7% da amostra (N = 26) fazem prática de exercício acima de 1 hora e 20 minutos por dia para ambos os gêneros. Chama-se a atenção também, para o percentual de 66,7% da amostra (N = 20) mostrando um resultado significativo em relação ao alto consumo de suplementos alimentares em favorecimento da musculatura dos indivíduos.

Concordância com o estudo, segundo uma análise feita por Costa, Torre e Alvarenga (2015) que tinha como propósito de avaliar a presença de insatisfação

com a imagem corporal e, de atitudes negativas em relação ao exercício, bem como a correlação entre estes fatores, em frequentadores de academia da cidade de São Paulo – SP. O estudo trouxe como resultado a ilustração do tempo de permanência semanal na academia. Grande parte dos homens (72,7%) e mulheres (46,3%) permanece de cinco a dez horas semanais na academia com diferença entre os sexos, pesquisa realizada foi com 100 participantes.

A comparação entre os estudos nos mostra o quão afeta psicologicamente a dependência de exercício físico nos frequentadores de academia, embora o presente trabalho estuda uma população menor, mas, essa característica marcante da prática de exercício físico em excesso é percebida em ambos estudos, até mesmo nos pequenos grupos.

Resultados semelhantes foram encontrados por Sá (2017) com relação ao uso de suplementos em uma análise feita a procura de vigorexia e a percepção de autoimagem em homens praticantes de Crossfit em Natal – RN. O estudo contava com a participação de 30 participantes e foi identificado seca de 73,3% (n=22) da amostra fazem dieta específica para o treinamento com uso de suplementos alimentares.

Com todos esses pontos relatados nos resultados anteriormente é nítido que a vigorexia está presente até nas pequenas academias, mesmo que em pequeno número, porém, há um alto índice de pessoas insatisfeitas com seu próprio corpo o que se torna preocupante é, que essas pessoas estão predispostas a desenvolver ou agravar o transtorno.

Outro ponto importante é a suplementação, como já foi visto na teoria a maioria dessas pessoas substitui refeição por suplemento e nenhum desses métodos é tão completo a ponto de comutar a refeição. Apesar da maioria dos suplementos alimentares usados serem hiperproteicos privam esses indivíduos de vitaminas lipossolúveis como A, E, D e K. É nesse sentido a importância do profissional da nutrição para orientar e construir um plano alimentar para essas pessoas evitando défices nutricionais que pode acontecer pela dieta restrita. Como também no tratamento do transtorno no intuito de uma nova introdução alimentar.

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho mostrou que nas academias de Picuí no interior da Paraíba, mesmo em pequenos percentuais sendo 6,7% da amostra (N = 2) como grave estado do transtorno e, 50,0% da amostra (N = 15) classificados como moderado grau do transtorno. Foi perceptível a incidência do transtorno dismórfico corporal vigorexia nas instituições estudadas.

Em relação ao IMC, foi percebido que os grupos de sobrepeso sendo 53,4% da amostra (N = 16) e os participantes classificados como obesidade grau I sendo 13,3% da amostra (N = 4) nos deixa claro, que os dois grupos possuem uma maior hipertrofia alterando seu estado nutricional segundo o IMC, sendo compatível com pacientes com vigorexia.

Como também foi observado que os participantes estão insatisfeitos com seu próprio corpo, foi visto que a média encontrada para silhueta atual foi 4,8 com ($\pm 1,67$) e, para ideal foi 6,4 com ($\pm 1,63$) mostrando que os participantes desejam alcançar um perfil ideal.

E para acelerar na evolução os participantes fazem o uso de suplementos alimentares como já exposto 66,7% da amostra (N = 20), um dos recursos bastante utilizado por muitos indivíduos com vigorexia.

Diante do exposto pelo o estudo vale salientar a importância de mais estudos ligados a essa temática, principalmente pela escassez de trabalhos atuais sobre o referido tema. Como também, visando sempre à importância do profissional nutricionista no tratamento em planos alimentares, orientações sobre suplementação e no propósito do tratamento em pacientes que estejam em alto grau do transtorno. Objetivando sempre pela a qualidade de vida ao plano proposto para o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, C. A. M. Vigorexia: enfermedad o adaptación. **Lecturas: Educación física y deportes**, n. 99, p. 24, 2006.

ANTUNES, H. K. M.; ANDERSEN, M. L.; TUFIK, S.; MELLO, M. T. O estresse físico e a dependência de exercício físico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 12, n. 5, p. 234-8, 2006.

ANTUNES, R. J. O.; PALMEIRA, A. **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, 2005.

ARAÚJO, A. C.; OLIVEIRA, A. Insatisfação com a imagem corporal: associação com o consumo alimentar e a ingestão nutricional. **Acta Portuguesa de Nutrição**, Portugal, v. 16, n. 16, p.18-24, 20, 2019.

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

ASSUMPÇÃO, C. L.; CABRAL, M. D.; Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, Supl. III, p. 29 – 33, 2002.

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

BAHAMÓN M. M. J. Bulimia y estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de la ciudad de Pereira, Colombia. **Psicología desde el Caribe**, v. 29, n. 1, 2012.

BAHAMÓN MUÑETÓN, M. J. Bulimia and coping strategies in adolescents schooling of the city of Pereira, Colombia. **Psicología desde el Caribe**, v. 29, n. 1, p. 105-122, 2012.

BAPTISTA, A. P.; PANDINI, E. V. Distúrbios alimentares em frequentadores de academia. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, n. 82, p. 11, 2005.

- BARBOZA, C. A.G; MORAIS, P. D; ALVE, M. V. A; CARNEIRO, D.T. O; MOURA, S. A. B. Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. **IJD. International Journal of Dentistry**, v. 10, n. 1, p. 32-37, Recife, jan/mar, 2011.
- BERGER, M. **Corpo e identidade feminina**. 2006. 312 f. (Tese Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- BORGES, N. J. B. G.; SICCHIERI, J. M. F.; RIBEIRO, R. P. P.; MARCHINI, J. S.; DOS, S. J. Transtornos alimentares-quadro clínico. **Medicina Ribeirao Preto. Online**, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006.
- BOUCHARD, C. Atividade física e obesidade. São Paulo: Manole, p.35-62, 2003.
- BRAGANÇA, V. Vigorexia: A Patologia do Culto ao Corpo. **RENEFARA**, v. 9, n. 9, p. 319-330, 2017.
- BRESSAN, M. R.; PUJALS, C. Transtornos alimentares modernos: uma comparação entre ortorexia e vigorexia. **Revista UNINGÁ Review**, v. 23, n. 3, 2018.
- BUCARETCHI, H. A. Anorexia e Bulimia Nervosa uma visão multidisciplinar. São Paulo: Casa do psicólogo, 183p, 2003.
- CAMARGO, T. P. P.; COSTA, S. P. V.; UZUNIAN, L. G.; VIEBIG, R. F. Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. **Revista Brasileira de Psicologia do Esporte**, v. 2, n. 1, p. 01-15, 2008.
- CHOTAO, S. L. **A incidência de vigorexia em alunos de musculação de academias de Curitiba**. 48f. Monografia apresentada ao curso de Educação Física da UTP. Paraná, 2011.
- CONTESINI, N. et al. Nutritional strategies of physically active subjects with muscle dysmorphia. **International Archives Of Medicine**, v. 6, n. 1, p. 25-30, 2013.
- COOPER, M. T. G. Selective processing of three types of stimuli in eating disorders. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 36, p. 279-281, 1997.

COSTA, A. C. P.; TORRE, M. C. M.; ALVARENGA, M. Atitudes em relação ao exercício e insatisfação com a imagem corporal de frequentadores de academia. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 29, n. 3, p. 453-464, 2015.

CRUZ, A. C.; STRACIERI, A. M. P.; HORSTS, R. M. F. Percepção corporal e comportamentos de risco para os transtornos alimentares em estudantes de um curso de nutrição. **Nutrir Gerais**, v. 5, n. 9, p 821-840, 2011.

DEZAN, F. **Corpos modernos e vigorexia na rede social virtual: ideais midiáticos e suas influências na imagem corporal masculina**. 2011. 106 f. Dissertação - (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2011.

DICKSON, H.; BROOKS, S.; UHER, R.; TCHANTURIA, K. (The inability to ignore: distractibility in women with restricting anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, v. 38, n. 12, p. 1741-1748, 2008.

FARAH, M. H. S.; MATE, C. H. Practices of anorexia and bulimia as an aesthetics of existence. **Educação e Pesquisa**, v. 41, n. 4, p. 883-898, 2015.

FEITOSA, F. O. A. Um olhar psicanalítico sobre a vigorexia. *Revista Subjetividades*, 30 abr. 2014. Fundação Edson Queiroz. v. 14, n. 1, p. 162-171, 2014.

FERREIRA, F. V.; PIOVESAN, C.; PRAETZEL J. R.; MENDES, F. M.; ALLISON P. J.; ARDENGHI, T. M. Tooth erosion with low severity does not impact child oral health-related quality of life. **Caries Research**, v. 44, n. 6, p. 531-539, 2010.

FERREIRA, U. M. G.; FERREIRA, A. C. D.; AZEVEDO, A. M. P.; MEDEIROS, R. L.; SILVA, C. A. B. Esteroides anabólicos androgênicos. Fortaleza, CE: **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 267-275, 2007.

FRIEDMAN, J. M.; HALAAS, J. L. Leptin and the regulation of body weight in mammals. **Nature**, v. 395, n. 6704, p. 763, 1997.

GAMA, F. L. De mal com o espelho: Transtorno dismórfico corporal. Editora Libbs. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2007.

GIBIM, K. C. R. et al. SÍNDROMES DE ALTERAÇÃO DE PERCEPÇÃO EM ATLETAS FISCULTURISTAS. **Revista Corpoconsciência**, v. 21, n. 1, p. 12-19, 2017.

GRIEVE, F. G. A. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. **Eating Disorders**, v. 15, n. 1, p. 63-80, 2007.

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

HEBE BRAND, J; BULIK, CYNTHIA, M. Apreciação crítica dos critérios provisórios do DSM-5 para anorexia nervosa e uma proposta alternativa. **International Journal of Eating Disorders**, v. 44, n. 8, p. 665-678, 2011.

HEBE BRAND, J; CASPER, R; TREASURE, J; SCHWEIGER, U. A necessidade de revisar os critérios diagnósticos para anorexia nervosa. **Journal of Neural Transmission**, v. 111, n. 7, p. 827-840, 2004.

HILDEBRAND, T; SCHLUNDT, D; LANGENBUCHER, J; CHUNG, T. Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. **Comprehensive Psychiatry**, v. 47, n. 2, p. 127-135, 2006.

IRIART, J. A. B; CHAVES J. C.; ORLEANS, R. G. Culto ao corpo e uso de anabolizantes entre praticantes de musculação. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo. 25(4): 773-782, 2009.

KIM, S. K; LEE, G; SHIN, M; HAN, J. B; MOON, H. J; PARK, J. H; KIM, K. J; HA, J; PARK, D. S; MIN, B. I. The association of serum leptin with the reduction of food intake and body weight during electroacupuncture in rats. **Pharmacology Biochemistry and Behavior**, v. 83, n. 1, p. 145-149, 2006.

KÖNNER, A. C; KLÖCKENER, T; BRÜNING, J. C. Control of energy homeostasis by insulin and leptin: targeting the arcuate nucleus and beyond. **Physiology & behavior**, v. 97, n. 5, p. 632-638, 2009.

KONSTANTINIDIS, D.; PALETAS, K.; KOLIAKOS, G.; KALOYIANNI, M. O papel ambíguo da isoforma 1 do trocador $\text{Na} + -\text{H} + (\text{NHE1})$ no estresse oxidativo induzido pela leptina em monócitos humanos. **Cell Stress and Chaperones**, v. 14, n. 6, p. 591, 2009.

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

MACHADO, V. C. **Prevalência de vigorexia em praticantes de musculação nas cidades de Tubarão e São Martinho-SC**. 2017. 22f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado Educação Física) Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2017.

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

MARTINS, M. C. T. et al. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 2, p. 345-357, 2011.

MARTINS, M. C. T.; ALVARENGA, M. S. V.; SILVIA, V. A. S.; KAREN, S. C. J.; SCAGLIUSI, F. B. Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito. **Revista de nutrição**, v. 24, n. 2, p. 345-357, 2011.

MELLO F. J. Psicossomática Hoje. **Artes Médicas**. Porto Alegre. 1992.

MOREIRA, D. E. et al. Transtornos alimentares, percepção da imagem corporal e estado nutricional: estudo comparativo entre estudantes de Nutrição e Administração. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 8, n. 1, p. 18-25, 2017.

MOTA, C. G.; AGUIAR, E. F. Dismorfia muscular: uma nova síndrome em praticantes de musculação. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Ano 9, n. 27, p. 49-56, jan/mar, 2011.

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

OLIVEIRA, K. F. G. **Vigorexia e mídia: fatores de influência**. 2012. 49f. Monografia (Graduação em Educação Física). Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2012.

PANDINI, E. V.; BAPTISTA, A. P. Distúrbios alimentares em frequentadores de academia. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, n. 82, p. 11, 2005.

PANICO, R. et al. Oral mucosal lesions in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and EDNOS. **Journal Of Psychiatric Research**, v. 96, n. p. 178-182, 2018.

PHILLIPS, K. A.; DIDIE, E.; MENARD, W. Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. **Journal of Affective Disorders**, 97(3), 129-135, 2007.

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

PIRES, J. P.; BAPTISTA, T. J. R. A vigorexia em atletas de fisiculturismo goiano: um estudo de caso. **Cadernos de Educação, Tecnologia e Sociedade**, v. 9, n. 3, p. 384-395, 2016.

PONTES, J.B.; MONTAGNER, M. I.; MONTAGNER, M. A. Ortorexia nervosa: adaptação cultural do orto-15. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 9, n. 2, p. 533-548, 2014.

POPE, JR. H. G.; PHILLIPS, K. A.; OLIVARDIA, R. **O complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo**. Rio de Janeiro Brasil; Campus; 2000. Elsevier Editora, 288 p, 2000.

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

POPE, JR. H. G.; GRUBER, A. J.; CHOI, P.; OLIVARDIA, R.; PHILLIPS, K. A. Muscle dysmorphia na underrecognized form of body dysmorphic disorder. **Psychosomatic**. v.38, n.6, p.548-557, nov/dez, 1997.

RAVELLI, F. **Uso de esteróides anabolizantes androgênicos: estudo sobre a vigorexia e a insatisfação corporal**. 2012. Trabalho de conclusão de curso

(Bacharelado em Educação Física) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2012.

RIBEIRO, P. C. P. O uso Indevido de substâncias: Esteróides anabolizantes e energéticos. **Adolescência Latino-Americana**. v. 2, n. 2, Porto Alegre, mar, 2001.

RODRIGUES, M. L. A. de M. et al. **Distúrbios alimentares associados a patologias orais**. 2015. 60 f. Mestrado (Mestrado em Medicina Dentária)-Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015.

SÁ, K. B. D. **Vigorexia e percepção da autoimagem em praticantes de Crossfit**. 2017. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.

SÁNCHEZ, R. M.; MORENO, A. M. Ortorexia y vigorexia: Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? **Trastornos de la Conducta Alimentaria**, v. n. 5, p. 457-482, 2007.

SANTOS, M. B. C.; CANSANÇÃO, V. O.; PERNAMBUCO, L. A.; SILVA, H. J.; Características morfofuncionais do trânsito orofaríngeo na bulimia: revisão de literatura. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 2, 2010.

SAURO, L. O.C.; RAVALDI, C.; CABRAS, P. L.; FARAVELLI, C.; RICCA, V. Estresse, eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal e transtornos alimentares. **Neuropsicobiologia** , v. 57, n. 3, p. 95-115, 2008.

SCHERER, P. T. **O Peso que não é Medido pela Balança: as repercussões da obesidade no cotidiano dos sujeitos**. 110 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

SCHWERIN, M.; CORCORAN, K.; FISHER, L.; PATTERSON, D.; ASKEW, L.; OLRICH, T.; SHANKS, Y. S. Social physique anxiety, body esteem, and social anxiety in bodybuilders and self-reported anabolic steroid users. **Addictive Behaviors**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 1996.

SEVERIANO, M. F. V.; RÊGO, M. O.; MONTEFUSCO, E. V. R. O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade. **Revista Subjetividades**, v. 10, n. 1, p. 137-165, 2016.

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

SOUZA, R.; CENI, G. C. Uso de suplementos alimentares e autopercepção corporal de praticantes de musculação em academias de Palmeira das Missões-RS. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 8, n. 43, 2014.

UHLEN, M. M.; TVEIT, A. B.; STENHAGEN K. R.; MULIC, A. Self-induced vomiting and dental erosion—a clinical study. **BMC oral Health**, v. 14, n. 1, p. 92, 2014.

VASCONCELOS, J. L. Vigorexia: quando a busca por um corpo musculoso se torna patológica. **Revista Educação Física UNIFAFIBE**, Ano II, n. 2, p. 91-97, 2013.

VIEIRA, L. J. L.; MARQUES, D. R.; GARCIA, P.; APARECIDO, F. R. A dependência pela prática de exercícios físicos e o uso de recursos ergogênicos. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 32, n. 1, 2010.

ZIMMERMANN, F. et al. **Indícios de vigorexia em adultos jovens praticantes de musculação em academias de Biguaçu-SC**. 2013. 35f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Educação Física) da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013.

ANEXOS

ANEXO I:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O aluno BRUNO EDUARDO DA SILVA SOUZA do Curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - *Campus* Cuité - PB, e a Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes desta mesma instituição, estão fazendo uma pesquisa sobre a **VIGOREXIA: O transtorno da Distorção da Imagem Corporal nas Academias de Picuí-PB.**

O projeto tem por justificativa: A alta prevalência do transtorno dismorficos muscular em alunos praticantes de atividade física, um transtorno que também vem afetando alguns profissionais da área da saúde, mesmo sendo uma problemática bastante conhecida, mas com poucas discursões sobre este assunto na atualidade. Tendo em vista a dificuldade de detecção e diagnósticos deste transtorno, principalmente pelos os vigorexicos, pois os mesmos não admitem estar com esse transtorno e recusam qualquer ajuda. Com isso, há uma necessidade de estudos que visam diminuir a exposição desses sujeitos a esse problema de saúde pública. Além disso, discutir sobre e orientar os mesmo sobre uma alimentação saudável e adequada livrando os mesmos de alguns riscos como as doenças crônicas não transmissíveis por razão de sua dieta ser desequilibrada e o uso em excesso dos anabolizantes.

A pesquisa tem como objetivo geral: Identificar a prevalência do transtorno dismorficos muscular a vigorexia, em alunos praticantes de atividade física nas academias de Picuí – PB.

Já o benefício da pesquisa: Este estudo pode melhorar no diagnostico precoce da vigorexia para facilitar o quanto antes no tratamento, orientando também na importância da reeducação alimentar e no direcionamento do paciente na suplementação, sempre buscando o profissional capacitado. Assim como, prevenir o desenvolvimento de outras enfermidades patológicas que podem adquirir com a radicalização das dietas. Também colaborará com os diversos estudos a respeito da temática que trata a presente pesquisa.

Metodologia da pesquisa: Os instrumentos de pesquisa utilizados para avaliar a prevalência do transtorno dismorficos muscular em alunos praticantes de atividade física nas academias de Picuí – PB é Questionário de complexo de Adônis – QCA e o Conjunto de silhuetas. Os questionários serão numerados e, em seguida, transpostos para uma plataforma digital utilizando os recursos do Programa *Microsoft Access* versão 2010. Para a validação da digitação será utilizado o Programa *Epi Info*, versão 6.02. Após a digitação, o banco de dados será transferido para o Programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows* versão 13.0 para a análise estatística dos dados.

Para tanto, V. Sa. Precisarás apenas permitir a coleta de dados que será realizada através de dois (02) questionários. O projeto empregará método retrospectivo de pesquisa com seres humanos, através da utilização de questionários (**papel e caneta – questionário auto-preenchido**) em que não se realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participarem do estudo.

O questionário não oferece riscos à integridade física das pessoas, as respostas serão confidenciais; o questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato; os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa; a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento; leitura do TCLE pelo entrevistador (**aluno de Nutrição**), autorização legal quando sujeito for vulnerável; privacidade para responder o questionário (pois o questionário será preenchido pelo entrevistado); garantia de sigilo; participação voluntária e consideração de situação de vulnerabilidade, quando houver.

Solicitamos a sua colaboração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde pública e em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome, será mantido em sigilo.

Esclarecemos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com a atividade solicitada pelo pesquisador (aluno do Curso de Nutrição). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá

nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores (aluno e a professora) estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que recebi uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contado com o pesquisador e sua responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora coordenadora da pesquisa Professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes.

Endereço e contato da pesquisadora: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde – Unidade Acadêmica de Saúde – Curso de Farmácia – Sítio Olho d'água da Bica, s/n, Cuité. Telefone (82) 99940-9899.

Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa poderei recorrer:

- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n. São Jose, CEP: 58401-490. Campina Grande – PB.
- Tel: (83) 2101-5545.
- E-mail: CEP@huac.ufcg.edu.br
- Site: <https://cephuac-ufcg.wixisite.com/cephuac-ufcg>

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Prof^a. Dr^a. Maria Emília da Silva Menezes

Celular [REDACTED]

Assinatura do Pesquisador (Aluno de Nutrição)

Bruno Eduardo da Silva Souza

Celular [REDACTED]

ANEXO II:**Questionário do Complexo de Adônis (QCA)**

1. Quanto tempo você gasta por dia preocupando-se com algum aspecto de sua aparência (não apenas pensando a respeito, mas realmente preocupando-se com ele)?

- A. menos de 30 minutos
- B. 30 a 60 minutos
- C. mais de 60 minutos

2. Com que frequência você fica perturbado com suas preocupações com a aparência (isto é, sentindo-se triste, ansioso ou deprimido)?

- A. raramente ou nunca
- B. às vezes
- C. frequentemente

3. Com que frequência você evita que outras pessoas vejam todo o seu corpo ou uma parte dele? Por exemplo, com que frequência você evita vestiários, piscinas ou situações em que terá de tirar a roupa? Alternativamente, com que frequência você usa certas roupas para alterar ou disfarçar sua aparência – tais como um chapéu para esconder seu cabelo ou roupas largas para esconder o corpo?

- A. raramente ou nunca
- B. às vezes
- C. frequentemente

4. Quanto tempo, no total, você gasta por dia envolvido em atividades destinadas a melhorar sua aparência?

- A. menos de 30 minutos
- B. 30 a 60 minutos
- C. mais de 60 minutos

5. Quanto tempo, no total, você gasta por dia com atividades físicas para melhorar a aparência de seu corpo, tais como levantar pesos, fazer flexões ou correr em uma esteira? (incluir apenas aquelas atividades esportivas nas quais um dos seus principais objetivos é melhorar a aparência)

- A. menos de 60 minutos
- B. 60 a 120 minutos
- C. mais de 120 minutos

6. Com que frequência você se dedica à dieta, comendo alimentos especiais (por exemplo, alimentos ricos em proteína ou com baixo teor de gordura), ou toma suplementos nutricionais especificamente para melhorar sua aparência?

- A. raramente ou nunca

- B. às vezes
- C. frequentemente

7. Quanto de sua renda você gasta com itens destinados a melhorar sua aparência (por exemplo, alimentos dietéticos, suplementos nutricionais, produtos para o cabelo, cosméticos e procedimentos estéticos, equipamentos de ginástica ou mensalidades de academias)?

- A. uma quantidade desprezível
- B. uma quantidade mais substancial, mas nunca a ponto de criar problemas financeiros
- C. o suficiente para causar problemas financeiros até certo ponto

8. Até que ponto suas atividades relacionadas com a aparência minaram seus relacionamentos sociais? Por exemplo, suas atividades físicas, práticas dietéticas ou outras condutas relacionadas com a aparência comprometeram seus relacionamentos com outras pessoas?

- A. raramente ou nunca
- B. às vezes
- C. frequentemente

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

- A. raramente ou nunca
- B. às vezes
- C. frequentemente

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

- A. raramente ou nunca
- B. às vezes
- C. frequentemente

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

- A. nunca
- B. somente drogas legais compradas com prescrição médica
- C. sim

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

- A. raramente ou nunca
- B. às vezes
- C. frequentemente

ANEXO III:

Escores do questionário do Complexo de Adônis (QCA)

Resposta A = 0 pontos

Resposta B = 1 ponto

Resposta C = 3 pontos

Total = 0 a 36 pontos

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

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

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

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

ANEXO IV:

Questionário para identificação da percepção da imagem corporal

Data: ____ / ____ / ____

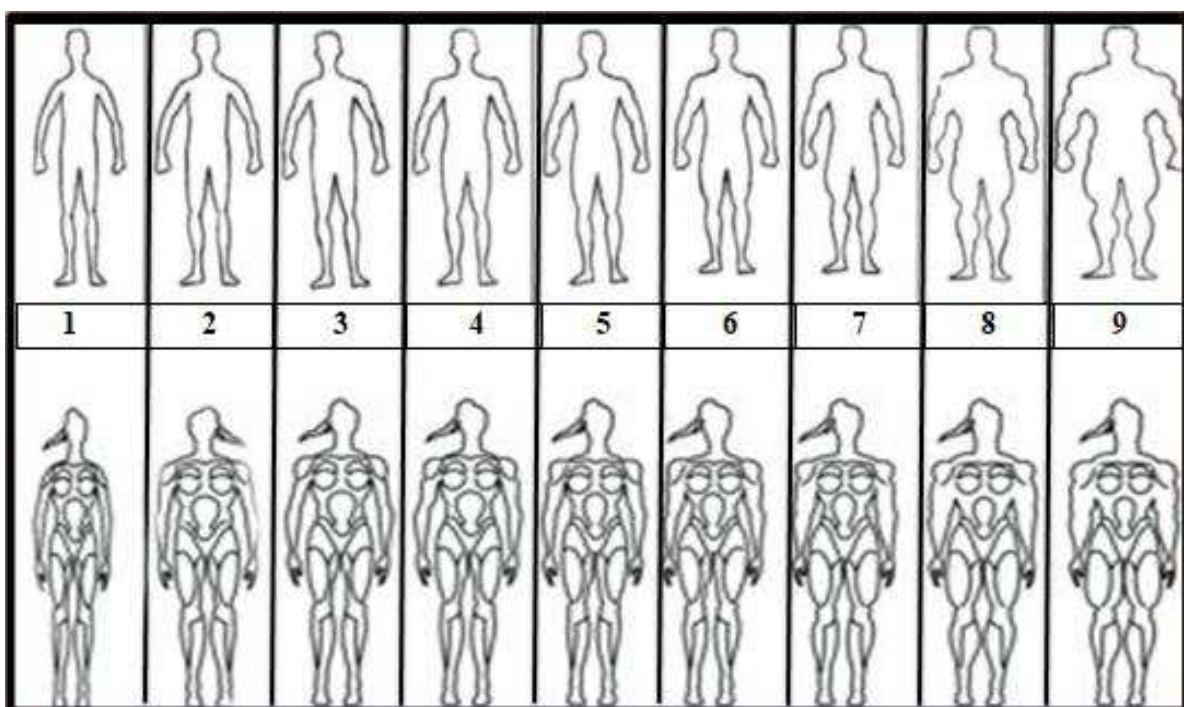
Qual a sua idade?

Idade: _____ Sexo M() F()

Quanto tempo você pratica a musculação?

(A) Entre 1 e 2 anos (B) Entre 3 e 4 anos

(C) Entre 2 e 3 anos (D) Mais de 4 anos



1 - Qual a silhueta que melhor representa sua aparência corporal atual?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2 - Qual a silhueta que você gostaria que seu corpo parecesse?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

3 - Qual a silhueta que você acha que melhor representa a forma como outras pessoas lhe vêem?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**APÊNDICE
APÊNDICE A**

FICHA DE ENTREVISTA

1 – Sexo: M () F ()

2 – Data de nascimento: ____/____/____

3 – Estado civil:

Solteiro(a) () Casado(a) () União Estável () Separado(a) () Viúvo () Outros ()

4 - Endereço de e-

mail:.....

5 – Telefone (opcional) : () _____

6 – Nome da academia que costuma frequentar:

.....

7 - Treina há quanto tempo: _____

8 – Quantas vezes por semana: _____

9 – Tempo gasto por sessão de treino: _____

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

Sim () Não ()

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

.....

11-Peso:.....

12-Altura:.....

13– Faz, aproximadamente, quantas refeições por dia?

.....

14 – Você gosta do que vê quando olha no espelho? Sim () Não ()

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

Imprescindível ()

Muito importante ()

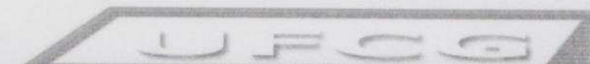
Importante ()

Irrelevante ()

APÊNDICE B



Universidade Federal
de Campina Grande



Rua Aprígio Veloso, 882 - Bairro Universitário - CEP: 58429-900 - Telefone: 0XX (83) 3310-1000 - Campina Grande - PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu JOSE JUSTINO FILHO diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG, *Campus Cuité/PB*, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: – VIGOREXIA: O TRANSTORNO DA DISTORÇÃO DA IMAGEM CORPORAL, NAS ACADEMIAS DE PICUI-PB” do aluno de Nutrição. “BRUNO EDUARDO DA SILVA SOUZA”, que será realizada entre os praticantes de exercícios físicos matriculados nas referidas instituições no mês de junho de 2019, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora responsável a Prof^ª. Dr^ª. Maria Emília da Silva Menezes da Universidade Federal de Campina Grande.

Cuité, 24 de abril de 2019.

Prof. Dr. José Justino Filho
Prof. José Justino Filho
Diretor do CES
Mat. SIAPE: 219331-1

APÊNDICE C

DECLARAÇÃO DE COLETA

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo-assinados, Orientador e Orientando(s) respectivamente, da pesquisa intitulada “Vigorexia: O transtorno da distorção de imagem corporal, nas academias de Picuí-PB”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta.

Apresentaremos sempre que solicitado pelas instâncias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da mesma, assumindo o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

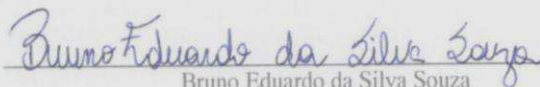
Em cumprimento às normas regulamentadoras, **declaramos que a coleta de dados do referido projeto não foi iniciada** e que somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (CEP-UFCG) [e da Comissão de

Ética em Pesquisa (CONEP) – apenas se a pesquisa for da área temática I], os dados serão coletados.

Cuité-PB, 16 de maio de 2019.



Prof.ª Dr.ª Maria Emília da Silva Menezes
Orientador (a)



Bruno Eduardo da Silva Souza
Orientando

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Cuité, 24 de abril de 2019.

Declaro para os devidos fins, que eu **MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES**, Professora Adjunta III e atualmente coordenadora da Unidade Acadêmica de Saúde da UFCG - CES - *Campus* de Cuité, **Matrícula Siape 1841279**. Que sou a professora responsável pelo Projeto de TCC – “**Vigorexia: o transtorno da distorção da imagem corporal, nas acadêmias de Picuí-PB**” do aluno “**BRUNO EDUARDO DA SILVA SOUZA – Curso de Nutrição**” e que irei anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil após a realização da mesma.

Profª Drª Maria Emília da Silva Menezes

Matrícula SIAPE 1841279

APÊNDICE E

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA ACADÊMIA

Eu Márcia Liely dos Santos Lino. Declaro para os devidos fins, que estou ciente e autorizo a coleta pelo aluno do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cuité – CES (Centro de Educação e Saúde) matrícula 514220619 Bruno Eduardo da Silva Souza, e a professora Doutora Maria Emília da Silva Menezes Siape 1841279, realizará na academia Liely Fitness em Picuí-PB, a pesquisa com a seguinte temática “Vigorexia: o transtorno da distorção da imagem corporal, nas academias de Picuí-PB” entre os praticantes de exercícios físicos matriculados na referida instituição. A pesquisa será feita conforme o cronograma do respectivo projeto.

Picuí, Paraíba, 16 de maio de 2019.



Márcia Liely dos Santos Lino

APÊNDICE F

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA ACADÊMIA

Eu Emison Cleiton Batista Henriques Declaro para os devidos fins, que estou ciente e autorizo a coleta pelo aluno do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cuité – CES (Centro de Educação e Saúde) matrícula 514220619 **Bruno Eduardo da Silva Souza**, e a professora Doutora **Maria Emília da Silva Menezes** Siape 1841279, realizará na academia Max Fitness em Picuí-PB, a pesquisa com a seguinte temática “Vigorexia: o transtorno da distorção da imagem corporal, nas academias de Picuí-PB” entre os praticantes de exercícios físicos matriculados na referida instituição. A pesquisa será feita conforme o cronograma do respectivo projeto.

Picuí, Paraíba, 16 de maio de 2019.



Emison Cleiton Batista Henriques

APÊNDICE G



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: VIGOREXIA: O Transorno da Distorção da Imagem Corporal nas Academias de Picuí-PB			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA EMÍLIA DA SILVA MENEZES			
6. CPF: [REDACTED]	7. Endereço (Rua, n.º): RUA: MARIA DAS NEVES LIRA DE CARVALHO D. MERCÊS PESSOA NÚMERO: 29 CUITE PARAIBA 58175000		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 82999409899	10. Outro Telefone:	11. Email: memenezes_2@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>17</u> / <u>05</u> / <u>19</u>		Assinatura: <u>MESMA</u>	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE	13. CNPJ: 05.055.128/0008-80	14. Unidade/Orgão:	
15. Telefone:	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>José Justino Filho</u>	CPF: [REDACTED]		
Cargo/Função: <u>DIRETOR</u>			
Data: <u>16</u> / <u>05</u> / <u>2019</u>	Assinatura: <u>José Justino Filho</u> Prof. José Justino Filho Diretor do CES Mat. SIAPE: 219331-1		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

APÊNDICE H

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' web application interface. At the top, the header includes the 'Saúde' logo and 'Ministério da Saúde'. The user is logged in as 'MARIA EMILIA DA SILVA MENEZES - Pesquisador | V3.2', with a session expiration time of 39 minutes. The navigation menu shows 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and contains the following information:

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA**
 - Título da Pesquisa: VIGOREXIA, O Transição da Distrição da Imagem Corporal nas Academias de Pícu-IB
 - Pesquisador Responsável: MARIA EMILIA DA SILVA MENEZES
 - Área Temática:
 - Versão: 1
 - CAAE: Submetido em: 29/04/2019
 - Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 - Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental
 - Localização atual da Versão do Projeto: CONEP
 - Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Below the project details, there is a circular stamp that reads 'COORDENADOR' and 'PLATAFORMA BRASIL'. The bottom section, titled 'DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA', shows a file explorer view with the following structure:

- Versão em Tramitação (PO) - Versão 1
 - Projeto Original (PO) - Versão 1
 - Documentos do Projeto
 - Folha de Rosto - Submissão 1
 - Informações Básicas do Projeto - Subm
 - Outros - Submissão 1
 - Projeto Detalhado / Brochura Investigad
 - TCE / Termos de Assentimento / Justifi
 - Projeto Completo

At the bottom of the document list, there is a table with columns: Tipo de Documento, Situação, Arquivo, Postagem, and Ações.