

GOMES, R.L.; GONZAGA, J.L.D.; GUEDES, A.R.L.A.; GOMES, C.L.; MACHADO, A.A.N.; CECCATTO, V.M. de; SOARES, P.M. Correlação entre o questionário do complexo de adonis (QCA) com fatores do questionário de dependência ao exercício físico (QDEF) em praticantes de musculação na cidade de Fortaleza/CE, *Coleção Pesquisa em Educação Física*, Várzea Paulista, v. 12, n. 4, p. 93-100, 2013.

CORRELAÇÃO ENTRE O QUESTIONÁRIO DO COMPLEXO DE ADONIS (QCA) COM FATORES DO QUESTIONÁRIO DE DEPENDÊNCIA AO EXERCÍCIO FÍSICO (QDEF) EM PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO NA CIDADE DE FORTALEZA/CE

Rodrigo Lopes Gomes¹, João Luiz Dias Gonzaga^{1,2}, André Roque Lemos Acioly Guedes^{1,2}, Camila Lopes Gomes³, André Accioly Nogueira Machado^{4,1}, Vânia Marilan de Ceccatto⁴, Paula Matias Soares^{4,1}.

RESUMO

O transtorno dismórfico corporal (TDC) caracteriza-se principalmente por alterações na percepção da autoimagem, onde pequenas imperfeições na aparência causam preocupações irracionais de modo excessivo que não convém com a realidade. A Vigorexia é um tipo de TDC e caracteriza-se pelo fato do vigorético apresentam grande preocupação relacionada à sua massa muscular, sendo frequentadores assíduos de academias de musculação, realizam exercício de forma exagerada, acabam se tornando perfeccionistas de tal forma a ficarem obsessivos pelo exercício físico, permanecendo diversas horas dentro de uma academia. Embora a prática de exercício físico traga inúmeros benefícios físicos e psicológicos, esta, quando excessiva, pode ser, ou desencadear a, um comportamento compulsivo, tornando o praticante possivelmente dependente do exercício físico, principalmente naqueles que já se envolve em prática física. Na literatura existem dois questionários que, de certo modo, avaliam o risco de um indivíduo desenvolver Vigorexia ou Dependência ao Exercício Físico (apesar de ambos terem em um primeiro momento grande relação entre si, não são distúrbios iguais). Partindo disso, o presente estudo teve como objetivo correlacionar os escores obtidos no Questionário do Complexo de Adonis (QCA) com os valores obtidos nos fatores estabelecidos pelo Questionário de Dependência ao Exercício Físico (QDEF) em praticantes de musculação na cidade de Fortaleza/CE. Participaram da amostra 125 indivíduos com idade entre 18 e 40 anos, ambos os sexos, praticante a no mínimo 6 meses da modalidade, com frequência regular de prática ao menos 3 vezes por semana e praticante exclusivo de musculação. Foram utilizados dois questionários: QCA e QDEF e para análise dos dados, utilizou-se o Teste de Correlação de Pearson, considerando $p < 0,05$ e a classificação postulada no trabalho de Callegari-Jacques (2003). Em relação ao QCA, encontrou-se que 53% da amostra foi classificada com baixo risco de desenvolvimento desse distúrbio, 46% como risco "Brando ou Moderado"; e apenas 1% foi considerado com "Problema Sério". Já no QDEF, 5% do grupo abordado foi classificado como "Assintomático"; a grande maioria do grupo amostral (92%) resultou em "Sintomático", mas não dependente; e apenas 3% foram considerados com elevado risco de desenvolver um distúrbio grave de dependência ao exercício físico. No tocante a correlação entre as variáveis de interesse, observou-se que o fator que apresentou maior correlação com o escore do QCA foi a "Redução de Outras Atividades" com $r = 0,5383$ ($p < 0,0001$) e o de menor correlação foi a "Continuidade" com $r = 0,2605$ ($p = 0,0033$). Conclui-se que, a partir do grupo amostral selecionado, existe uma correlação positiva de moderada (com 4 fatores) a fraca (com 3 fatores) entre o escore obtido no Questionário do Complexo de Adonis e os sete fatores do Questionário de Dependência ao Exercício Físico.

Palavras-chave: Transtorno Dismórfico Corporal. Questionário do Complexo de Adonis. Escala de Dependência ao Exercício. Correlação de Pearson.

CORRELATION BETWEEN ADONIS COMPLEX TEST (QCA) AND EXERCISE DEPENDENCE SCALE (QDEF) FACTORS IN BODYBUILDING PRACTITIONERS IN FORTALEZA/CE CITY

ABSTRACT

Body dysmorphic disorder (TDC) is characterized mainly by changes in the perception of self-image, where small imperfections in appearance cause irrational worries excessively that he ought not to reality. Vigorexia is a type of TDC and is characterized by the fact of person show great concern related to muscle mass, being regulars bodybuilding gyms, exercise performed in an exaggerated way, they become a perfectionist obsessed by exercise physical, staying several hours inside a gym. Although physical exercise brings many physical and psychological benefits, when excessive can be, or trigger, compulsive behavior, making the practitioner possibly dependent on physical exercise, especially those who already engage in physical practice. In the literature there are two questionnaires that assess the risk of an individual developing

Vigorexia or Exercise Dependence (although both of these at first show great relationship, they are not equal). The present study aimed is correlate the scores of the Adonis Complex Test (QCA) with values obtained by Exercise Dependence Scale (QDEF) factors in bodybuilders in Fortaleza/CE city. A sample of 125 individuals aged between 18 and 40 years old, both sexes, practitioner at least six months, frequency in practice at least 3 times a week and practicing exclusive bodybuilding. Two questionnaires were used: QCA and QDEF and for data analysis, we used the Pearson correlation test, considering $p < 0.05$ and classification postulated in the work of Callegari-Jacques (2003). Regarding QCA, it was found that 53% of the sample was classified as low risk for developing this disorder, 46% had risk "Light or Moderate" and only 1% was considered a "Serious Problem". In the QDEF, 5% of the group was classified as "asymptomatic", the sample majority of group (92%) resulted in "Symptomatic", but not dependent, and only 3% were considered at high risk of developing a serious disorder addiction to exercise. Regarding the correlation between the variables of interest, it was observed that the factor that most correlated with the score of the QCA was the "Reduction of Other Activities" with $r = 0.5383$ ($p < 0.0001$) and the lowest correlation was the "Continuance" with $r = 0.2605$ ($p = 0.0033$). We conclude that, from the sample group selected, there is a moderate (4 factors) to poor (3 factors) positive correlation between the score obtained in the Adonis Complex Test and the seven factors of Exercise Dependence Scale.

Keyword: Body Dysmorphic Disorder. Adonis Complex Test. Exercise Dependence Scale. Pearson correlation.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC) caracteriza-se principalmente por alterações na percepção da autoimagem, onde possíveis imperfeições na aparência causam preocupações irracionais de modo excessivo e desproporcional à realidade (TORRES; FERRÃO; MIGUEL, 2005).

A Dismorfia Muscular, também conhecida como Vigorexia, é um tipo de TDC. Como foi recentemente descrita, ainda não consta em manuais diagnósticos de psiquiatria, sendo seu quadro clínico ainda não devidamente definido, dessa forma ainda não é reconhecida como doença, mas caracterizada como uma desordem dismórfica corporal (CHUNG, 2001; HITZEROTH *et al.*, 2001; MAYVILLE *et al.*, 2002).

Os indivíduos com Vigorexia apresentam grande preocupação relacionada à sua massa muscular, aderem a dietas riquíssimas em proteínas e pobres em carboidratos e gorduras, usam suplementos alimentares indiscriminadamente e recorrem até ao uso de anabolizantes esteroides (CAFRI; VAN DEN BERG; THOMPSON, 2006; GRIEVE, 2007; GUARIN, 2002; HILDEBRAND *et al.*, 2006). Normalmente esses indivíduos são frequentadores assíduos de academias de musculação, realizam exercício de forma exagerada, acabam se tornando perfeccionistas de tal forma a ficarem obsessivos pelo exercício físico, permanecendo diversas horas dentro de uma academia e, muitas vezes, deixam de praticar exercícios aeróbios para evitar a perda de massa muscular (BAPTISTA, 2005). Além disso, evitam a exposição de seus corpos em público, usando também de artifícios como o uso de várias camadas de roupas a fim de esconder seu corpo "fraco" do qual sentem bastante vergonha (ASSUNÇÃO, 2002; CHOI; POPE; OLIVARDIA, 2002; CHUNG, 2001; OLIVARDIA; POPE JÚNIOR; HUDSON, 2000).

Embora a prática de exercício físico traga inúmeros benefícios físicos e psicológicos, esta, quando excessiva, pode ser, ou desencadear a, um comportamento compulsivo, tornando o praticante dependente do exercício físico (OLIVEIRA, 2010).

Além disso, a busca por padrões de beleza limitadamente idealizados pode desencadear ou maximizar esse fenômeno. Comportamentos imprudentes como adotar dietas perigosas com o intuito de controlar a massa corporal, excessos de exercícios físicos e uso de suplementos alimentares podem ser considerados precursores de uma obsessão, possibilitando uma possível distorção da imagem corporal e gerar transtornos psíquicos, físicos, alimentares e sociais (por exemplo, a Vigorexia), culminando na compulsão por práticas de exercícios físicos continuamente, ou seja, em grande volume e sem respeitar os intervalos ideais para a recuperação do organismo (FERREIRA; BERGAMIN; GONZAGA, 2008).

Nesse contexto fica claro que um dos principais sintomas da Vigorexia é a prática exagerada e sem limites de exercício físico. Segundo a Revista Fitness Business (2009 apud ZIMMERMANN, 2013), o Brasil é o segundo país do mundo em número de academias de ginástica, onde a musculação é a atividade mais praticada nestes recintos.

Assim, é de grande valia para a literatura científica aprofundar o conhecimento sobre essa desordem. Partindo disso, o presente estudo teve como objetivo correlacionar os escores obtidos no Questionário do Complexo de Adonis (QCA) com os valores obtidos nos fatores estabelecidos pelo Questionário de Dependência ao Exercício Físico (QDEF) em praticantes de musculação na cidade de Fortaleza/CE.

METODOLOGIA

O presente trabalho é de natureza aplicada, com abordagem quantitativa, descritiva e de campo. Foi realizada em diferentes instituições de prática de musculação, onde o indivíduo foi abordado após sua saída do estabelecimento. Este trabalho foi realizado no segundo semestre do ano de 2013 onde ocorreu todo o levantamento teórico e coleta/análise dos dados.

A amostra prevista para o estudo foi de 200 participantes (critérios de seleção: idade entre 18 e 40 anos, ambos os sexos, praticante a no mínimo 6 meses, frequência regular da prática ao menos 3 vezes por semana e praticante exclusivo de musculação, não devendo apresentar, no momento da coleta dos dados, qualquer patologia de caráter viral ou bacteriológico que pudesse interferir na percepção do indivíduo durante o preenchimento dos questionários).

Foram impressos então 200 questionários a fim de coletar a quantidade em indivíduos prevista, contudo foram excluídos aqueles que não estavam preenchidos adequadamente (com rasuras ou mais de uma alternativa marcada para a mesma questão) ou mesmo incompletos (onde o indivíduo deixou de responder alguma questão), restando como amostra final do presente estudo 125 indivíduos, sendo 53 do sexo feminino e 73 do sexo masculino.

Utilizaram-se dois questionários entregues juntos, onde as instruções do preenchimento de ambos foram dadas pelo pesquisador antes de sua aplicação, além de também estarem contidas no cabeçalho dos questionários entregues. Os participantes, antes da coleta dos dados, foram informados sobre o objetivo da pesquisa e esclarecidos que todos os dados seriam utilizados apenas para divulgação científica do estudo, preservando suas identidades. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes do preenchimento dos dados pessoais (idade, sexo e grau de escolaridade) e questionários.

Foi utilizada, como primeiro questionário, a Escala de Dependência de Exercício Físico (QDEF) que foi adaptada por Oliveira (2010) em seu trabalho. A escala é composta por 21 itens unidirecionais, dispostos em função de sete fatores, cada fator composto por 3 itens: 1- “Tolerância/ Resistência”, referente à necessidade que o indivíduo tem de aumentar sua carga de exercício ou a sensação de que o exercício não fará mais efeito caso ele continue com a mesma carga de exercício; 2- “evitar sintomas de abstinência”, onde o indivíduo pratica o exercício para evitar irritabilidade e ansiedade; 3- “intencionalidade”, referente a uma prática de exercício maior do que planejava; 4- “falta de controle”, definida como uma incapacidade do indivíduo de diminuir sua carga de exercícios; 5- “tempo”, representada pelo grande tempo dedicado em exercício; 6- “redução de outras atividades”, referente à diminuição de convívio social, ocupacional ou de lazer para se exercitar; e 7- “continuidade” representasse pela continuidade dos exercícios, mesmo quando eles estão contraindicados.

A contagem das respostas em cada fator culmina em um escore que se propõe a classificar os indivíduos em três grupos: 1- os que se encontram em risco de dependência de exercício; 2- os que apresentam sintomas de dependência do exercício, mas não são dependentes; 3- os que não apresentam sintomas e nem são dependentes ao exercício. Para cada questão os participantes apresentam a gradação de suas respostas em uma escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1- nunca e 5- sempre, considerando-se mais dependentes aqueles com escores mais elevados (OLIVEIRA, 2010).

O segundo questionário aplicado (o QCA desenvolvido por POPE JÚNIOR; PHILLIPS; OLIVARDIA, 2000) tem como objetivo identificar sinais e sintomas relacionados à Vigorexia, contendo este 13 perguntas cada uma com 3 assertivas. O indivíduo deveria marcar a alternativa que mais se aproximava da sua realidade. O resultado deste correspondia a soma simples dos valores das questões, separando o grupo em 4 classificações distintas: 1- Não Compromete; 2- Brando à Moderado; 3- Problema Sério; 4- Problema Grave.

Com relação à análise dos dados, utilizou-se o Teste de Correlação de Pearson que, segundo Lira (2004), é um método estatístico bastante utilizado em estudos que visam determinar o grau de relacionamento entre variáveis. Este tipo de teste fornece um número indicando como duas variáveis variam conjuntamente, medindo a intensidade e a direção da relação linear entre essas variáveis, servindo para atender ao objetivo do presente trabalho. Para análise qualitativa dessa correlação, considerou-se a classificação postulada no trabalho de Callegari-Jacques (2003) que considera para valor de r entre 0,00 e 0,30 uma correlação linear fraca; para valores entre 0,30 (incluindo este valor) e 0,60 uma correlação linear moderada; entre 0,60 (incluindo este valor) e 0,90 uma correlação linear forte; e entre 0,90 (incluindo este valor) e 1,0 existe uma correlação linear muito forte.

RESULTADOS

O perfil da presente amostra corresponde a idade média de $25 \pm 5,9$ anos, sendo 58% de indivíduos do sexo masculino e 42% do sexo feminino. Em relação ao maior grau de escolaridade completo, 39% terminaram o Ensino Médio, 46% são Graduados e apenas 15% da amostra concluíram alguma pós-graduação.

Em relação ao QCA, encontrou-se que 53% da amostra foi classificada com baixo risco de desenvolvimento desse distúrbio, ou seja, “Não Compromete”; 46% como risco “Brando ou Moderado”; apenas 1% obteve classificação de “Problema Sério”; e nenhum indivíduo foi identificado com “Problema Grave” (Gráfico 1).

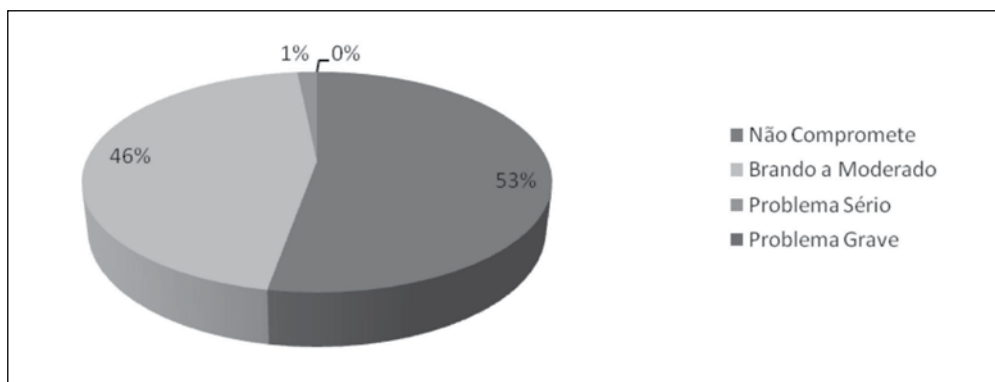


Gráfico 1. Distribuição percentual da amostra com relação ao resultado encontrado no Questionário do Complexo de Adonis, distribuindo-se por quatro classificações diferentes.

Já com QDEF, identificou-se que 5% do grupo abordado foi classificado como “Assintomáticos”; a grande maioria do grupo amostral (92%) foi caracterizada como “Sintomático”, mas não dependente; e apenas 3% foram considerados com elevado risco de desenvolver um distúrbio grave de dependência ao exercício físico (Risco de Dependência), como exposto no Gráfico 2 a seguir.

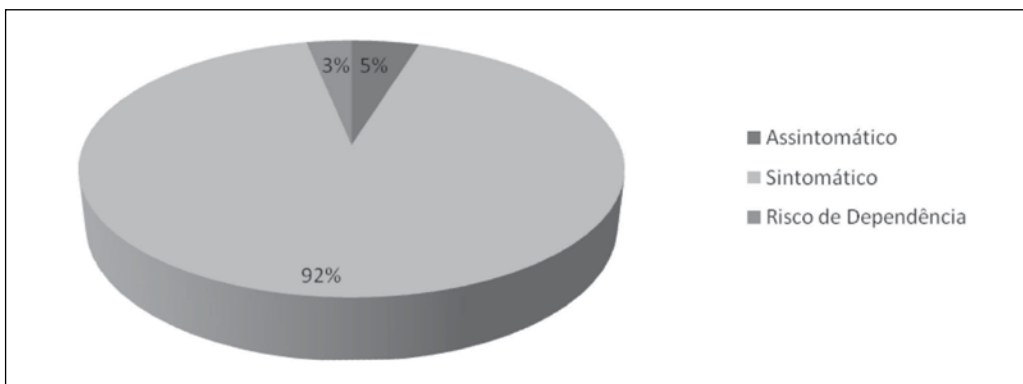


Gráfico 2. Distribuição percentual da amostra com relação ao resultado encontrado na Escala de Dependência de Exercício, distribuindo-se por três classificações diferentes.

A correlação entre as variáveis de interesse através do Teste de Pearson mostrou os diferentes graus de relacionamento entre o QCA e os sete fatores do QDEF onde se observou os seguintes valores: r igual a 0,3453 ($p < 0,0001$) em relação ao fator “Tolerância/ Resistência”; $r = 0,3433$ ($p < 0,0001$) ao fator “Evitar Sintomas de Abstinência”; $r = 0,2674$ ($p = 0,0026$) a “Intencionalidade”; $r = 0,2911$ ($p = 0,0010$) a “Falta de Controle”; $r = 0,4559$ ($p < 0,0001$) ao “Tempo”; $r = 0,5383$ ($p < 0,0001$) a “Redução de Outras Atividades”; e $r = 0,2605$ ($p = 0,0033$) a “Continuidade”, como mostra a Tabela 1 a seguir.

Tabela 1. Correlação (Teste de Pearson) entre o escore obtido no Questionário do Complexo de Adonis e os valores resultantes de cada fator do Questionário de Dependência ao Exercício Físico.

Correl. (Pearson)	TOL	ABST	INT	FC	T	ROA	CONT
r	0,3453	0,3433	0,2674	0,2911	0,4559	0,5383	0,2605
IC (95%)	0,1806 a 0,4912	0,1784 a 0,4894	0,09624 a 0,4232	0,1216 a 0,4440	0,3047 a 0,5847	0,4005 a 0,6523	0,08896 a 0,4171
p	<0,0001***	<0,0001***	0,0026**	0,0010***	<0,0001***	<0,0001***	0,0033**
R²	0,1193	0,1179	0,07149	0,08472	0,2079	0,2898	0,06788

Correl. = Correlação. r: (valor de correlação de Pearson). IC (95%): Intervalo de Confiança de 95%. R²: Porcentagem de variação. TOL = Tolerância. ABST = Abstinência. INT = Intencionalidade. FC = Falta de Controle. T = Tempo. ROA = Redução de Outras Atividades. CONT = Continuidade. **p<0,01, ***p<0,001.

Cada correlação entre o QCA e os sete fatores do QDEF apresenta uma equação linear que mostra a intensidade e a direção dessa análise. A correlação que obteve maior grau de relacionamento entre as variáveis foi a do QCA e a variável “Redução de Outras Atividades” exibindo direção positiva entre as variáveis supramencionadas, gerando uma equação linear que apresenta valor de “a” igual a 0,3075 e valor de “b” 2,974 com R² = 0,2898 (Gráfico 3).

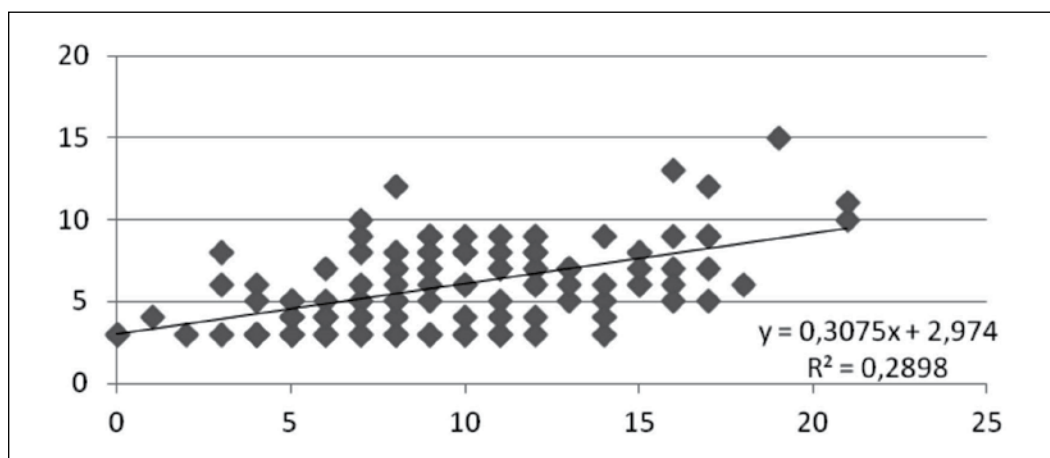


Gráfico 3. Representação gráfica da correlação do Questionário do Complexo de Adonis e a variável “Redução de Outras Atividades” da Escala de Dependência de Exercício, mostrando a equação linear e a porcentagem de variação (R²).

Já correlação que obteve menor grau de relacionamento entre as variáveis foi a do QCA e a variável “Continuidade” também exibindo direção positiva entre estas variáveis, gerando uma equação linear que apresenta valor de “a” igual a 0,1934 e valor de “b” 4,153 com R² = 0,0679 (Dados não apresentados).

DISCUSSÃO

No presente estudo verificou-se que os fatores “Redução de Outras Atividades”, “Tempo”, “Tolerância/Resistência” e “Evitar Sintomas de Abstinência” obtiveram correlação positiva moderada com o escore do QCA. Já “Falta de Controle”, “Intencionalidade”, e “Continuidade” correlacionaram-se com este questionário de modo fraco e também positivo.

O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida de associação entre variáveis (FIGUEIREDO FILHO e SILVA JÚNIOR, 2009) e no presente trabalho pôde-se observar que diferentes fatores do QDEF demonstraram relações de valores e força variada com o escore do QCA, onde “Redução de Outras Atividades” exibiu maior força e a “Continuidade” demonstrou a relação mais fraca.

Para deixar mais claro o entendimento desse tipo de relação, faz-se necessário esclarecer o significado de cada fator do QDEF.

Com relação aos fatores que obtiveram correlação positiva moderada, explicita-se que “Tolerância/Resistência” refere-se à necessidade que o sujeito tem de aumentar sua carga de exercícios físicos para sentir-se satisfeito, “Evitar Sintomas de Abstinência” ocorre quando o indivíduo acredita que, se privado de se exercitar, passará a sentir sintomas como irritabilidade, ansiedade e tensão, “Tempo” indica que o exercício físico muitas vezes é praticado além do tempo de uma sessão convencional, enquanto que “Redução de Outras Atividades” caracteriza a diminuição do convívio social, ocupacional ou de lazer do indivíduo em detrimento a prática de exercício físico (OLIVEIRA, 2010).

Ou seja, a correlação entre os dois questionários mostrou-se maior em fatores de ordem fisiológica e psicossocial, definido assim por Hausenblas e Downs (2002). De certo modo, isso já era esperado, visto que os sintomas mais conhecidos desse distúrbio estão associados principalmente a uma visão distorcida da imagem corporal do indivíduo, conduzindo-o a desperdiçar boa parte de seu tempo livre à prática em academias (SABINO, 2002).

Pope Júnior, Phillips e Olivardia (2000) afirmam que, para ser diagnosticada com dismorfia muscular, uma pessoa deve apresentar os seguintes comportamentos: preocupação com o fato do corpo não ser suficientemente forte e musculoso; presença de sofrimento e prejuízo social, ocupacional e em outras áreas; desistência de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas, na intenção de manter sua rotina de exercícios e dieta; sofrimento e ansiedade extrema em expor seu corpo; e realização de dieta ou uso de substâncias que melhorem o desempenho físico, independente de efeito colateral físico e/ou psicológico.

Segundo Zimmermann (2013), o indivíduo com Vigorexia se comporta como um viciado, buscando de forma incessante a imagem corporal perfeita, que geralmente é inatingível, corroborando com os achados em nosso estudo que demonstrou uma relação moderada com fatores que caracterizam sintomas de dependência, no nosso caso, ao exercício físico.

Já os outros fatores, “Intencionalidade” (prática superior à intenção de realizá-lo), “Falta de Controle” (incapacidade de o indivíduo em reduzir intensidade, duração e frequência do exercício) e “Continuidade” (prática de exercício em situação de contra-indicação) (OLIVEIRA, 2010) demonstraram uma correlação mais fraca em comparação àqueles anteriormente citados. Isso provavelmente pode ter ocorrido por dois fatores. Primeiramente o grupo amostral selecionado não foi selecionado intencionalmente, como feito por Zimmermann (2013) em seu trabalho que escolheu pessoas com massa muscular desenvolvida e aparente, encontrando um número considerável (23%) de indivíduos com fortes indícios de Vigorexia. No presente estudo a seleção amostral considerou como pontos primordiais a faixa etária do avaliado, frequência semanal e tempo de prática mínimo na musculação, resultando no não comprometimento do grupo (53%) ou em indícios baixos a moderados de desenvolvimento do distúrbio (46%).

Pereira (2009), em seu estudo com levantadores de peso, encontrou escores elevados na aplicação do QCA neste grupo, observando que 42% da amostra apresentava classificação de risco leve a moderado, enquanto que 33% destacavam-se com risco grave, no entanto, Schmitz e Campagnolo (2013), com seleção amostral semelhante ao presente estudo, revelou que 82% do grupo abordado não apresentavam risco de desenvolvimento de dismorfia muscular, e Lykawka (2004), também com seleção semelhante ao presente trabalho, identificou que 58% demonstrou risco leve a moderado e 41% não apresentava risco de desenvolver o distúrbio, indicando que a escolha amostral pode influenciar nos achados científicos.

Em segundo lugar, os dois questionários, apesar da proximidade de alguns sintomas, caracterizam distúrbios diferenciados, onde um apresenta um comportamento incontrolável e excessivo pela prática exclusiva de atividade física (OLIVEIRA, 2010) e o outro (o vigorexíco) não se apoia apenas na prática física para tentar compensar sua visão distorcida da imagem corporal, mas apresenta outros comportamentos que reforçam esse distúrbio, como realização de dietas inadequadas e uso de substâncias lícitas ou ilícitas que melhorem o seu desempenho físico (POPE JÚNIOR, PHILLIPS e OLIVARDIA, 2000).

No que tange ao resultado encontrado no QDEF, o presente estudo identificou que a grande maioria do grupo abordado não apresenta dependência ao exercício físico (97%), mesmo que apresente alguns sintomas (92%). Resultados semelhantes foram encontrados em diferentes trabalhos, como o de Lopes *et al.*, (2007) que selecionou praticantes de exercício em academias e universitários destacando que mais de 80% de ambos os grupos não apresentavam dependência e que mais de 57% do grupo que frequentava academia era sintomatológico. Duarte (2009) também encontrou um número elevado de indivíduos não dependentes (95,3%), sendo apenas 38,6% sintomático, e Nunes *et al.*, (2007), abordando 3 grupos diferentes (praticantes de atividade física em academias, atletas e universitários), encontrou resultados semelhantes, onde mais de 82% em todos os grupos não demonstraram dependência ao exercício físico, sendo mais de 50% sintomático, corroborando com os resultados do nosso estudo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, a partir do grupo amostral selecionado, existe uma correlação positiva de moderada (4 fatores) a fraca (3 fatores) entre o escore obtido no Questionário do Complexo de Adonis e os sete fatores do Questionário de Dependência ao Exercício Físico. Percebeu-se também que os critérios de seleção da amostra podem conduzir a diferentes classificações em ambos os questionários, mas principalmente no QCA.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, S.S.M. Dismorfia muscular. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 80-84, 2002.
- BAPTISTA, A.N. Distúrbios alimentares em frequentadores de academia. **Lecturas Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 10, n. 82, 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd82/aliment.htm>>. Acesso em 01 nov. 2013.
- CAFRI, G.; VAN DEN BERG, P.; THOMPSON, J.K. Pursuit of muscularity in adolescent boys: relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. **Journal Clinic Child Adolescent Psychology**, v. 35, n. 2, p. 283-291, 2006.
- CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- CHOI, P.Y.L.; POPE, H.G.; OLIVARDIA, R. Muscle Dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. **Brazilian Journal of Sports Medicine**, v. 36, p. 375-376, 2002.
- CHUNG, B. Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. **Perspect Biology Medicine**, v.44, n. 4, p. 565-574, 2001.
- DUARTE, P.J.P. **Dependência ao exercício em indivíduos frequentadores de ginásios**. Monografia de graduação. Coimbra: UC, 2009.
- FERREIRA, A.; BERGAMIN, R.A.; GONZAGA, T.L. Correlação entre medidas antropométricas e aceitação pessoal da imagem corporal em bailarinas de dança moderna. **Movimento & Percepção**, v. 9, p. 43-51, 2008.
- FIGUEIREDO FILHO, D.B.; SILVA JÚNIOR, J.A. Desvendando os mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, v. 18, n. 1, p. 115-146, 2009.
- GRIEVE, F.G.A. Conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. **Eat Disord**, v. 15, n. 1, p. 63-80, 2007.
- GUARIN, H.P. Cómo problematizar la Educación Física desde la transición del concepto del cuerpo al de corporeidad. **Lecturas Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 8, n. 48, 2002. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd48/cuerpo.htm>>. Acesso em 01 nov. 2013.
- HAUSENBLAS, H.A.; DOWNS, D.S. **Exercise dependence scale – 21 Manual**. USA: [s.l.], 2002.
- HILDEBRAND, T.; SCHLUNDT, D.; LANGENBUCHER, J.; CHUNG, T. Presence of muscle dysmorphia symptomatology among male weightlifters. **Compr Psychiatry**, v. 47, n. 2, p. 127-135, 2006.
- HITZEROTH, V.; WESSELS, C.; ZUNGU-DIRWAYI, N.; OOSTHUIZEN, P.; STEIN, D.J. Muscle dysmorphia: a South African sample. **Psychiatry Clinic Neuroscience**, v. 55, n. 5, p. 521-523, 2001.

LIRA, S.A. **Análise de correlação: abordagem teórica e de construção dos coeficientes com aplicações.** Dissertação de mestrado. Curitiba: UFP, 2004.

LOPES, E.C.D.; NUNES, R.T.; DAMASCENO, V.O.; MIRANDA, R.; BARA FILHO, M.G. Comparação do nível de dependência ao exercício físico entre universitários e praticantes de atividade física em academia. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 5, n. 1, p. 171-178, 2007.

LYKAWKA, J.S. **Estudo sobre sinais/sintomas da distrofia muscular em praticantes de musculação de academias de Novo Hamburgo-RS.** Monografia de graduação. Novo Hamburgo: Centro Universitário FEEVALE, 2004.

MAYVILLE, S.B.; WILLIAMSON, D.A.; WHITE, M.A.; NETEMEYER, R.G.; DRAB, D.L. Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: a self-report measure for the assesment of muscle dysmorphia symptoms. **Assesment**, v. 9, n. 4, p. 351-360, 2002.

NUNES, R.T.; LOPES, E.C.D.; DAMASCENO, V.O.; MIRANDA, R.; BARA FILHO, M.G. Dependência do exercício físico e insatisfação com a imagem corporal. **HU Revista**, v. 33, n. 4, p. 113-118, 2007.

OLIVARDIA, R.; POPE JÚNIOR, H.G.; HUDSON, J.I. Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. **The American Journal of Psychiarty**, v. 157, n. 8, p. 1291-1296, 2000.

OLIVEIRA, I.C.V. de. **Adaptação e validação da escala de dependência de exercício físico em versão tradicional e informatizada.** Dissertação de mestrado. Natal: UFRN, 2010.

PEREIRA, I.A.T.S. **A vigorexia e os esteroides anabolizantes androgênicos em levantadores de pesos.** Monografia de graduação. Porto: Universidade do Porto, 2009.

POPE JÚNIOR, H.G.; PHILLIPS, K.A.; OLIVARDIA, R. **O complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo.** Rio de Janeiro: Campus, 2000.

SABINO, C. Anabolizantes: drogas de Apolo. In: GOLDENBERG, M. (Org.). **Nu e vestido.** Rio de Janeiro: Record, 2002.

SCHMITZ, J.F.; CAMPAGNOLO, P.D.B. Características de Dismorfia Muscular em praticantes de musculação: associação com o consumo alimentar. **Brazilian Journal of Sports Nutrition**, v. 2, n. 2, p. 1-8, 2013.

TORRES, A.R.; FERRÃO, Y.A.; MIGUEL, E.C. Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 2, p. 95-96, 2005.

ZIMMERMANN, F. **Indícios de vigorexia em adultos jovens praticantes de musculação em academias de Biguaçu-SC.** Monografia de graduação. Florianópolis: UFSC, 2013.

¹ Universidade Estadual do Ceará – UECE;

² Iniciação Científica do Instituto Superior de Ciências Biomédicas – ISCB/UECE;

³ Universidade Federal do Ceará – UFC;

⁴ Laboratório de Bioquímica e Expressão Gênica – LaBiEx/ISCB/UECE.

Av. Dedé Brasil, 1700
Itaperi
Fortaleza/CE
60714-903