

EMÍLIA LUDMILA GONÇALVES BEZERRA

DISMORFIA MUSCULAR:

Uma revisão bibliográfica

BELO HORIZONTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA EDUCACIONAL

2010

EMÍLIA LUDMILA GONÇAVES BEZERRA

**DISMORFIA MUSCULAR:
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao Colegiado de Graduação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Bacharelado em Educação Física.

Orientadora : Prof. Emma de Castro

**BELO HORIZONTE
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
UNIVERSIDADE DE MINAS GERAIS**

2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me proporcionou a entrada na Universidade que tanto desejava.

À minha família, pelo apoio, e em especial à minha mãe, sem ela nada disso teria acontecido.

Às minhas colegas de classe, Ana e Dani, obrigada meninas pela força.

Ao meu namorado, pelos conselhos, pela parceria, e por estar ao meu lado em todos os momentos finais da minha formação.

Ao meu professor Fernando Lima, que tanto me ajudou, a crescer como profissional.

À minha prima Nádia, pela ajuda.

À minha orientadora Emma, muito obrigada pelos ensinamentos.

RESUMO

Vive-se hoje em uma sociedade que confere extremo valor à estética corporal. Possuir músculos bem definidos, pouca gordura, tornou-se uma das prioridades na vida de muitas pessoas. É aceitável que os indivíduos preocupam-se com sua aparência e queiram cuidar de si mesmos. Contudo, quando esse objetivo torna-se uma obsessão pode prejudicar as atividades diárias e os relacionamentos desses sujeitos. Esse comportamento pode levá-los a exercitar-se compulsivamente, chegando a causar lesões. Pode ingressar em dietas inadequadas, usar suplementos alimentares esteróides anabólicos- androgênicos de forma prejudicial. Nesse contexto, a dismorfia muscular trata-se de um tema recente e ainda pouco estudado na literatura. Logo, o objetivo desse estudo é expor um tema de vital importância para os professores de educação física.

Palavras chave: dismorfia muscular, anabolizantes, corpo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Objetivo

1.2 Justificativa

1.3 Métodos

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conceitos da dismorfia muscular

2.3 Descrições clínicas

2.4 Aspectos epidemiológicos e etiológicos

2.5 Usos de esteróides anabolizantes

3. CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

As relações com o corpo são amplamente influenciadas por diversos fatores socioculturais. Assim, a concepção dos modelos de beleza e suas relações com as práticas sociais devem, entretanto, ser contextualizadas no tempo. Com isso, tendemos a nos comportar de maneiras diferentes, em cada ambiente que nos encontramos.

A forma como agimos e como utilizamos nossos corpos, como meio de expressão tem, portanto um fundo cultural e demonstram um padrão de beleza em cada época. Nesse sentido, o padrão feminino de beleza passou por várias transformações, de mulheres robustas, cujo foco era a maternidade, para mulheres cada vez mais magras, seguindo o padrão europeu.

Associado a essa tendência, pôde-se observar nas últimas décadas o surgimento dos Transtornos da Alimentação denominados *Anorexia Nervosa* e *Bulimia Nervosa*. A anorexia nervosa é caracterizada por uma recusa da pessoa a manter um peso corporal na faixa normal mínima, um temor intenso de engordar e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo.

Já a bulimia nervosa caracteriza-se por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vômitos; uso indevido de laxantes, diuréticos; jejuns; ou exercícios excessivos. Uma perturbação na percepção da forma e do peso corporal é a característica essencial tanto da *Anorexia Nervosa* quanto da *Bulimia Nervosa*, de acordo com o Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (2002).

O padrão de beleza masculino também sofreu transformações inerentes a cada época, até que na década de 70 do século XX surgiram os fisiculturistas com seus

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

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

Os esteróides são substâncias que além dos seus efeitos androgênicos, possuem efeitos anabolizantes, estimulando o crescimento corporal e aumento da massa muscular, conforme ASSUNÇÃO (2002).

A preocupação excessiva com o corpo e os transtornos relacionados a alterações de imagem corporal parecia acometer, até recentemente, quase que exclusivamente indivíduos do sexo feminino. Segundo FAIRBURN (1994), 9 entre cada 10 pacientes com anorexia e bulimia nervosas são mulheres. No entanto, segundo POPE, KATZ e HUDSON (1993), estas alterações têm sido cada vez mais descritas em indivíduos do sexo masculino.

Ao contrário das mulheres que procuram tornarem-se magras, indivíduos do sexo masculino preocupam-se em se tornarem cada vez mais fortes e musculosos, este fenômeno parece ser uma resposta equivalente àquela feminina em se adequar ao padrão corporal ideal, descrito e apreciado socialmente.

Pesquisadores começaram a estudar este assunto. Em 1993, POPE e colaboradores, analisando uma amostra de 108 fisiculturistas (com e sem uso de

esteróides anabolizantes) descreveram o que foi denominado na época de *anorexia nervosa reversa*. Nesta amostra, foram identificados nove indivíduos (8,3 %) que se descreviam como muito fracos e pequenos, quando na verdade eram extremamente fortes e musculosos.

Em 1997, Pope e colaboradores revisando seus conceitos, publicaram artigo posterior sobre o assunto no qual renomearam o quadro, que passou a ser chamando de *dismorfia muscular*, enquadrando-o entre os transtornos dismórficos corporais.

Os transtornos psiquiátricos relacionados à distorção da auto-imagem corporal, como os transtornos alimentares ou o transtorno dismórfico corporal costumam ser marcados por elevado grau de sofrimento físico e psíquico, associado a perdas sociais e ocupacionais significativas.

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

Diante do exposto, e sabendo que os indivíduos portadores da dismorfia muscular são assíduos freqüentadores das academias, fica a pergunta: os profissionais de Educação Física conhecem e sabem identificar a dismorfia muscular em seus alunos?

Logo, o presente trabalho tem como propósito esclarecer, expor, revisar os aspectos do transtorno dismorfia muscular, bem como sua relação com o uso de esteróides anabolizantes, para os profissionais de Educação Física, para que assim possam aumentar seu conhecimento sobre os próprios alunos das academias.

1.1 OBJETIVO

Esclarecer, expor e revisar os aspectos do transtorno dismorfia muscular, bem como sua relação com o uso de anabolizantes, para os profissionais de Educação Física, para que assim possam aumentar seu conhecimento sobre os próprios alunos das academias.

1.2 JUSTIFICATIVA

A dismorfia muscular, também denominada de vigorexia, é um subtipo do transtorno dismórfico corporal que ocorre principalmente em homens, que apesar da grande hipertrofia muscular, consideram-se pequenos e fracos.

Além de estar associada por elevado grau de sofrimento psíquico e físico, a perdas sociais e ocupacionais significativas, também produz comportamentos que acarretam prejuízos a saúde física do indivíduo, como o abuso de esteróides anabolizantes.

De modo que esses indivíduos necessitam ser acompanhados frequentemente por equipes multidisciplinares de profissionais da saúde. Logo, é de suma importância para o profissional de Educação Física entender, conhecer e saber identificar esse distúrbio de imagem corporal, uma vez que se tornou bastante prevalente em ambientes de academias de musculação, pois os prejuízos para os portadores do transtorno variam desde lesões articulares e musculares, até prejuízos sociais, profissionais e psicológicos, como depressão e ideação suicida desse aluno da academia.

1.3 MÉTODOS

Este estudo foi elaborado a partir de referências de estudo utilizando-se a Base de dados do Pubmed.

Após a consulta nesta base, os artigos científicos foram adquiridos de duas maneiras:

1) Pelo portal Periódico Capes (www.capes.br);

2) por consulta no sistema de acervo da biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

As consultas se basearam nas seguintes palavras chave: dismorfia muscular, transtorno dismórfico corporal, anorexia nervosa, imagem corporal, esteróides anabolizantes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O CONCEITO DE DISMORFIA MUSCULAR

Durante anos, os estudos sobre imagem corporal foram realizados com mulheres, onde a insatisfação com a aparência esteve frequentemente vinculada a quadros de anorexia e bulimia nervosa de acordo com POPE, GRUBER, CHOI, OLIVARDIA e PHILLIPS (1997), no entanto, percebe-se nas últimas décadas que os homens tornaram-se cada vez mais preocupados com a aparência, conforme (GRIEVE 2007).

Na literatura tem sido cada vez mais relatados os casos de transtorno dismórfico corporal (PHILLIPS, McELROY e KECK, 1993). Este transtorno mental provoca a distorção da imagem corporal por parte do paciente, ou seja, o paciente revela uma percepção do próprio corpo que não corresponde à realidade, podendo ter preocupações irracionais em relação a algum defeito de seu corpo, como um nariz muito grande, olhos desalinhados e imperfeições na pele. Muitas vezes estas distorções não são mais do que imaginárias, ou fruto de alterações leves na aparência. As conseqüências podem afetar a vida não apenas no âmbito pessoal, mas também no familiar, social e profissional (TORRES, FERRÃO E MIGUEL, 2005).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais é uma publicação da American Psychiatric Association, Washington D.C 1994, sendo sua 4ª edição conhecida pela designação “DSM-IV”. Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade das perturbações mentais, incluindo componentes descritivos, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho para os profissionais da saúde, de acordo com Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (2002).

O quadro abaixo aponta os critérios diagnósticos para o Transtorno Dismórfico Corporal, segundo o DSM- IV:

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para o transtorno dismórfico corporal.

Critérios Diagnósticos para 300.7 Transtorno Dismórfico Corporal

- A. Preocupação com um defeito imaginário na aparência. Se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.
- B. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. A preocupação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p.ex., insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na Anorexia Nervosa).

FONTE: DSM-IV, 2002.4

É interessante observar também que o TDC tem características em comum com os transtornos obsessivos compulsivos (TOC).

Por exemplo:

“... ambos se caracterizam por pensamentos desagradáveis indesejados que conduzem a comportamentos compulsivos e repetitivos, tomando tempo e causando sofrimento, vergonha, baixa auto-estima e, em casos mais graves, isolamento social e total incapacidade funcional. As vivências de incompletude que precedem certos comportamentos repetitivos no TOC ocorrem de forma semelhante no TDC, no sentido de gerar uma sensação incômoda constante de que algo não está “em ordem” ou “como deveria estar”. Ambos parecem priorizar impressões internas, ignorando percepções reais ou a opinião alheia (pacientes com TDC desconsideram o que estão vendo no espelho da mesma forma que

pacientes com TOC desconsideram que a porta já está trancada e voltam a verificar várias vezes)". (TORRES, FERRÃO e MIGUEL, 2005)

Além dessas semelhanças, Torres e colaboradores também citam o curso crônico e flutuante do transtorno, depressão e transtornos de ansiedade e mesma forma de tratamento psicológico e farmacológico como aspectos semelhantes entre o TOC e o TDC. Quanto às diferenças, que não poderiam deixar de existir, os autores relatam que enquanto pacientes com TDC possuem um prejuízo alto quanto às críticas relacionadas à sua obsessão, apresentando idéias supervalorizadas de caráter egossintônico, pacientes com TOC apresentam esse tipo de crítica bem menos prejudicada.

Pacientes de TOC também apresentam obsessões de diferentes conteúdos, enquanto os de TDC preocupam-se centralmente com as questões corporais. Por fim, os autores enfatizam a importância da cultura no desenvolvimento e manutenção do TDC (ao lado dos fatores genéticos), pois é ela que estabelece padrões de beleza idealizados, com os quais os jovens, tentam se equiparar, buscando ter melhor aceitação social.

COHANE e POPE (2001) realizaram uma revisão sobre aspectos relacionados à imagem corporal em indivíduos do sexo masculino. Eles apontam que alterações de imagem corporal no sexo masculino, ao contrário do que se pensava, são quadros relativamente comuns e diferem do padrão de distorção tipicamente feminino. As mulheres apresentam níveis bem maiores de insatisfação do que os homens e descrevem sempre corpos mais magros como objetivo. No caso dos homens, há aqueles que seguem o padrão feminino, mas a maioria considera um corpo mais musculoso como representação da imagem corporal masculina ideal (ASSUNÇÃO, 2001).

No início da década de 90, POPE e colaboradores (1993) já haviam observado em uma série de estudos que era possível reconhecer uma “forma reversa de anorexia nervosa” em jovens halterofilistas usuários de anabolizantes. Os autores analisaram uma amostra de 108 fisiculturistas (com e sem uso de esteróides anabolizantes). Nesta amostra, foram identificados nove indivíduos (8,3%) que se descreviam como muito fracos e pequenos, quando na verdade eram extremamente fortes e musculosos. Ademais, todos relatavam uso de EAA e dois tinham história anterior de anorexia nervosa. Os pesquisadores relataram que esse distúrbio emergente era caracterizado por um medo dos atletas em parecerem pequenos fisicamente, apesar de serem, na realidade, grandes e musculosos. Descreveram ainda que esse transtorno pudesse causar morbidade significativa e estar associado ao abuso de esteróides anabolizantes. Após quatro anos, POPE e colaboradores (1997) publicaram novo estudo onde encontraram homens e mulheres patologicamente preocupados com seu grau de musculatura, o que parecia ser uma forma de transtorno dismórfico corporal. Essa condição foi renomeada e intitulada *dismorfia muscular*, uma nova forma de transtorno dismórfico corporal, provavelmente não reconhecida.

Ao contrário dos pacientes com transtorno dismórfico corporal típico, os quais geralmente preocupam-se com partes específicas do corpo (ex.: face, pele, cabelo ou nariz), pessoas com *dismorfia muscular* são preocupadas com a sua aparência como um todo; elas preocupam-se por não serem grandes e musculosas o suficiente suas vidas são consumidas por musculação e dietas. Segundo os autores, o transtorno pode causar estresse severo, prejuízos nas áreas social e ocupacional, medo por parte dos indivíduos acometidos de terem seus corpos vistos em público, além do risco de abuso de esteróides anabólicos androgênicos (EAA) e outras substâncias. Assim, o termo *dismorfia muscular* foi empregado como um substituto do termo *anorexia nervosa reversa*, conforme os mesmos autores, já que os homens portadores daquela condição não possuem realmente um distúrbio alimentar como poderia estar implicado nesse último termo. Em vez disso, os indivíduos de ambos os sexos têm alterações de percepção e/ou obsessões a respeito de sua musculatura, sendo um caso mais genérico do TDC.

Nesse sentido, a dismorfia muscular – uma preocupação patológica com a musculatura - parece ser uma forma de transtorno dismórfico corporal cujo foco é a musculatura. Trata-se de um conjunto de atitudes e comportamentos que caracterizam um desejo extremo em ganhar massa muscular. As atitudes incluem uma insatisfação da própria forma física associada a uma grande vontade de modificá-la através do incremento da massa muscular. Os comportamentos incluem excesso de musculação, ingestões de grandes quantidades de alimentos ricos em proteína, usam de suplementos alimentares e de estereóides anabólico-androgênicos (EAA).

Indivíduos com dismorfia muscular preocupam-se com o fato de não se sentirem musculosos o suficiente, apesar de serem frequentemente mais musculosos do que a média da população. Essa preocupação com a forma física é persistente e causa prejuízos clínicos significantes ou estresse na rotina diária. Esses indivíduos declinam de importantes atividades sociais, não interrompem os treinos quando sofrem lesões, evitam situações em que seus corpos são expostos a outras pessoas, como praias, piscinas ou vestiários, e demonstram extrema ansiedade se não conseguem sair dessa situação; continuam a praticar musculação, fazer dietas ou até usar substâncias ilegais que melhoram desempenho, apesar de serem cientes dos efeitos adversos ou das conseqüências psicológicas das suas decisões (GRIEVE, 2007).

Outro comportamento prevalente é a observação constante da própria imagem ao espelho. Homens com dismorfia muscular checam muito mais a sua aparência do que homens normais, de acordo com OLIVARDIA, POPE e HUDSON (2000). Eles também costumam comparar seu físico com outras pessoas do seu meio, o que frequentemente os leva a uma piora clínica em termos de distorção de imagem corporal e ansiedade. (GRIEVE, 2007).

POPE, GRUVER, CHOI, OLIVARDIA e PHILLIPS (1997), propuseram critérios diagnósticos para a dismorfia muscular, enquadrando-a como um subtipo de transtorno dismórfico corporal, conforme o quadro a seguir:

Quadro 2 – Critérios para a dismorfia muscular.

DISMORFIA MUSCULAR

1. Preocupação com a idéia de que o corpo não é suficientemente magro e musculoso. Condutas características associadas incluem longas horas levantando peso e excessiva atenção para a dieta.
2. A preocupação é manifestada por pelo menos dois dos seguintes quatro critérios:
 - A- O indivíduo frequentemente abandona importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas por causa de uma compulsiva necessidade de manter seu esquema de exercício e dieta.
 - B - O indivíduo evita situações nas quais seu corpo é exposto a outros ou enfrenta tais situações apenas com acentuado desconforto ou intensa ansiedade.
 - C- A preocupação com a inadequação do tamanho ou da musculatura corporal causa desconforto clinicamente significativo ou prejuízo a áreas de atividade social, ocupacional ou outras áreas importantes.
 - D- O indivíduo continua a exercitar-se, a fazer dieta ou a utilizar substâncias ergogênicas (destinadas a melhorar o desempenho) apesar de saber as consequências adversas do ponto de vista físico ou psicológico.
3. O foco primário da preocupação e da conduta concentra-se em ser muito pequeno ou inadequadamente musculoso, distinguindo-se do medo de estar gordo como ocorre na anorexia nervosa, ou uma preocupação primária apenas com outros aspectos da aparência tal como em outras formas de distúrbio dismórfico corporal.

FONTE: Pope et al, 1997.

2.2 DESCRIÇÃO CLÍNICA

A preocupação de um indivíduo de que seu corpo seja pequeno e franzino, quando na verdade é grande e musculoso, é a característica principal da dismorfia muscular. Essa alteração na percepção da imagem corporal é acompanhada por uma alteração radical na dieta, que passa a ser hiperprotéica e acompanhada de suplementos alimentares a base de aminoácidos (ASSUNÇÃO, 2002). Pope e colaboradores (1997) também mencionam tais dietas especiais, lembrando também que indivíduos com dismorfia muscular costumam ingerir enormes quantidades de comida.

Os exercícios físicos podem ser realizados de forma excessiva, chegando a ocupar de 4 a 5 horas do dia do sujeito, comprometendo as atividades sociais, ocupacionais e recreativas (ASSUNÇÃO, 2002). As atividades aeróbicas são evitadas para que não ocorra perda da massa muscular adquirida durante as sessões de musculação, conforme o autor supracitado.

Os possíveis ganhos de massa muscular são checados até 13 vezes ao dia (ASSUNÇÃO, 2002). O sujeito também checa sua imagem de maneira persistente no espelho e compara-se constantemente com outros (POPE e colaboradores, 1997). Além disso, sujeitos com dismorfia muscular declaram passar cerca de 5 horas diárias tendo pensamentos relacionados ao fato de que são muito fracos e precisam ficar mais fortes. Levantadores de peso sem o transtorno dizem ter estes pensamentos não mais que 40 minutos por dia. Obviamente, este tipo de pensamento pode ser um reflexo da baixa auto-estima do sujeito, de acordo com ASSUNÇÃO (2002).

Entretanto, POPE e colaboradores (1997), já alertavam que a dismorfia muscular não deve ser confundida com o mero entusiasmo de praticar musculação. Muitas pessoas podem se tornar tão devotas à musculação ou outros esportes que às

vezes chegam a abdicar de outras atividades importantes, porém não desenvolvem o transtorno.

2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ETIOLÓGICOS

A dismorfia muscular é um quadro ainda não validado nem presente nos manuais diagnósticos em psiquiatria (CID-10 e DSM-IV) e não contamos ainda com estudos epidemiológicos na população geral.

Estudos sobre o assunto são realizados geralmente em amostras selecionadas, com atletas ou fisiculturistas, o que dificulta generalizações sobre a prevalência ou incidência do quadro.

POPE et al (1997) descreveram prevalência de 10% de dismorfia muscular entre levantadores de peso e de até 84% entre fisiculturistas que participavam de competições.

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

A musculatura ideal é conduzida à população por uma série de influências sociais, as quais incluem membros da família, colegas, escolas, atletas, profissionais da saúde e mídia de massa, conforme GRIEVE (2007).

A mídia de massa compreende uma série de tecnologias, de cartazes a rádio, cinema, televisão e revistas. A mídia, freqüentemente é um veículo de transmissão crescente de ideais impossíveis de serem atingidos por homens e mulheres, conforme o mesmo autor supracitado.

A combinação de pressão da mídia com a impossibilidade de homens e mulheres atingirem o padrão estabelecido pode levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares em mulheres e dismorfia muscular em homens, de acordo com GRIEVE (2007).

Historicamente, os homens têm se sentido protegidos dos efeitos da pressão da mídia, pois ela apresentava um modelo de forma física que refletia a média da população masculina. Contudo, nos últimos 30 anos, os modelos masculinos utilizados na mídia têm se tornados mais fortes e musculosos, de acordo com o mesmo autor supracitado. Uma mudança no valor do corpo masculino trouxe uma crescente pressão em homens comuns para obter um modelo de forma física potencialmente inatingível.

De acordo com POPE, PHILLIPS e OLIVARDIA (1999), os bonecos de ação têm mostrado homens maiores e mais musculosos nos últimos 30 anos. Figuras de ação, em particular, se transformaram de miniaturas de homens com um físico normal nos anos 70 para corpos virtualmente inatingíveis pela maioria da população no início do século XXI. Agora os bonecos de ação parecem ser um modelo tão pobre para os meninos como a Barbie é para as meninas, conforme NORTON, OLDS, OLIVE e DANK (1996).

O número de revistas de boa forma dirigidas para homens e o número de homens despidos em anúncios em outras revistas cresceu consideravelmente nos últimos 30 anos. Assim, a influência que os homens sofrem por figuras musculosas é a mesma que as mulheres, por modelos magras. A pressão sociocultural sugere que os homens sejam cada vez maiores e mais musculosos, o que faz com que muitos fiquem insatisfeitos com seus corpos. Ademais, a pressão da mídia é um contribuinte significativo para que meninos adolescentes iniciarem sessões de musculação e uso de suplementos legais e ilegais, de acordo GRIEVE (2007).

A forte influência da mídia sobre o padrão de beleza atual reforça o conceito de que a dismorfia muscular e a anorexia nervosa são síndromes ligadas à cultura. Não deve ser apenas coincidência o fato os casos de dismorfia surgirem juntos com as revistas de boa forma. Nos EUA, esses veículos de comunicação retratavam celebridades como Sylvester Stalone e Arnold Schwarzenegger, os quais relatavam treinar por várias horas diariamente, conforme CHUNG (2001).

A partir daí, filmes de ação com atores super musculosos passaram a transmitir ainda mais aos homens comuns a mensagem de que para ser bonito, sexy, bem sucedido e aceito na sociedade é preciso ser magro e musculoso. A forma masculina ideal representada na mídia é composta por homens altos e musculosos. Homens saudáveis e extremamente atléticos são modelos de sensualidade.

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

Outro mecanismo pelo qual a exposição à mídia influencia a insatisfação corporal é por aumentar a ansiedade e a percepção dos homens sobre o seu próprio problema (nesse caso, não ser forte suficiente) e oferecer a eles uma solução para o impasse (geralmente através da oferta de produtos que prometem melhorar a forma física e a aparência). Todos esses fatores contribuem para o desenvolvimento da dismorfia muscular nos homens, GRIEVE (2007).

2.4 O USO DE ESTERÓIDES ANABÓLICOS ANDROGÊNICOS

Os esteróides anabólicos androgênicos (EAA) são substâncias naturais, sintéticas e semissintéticas, quimicamente relacionadas ao hormônio sexual masculino, a testosterona, de acordo com (FRIZON *et al.* 2005). O termo androgênico é de origem grega, onde *andro* significa homem e *gennan*, produzir. Assim, a definição biológica de um androgênico é qualquer substância que produz o crescimento das gônadas masculinas, conforme (CUNHA *et.al* 2005).

De acordo com SILVA *et al* (2002), os hormônios esteróides androgênicos naturais são produzidos pelo córtex da suprarrenal e pelas gônadas (ovários e testículos) e têm como características principais a promoção e manutenção das características sexuais associadas à masculinidade e do *status* anabólico dos tecidos somáticos.

Além dos esteróides androgênicos naturais, dito endógenos, existem os esteróides anabolizantes, ou esteróides anabólico-androgênico. Alguns autores referem os EAA como os derivados sintéticos da testosterona que possuem atividade anabólica (promoção do crescimento) superior à atividade androgênica (masculinização) conforme o mesmo autor supracitado.

Quadro 3 - Efeitos androgênicos e anabólicos da testosterona

EFEITOS ANDROGÊNICOS

- Crescimento do pênis
- Espessamento das cordas vocais
- Aumento da libido
- Aumento de cabelos do corpo e da face
- Padrão masculino dos pelos pubianos
- Aumento da secreção das glândulas sebáceas

EFEITOS ANABÓLICOS

- Aumento da massa muscular
- Aumento da retenção de nitrogênio
- Aumento da concentração de hemoglobina
- Redução dos estoques de gordura corporal
- Aumento da deposição de cálcio nos ossos.

Fonte Silva et.al 2001

O uso indevido dos EAA tem sido encontrado entre freqüentadores de academias de musculação, atletas de halterofilismo, pessoas de baixa estatura, na tentativa de melhorar a aparência, ou com o fim de melhorar a performance sexual ou para diversão. No entanto, uso abusivo e indiscriminado pode ocasionar efeitos colaterais graves, os quais são desconhecidos por muitos usuários, de acordo com (LIZE *et.al* 1999).

A incidência do uso dos EAA parece ter aumentado consideravelmente nos últimos anos nos Estados Unidos da América, conforme o mesmo autor supracitado. No Brasil, ocorre a venda livre e irregular de drogas pelas farmácias ou fórmulas obtidas em farmácias de manipulação, as quais utilizam sais legalmente importados, como oxodronlona, estanozolol e testosterona. Também se encontra abuso de substâncias destinadas a uso veterinário, principalmente para eqüinos de competição.

Nos anos 60 e 70 o uso de anabolizantes era praticamente restrito a atletas de elite. No entanto, com o surgimento da dismorfia muscular nos últimos 20 ou 35 anos, o uso ilegal dessas substâncias explodiu entre os universitários e rapazes de escolas secundárias dos Estados Unidos. Hoje, milhares de rapazes e homens usam anabolizantes não para uma finalidade atlética, mas para apenas ficarem maiores, conforme (POPE *et.al* 2000).

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

Na literatura é controversa a hipótese de que a dismorfia muscular é mais prevalente em usuários de EAA e de que o uso de EAA aumenta a chance de os indivíduos desenvolverem a dismorfia muscular. O que há descrito em alguns estudos é a prevalência do uso de EAA entre homens com dismorfia muscular. OLIVARDIA *et.al* (2000) realizaram um estudo com homens freqüentadores de academias, comparando um grupo com dismorfia muscular e outro sem. Onze (46%) dos 24

homens com dismorfia muscular, mas somente dois (7%) do grupo controle, relataram uso de esteróides. Dos onze homens com dismorfia muscular que relataram uso de esteroides, o início da dismorfia muscular ocorreu no mínimo um ano antes do uso de esteroides em 8 casos (73%), no mínimo um ano após o uso dos esteroides em um caso (9%), e no mesmo ano em dois casos (18%).

Por outro lado, POPE *et. al* (1997), realizaram um estudo com 156 halterofilistas (88 usuários de EAA e 68 não usuários) em que todos os 16 homens que receberam o diagnóstico de “anorexia nervosa reversa” referiam história de uso de EAA. Posteriormente, realizaram uma pesquisa no Canadá entre 43 fisiculturistas, 48 corredores e 48 lutadores de arte marcial. Os fisiculturistas apresentaram os maiores índices de insatisfação corporal e 19 deles (44%) relataram uso de EAA, comparado a somente 1 (2%) dos lutadores e nenhum dos corredores. Ainda, realizaram um estudo comparativo entre 15 homens com dismorfia muscular e 30 sem o distúrbio. Dos 15 indivíduos, 6 (40%) relataram história de abuso de esteroides enquanto somente 2 (7%) dos 30 do grupo comparativo relataram o abuso.

Em um estudo comparando grupos com dismorfia muscular (n=40), preocupação com a musculatura(n=63), preocupação com a gordura (n=66), e indivíduos normais (n=68) , HILDEBRANT *et.al* (2006) encontraram as maiores taxas de uso de EAA nas pessoas com a doença, ou seja, em 12 membros (30%). Esse grupo era o que menos continha fisiculturistas competidores e os autores sugeriram que a elevada frequência do uso de EAA não foi devida à busca de desempenho. Esse achado corrobora a amostra desse estudo, no qual os participantes usam EAA para fins estéticos. PELUSO *et.al* (2000) já afirmavam que apesar de os EAA serem utilizados primordialmente como forma de tratamento de algumas patologias, é seu uso não clínico que tem chamado mais a atenção. Procurados primeiro por atletas em busca de um melhor desempenho esportivo e, há alguns anos, também por não atletas em busca de ganhos na força física ou na aparência, essas drogas vêm recebendo atenção crescente não apenas por meio de comunicação ou entidades ligadas ao controle de drogas no esporte, mas também por pesquisadores na área de psiquiatria. Isto tem ocorrido porque, apesar de seus efeitos adversos nas diversas áreas médicas estarem descritos e bem documentados, sua associação com quadros psiquiátricos ainda está em busca de documentação definitiva e conclusiva.

3. CONCLUSÃO

Há necessidade de estudos sobre a manifestação da dismorfia muscular em usuários de EAA, a fim de que se possa traçar maneira de auxiliar e tratar aqueles que apresentam sinais e sintomas do distúrbio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4º ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. LIZE MLZ, DA GAMA e SILVA TS, FERIGOLO M, BARROS HMT. O abuso de esteroides anabólico- androgênicos em atletismo. Rev Assoc Med Bras.1999 Sep-Dec;45(4):364-70.
3. ASSUNÇÃO SSM. Dismorfia muscular. Rev Bras Psiquiatr. ;24 Suppl 3:S80-4.2002.
4. FAIRBURN CG. Eating Disorders. In: Kendell RE, Zeally AK, editors. Companion to psychiatric studies. Forme and London: Butler & Tanner Ltd; 1994.
5. POPE,H.G.JR. et al. Anorexia nervosa and “ reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. Compr Psychiatry. Nov- Dec;34(6):406-9.1993.
6. SARDINHA, A.et al. Dismorfia muscular: análise comparativa entre um critério antropométrico e um instrumento psicológico. Rev Bras Med Esporte.v.14.n.4.Niterói. Jul/Ago.2008.
7. POPE,H.G.JR. et al. Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. Psychosomatics. Nov- Dec;38(6):548-57. 1997.

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

9. PHILLIPS KA. et al. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am J Psychiatry*.150:302-8.1993.

10. TORRES, A. R. et al. Body dysmorphic disorder: an alternative expression of obsessive – compulsive disorder? *Rev Bras Psiquiatr.*, 27:95-96. 2005.

11. COHANE, G. H.; POPE, H.G.JR. Body image in boys : a review of the literature. *Int J Eat Disord*. May; 29(4):373-9. 2001.

12. OLIVARDIA, R; POPE, H.G.JR; HUDSON, J.L. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case control study. *Am J Psychiatry*. 157: 1291-6.2000.

13. POPE, H.G.JR; PHILLIPS, K.A; OLIVARDIA, R. Envolling ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of eating disorders*. 26:65-72. 1999.

14. NORTON, K. L; OLDS, T. S; OLIVE, S; DANK, S. Ken and Barbie at life size. *Sex roles: a journal of research*. Feb;34: 287-94. 1996.

15. CHUNG, B. Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspectives in Biology and Medicine*.44(4):567-74. 2001.

16. FRIZON, F; MACEDO, S. M. D; YONAMINE, M. Uso de esteróides andrógenos anabólicos por praticantes de atividade física das principais academias de Erechim e Passo Fundo/RS. Rev Ciênc Farmac Básica Apl. 26(3): 227-32.2005.
17. CUNHA, T.S. et al. Esteroides anabólicos androgênicos e sua relação com a prática esportiva. Rev Bras Ciênc Farmac. Abr-Jun; 40(2): 165-79. 2004.
18. BLOUIN, A.G; GOLDFIELD, G. S. Body image and steroid use in male bodybuilders. Int J Eating Disord. Sep; 18(2): 159-65. 1995.
19. HILDEBRANT, T. et al. Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. Comprehensive Psychiatry. Mar-Apr, 47(2):127-35. 2006.
20. PELUSO, M.A.M. et al. Alterações psiquiátricas associadas ao uso de anabolizantes. Rev Psiquiatr Clin. Jul-Ago; 27(4): 229-36. 2000.
21. POPE, H.G. JR; PHILLIPS, K.A; OLIVARDIA, R. O complexo de adônis: a obsessão masculina pelo corpo. Rio de Janeiro. Campus; 2000.