

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

THAÍS FERNANDA DE SOUZA MADURO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
BACHARELADO

Brasília-DF

2018

Thaís Fernanda de Souza Maduro

**TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL: UMA REVISÃO SOBRE A
RELAÇÃO ENTRE MÍDIA, ESPORTE E VULNERABILIDADE DOS
INDIVÍDUOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na
Faculdade de Educação Física da UnB como requisito
básico para a conclusão do Curso de Educação Física -
Bacharelado.

Orientador: Lauro Vianna

Brasília, 4 de junho de 2018

RESUMO

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) é um transtorno de autoimagem no qual o indivíduo desenvolve sintomas de preocupação excessiva em relação a um defeito mínimo ou imaginário na aparência física. Essa insatisfação excessiva traz prejuízos para a vida social e profissional, provocando comportamentos autodestrutivos, de isolamento social e que colocam a saúde em risco. O presente artigo, através de uma revisão de literatura, buscou relacionar aspectos como a influência da mídia, dos esportes e da vulnerabilidade dos indivíduos em desenvolverem tal transtorno, de modo a levantar possibilidades de atuação dos profissionais de educação física nesse cenário. Após uma primeira busca em maior escala, trinta e dois artigos selecionados foram revisados. Concluiu-se que o TDC afeta um público bastante diversificado e heterogêneo, não é um transtorno conhecido por grande parte da população e dos profissionais de saúde e os malefícios provocados na vida e na saúde das pessoas são enormes, exigindo conhecimento, atenção e atuação prática para que mais pessoas não sejam afetadas pelo transtorno.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal; Autoimagem; Dismorfia Muscular; Body Image; Muscle Dysmorphia .

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 6 |
| 3. METODOLOGIA | 7 |
| 4. RESULTADOS | 8 |
| 5. DISCUSSÃO | 9 |
| 6. CONCLUSÃO | 21 |
| 7. PERSPECTIVAS | 22 |
| 8. REFERÊNCIAS | 23 |

1. INTRODUÇÃO

A mídia e os meios de comunicação exercem papel fundamental na vida dos indivíduos. Sua utilização como forma de trabalho, lazer e propagação de informações atingem um grande número de espectadores. A mídia tem grande contribuição na divulgação de informações, de padrões de beleza e comportamentos que são formados pela indústria e pelas personalidades “ícones” da televisão e das redes sociais. Nesse cenário, a preocupação com a aparência, a adesão à dietas restritivas e a prática de atividades físicas têm se tornado cada vez mais comuns, sendo alvos de grande investimento financeiro e de preocupação exacerbada por parte do público.

O excesso de preocupação acerca da autoimagem pode acarretar prejuízos na vida das pessoas. Quando a insatisfação com a própria imagem surge quando o indivíduo sente que não se enquadra no “padrão” constituído socialmente, mudanças no comportamento desses indivíduos podem demonstrar indícios de transtornos de autoimagem e associados.

A distorção da Imagem Corporal (IC) e as consequências desse transtorno podem afetar diretamente a saúde dos indivíduos acometidos e provocar comportamentos alimentares inadequados e prejuízos como afastamento e isolamento da vida social. Para entendermos melhor o contexto que envolve o Transtorno Dismórfico Corporal é importante que alguns conceitos sejam compreendidos, como a formação da IC, a insatisfação com a própria imagem e, posteriormente, o processo de distorção da imagem corporal e suas possíveis consequências.

O presente estudo tem como objetivo revisar as produções que abordam a temática em questão, apresentando as principais características do Transtorno Dismórfico Corporal, grupos afetados, faixas etárias, gênero, perfil dos grupos mais afetados, buscando relacioná-los com a influência que a mídia possui dentro desse contexto.

2. JUSTIFICATIVA

A propagação pela mídia de padrões de comportamento tem provocado prejuízos na vida social dos indivíduos. A busca pela beleza e perfeição estética tem sido uma das maiores preocupações atuais, tanto em homens quanto mulheres, adultos e adolescentes. As consequências da internalização desses padrões são inúmeras, desde a esquiva social, a comportamentos que podem colocar em risco a saúde física e mental daqueles que se sentem insatisfeitos com a própria aparência.

A necessidade de se diagnosticar quadros de transtornos relacionados a autoimagem corporal em indivíduos fisicamente ativos é extremamente importante para se preservar não somente sua saúde física, mas também mental. O profissional de educação física convive semanalmente e, em alguns casos diariamente, com atletas, alunos, frequentadores de academias, estúdios e clubes que promovem práticas de alguma atividade e, devido a isso, possui grandes possibilidades de observar, acompanhar, instruir e orientar esse público.

É essencial que esses transtornos sejam evitados, pois trazem inúmeros prejuízos na vida pessoal e profissional do indivíduo, dessa forma, os profissionais de educação física podem contribuir analisando seus alunos e encaminhando-os, se necessário, para profissionais específicos, a fim de evitar ou tratar o Transtorno Dismórfico Corporal.

Através da aplicação de testes psíquicos, análises antropométricas e do diálogo com o aluno interessado em ingressar em determinada atividade, um diagnóstico prévio poderia ser realizado para direcionar o trabalho do profissional de educação física, a fim de oferecer uma prática saudável, dentro dos limites individuais e conscientizando os alunos.

3. METODOLOGIA

A estratégia de busca consistiu em analisar os mais relevantes estudos publicados originalmente na língua portuguesa ou inglesa, na última década do século XX e início do século XXI (janeiro de 1990 a junho de 2018), tendo como referência as bases de dados MEDLINE (National Library of Medicine) e a Scielo. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “transtornos de autoimagem”, “atletas”, “percepção de autoimagem”, “transtorno dismórfico corporal”, “dismorfia muscular”, “muscle dysmorphia”, “body image”, “athletes”.

A escolha dos artigos se baseou no conteúdo apresentado por eles, visto que nosso objetivo consistiu em apresentar as relações de gênero, idade e perfil dos indivíduos com o Transtorno das principais produções realizadas até hoje acerca dessa temática.

4. RESULTADOS

Em torno de 80 artigos foram selecionados no primeiro momento e após a seleção, seguindo os critérios de inclusão, exclusão e a temática da pesquisa, trinta e seis artigos foram selecionados para a presente revisão. Foram excluídos da seleção artigos relacionados à cirurgias estéticas em pacientes com transtornos dismórficos corporais.

5. DISCUSSÃO

I) A INFLUÊNCIA DA MÍDIA

Nos últimos anos observou-se um grande crescimento no número de adeptos à prática de atividades físicas e conscientes da importância da adequação alimentar nesse cenário. Segundo a Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), 2016, que compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde, a prática de atividade física no tempo livre cresceu, passando de 30,3% em 2009 para 37,6% em 2016.

Através de dados oferecidos pelo Ministério da Saúde e das campanhas de conscientização e programas de promoção de saúde criados nos últimos anos, observa-se que a importância da nutrição e da prática de atividades físicas tem se tornado cada vez mais conhecida pela população brasileira. A mídia e os meios de comunicação exercem papel fundamental na divulgação de informações que permeiam essas áreas e na propagação rápida e grandiosa, também, de padrões e comportamentos que são formados pela indústria e pelas personalidades “ícones” que aderem um estilo de vida saudável e fisicamente ativo.

A busca pela perfeição física está instaurada nesse cenário, entretanto, o descontrole físico e emocional daqueles que a buscam está provocando inúmeros transtornos psíquicos e, conseqüentemente físicos, prejudiciais à saúde dessas pessoas. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a obsessão por atingir um padrão estético, seja ele qual for, é capaz de promover desordens psíquicas fazendo com que o indivíduo tenha visões distorcidas de partes ou até mesmo de seu corpo todo. A distorção da autoimagem pode desencadear comportamentos autodestrutivos, gerando problemas com autoestima fazendo com que os indivíduos se sintam incapazes, excluídos socialmente, como consequência acabam recorrendo a meios inadequados de tentar “corrigir” ou modificar aquilo que os incomoda. A distorção da imagem corporal compreende a percepção do próprio corpo como mais pesado ou maior do que ele realmente é sobretudo após a comparação com modelos de beleza na mídia. A imagem corporal é uma percepção que integra os níveis físico, emocional e mental (SECCHI, CAMARGO E BERTOLDO, 2009).

O culto ao corpo está ligado à imagem de poder, beleza e influência social e a presença de jovens com corpos esqueléticos ou musculosos apresentados em revistas, cinema e comerciais dificulta a consideração da beleza em sua diversidade e singularidade, sem estar presa a padrões estéticos cada vez mais inatingíveis (INAD, 2004; SAIKALI et al, 2004). Segundo Thompson (1996), o conceito de imagem corporal (IC) envolve três componentes: o perceptivo, que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, de modo visual, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso; subjetivo, que envolve aspectos como satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada, se relaciona com a própria opinião do indivíduo, do que é belo para ele; comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal, relacionando-se com a opinião do outro.

A imagem corporal é uma construção psicológica que se desenvolve por meio de pensamentos, sentimentos e também percepções de uma pessoa em relação a sua aparência geral. Desta forma, a imagem corporal é multifacetada e pode ser alterada por fatores intrínsecos ou extrínsecos e apresentar-se de forma positiva ou negativa (BARROS, 2005). Para Schilder (1977), é um conceito capaz de operar com as três estruturas corporais: estrutura fisiológica, responsável pelas organizações anatomofisiológicas; estrutura libidinal, conjunto das experiências emocionais vividas nos relacionamentos humanos; e estrutura sociológica, baseada nas relações pessoais e na aprendizagem de valores culturais e sociais. Schilder sugere que a experiência com a imagem do próprio corpo relaciona-se à experiência de terceiros com seus corpos. Compreender a imagem corporal exige a consideração, além das imagens corporais individuais, das inter-relações entre as imagens de várias pessoas (SCATOLIN, 2012).

Anos à frente, Slade (1994) propôs um modelo de fatores que influenciam o desenvolvimento e a manifestação da IC: histórico sensorial de experiência corpórea: a experiência visual, tátil e sinestésica ao longo da vida; normas culturais e sociais: algumas culturas, sobretudo as ocidentais, incentivam o “culto ao corpo magro” especialmente para mulheres jovens; atitudes individuais frente ao peso e à forma: demonstrado por diversos estudos que o sexo feminino admite fazer dieta e apresenta maior desejo de perder peso; variáveis cognitivas e afetivas: pessoas com TA julgam o tamanho do próprio corpo a partir do número de calorias ingeridas; psicopatologia individual: influenciada pelas normas culturais e sociais e atitudes individuais de peso e

forma; variáveis biológicas: manifestação no dia-a-dia do TA; histórico de mudança de peso: a IC de indivíduos obesos ou anoréticos sofre maior variação devido à grande flutuação de peso. Por tudo isso, a imagem corporal é uma percepção que integra os níveis físico, emocional e mental (SEECHI, CAMARGO e BERTOLDO, 2009 apud SLADE, 1994).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014, os transtornos psiquiátricos relacionados à distorção da autoimagem corporal, como os transtornos alimentares ou o transtorno dismórfico corporal, costumam promover elevado grau de sofrimento físico e psíquico, associado a perdas sociais e ocupacionais significativas. O transtorno dismórfico corporal está associado a altos níveis de ansiedade, ansiedade social, esquiva social, humor deprimido, neuroticismo e perfeccionismo, bem como a baixa extroversão e baixa autoestima. Os indivíduos têm vergonha de sua aparência e passam a se esquivar socialmente a fim de não serem vistos e avaliados pelas pessoas. Os indivíduos com esse transtorno tendem a interpretar de forma negativa e ameaçadora expressões faciais ou cenários ambíguos (DSM-V, 2014).

Segundo *Mariangela Gentil Savoia* (2000):

“O *Transtorno Dismórfico Corporal* é um novo nome para um velho transtorno. Segundo *Warwick* (1996), tem sido descrito nas literaturas européia e japonesa por uma variedade de nomes, sendo o mais comum *dismorfofobia*, termo utilizado por *Morselli* pela primeira vez há 100 anos (1886). Embora esse termo seja usado de diferentes maneiras, é definido como um sentimento de feiúra ou defeito físico que o paciente percebe a despeito de sua aparência normal. Embora sua presença seja clara na literatura européia, a *dismorfofobia* não apresenta na CID – Classificação Internacional de Doenças (1993) –, uma categoria nosológica, estando incluída na categoria da *hipocondria*. Na classificação psiquiátrica americana, é encontrada primeiramente no DSM-III, *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Third Edition* (1980), como um exemplo de transtorno somatoforme sem nenhum critério diagnóstico, vindo este apenas no DSM-III-R, *Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders – Third Edition Revised* (1987).”

Segundo o DSM-V, 2014, o transtorno dismórfico corporal (TDC) ou Dismorfia Corporal é definido como um transtorno que envolve sintomas de preocupação excessiva em relação a um defeito mínimo ou imaginário na aparência e que traz prejuízos na vida social, ocupacional ou em outras áreas importantes para o indivíduo. Para que um indivíduo receba diagnóstico de TDC, três critérios precisam estar presentes: 1) Preocupação com um defeito na aparência física - o defeito é imaginado ou então, se houver alguma alteração, a preocupação é demasiadamente excessiva; 2) A preocupação deve causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional em outras áreas importantes da vida; 3) Esta preocupação não deve ser melhor explicada por outro transtorno mental, por exemplo, anorexia nervosa ou bulimia. Além disso, o TDC pode apresentar comorbidade com outros transtornos, como TOC, Fobia Social, Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Delirante, (BALLONE, 2006).

As complicações clínicas e psíquicas grave são um ponto relevante se refere às implicações do TDC, que em muitos casos levam a sérias limitações, como por exemplo, prejuízos sociais. Evitar as atividades de rotina pode acarretar um grande isolamento e em casos mais graves, os indivíduos com dismorfia chegam a abandonar suas atividades de trabalho, estudo, evitar locais públicos e de socialização. O nível de sofrimento e da disfunção associados à este transtorno é variável, podendo provocar transtornos alimentares, repetidas hospitalizações e tentativas de suicídio (BALLONE, 2006; PHILLIPS, 2000). Segundo Cororve e Gleaves (2001), não há tratamento específico para o TDC, por isso profissionais têm incluído tratamentos médicos não psiquiátricos (como cirurgias estéticas, farmacoterapia), terapia psicodinâmica, terapia cognitivo-comportamental e métodos combinados.

Conjuntamente com quadros de depressão e neuroses, inúmeros indivíduos têm desenvolvido a Dismorfia Corporal e, por muitas vezes, desconhecem a origem desses problemas ou até mesmo nem sabem que estão acometidos. Autores discutem a possibilidade de categorizá-lo como uma forma de transtorno obsessivo compulsivo (TOC), pois ambos os transtornos possuem características em comum, tais como: curso crônico, pensamentos desagradáveis e indesejados, comportamentos compulsivos e repetitivos, sentimentos de vergonha, baixa autoestima e, em casos mais graves, isolamento social e total incapacidade funcional. (AMÂNCIO et al., 2002; PHILLIPS

et al. ,1995; TORRES et AL. 2005). Segundo Torres et al. (2005), a vantagem em se agrupar o TDC como uma forma de TOC estaria na possibilidade de descobrir quais são os genes envolvidos na sua etiologia e quais abordagens terapêuticas seriam mais adequadas.

II) TRANSTORNOS ALIMENTARES (TA)

Segundo Herscovici (1996), os Transtornos Alimentares estão relacionados com uma conduta impulsiva, compulsiva e obsessiva de pessoas com grande preocupação com a aparência física. São condições psiquiátricas caracterizadas por comportamento alimentar anormal e distorções relacionadas com a Imagem Corporal (IC). Provocam danos ao bem estar, ao estado nutricional e complicações clínicas e psíquicas graves. Estas condutas adquiridas servem para que a pessoa se sinta melhor consigo, assim, a autodestruição é uma consequência e não um objetivo dos TA.

Os TAs têm crescido de forma significativa atingindo em sua maioria mulheres e seu desenvolvimento está relacionado a fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004), os transtornos alimentares atingiram cerca de 38,8 milhões de pessoas entre 1999 e 2009. Conjuntamente com quadros de depressão e neuroses, inúmeros indivíduos têm desenvolvido a Dismorfia Corporal e, por muitas vezes, desconhecem a origem desses problemas ou até mesmo nem sabem que estão acometidos.

III) DISMORFIA MUSCULAR

A Dismorfia Muscular, popularmente conhecida como Vigorexia, é uma forma de transtorno dismórfico corporal que ocorre quase exclusivamente no sexo masculino e consiste na preocupação com a ideia de que o próprio corpo é muito pequeno ou insuficientemente magro ou musculoso, sendo que os indivíduos com essa forma de transtorno, na verdade, têm uma aparência corporal normal ou são ainda mais musculosos. Eles também podem ter preocupação excessiva com outras áreas do corpo, como a pele ou o cabelo. A maioria faz dieta, exercícios e/ou levanta pesos excessivamente, causando danos ao corpo. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana alguns usam esteroides anabolizantes perigosos e outras substâncias para tentar deixar seu corpo maior e mais musculoso. A

dismorfia muscular (DISMUS) é considerada atualmente pela literatura psiquiátrica como um possível subtipo do transtorno dismórfico corporal, dentre os transtornos somatoformes (DSM-V, 2014).

Essa apresentação clínica foi descrita pela primeira vez sob o título de Dismorfia Muscular em 1997 por Pope *et al.* Sua manifestação ocorre por razões multifatoriais, incluindo predisposições genéticas, socioculturais e de personalidade. Entretanto, observa-se que a mídia exerce um grande papel na propagação de padrões de beleza promovendo nos indivíduos insatisfação com sua aparência física. No Brasil foram encontrados níveis elevados de descontentamento dos homens com o aspecto físico semelhante aos achados americanos (ARAÚJO, et al, 2003). Sardinha, 2008, propõe que há uma probabilidade de que a discrepância encontrada entre a massa muscular real e a desejada possa ser um fator relevante para o aumento do número de casos de DISMUS, bem como para o uso de substâncias anabolizantes.

Apesar de ainda não estar descrita nos manuais de diagnóstico psiquiátricos como uma categoria nosológica independente, a DISMUS vem sendo reconhecida e tratada pela Psiquiatria nos últimos anos uma vez que se tornou bastante prevalente e os prejuízos para os portadores do transtorno podem variar desde lesões articulares e musculares, até prejuízos sociais, profissionais e psicológicos, como depressão e ideação suicida (LEONE, et al, 2005).

A DISMUS é um transtorno que dificilmente é percebido pelos profissionais de saúde, em função da aparência fisicamente saudável dos indivíduos acometidos (LEONE, et al, 2005). É bastante provável que os profissionais de saúde em maior contato com os indivíduos acometidos pela Dismorfia Muscular sejam os ligados à prática de exercícios físicos, como os médicos especialistas e os educadores físicos. Devido a isso, possuem maior possibilidade de deparar com o transtorno e identificá-lo ainda em suas fases iniciais. Essa característica torna ainda mais necessária uma orientação específica aos profissionais da área de exercício a fim de identificá-la (SARDINHA, 2008).

Pope et al, 2002, descrevem prevalência de 10% de dismorfia muscular entre levantadores de peso e de até 84% entre fisiculturistas que participavam de competições. Hitzeroth et al encontraram prevalência de 53,6% entre fisiculturistas

amadores na África do Sul. Em uma amostra de indivíduos com transtorno dismórfico corporal, a prevalência de dismorfia muscular chegou a 9,3% (CHOI, et al, 2002).

IV) QUESTIONÁRIOS DIAGNÓSTICOS

A literatura atual dispõe de diversos métodos e opções de questionários, que combinados, são utilizados no diagnóstico de transtornos relacionados a autoimagem e demais associados. Alguns desses instrumentos foram traduzidos para o português e acabaram perdendo alguns itens e detalhes (CAMPANA, 2009). Para se obter um diagnóstico dos transtornos relacionados a distorção da autoimagem e das complicações associadas faz-se necessário investigar os componentes que circundam o contexto da Imagem Corporal. Os métodos apresentados a seguir foram os mais utilizados nos artigos analisados nessa revisão:

1. Através da Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) a variável autoestima pode ser avaliada. Composta por 10 itens, com três opções de respostas do tipo Likert (1 = concordo fortemente, 2 = concordo/discordo, 3 = discordo fortemente), apresenta dois fatores: o fator 1 agrupa seis itens relacionados à autoestima positiva, e o fator 2, quatro itens referentes à autoestima negativa. Com relação à pontuação, quanto maior o escore obtido na escala, maior o nível de autoestima do indivíduo.
2. A "Escala de Medida da Imagem Corporal" foi desenvolvida por Souto, em 1999, para ser usada na prática clínica da enfermagem para investigação / confirmação diagnóstica de alterações da Imagem Corporal, segundo os critérios diagnósticos da North American Diagnosis Association (NANDA). O diagnóstico do distúrbio da Imagem Corporal na enfermagem aceito pela NANDA é definido como o estado no qual o indivíduo experimenta mudanças de perceber sua própria Imagem Corporal. A escala tem 23 itens, elaborados para abordar proporcionalmente os 3 componentes da Imagem Corporal, dispostos em uma escala tipo Likert, com cinco pontos, variando de sempre a nunca. O resultado final da escala corresponde à soma dos escores de todas as assertivas. Pontuações altas são indicativas de uma Imagem Corporal favorável (CAMPANA, 2009).
3. O *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ) foi elaborado para avaliar as emoções e sentimentos que as mulheres têm a respeito de seu corpo. A escala original é composta por 44 itens e os respondentes devem avaliar sua concordância com cada assertiva numa escala Likert de 5 pontos, que varia de "discordo totalmente" a "concordo totalmente".

Os itens dividem-se em 6 fatores: (1) sentir-se gorda, (2) depreciação do corpo, (3) força e condicionamento físico, (4) importância do peso e da forma do corpo, (5) atratividade (6) depósito de gordura nos membros inferiores. Altas pontuações nos fatores 1, 2, 4 e 6 implicam em atitudes negativas em relação ao corpo, enquanto altos escores nos fatores 3 e 5 indicam atitudes positivas (CAMPANA, 2009).

4. A *Escala de Silhuetas* (ES) de Thompson & Gray, validada em 1995, consiste em uma série de figuras com uma ligeira graduação entre uma figura e a seguinte, aumentando gradativamente o padrão. Essa escala é composta por 18 figuras, sendo 9 femininas e 9 masculinas, que vão da silhueta mais magra para a mais obesa. Os participantes devem responder às seguintes questões: “*Escolha uma figura que melhor lhe representa no momento*” e “*Escolha uma única figura que representa a forma que gostaria de ter/ser*”. O escore é calculado pela diferença entre a silhueta escolhida como ideal e a atual, variando de -8 a 8. Valores positivos indicam que o sujeito deseja ter uma silhueta menor que a atual e, em contrapartida, valores negativos indicam desejo de aumentar a silhueta. (MEIRELES, 2015)
5. O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) avalia o grau de insatisfação corporal com base em 34 itens em escala Likert de pontos, com suas respostas podendo variar de 1 (Nunca) a 6 (Sempre). Esse instrumento foi desenvolvido originalmente por Cooper et al. e validado para adolescentes brasileiros por Conti et al. A pontuação varia de 34 a 204 pontos, sendo que quanto maior o escore obtido maior a insatisfação com o corpo (CAMPANA, 2009).
6. A fim de se investigar a internalização do ideal de magreza e por quais mediadores o ambiente sociocultural exerce sua influência sobre a imagem corporal, é utilizado o *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3* (SATAQ-3). O questionário é composto por 30 perguntas em escala do tipo Likert com 5 opções de resposta ("Discordo totalmente" até "Concordo totalmente"). O instrumento apresenta 4 subescalas referentes à: internalização do ideal de corpo atlético; internalização geral dos padrões socialmente estabelecidos; pressão exercida por esses padrões; mídia como fonte de informações sobre a aparência. O escore total do questionário é calculado pela soma das respostas, considerando que todas as questões que apresentam a palavra "não" em seu enunciado têm pontuações invertidas. Quanto maior a pontuação obtida, maior a influência dos aspectos socioculturais na imagem corporal (CAMPANA, 2009).
7. No cenário clínico e de pesquisa, o *Eating Attitudes Test* (EAT) é um dos instrumentos mais aplicados para o rastreamento de sintomas e comportamentos de risco para o

desenvolvimento de TAs. Sua primeira versão, desenvolvida por Garner et al. em 1979, foi composta por 40 itens, em escala *Likert* de pontos, de 1 (sempre) a 6 (nunca). No entanto, em função do tempo gasto em seu preenchimento, uma versão abreviada foi proposta em 1982, com 26 itens. Essa versão simplificada foi estruturada em três fatores: 1) dieta - reflete restrição dietética para alimentos com altos valores calóricos, evitação de comida e preocupação excessiva com magreza; 2) bulimia e preocupação com alimentos - diz respeito a episódios de ingestão exagerada de alimentos, seguidos por métodos patológicos de controle de peso corporal; 3) autocontrole oral - representa o autocontrole em relação à comida e avalia a influência que o ambiente pode exercer sobre os hábitos alimentares. (FORTES, 2016)

V) PREVALÊNCIA

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a prevalência ponto entre os adultos norte-americanos é de 2,4% (2,5% no sexo feminino e 2,2% no masculino). Fora dos Estados Unidos (i.e., na Alemanha), a prevalência atual é de 1,7 a 1,8%, com uma distribuição entre os gêneros similar à dos Estados Unidos.

VI) IDADE

Os artigos selecionados para a presente revisão demonstraram que adolescentes e atletas mais jovens apresentavam mais indícios de insatisfação com a imagem corporal, distorção da autoimagem e vulnerabilidade ao desenvolvimento de Transtornos Alimentares. Hipóteses apontam que isso pode ser uma consequência do período de puberdade em que o percentual de gordura corporal aumenta e a mama e o quadril se desenvolvem (KANTANISTA, et al, 2018). Levando esses dados em consideração, jovens atletas que competem em nível de elite podem perceber seu corpo negativamente em comparação com os atletas mais velhos. Isso pode se dar por atletas mais experientes terem uma maior experiência em ambientes esportivos altamente competitivos e uma maior consciência com relação ao corpo, o que pode estar associado à menor insatisfação corporal. Além disso, segundo o DSM-V, o risco de suicídio parece alto em adolescentes.

A média de idade de início do transtorno é 16 a 17 anos e a idade mais comum de início é 12 a 13 anos. Dois terços dos indivíduos têm início do transtorno antes dos 18 anos. As características clínicas do transtorno parecem, em grande parte,

similares em crianças/adolescentes e adultos. O transtorno também ocorre em idosos, mas pouco é sabido a seu respeito nessa faixa etária. Os indivíduos com início do transtorno antes dos 18 anos têm maior probabilidade de tentar suicídio, de apresentar mais comorbidade e de ter início gradual do transtorno (em vez de agudo) do que aqueles com transtorno dismórfico corporal com início na idade adulta (DSM-V).

VII) GÊNERO

Os indícios demonstram que parece haver mais semelhanças do que diferenças entre os sexos em relação à maioria das características clínicas – por exemplo, áreas do corpo que desagradam, tipos de comportamentos repetitivos, gravidade dos sintomas, suicidalidade, comorbidade, curso da doença e realização de procedimentos estéticos para o transtorno dismórfico corporal. Indivíduos do sexo feminino, possuem mais probabilidade de apresentar um transtorno alimentar comórbido e a dismorfia muscular ocorre quase exclusivamente no sexo masculino (DSM-V). A divisão entre gêneros parece ser equilibrada, diferindo apenas nos tipos de insatisfação e condutas adotadas perante isso.

Independente do nível econômico, as meninas se apresentam mais insatisfeitas com o excesso de peso e os meninos com a magreza. Um dado também encontrado é de que algumas estudos constataram que adolescentes das classes econômicas mais altas fora do peso ideal mostraram maior insatisfação corporal do que as mais pobres (DUMITH, et al, 2012).

VIII) ESPORTES

Os atletas, independente da modalidade, recebem uma grande carga de cobranças pelo máximo rendimento e desempenho. Técnica, execução, apresentação, e, em alguns casos, estética e aparência são alguns dos aspectos exigidos de um atleta. A pressão em excesso pode desencadear comportamentos que coloquem em risco a saúde e a trajetória esportiva desses indivíduos. Embora esteja bem estabelecido que a atividade física tem um efeito positivo na saúde mental, uma revisão descobriu que a atividade física intensa realizada em atletas de elite pode *comprometer* o bem-estar mental, aumentando os

sintomas de ansiedade e depressão por overtraining, lesão e burnout. Algumas pesquisas, embora não todas, sugerem que essa população tem um risco aumentado de problemas de saúde mental, incluindo transtornos alimentares e suicídio (RICE, et al, 2016).

Em uma pesquisa feita com atletas de modalidades coletivas: 45 atletas das modalidades de basquetebol, voleibol, handebol e futsal, foram aferidas massa corporal, estatura e dobras cutâneas para a determinação do Índice de Massa Corporal (IMC) e percentual de gordura corporal (%G). Os questionários aplicados foram o Body Shape Questionnaire (BSQ) e o Eating Attitudes Test (EAT-26), concluiu-se que atletas em sobrepeso e obesidade possuíam maior tendência a distorção da autoimagem corporal (KRAVCHYCHYN, 2013).

Em um estudo realizado no ano de 2000 foram avaliadas 27 atletas de nado sincronizado que compunham a seleção brasileira daquele ano, sendo 19 da categoria juniores ($15,6 \pm 0,8$ anos) e oito da categoria de seniores ($19,0 \pm 1,3$ anos) e um grupo de 32 adolescentes não-atletas ($15,0 \pm 1,6$ anos) foi usado para comparação com as atletas. Os procedimentos metodológicos adotados foram: aplicação de três instrumentos de auto relato, validados. 1) EAT-26 - presença de comportamentos alimentares inadequados; 2) BITE - presença de atitudes sugestivas de bulimia nervosa; e 3) BSQ - insatisfação da autoimagem corporal. Apesar de apresentarem composição corporal compatível com padrões saudáveis para gênero e idade, as atletas analisadas mostraram insatisfação com a massa corporal e com a imagem corporal. Concluiu-se que insatisfação tanto poderia ser expressão da cobrança midiática e atual, cujo padrão estético preconiza a magreza, como também função da autocobrança da atleta, que precisava atender a critérios subjetivos de pontuações da modalidade desportiva (nado sincronizado), em que se julga a beleza dos movimentos e das coreografias. Observa-se na literatura alta prevalência entre atletas jovens de escores positivos nos três instrumentos em conjunto (EAT-26, BITE e BSQ), sendo mais frequentes nas participantes de modalidades desportivas onde há preocupação com a estética. (PERINI, 2009).

Em um estudo com 487 nadadoras adolescentes, realizado por Schweiger em 1994, verificou que 62% das atletas adotavam alimentação restritiva, 77% tinham

aversão à comida, 12% auto-induziam vômitos, 2,5% utilizavam laxantes e 1,5%, diuréticos. (PERINI, 2009)

Vieira, et al, 2009, constatou correlações significativas entre transtornos de conduta alimentar e distorção de imagem corporal em ginastas da categoria infantil (10-12 anos) e juvenil (13-14 anos). A análise descritiva revelou que 27,2% (quatro ginastas/10-12 anos); 20,0% (quatro ginastas/13-14 anos) apresentaram atitudes sugestivas de comportamento de transtorno de conduta alimentar. Duas ginastas de 10-12 anos (10,0%), cinco ginastas de 13-14 anos (15%) e as cinco ginastas acima 15 anos (100%) apresentaram distorção da imagem corporal. As evidências apontaram que a percepção comportamental e cognitiva das adolescentes em relação às exigências estéticas dos ambientes nos quais estão inseridas parece ser um fator primordial a ser considerado quando se percebe a presença de comportamentos sugestivos de transtorno de conduta alimentar e da distorção da imagem corporal.

6. CONCLUSÃO

O presente artigo teve como objetivo revisar aspectos que envolviam o Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), desde os critérios diagnósticos ao perfil dos principais públicos acometidos. Os dados apresentados entre os artigos, livros e sites revisados mostram que os sinais sintomáticos têm sido ignorados e os prejuízos causados pelo transtorno estão tomando proporções grandiosas e desencadeando diversas complicações associadas, como os transtornos alimentares.

A psicologia e a psiquiatria oferecem critérios diagnósticos sólidos e embasados para delimitarem e determinarem o TDC a fim de oferecer possibilidade de diagnóstico. A literatura atual dispõe de diversos questionários diagnósticos validados, que abrangem vários aspectos relacionados ao transtorno e de fácil aplicação, podendo ser facilmente manuseados e utilizados por profissionais de saúde e em ambientes como academias, clubes e equipes esportivas.

Apesar de terem sido encontradas distinções entre homens e mulheres, no que diz respeito ao tipo de insatisfação com a imagem corporal, a distribuição entre gêneros é similar, nos mostrando que ambos merecem atenção. Um destaque entre os artigos revisados está na vulnerabilidade de jovens adolescentes e atletas a desenvolverem transtornos de autoimagem corporal. As mudanças ocorridas na puberdade e a grande influência da mídia digital provocam inquietações e questionamentos acerca da própria imagem e sua relação com os padrões de beleza vigentes.

Por tudo isso percebemos que a Dismorfia Corporal oferece riscos a um público diversificado, não faz distinção de gênero e nem de idade, podendo se manifestar na adolescência ou tardiamente.

7. PERSPECTIVAS

Existem muitos estudos acerca do tema, mas pouco se fala sobre suas aplicações. Sugere-se que sejam colocados em prática os diversos conceitos teóricos já encontrados. Uma sistematização e padronização das condutas a serem adotadas nas escolas, academias e em equipes esportivas seria essencial para que houvesse mais atenção e cuidado com o público e maior adesão dessas condutas por parte dos profissionais envolvidos, minimizando assim a manifestação do TDC e conseqüentemente prevenindo os diversos prejuízos e malefícios que eles causam na vida e na saúde dos indivíduos. Quanto mais cedo for diagnosticado menos complicações os indivíduos correm risco de ter. A conscientização por parte dos profissionais de saúde acerca dos reais prejuízos causados pelos Transtornos de Imagem Corporal é essencial para a prevenção de sua manifestação, diagnóstico e controle dos primeiros sintomas, contribuindo para o bem-estar e melhoria na qualidade de vida desse público.

8. REFERÊNCIAS

1. AMANCIO, Edson José et al . Tratamento do transtorno dismórfico corporal com venlafaxina: relato de caso. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 24, n. 3, p. 141-143, Sept. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2017.
2. ARAUJO, Denise Sardinha Mendes Soares de; ARAUJO, Claudio Gil Soares de. *Self-perception and dissatisfaction with weight does not depend on the frequency of physical activity*. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 80, n. 3, p. 243-249, Mar. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2003000300001&lng=en&nrm=iso>. access on 30 May 2018.
3. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (2013). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - Revisão de texto** (Quinta edição). Washington, DC: Associação Americana de Psiquiatria.
4. BALLONE, GJ - Transtornos Alimentares, in. PsiqWeb, Internet. 2016. disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>, acesso em jun 2017.
5. BANDEIRA, Yngrid Emanuely Rodrigues et al . Avaliação da imagem corporal de estudantes do curso de Nutrição de um centro universitário particular de Fortaleza. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 65, n. 2, p. 168-173, June 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000200168&lng=en&nrm=iso>. acesso em 26 abr. 2017.
6. BARROS, D. D.: Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 2: p. 547-54, maio-ago. 2005

7. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Contagem Populacional. 2014. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34>>. Acesso em Maio de 2017.
8. CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho; CAMPANA, Mateus Betanho; TAVARES, Maria da Consolação G. Cunha Fernandes. Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 8, n. 3, p. 437-446, dez. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 maio 2018.
9. CHOI PY, Pope HG; OLIVARDIA R. *Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters*. **Br J Sports Med** 2002;36:375-7.
10. COOPER, P. J. et al. (1987). *The development and validation of the Body Shape Questionnaire*. **International Journal of Eating Disorders**, 6(4), 485-494.
11. DUMITH, Samuel de Carvalho et al . Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 9, p. 2499-2505, Sept. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900030&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2018.

12. FORTES, Leonardo de Sousa et al . Qualidades Psicométricas *do Eating Attitudes Test (EAT-26)* para Adolescentes Brasileiros do Sexo Masculino. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 32, n. 3, e323220, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000300243&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2018.
13. FORTES, Leonardo de Sousa et al . *Relationship between body image and overall and athletic internalization in young track and field female athletes.* **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 428-437, Aug. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372015000400428&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2018.
14. INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNE DIAS (INAD). **Obesidade e Desnutrição: Projeto Com Gosto de Saúde.** [online]. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 30 de abr. 2017.
15. KANTANISTA, Adam et al. “*Body Image of Highly Trained Female Athletes Engaged in Different Types of Sport.*” **BioMed Research International 2018** (2018): 6835751. *PMC*. Web. Access on 5 June 2018.
16. KRAVCHYCHYN, Ana Claudia Pelissari; SILVA, Danilo Fernandes da; MACHADO, Fabiana Andrade. Relação entre estado nutricional, adiposidade corporal, percepção de autoimagem corporal e risco para transtornos alimentares em atletas de modalidades coletivas do gênero feminino. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 459-466, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092013000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 25 april 2018.

17. LEONE, James E; EDWARD J Sedory, and KIMBERLY A Gray. “*Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders.*” **Journal of Athletic Training** 40.4 (2005): 352–359. access on May 2018.
18. MEIRELES, Juliana Fernandes Filgueiras et al . Avaliação psicométrica do Questionário de Mudança Corporal para adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 11, p. 2291-2301, Nov. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102291&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2018.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel 2017**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>. Acesso em setembro de 2016.
20. NEVES, Clara Mockdece et al . *Body dissatisfaction among artistic gymnastics adolescent athletes and non-athletes*. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis , v. 18, n. 1, p. 82-92, Feb. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372016000100082&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2018.
21. OLIVEIRA, Fátima Palha de et al . Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 9, n. 6, p. 348-356, Nov. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922003000600002&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2018.

22. PERINI, Talita Adão et al . Transtorno do comportamento alimentar em atletas de elite de nado sincronizado. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 15, n. 1, p. 54-57, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2018.
23. PHILLIPS, K. A et al. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46,254-260. Access on May 2018
24. PHILLIPS, K. A.; CASTLE, D. J. (2002). *Body dysmorphic disorder*. In: D. J. Castle & K. A. Phillips (Es.). **Disorders of body image**. Hampshire, UK: Wrightson Biomedical
25. RIBEIRO, L. G.; VEIGA, G. V. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 16, n. 2, p. 99-102, Apr. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 abr. 2017.
26. RICE, Simon M. et al. "A Saúde Mental de Atletas de Elite: Uma Revisão Sistemática Narrativa". **Sports Medicine (Auckland, Nz)** 46.9 (2016): 1333–1353. *PMC* . Acesso em 1 de junho de 2018.
27. SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 2007. Porto Alegre: Artmed. Acesso em 25 abr. 2017.

28. SALINA-BRANDAO, Alessandra et al . Transtorno dismórfico corporal: uma revisão da literatura. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 2, p. 525-540, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000200015&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 abr. 2017.
29. SARDINHA, Aline; OLIVEIRA, Aldair José de; ARAUJO, Claudio Gil Soares de. Resistência muscular: análise comparativa entre um parâmetro antropométrico e um instrumento psicológico. **Rev Bras Med Esporte** , Niterói, v. 14, n. 4, p. 387-392, agosto de 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922008000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de maio de 2018.
30. SAVOIA, Mariangela G. Diagnóstico diferencial entre fobia social e transtorno dismórfico corporal. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 27, n. 6, São Paulo, novembro/dezembro, 2000. Acesso em abril de 2017.
31. SCATOLIN, Henrique Guilherme. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. **Psicologia Revista, revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde** São Paulo, volume 21, n.1, 115-120, 2012. Acesso em Abril de 2017.
32. SECCHI, Kenny; CAMARGO, Brigido Vizeu; BERTOLDO, Raquel Bohn. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 25, n. 2, p. 229-236, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 22 jun. 2017.

33. THOMPSON, J. K. (1996). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association. **Journal of Social Issues**, Vol. 55, No. 2, 1999, pp. 339-353. access on 22 jun. 2017.
34. TORRES, A. R.; FERRÃO, Y. A.; MIGUEL, E. C. (2005). Transtorno dismórfico corporal: Uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27(2), 95-96. access on 22 jun. 2017.
35. VIEIRA, J. L. L. et al. Distúrbios Alimentares e Distorção da Imagem Corporal no Contexto Competitivo da Ginástica Rítmica. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 15, n. 6, p. 410-414, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000700001&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2018.
36. WARWICK, H.M.C. – *Transtornos somatoformes y facticios*, In: Caballo, V.E.; Buella Casal, G.; Carrobes, C. (orgs.), **Manual de Psicopatología y transtornos Psiquiátricos**. Siglo Ventiuno Editores de España, 1995. Access on April 2017.