

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Graduação em Nutrição

Rafaela da Silveira Corrêa

**FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR EM ADOLESCENTES ESTUDANTES DE BALLET CLÁSSICO DE
PORTO ALEGRE, RS**

Porto Alegre, dezembro de 2010

Rafaela da Silveira Corrêa

**FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR EM ADOLESCENTES ESTUDANTES DE BALLET CLÁSSICO DE
PORTO ALEGRE, RS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora:

Prof Dr Nut Ingrid Dalira Schweigert Perry

Co-orientadora:

Prof Ms Nut Júlia Dubois Moreira

Colaboradores:

Jéssica Lorenzzi Elkfury

Luiza Oldenburg

Porto Alegre, dezembro de 2010.

**FATORES DE RISCO PARA TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR EM ADOLESCENTES ESTUDANTES DE BALLET CLÁSSICO DE
PORTO ALEGRE, RS**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 13 de dezembro de 2010.

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova o trabalho de conclusão de curso, elaborado por Rafaela da Silveira Corrêa como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Rafael Marques Soares (Instituição)

Prof^a. Dr^a. Carmem Kieling Franco (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Ingrid Dalira Schweigert Perry- Orientadora

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rosane e Ney, e minha irmã, Roberta, pelo amor incondicional, pelo carinho, e incentivo constantes. Pelos exemplos e ensinamentos passados a cada dia e pela confiança que sempre depositaram em mim.

À minha orientadora, professora doutora Ingrid Dalira Schweigert Perry, que para além da orientação contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

A minha co-orientadora Júlia Dubois Moreira, pelo carinho e atenção constantes.

Às estudantes da graduação Jéssica L. Elkfury e Luiza Oldenburg pela participação e empenho durante toda a elaboração deste trabalho.

À professora e doutora Janaína Guimarães Venzke pelo exemplo de profissional a ser seguido, por todas as oportunidades, pelo carinho e amizade.

Às grandes amigas que este curso me proporcionou, Lívia Linck, Marina Berbigier e Simone Tonding, pela amizade e cumplicidade, presentes do início ao fim desta caminhada.

A todas as escolas e alunas que aceitaram fazer parte desta pesquisa, pela disponibilidade e boa vontade.

Aos melhores amigos que poderia ter, pelo apoio e compreensão, amor e amizade, constantes na minha vida.

Por fim, agradeço à todos que de uma forma ou de outra contribuíram pra que eu chegasse hoje aqui, muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Os transtornos do comportamento alimentar (TCA) são alvo da atenção dos profissionais da área da saúde, uma vez que estão associados a graus significativos de morbidade e mortalidade. O seu surgimento está geralmente associado à adolescência, pois este período compreende uma fase de alterações estruturais de cunho físico e psicológico, que exigem uma readaptação à nova forma e ao novo peso corporal. A distorção da imagem corporal é um achado freqüente nos TCA, estando associada ao desenvolvimento e a manutenção do quadro patológico. Os TCA possuem causalidade múltipla, e, neste contexto, fatores ambientais também podem contribuir para maior risco para o seu desenvolvimento. Esportes que exigem o baixo peso corporal e utilizam-no como critério para a obtenção de bons resultados em competições, como a ginástica artística, nado sincronizado, corrida e ballet, têm apresentado maiores incidências de TCA e de comportamentos considerados precursores de TCA. **Objetivo:** medir a prevalência de comportamentos alimentares anormais, distorção da imagem corporal e fatores de risco para desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino estudantes de ballet clássico na cidade de Porto Alegre, RS. **Metodologia:** estudo transversal de caráter descritivo. Foram aplicados os questionários Eating Attitudes Test (EAT 26), Body Shape Questionnaire (BSQ) e questionário próprio da pesquisa com questões referentes a alimentação, percepção corporal e ballet. Para a análise dos dados utilizou-se o programa SPSS 11.0 – Statistical Package for the Social Sciences. **Resultados:** a frequência de comportamento alimentar de risco segundo o EAT foi de 13,2% e a insatisfação com a imagem corporal foi de 32,11% segundo o BSQ. A imagem corporal e o EAT apresentaram associação com a idade, insatisfação com o peso e prática de realização de dieta para perda de peso. Não houve associação entre os dois escores e as variáveis antropométricas. **Conclusões:** a frequência de comportamentos alimentares de risco insatisfação com a imagem corporal revelou-se expressiva entre as bailarinas. Os dados referentes a fatores de risco próprios da escola e da vivência da dança clássica sugerem que este seja um ambiente fértil para o surgimento de TCAs.

Palavras Chave: transtornos alimentares, dança, adolescência, imagem corporal

ABSTRACT

Introduction: eating disorders (ED) are the focus of attention of health professionals, since they are associated with significant levels of morbidity and mortality. Its emergence is usually associated with adolescence, because this period is a phase of structural changes of physical and psychological nature, requiring a readjustment to the new form and the new body weight. The distortion of body image is a frequent finding in the ED and is associated with the development and maintenance of the pathological condition. The eating disorders have multiple causation, and in this context, environmental factors may also contribute to increased risk for its development. Sports requiring low body weight and use it as a criterion for obtaining good results in competitions such as gymnastics, synchronized swimming, running, and ballet, have shown higher incidences of eating disorders and behaviors that are considered precursors of ED. **Objective:** To determine the prevalence of abnormal eating behavior, body image distortion and risk factors for developing eating disorders in adolescent female students of classical ballet in Porto Alegre, RS. **Methodology:** a descriptive cross-sectional study. Questionnaires were Eating Attitudes Test (EAT 26), Body Shape Questionnaire (BSQ) and own research questionnaire containing questions relating to food, body awareness and ballet. For data analysis we used SPSS 11.0 - Statistical Package for the Social Sciences. **Results:** The prevalence of behavioral risk of eating disorders to the EAT was 13.2% and dissatisfaction with body image was 32.11% according to BSQ. Body image and the EAT was associated with age, dissatisfaction with weight, and the practice of dieting for weight loss. There was no association between the EAT and BSQ and anthropometric variables. **Conclusion:** Data regarding risk factors of school's own experience of classical dance suggest that this is a fertile environment for the emergence of EDs.

Key-words: Eating disorders. Dancing. Adolescence. Body image.

LISTA DE TABELAS

Artigo original

| | |
|---|----|
| Tabela 1. BSQ segundo características de alunas de ballet..... | 47 |
| Tabela 2. Relação entre os escores do EAT-26 e BSQ das alunas de ballet..... | 48 |
| Tabela 3. EAT segundo características de alunas de ballet..... | 49 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TCA – Transtorno do Comportamento Alimentar

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

EAT – *Eating Attitudes Test*, Teste de Atitudes Alimentares

BSQ – *Body Shape Questionnaire*, Questionário de Imagem Corporal

IMC – Índice de Massa Corporal

TASOE – Transtornos Alimentares sem Outra Especificação

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

TCAP – Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 1.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES: ASPECTOS HISTÓRICOS..... | 9 |
| 1.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES: DEFINIÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS..... | 11 |
| 1.3 IMAGEM CORPORAL NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES..... | 15 |
| 1.4 ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA OS TRANSTORNOS ALIMENTARES..... | 17 |
| 1.5 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES..... | 19 |
| 1.6 O BALLET CLÁSSICO..... | 19 |
| 1.7 TRANSTORNOS ALIMENTARES VERSUS BALLET CLÁSSICO..... | 22 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 23 |
| 3 OBJETIVOS | 24 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL..... | 24 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 24 |
| REFERÊNCIAS | 25 |
| 4 ARTIGO ORIGINAL | 30 |
| 5 CONSIDERAÇÃO FINAIS | 50 |
| 6 PERSPECTIVAS | 51 |
| APÊNDICES | 52 |
| ANEXOS | 59 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES: ASPECTOS HISTÓRICOS

Os transtornos do comportamento alimentar (TCA) apesar de serem freqüentemente considerados quadros patológicos da sociedade atual, associados aos costumes, a mídia e padrões comportamentais ditados principalmente na cultura ocidental, são na verdade já relatados há longa data (CÓRDAS e CLAUDINO 2002). Data-se de 1873 a primeira definição de “anorexia nervosa” dada por William Gull, o qual definia a anorexia como uma patologia que afetava principalmente mulheres jovens e que possuía como característica principal o emagrecimento excessivo decorrente de uma falta de apetite relacionada a um estado mental mórbido, e não a disfunções gastrintestinais (GULL, 1868).

Ao longo da história são inúmeros os relatos de quadros patológicos que em muito lembram as doenças hoje definidas como TCA. Foram influências marcantes para tais comportamentos: apelos religiosos, negação da sexualidade, purificação da alma e, semelhante às grandes influências que vemos hoje, a busca por um ideal de beleza (CÓRDAS e CLAUDINO 2002). Ao apelo religioso vincula-se principalmente a imagem de santificação através da negação ao alimento, o que tornava a prática de jejuar uma forma de atingir metas espirituais superiores. Aliando-se a estes fatores, a conversão da gula em um dos sete pecados capitais acabou por tornar a negação aos alimentos a principal penitência para se alcançar a máxima espiritualidade (FEIO, 2006).

Dentre os relatos mais antigos encontra-se o da Santa Wilgefortis, nos anos 700-900 d.C. Wigefortis, filha do rei de Portugal, prometera servir a Deus, e para tanto fez voto de castidade. Ao ver seu pai prometê-la em casamento ela reage através da inanição, objetivando a perda de seus atrativos e de sua beleza, e desta forma a desistência do casamento. Outro caso bastante conhecido é o da Santa Catarina de Siena, a qual assim como a Santa Wilgefortis prometeu castidade ainda na infância. Santa Catarina de Siena diante da iminência de um casamento futuro passou também a ter comportamentos de restrição alimentar, preces e práticas de

indução de vômitos através de ervas e galhos inseridos na garganta. Catarina faleceu aos 32 anos de desnutrição (CÓRDAS e CLAUDINO 2002).

Concomitante a publicação de William Gull (1816-1890) o psiquiatra francês Laségue (1816-1883) publica o artigo *“Del’anorexie hystérique”* onde descreve os achados clínicos de oito pacientes jovens. A causa primária da doença relatada pelo médico francês era de origem psíquica, e sua característica central a crença mórbida de que os alimentos eram lesivos e deveriam, portanto, ser evitados. Laségue já falava nesta publicação sobre a busca por aprovação e a contribuição familiar para a manutenção dos sintomas. A principal idéia hoje concebida para tais comportamentos, a da fobia relacionada ao ganho de peso, surge pela primeira vez em 1899 com um médico francês, Charcot, e se sustenta até hoje (CÓRDAS e CLAUDINO 2002).

A primeira descrição da Bulimia Nervosa ocorreu no ano de 1979, elaborada por Gerald Russel. A descrição de 30 casos de bulimia feita por Russel sugeria a patologia como uma estranha evolução da anorexia nervosa. Segundo o autor estes pacientes possuíam um “impulso irresistível para comer excessivamente” os quais eram seguidos de comportamentos de auto-indução de vômitos e purgação, no entanto a ausência ou mínima redução do peso caracterizaria a materialização do pior pesadelo de seus pacientes (GULL, 1868).

Segundo pesquisa histórica feita por Córdas e Claudino (2002) a prática de auto-indução de vômitos é muito antiga. De acordo com os autores, no antigo Egito a prática de forçar o vômito e o uso de purgativos ocorria todo o mês, por três dias consecutivos, a se julgar que todas as doenças dos homens eram oriundas da comida. Já na medicina grega era Hipócrates quem recomendava a prática, por dois dias consecutivos, todos os meses, também como forma de prevenir patologias. Para a prática de compulsão seguida de purgação os Romanos criaram o “vomitorium”, local reservado para esta finalidade.

Apesar de presentes ao longo de toda história, os TCA passaram a ter mais destaque na sociedade moderna devido a crescente valorização da forma física. Como afirma Bosi (2004), na sociedade atual o culto à magreza está diretamente associado à imagem de poder, à beleza e à mobilidade social. Bosi destaca ainda a relação paradoxal que se apresenta atualmente na nossa sociedade, onde por um lado temos o incentivo desenfreado ao consumo, fomentado pela indústria de alimentos, e por outro a cobrança por um ideal de magreza cada vez mais difícil de

ser atingido. Entende-se, portanto, este paradoxo como uma briga de gigantes: se por um lado temos as indústrias de *fast foods* vendendo o prazer associado à comida, por outro temos a poderosa indústria da beleza, preocupada em manter as pessoas cada vez mais insatisfeitas com os seus corpos. É neste contexto ambíguo que abre-se caminho para o surgimento e agravamento dos transtornos do comportamento alimentar.

1.2 TRANSTORNOS ALIMENTARES: DEFINIÇÕES E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Em linhas gerais, entende-se por TCA síndromes cuja principal característica é a relação anormal do sujeito com sua alimentação (SCHIMIDT e MATA, 2008). Sendo assim, os TCA são cada vez mais alvo da atenção dos profissionais da área da saúde, uma vez que estes estão associados a graus significativos de morbidade e mortalidade (PINZON e NOGUEIRA, 2004).

O surgimento destas patologias está geralmente associado à adolescência, pois este período compreende uma fase de alterações estruturais de cunho físico e psicológico, que exigem uma readaptação à nova forma e ao novo peso corporal, sendo assim, à nova imagem corporal (PINZON e NOGUEIRA, 2004; ALVES *et al.*, 2008). O prejuízo pessoal e social, o curso longo e variável e o prognóstico reservado dos TCA requerem planejamento terapêutico mais eficaz. Tais aspectos vêm impulsionando a multiplicação de estudos epidemiológicos e de acompanhamento para observar a evolução das doenças alimentares ao longo do tempo, bem como seus fatores de bom e mau prognóstico (PINZON e NOGUEIRA, 2004).

Para a identificação e diagnóstico dos TCAs há, atualmente, dois sistemas classificatórios: DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 2000) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 2008). Em ambos ressaltam-se como principais patologias a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa.

Compreendem transtornos alimentares, segundo os critérios diagnósticos do DSM IV: a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e transtornos do comportamento alimentar que não se encaixem nestas duas categorias, sendo estes

definidos como “Transtornos alimentares sem outra especificação” (American Psychiatric Association - APA, 1994).

A anorexia nervosa é mais prevalente no sexo feminino, perfazendo 95% dos casos, especialmente na faixa etária compreendida entre os 14 e 17 anos. A taxa de mortalidade desta patologia é próxima de 5%, quando associada ao diagnóstico e tratamento tardios. A frequência estimada é de 2 a 4 casos entre mil adolescentes, sendo que este número representa cerca de um quarto dos casos de bulimia nervosa. Embora os critérios diagnósticos diferenciais já se encontrem bem estabelecidos, na prática são muitos os casos onde se apresentam sintomas mistos destas duas categorias (SCHIMIDT e MATA, 2008).

Segundo os critérios do DSM-IV, a AN é caracterizada por:

1. Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado;
2. Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar obeso, mesmo com peso inferior;
3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se auto-avaliar; negação da gravidade do baixo peso;
4. No que diz respeito especificamente às mulheres, há ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorréia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorréia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, após a administração de estrógeno (APA, 1994).

Os critérios do DSM IV admitem dois subtipos de AN: restritiva e purgativa. No tipo restritivo não há episódio de comer compulsivamente ou prática purgativa (vômito auto-induzido, uso de laxantes, diuréticos), enquanto que no tipo purgativo estes sintomas estão presentes (APA, 1994).

Já os critérios de diagnóstico definidos pelo CID-10 são:

1. Perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, e peso corporal mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado;

2. Presença de perda de peso auto-induzida pela restrição da ingestão de “alimentos que engordam”;
3. Distorção na imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica de um pavor de engordar;
4. Transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico hipofisário-gonadal manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva) (OMS, 1993).

Os critérios definidos pelo CID-10 não admitem subtipos de anorexia nervosa.

A AN é uma patologia de origem multifatorial e apresentação variável, caracterizada essencialmente pela recusa do indivíduo em manter um peso adequado para a sua estatura, medo intenso de ganhar peso e distorção da imagem corporal, associada ainda à negação da própria condição patológica. Na anorexia nervosa, o distúrbio da imagem corporal manifesta-se na forma de uma intensa valorização da forma corporal, acompanhada de uma autocrítica exacerbada em relação ao corpo. É freqüente também a superestimação do tamanho do corpo como um todo ou de partes específicas. Tais situações geram um sentimento de insatisfação com a imagem corporal, a qual é mentalmente construída e psicologicamente sustentada (SAIKALI *et al.*, 2004; GIORDANI, 2006).

Segundo critérios do DSM IV, a BN compreende:

1. Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar associado à perda de controle);
2. Uso de métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos, entre outros;
3. Freqüência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses;
4. Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação.

Quando o diagnóstico de AN for ausente, admite-se dois subtipos para a BN: purgativo, quando há indução de vômitos, abuso de laxantes, diuréticos e enemas, e

não-purgativo, quando há apenas períodos de jejum associado a sobrecarga de exercícios para compensação da ingestão calórica.

Já de acordo com o CID-10, os critérios diagnósticos são:

1. Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida;
2. Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos);
3. Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável;

Assim, podemos definir a BN como surtos de ingestão maciça e compulsiva de alimentos, seguidos de comportamento purgativo compensatório, seja através da auto-indução de vômitos, uso de laxantes ou diuréticos. Tais comportamentos podem ainda acarretar distúrbios gastrintestinais, os quais são amplamente descritos na literatura: como dilatação gástrica aguda, inclusive com possibilidade de ruptura, hipertrofia de parótidas, desgaste do esmalte dentário, esofagite, ruptura esofagiana, esvaziamento gástrico anormal e síndrome do cólon irritável (BIGHETTI, 2003; RIBEIRO, SANTOS e SANTOS, 1998).

Ainda, são descritos por ambos os sistemas classificatórios, quadros de TCA que não se enquadram plenamente dentro dos critérios dos diagnósticos acima citados.

Enquadram-se entre os principais transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) as síndromes parciais ou quadros atípicos de AN e BN, o transtorno de compulsão alimentar periódica, e outros transtornos sem outra especificação. As síndromes parciais de anorexia ou bulimia correspondem a manifestações subclínicas destas patologias, onde o paciente ainda não apresenta todos os critérios diagnósticos para o transtorno, porém, apresenta risco aumentado para a evolução do quadro (NUNES, 2006).

O transtorno de compulsão alimentar periódica é caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, com ingestão de grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado (até duas horas) e presença de sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come. Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ter ocorrido em pelo menos dois dias da

semana nos últimos seis meses. Excluem-se deste critério diagnóstico os casos de pacientes que ingerem pequenas quantidades de alimentos durante todo o dia. Os outros transtornos sem outra especificação abrangem práticas tais como a purgação auto-induzida em pacientes que não apresentam compulsões e o ato de mastigar e cuspir alimentos quando não associado ao quadro de AN ou BN (APA, 1994; NUNES, 2006).

Além dos critérios diagnósticos, é importante destacar sinais e sintomas clínicos e subclínicos decorrentes do processo de inanição, o qual está presente principalmente nos casos de AN. Podem ser referidos pelos pacientes sintomas como: intolerância ao frio, fadiga, queda de cabelos, constipação, dor abdominal, anorexia, letargia, pés e mãos frios, amenorréia e dificuldade de concentração. Os sinais visíveis mais comuns nos pacientes bulímicos são: desgaste do esmalte dentário, hipertrofia de parótidas e o sinal de Russel, o qual é uma lesão no dorso da mão causada pelo trauma repetido dos dentes incisivos em episódios de purgação (BORGES *et al.*, 2006).

1.3 IMAGEM CORPORAL NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A imagem corporal pode ser entendida, sinteticamente, como a figura de nosso corpo que formamos em nossa mente, sendo esta influenciada por uma série de aspectos sociais, culturais, afetivos e comportamentais. (NUNES, 2006; SAIKALI *et al.*, 2004). A satisfação em relação a imagem corporal é freqüentemente conceitualizada como a discrepância existente entre a imagem corporal e o ideal que temos para esta, ou, também, como os sentimentos negativos que nutrimos em relação ao nosso corpo, sejam estes relacionados à forma corporal, à partes do corpo ou ao peso (FETT *et al.*, 2009).

Segundo Verplanken e Velsvik, (2008), a construção da imagem corporal é multidimensional, sendo constituída basicamente de três aspectos fundamentais: atitude, percepção e comportamento. A atitude reflete a satisfação com a imagem corporal, o nível de preocupação que ela causa ao indivíduo e a ansiedade que a ela pode estar associada. A percepção diz respeito ao grau de exatidão da percepção da própria aparência física, envolvendo a capacidade de estimar-se o tamanho e

peso corporais. Já o comportamento foca-se nas situações evitadas pelo indivíduo de forma a evitar o desconforto associado a aparência corporal (VERPLANKEN e VELSVIK, 2008).

Ao longo da história, o conceito de corpo bonito e saudável sofreu significativas transformações, passando de um ideal de corpo arredondado, com deposição farta de gorduras, à imagem de magreza hoje tão exaltada. É interessante observar que em períodos da história caracterizados pela carência alimentar, como na época pré industrial, o excesso de peso simbolizava energia e força, sendo este o perfil de mulher vista como forte e apta a enfrentar as turbulências e proteger a família (BOSI, 2006).

A insatisfação com a imagem corporal é um achado freqüente nos transtornos do comportamento alimentar, sendo que esta está intimamente associada ao desenvolvimento e a manutenção do quadro patológico. Segundo o DSM-IV, a distorção da imagem corporal na anorexia nervosa é caracterizada como um distúrbio na maneira pelo qual o peso ou a forma corporal de um indivíduo é experimentada, uma influência inapropriada e/ou excessiva do peso ou forma do corpo na auto-avaliação, ou ainda, uma negação da gravidade do baixo peso atual (APA, 1994).

Dentre os fatores mais importantes para o desenvolvimento da insatisfação da imagem corporal, é unânime o reconhecimento da influência do culto à magreza, presente na cultura ocidental, como um dos fatores de maior impacto na insatisfação com a imagem corporal. Essa imagem corporal inatingível, idealizada pela mídia e pela sociedade, traz a muitas mulheres uma sensação de distanciamento entre o corpo real e o ideal, experiência esta comumente associada aos quadros de AN e BN (NUNES, 2006; SAIKALI *et al*, 2004).

1.4 ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os TCAs possuem causalidade múltipla, que inclui desde a genética, a cultura, a sociedade, aspectos individuais e fatores familiares. Entre os fatores predisponentes ganham destaque a história de transtornos na família, o padrão de

relacionamento familiar, o contexto sociocultural, destacando-se neste âmbito a valoração da magreza, e traços da personalidade. A dieta é uma constante entre os transtornos, no entanto, a presença isolada da dieta não necessariamente levará ao transtorno, e sim a interação deste comportamento com fatores de risco e eventos desencadeadores (MORGAN *et al.*, 2002).

Morgan (2002) destaca a existência de três classes de fatores envolvidos na etiologia dos TCAs: fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores. Sinteticamente, pode-se definir os fatores predisponentes como aqueles que aumentam a chance do surgimento do transtorno, os precipitantes como os que marcam o aparecimento de sintomas da doença, e finalmente, os mantenedores como os que determinam o rumo de perpetuação ou não da patologia.

Isolando-se os fatores predisponentes, subdividem-se estes em duas classes: fatores de risco para transtornos psiquiátricos em geral e fatores específicos para os TCAs. Os fatores de risco específicos de TCAs encontram-se divididos em três grupos: individual, familiar/hereditário e sociocultural.

Dentre os traços individuais relacionados a personalidade encaixam-se a baixa auto-estima e a presença de traços obsessivos e perfeccionistas em pacientes anoréxicas, e traços de impulsividade e de instabilidade afetiva entre bulímicas. Ainda dentre os fatores individuais podemos destacar o histórico de transtornos psiquiátricos individual e familiar, a tendência a obesidade, a alteração de neurotransmissores e eventos adversos, como por exemplo, o abuso sexual (CLAUDINO E ZANELLA, 2005; NUNES, 2006; MORGAN *et al* 2002).

O contexto familiar se tornou foco de muitos estudos de transtornos a partir da observação de que famílias com pacientes anoréxicas possuíam características semelhantes entre elas. Além da relação familiar, envolvem-se neste sentido fatores genéticos, que participaram como predisponentes dos transtornos. Parentes de primeiro grau de indivíduos com TCAs apresentam um risco maior de desenvolverem o transtorno do que familiares de indivíduos saudáveis. Este fato sugere um padrão de transmissão e participação de fatores biológicos, mas também reforça a presença de fatores ambientais (STROBER, 2000; SOUZA E SANTOS 2006).

As famílias de pacientes anoréxicas são notadamente emaranhadas, superprotetoras, rígidas e frágeis frente a necessidade de resolução de conflitos. Já as famílias de pacientes bulímicas são apontadas como perturbadas,

desorganizadas e ademais, com relações de pouco afeto. Observa-se maiores variações quando se trata de famílias de paciente com BN (SOUZA E SANTOS, 2006; MORGAN *et al.*, 2002; NUNES, 2006).

A influência da opinião dos parentes e amigos é considerada maior do que a da mídia nos pacientes que apresentam TCAs. As mães de pacientes acometidos freqüentemente têm grande preocupação com o corpo, são críticas em relação a aparência e apresentam maiores tendências de também apresentarem problemas relacionados a alimentação (RICCIARDELLI E MCCABE, 2001). Dentre os aspectos socioculturais destaca-se a pressão social em relação à magreza, a qual pode criar um ambiente fértil para o desenvolvimento de TCAs.

Neste contexto, o ambiente em que o indivíduo está inserido também pode trazer maior risco para o desenvolvimento de algum destes transtornos (OLIVEIRA, 2003; TORO *et al.*, 2008). Observa-se que em esportes que exigem o baixo peso corporal e utilizam-no como critério para a obtenção de bons resultados em competições – como, por exemplo, na ginástica artística, nado sincronizado, corrida e no ballet –, há maiores incidências de TCA e de comportamentos considerados precursores de TCA (OLIVEIRA, 2003).

1.5 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A epidemiologia dos transtornos alimentares apresenta-se como um tópico impreciso e de difícil compreensão devido, principalmente, a multiplicidade de instrumentos de rastreamento e de critérios diagnósticos. Cabe ainda ressaltar que os dados epidemiológicos tornam-se ainda mais obscuros quando se trata de uma população específica. Em linhas gerais, sabe-se que 90% dos casos de AN são em mulheres, com maior incidência em indivíduos da cor branca e pertencentes a classes socioeconômicas média e alta; em indivíduos do sexo masculino, aparece mais prevalente entre homossexuais, embora sem confirmação epidemiológica; e em populações específicas, como modelos, atletas e bailarinas a prevalência é aumentada (CORDÁS *et al.*, 2004). A prevalência média de AN entre mulheres jovens é de 0,3% (HOEK; HOEKEN, 2003). No Brasil, poucos são os dados epidemiológicos referentes à presença de TCA na população, principalmente em

adolescentes. Da mesma forma, a prevalência de BN na população mundial entre mulheres jovens é de cerca de 1% (HOEK; HOEKEN, 2003).

1.6 O BALLET CLÁSSICO

*“...Quem dirá que não vivo satisfeito! Eu danço!
 ...Eu danço manso, muito manso.
 Não canso e danço,
 Danço e venço...
 ...Quando nasci eu não pensava e era feliz,
 Quando nasci eu já dançava...”
 (Mário de Andrade)*

A dança se apresenta como uma forma de comunicação desde o princípio da humanidade. Antes do homem se expressar através de uma linguagem oral, ele dançou. A dança foi à expressão do homem através da linguagem gestual. São muitos os registros pré-históricos da existência da dança, impressos em gravuras nos interiores de cavernas e pedras, documentos históricos e instrumentos da época (WISSMANN, 2010).

No campo da filosofia, Platão é o primeiro a fazer referência a dança. Na obra intitulada *Leis*, o filósofo afirma que a dança deve ser ensinada para meninos e meninas como parte integrante da sua educação. Platão considerava a Dança como uma atividade de formação plena do cidadão, e afirmava que ela daria proporções corretas ao corpo, seria fonte de saúde, além de ser uma maneira de reflexão estética e filosófica (University of Washington, Dance Program; Magalhães, 2005).

O Ballet Clássico nada mais é do que o desenvolvimento e a transformação da dança primitiva. A história do Ballet Clássico começou por volta de 1500 na Itália. Nesta época a dança, juntamente com a música, a mímica e a poesia, era uma forma de divertimento para os nobres italianos. O primeiro Ballet registrado ocorreu em 1489, em comemoração ao casamento do Duque de Milão com Isabel de Aragon.

Na França, quando a italiana Catarina de Medicis casou-se com o rei Henrique II e se tornou rainha, ela introduziu este tipo de espetáculo na corte francesa, onde obteve muito sucesso. O mais belo e famoso espetáculo oferecido na corte desses reis foi o "Ballet Cômico da Rainha", em 1581, para celebrar o casamento da irmã de Catarina. O Ballet tornou-se, então, uma regularidade na corte francesa, e tomou ainda mais espaço com o rei Luís XIV, segundo relatos, exímio bailarino. O Rei Sol, como era chamado, fundou primeiramente, em 1661, a *Académie Royale de Danse*, e mais tarde a *Académie Royale de Musique*, hoje Ballet da Ópera de Paris, tornando assim a dança uma profissão (WISSMANN, 2010).

No entanto, com a decadência da monarquia absolutista, juntamente com o surgimento dos novos conceitos impostos pela Revolução Francesa, "Igualdade, Fraternidade e Liberdade", slogan da Revolução, sepulta-se definitivamente o classicismo formal francês, e assim, a Ópera de Paris foi encerrada. Anos depois a Ópera reabriu, no entanto o Ballet entrava em sua época de decadência. Enquanto na França a dança passava por seu pior momento, na Rússia entrava em seu apogeu. Sob o patrocínio do Czar, eram muitos os talentos importados da Europa .

O Czar, que aprendera com a história que era uma boa idéia distrair o povo, ofereceu a dança, muita dança, e incentivou esta arte acima de tudo. E é a partir da segunda metade do século XIX, com o surgimento de novos coreógrafos franceses, como Jules Perrot, Sant Leon e Petipá, que o Ballet russo atinge seu apogeu e passa a ser polarizador da dança mundial. Enquanto no ocidente os homens que dançavam eram vistos com moral duvidosa, na Rússia os rapazes eram respeitados tanto quanto os da academia militar ou naval, pois tinham proteção imperial e seus trajes exibiam emblemas como os dos cadetes das academias.

Nas companhias Russas surgem alguns dos mais importantes Ballets de Repertório, isto é, danças que contam histórias através de um conjunto de passos que devem ser seguidos minuciosamente. A re-montagem destas histórias deve, portanto, seguir rigorosamente os padrões originais de coreografia, música e figurino. Por que surgem neste contexto, e por que se reproduzem todas as formas por eles delineadas, que também se assume a reprodução da forma física por eles ditados. Como na Rússia define-se como padrão de corpo de bailarina a figura longilínea, magra e de linhas longas, este é o padrão que se perpetua (MICHAUT, 1978).

Segundo Santos (2008), o biotipo da bailarina é caracterizado por um corpo disciplinado, devido aos princípios técnicos e a metodologia disciplinadora do ballet. A técnica desta dança, regida pelo ensinamento sistematizado de códigos e regras, e sua linguagem, a qual apresenta inúmeras formas estéticas executadas através da repetição dos movimentos, está em constante busca da perfeição. Para tal execução, o corpo da bailarina clássica busca os ideais da beleza romântica, de linhas longilíneas e clássicas; e o ballet romântico, marcado pelos contos de fada, bruxas e negação da gravidade, procura, através de mecanismos e princípios técnicos, levar o público a impressão de que a bailarina está flutuando no palco.

Para o aprendizado do Ballet Clássico são necessários muitos anos de estudo e prática. Nos primeiros anos de aprendizado são usadas somente as sapatilhas de “meia ponta”, sapatilhas macias, feitas de couro ou lona, ideais para o aprendizado das técnicas e passos do Ballet. As aulas têm duração variável, de acordo com a faixa etária, método de ensino e escola, e durante a aula são ensinados não somente os passos, mas também noções de espaço, técnicas de palco, mímica, musicalidade, dentre outros ensinamentos. À medida que se passam os anos de aprendizagem, aumenta a complexidade dos passos, e para as meninas introduzem-se as sapatilhas de ponta. Concomitante a isto, aumentam também os esforços no sentido de aumentar a rotação externa das pernas e pés (*en dehors*) e a flexibilidade das bailarinas (SIMAS e GUIMARÃES, 2002).

A aula de ballet inicia-se na barra, a qual serve de apoio para a execução de passos. Os exercícios de barra têm por finalidade o aquecimento, alongamento, desenvolvimento da força, e preparação para saltos e giros. Após, iniciam-se os exercícios de centro, onde se executam os passos já feitos na barra, porém sem apoio, além de giros, pequenos e grandes saltos, adágios (exercícios lentos de técnica) e *port de bras* (movimentos de braços, cabeça e dorso). A aula encerra-se com a reverência, uma espécie de agradecimento e despedida, e palmas ao mestre. Além das aulas, acrescentam-se a vida da bailarina os ensaios, nos quais treina-se exaustivamente a execução de coreografias para a apresentação, seja em espetáculos ou competições (SIMAS e GUIMARÃES, 2002; SANTOS, 2008).

As salas de aula são repletas de espelhos, para que as alunas possam acompanhar o seu desempenho na execução de passos. Assim como são constantes na vida da bailarina a rotina de sustentação, equilíbrio e sapatilhas de

ponta, é constante também a rotina do acompanhamento da imagem corporal e o controle de peso.

1.7 TRANSTORNOS ALIMENTARES VERSUS BALLET CLÁSSICO

A conclusão mais aceita é de que estudantes de Ballet Clássico apresentam um risco elevado de desenvolver TCA principalmente devido a características culturais da dança, que preconizam a busca pela perfeição, valorizando a leveza dos movimentos, flexibilidade, equilíbrio e domínio do corpo, tais características ainda associadas à imagem longilínea esperada para uma bailarina (THOMAS *et al.*, 2005; RINGHAM *et al.*, 2006; TORO *et al.*, 2009).

Quando investigada a prevalência de comportamentos sugestivos de AN entre bailarinos, esta apresenta-se variando de 31% em bailarinos profissionais de ambos os sexos, em estudo conduzido no Rio de Janeiro (RIBEIRO e VEIGA, 2010), e 21,6% em estudantes de Ballet Clássico da Alemanha (NEUMÄRKER *et al.*, 1998). Ringham e colaboradores (2006), ao verificar a prevalência de TCA nos Estados Unidos, encontrou 83% dos bailarinos com sintomas sugestivos de comportamento alimentar anormal, sendo destes 6,9% AN, 10,3% BN, 10,3% AN e BN, e 55% transtornos alimentares sem outra especificação. Já a prevalência de BN encontrada entre bailarinas fica entre 1,3% (ABRAHAM, 1996) e 14,2%, em estudantes de dança australianas e canadenses respectivamente (GARNER *et al.*, 1987).

Desta forma, identificar nesta população de risco a presença de um perfil comportamental relacionado ao desenvolvimento de TCA torna-se importante, pois permite a intervenção preventiva. Muitos casos de transtorno do comportamento alimentar podem ser evitados, uma vez que estes muitas vezes são precedidos por sintomas subclínicos, e a identificação neste estágio evita o desenvolvimento e a instalação da patologia em questão (PERINI *et al.*, 2009).

2 JUSTIFICATIVA

Tendo-se em vista os prejuízos físicos, sociais e psicológicos acarretados pelo desenvolvimento de TCAs e a necessidade de uma intervenção precoce para o sucesso do tratamento destas patologias, faz-se necessário a identificação de populações de risco e de fatores associados ao desenvolvimento de TCAs. Visto que, na literatura, a prática de Ballet Clássico parece estar associada com um maior risco de desenvolvimento de TCAs em diferentes países, identificar entre as estudantes de ballet clássico de Porto Alegre se esta associação também é verdadeira, assim como os possíveis fatores de risco e de proteção será de suma importância para um melhor planejamento de ações de prevenção e intervenção nesta área. Destaca-se ainda a escassez de estudos deste caráter entre adolescentes praticantes deste estilo de dança, os quais estão ainda mais suscetíveis a estas patologias devido a características psicológicas e fisiológicas desta fase da vida.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência de sintomas de transtornos do comportamento alimentar e fatores de risco associados em adolescentes do sexo feminino estudantes de ballet clássico na cidade de Porto Alegre, RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Avaliar as atitudes e os comportamentos típicos de AN e o índice de gravidade de preocupações que caracterizam os TCA entre as estudantes de ballet clássico por meio do Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26);
- II. Medir a prevalência de insatisfação com a imagem corporal nas estudantes de ballet clássico por meio do Questionário de Imagem Corporal (BSQ-34);
- III. Avaliar o estado nutricional das adolescentes segundo o Índice de Massa Corporal (IMC);
- IV. Avaliar o % de gordura das adolescentes por meio da análise da bioimpedância elétrica;
- V. Identificar e avaliar a eventual influência de fatores específicos das escolas de ballet e interpessoais para o desenvolvimento de TCAs;
- VI. Identificar o perfil socioeconômico e demográfico da população estudada;
- VII. Verificar a associação entre a prevalência de sintomas de transtornos do comportamento alimentar e distorção da imagem corporal com as demais variáveis estudadas: socioeconômicas, demográficas, IMC, composição corporal e variáveis relativas ao Ballet, tais como tempo de estudo e frequência semanal de treino.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, S. Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. **Psychopathology**, v.29, p.223–229, 1996.

ALVES E.; VASCONCELOS F.A.G.; CALVO M.C.M.; NEVES. J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.503-512, 2008.

APA- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 4.ed.Washington, 1994.

BIGHETTI F. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**. 2003. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BORGES, N. J. B. G. *et al.* Transtornos Alimentares - quadro clínico. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.39, n.3, p.340-8, 2006.

BOSI , M. L. M. et al. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.2, p.108-113, 2006.

BOSI M. L. M.; ANDRADE A. Transtornos do comportamento alimentar: um problema de saúde coletiva. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.197-202, 2004.

CLAUDINO M. A.; ZANELLA M. T. **Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar: Transtornos Alimentares e Obesidade**. Barueri, SP. Manole, 322p, 2005.

CÓRDAS T. A.; CLAUDINO A. M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n. 3, p. 3-6, 2002.

CORDÁS T.A, SALZANO F.T., RIOS S.R. Transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: Philippi S.T., Alvarenga M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo, Editora Manole, 2004, p. 39 – 62.

FEIO L. C., 2006. **Prevalência de sintomas de anorexia nervosa em universitárias ingressantes na universidade federal de santa Catarina**, 2007. 99f. Dissertação (mestrado Programa de Pós-Graduação em Nutrição) - Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

FETT A. K.; LATTIMORE P.; ROEFS A.; GESCHWIND N.; JANSEN A. Food cue exposure and body image satisfaction: the moderating role of BMI and dietary restraint. **Body Image**, v.6, p. 14-18, 2009.

GIORDANI R. C. F. A. Auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia e Sociedade**, v.18, n.2, p.81-88, mai/ago., 2006.

GULL W. W. The address in medicine. **Lancet**, v.8, p.175,1868.

HOEK, H.W., HOEKEN, D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, v.34, p. 383-396, 2003.

MAGALHÃES M. C. A dança e sua característica sagrada. “**Existência e Arte**”- **Revista Eletrônica do Grupo PET - Ciências Humanas, Estética e Artes** - Universidade Federal de São João Del-Rei, v.1, n.1, p.1-4, 2005.

MICHAUT, P. História do Ballet. In: Coleção “Saber Atual”. Maria Manuela Gouveia Antunes (Trad.). São Paulo: Difusão Européia do Livro. 128 p., 1978.

MORGAN C. M.; VECCHIATTI I. R.; NEGRÃO A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.3, p.18-23, 2002.

NEUMÄRKER K.J.; BETTLE N.; BETTLE O.; DUDECK U.; NEUMÄRKER U. The Eating Attitudes Test: comparative analysis of female and male students at the Public Ballet School of Berlin. **European Child e Adolescent Psychiatry**, v.7, p.19-23, 1998.

NUNES M.A *et al.* **Transtornos Alimentares e Obesidade** - 2ªed - Porto Alegre: Artmed, 2006.

OLIVEIRA F. P., et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 9, n.6, p.348-356, 2003.

Organização Mundial de Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PERINI, T.A., et al. Transtorno do Comportamento Alimentar em Atletas de Elite de Nado Sincronizado. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol. 15, n 1, p.54-57, 2009.

PINZON V.; NOGUEIRA F. C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 158-160, 2004.

References to dance in Plato's laws. University of Washington, Dance Program; Disponível em <http://depts.washington.edu/uwdance/dance344reading/bcpllaws.htm>, consultado em 24 de novembro de 2010.

RIBEIRO L.G.; VEIGA G.V. Risk Behaviors for Eating Disorders in Brazilian Dancers. **International Journal of Sports Medicine**, v.31, n.4, p.283-8, 2010.

RIBEIRO R.P.P.; SANTOS P.C.; SANTOS J. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosa. **Medicina Ribeirão Preto**, v.31, p.45-53, 1998.

RICCIARDELLI L. A.; MCCABE M. P. Children's body image concerns and eatings disturbance: a review of literature. **Clinical Psychology Review**, v.21, n.3. p.325-44, 2001.

RINGHAM R.; KLUMP K.; KAYE W.; STONE D.; LIBMAN S.; STOWE S. et al. Eating disorder symptomatology among ballet dancers. **International Journal of Eating Disorders**, v.39, p.503–508, 2006.

SAIKALI C. J. et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.4, p.164-166, 2004.

SANTOS, R. M. O corpo em metamorfose para uma dramaturgia contemporânea. **Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Corpo, dança, contemporaneidade**, 2008.

SCHIMIDT E.; MATA G. F. Anorexia nervosa: uma revisão. **Revista de Psicologia**, v.20, n.2, p.387-400, 2008.

SIMAS J. P. N., GUIMARÃES A.C.A. Ballet clássico e transtornos alimentares. **Revista de Educação Física/Universidade Estadual de Maringá**, v.13, n.2, p.119-126, 2002.

SOUZA L. V.; SANTOS M. A. A família e os transtornos alimentares. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.39, n.3, p.403-09, 2006.

STROBER, M. et al. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. **American Journal Psychiatry**, v.157, n.3, p.393-401, 2000;

THOMAS J. J.; KEEL P. K.; HEATHERTON T. F. Disordered eating attitudes and behaviours in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. **International Journal of Eating Disorders**, v.38, p.263–268, 2005.

TORO J.; GUERRERO M.; SENTIS J.; CASTRO J.; PUÉRTOLAS C. Eating Disorders in Ballet Dancing Students: Problems and Risk Factors. **European Eating Disorders Review**, v.17, p.40–49, 2009.

VERPLANKEN B.; VELSVIK R. Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. **Body Image**, v.5, p.133-140, 2008.

WISSMANN, Ana Elise Lopes. Uma breve dissertação sobre a história da dança através das épocas. Disponível em: <http://www.balletgutierres.com.br/historiadan.htm>. Acesso em: 24 de novembro de 2010.

4 ARTIGO ORIGINAL

4.1 REVISTA DE ESCOLHA

Jornal Brasileiro de Psiquiatria (JBP)

ISSN *versão impressa*: 0047-2085

ISSN *versão online*: 1982-0208

TÍTULO EM PORTUGUÊS: Fatores de Risco para Transtornos do Comportamento Alimentar em Adolescentes Estudantes de Ballet Clássico de Porto Alegre, RS

TÍTULO EM INGLÊS: Risk Factors for Eating Disorders among Adolescents Ballet Dancers in Porto Alegre, Brazil

Título resumido: Transtornos alimentares: fatores de risco em bailarinas

Running title: Eating Disorders: risk factors among dancers

Rafaela da Silveira Corrêa^{1, 2}, Júlia Dubois Moreira^{1, 3}, Ingrid D. Schweigert Perry^{1, 2, 4}

¹ Curso de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

² Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

³ PPG Ciências Biológicas: Bioquímica, Departamento de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁴ Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Autor correspondente: Rafaela da Silveira Corrêa

Endereço: Rua General Vasco Alves, 190/31

Email: rafaeadscorrea@gmail.com

Fonte de financiamento: Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos - FIPE/HCPA

RESUMO

Objetivo: avaliar as atitudes e os comportamentos alimentares sugestivos de Transtornos do Comportamento Alimentar, e determinar possíveis fatores de risco para desenvolvimento de transtornos do comportamento alimentar em adolescentes do sexo feminino estudantes de ballet clássico na cidade de Porto Alegre, RS. **Método:** estudo transversal de caráter descritivo. Foram aplicados os questionários Eating Attitudes Test (EAT 26), Body Shape Questionnaire (BSQ) e questionário próprio da pesquisa com questões referentes a alimentação, percepção corporal e ballet. Para a análise dos dados utilizou-se o programa SPSS 11.0 – Statistical Package for the Social Sciences. **Resultados:** a prevalência de comportamento alimentar de risco segundo o EAT foi de 13,2% e a insatisfação com a imagem corporal foi de 32,11% segundo o BSQ. A imagem corporal e o EAT apresentaram associação com a idade, insatisfação com o peso e prática de realização de dieta para perda de peso. Não houve associação entre os dois escores e as variáveis antropométricas. **Conclusões:** a frequência de comportamentos alimentares de risco insatisfação com a imagem corporal revelou-se expressiva entre as bailarinas. Os dados referentes a fatores de risco próprios da escola e da vivência da dança clássica sugerem que este seja um ambiente fértil para o surgimento de TCAs.

Palavras Chave: transtornos alimentares, dança, adolescência, imagem corporal

ABSTRACT

Objective: Measuring attitudes and eating behaviors suggestive of eating disorders, and determine possible risk factors for developing eating disorders in adolescent females students of classical ballet in the city of Porto Alegre. **Method:** Descriptive cross-sectional study. Questionnaires were Eating Attitudes Test (EAT 26), Body Shape Questionnaire (BSQ) and own research questionnaire containing questions relating to food, body awareness and ballet. For data analysis we used SPSS 11.0 - Statistical Package for the Social Sciences. **Results:** The prevalence of behavioral risk of eating disorders to the EAT was 13.2% and dissatisfaction with body image was 32.11% according to BSQ. Body image and the EAT was associated with age, dissatisfaction with weight, and the practice of dieting for weight loss. There was no association between the EAT and BSQ and anthropometric variables. **Conclusion:** Data regarding risk factors of school's own experience of classical dance suggest that this is a fertile environment for the emergence of EDs.

Key- words: Eating disorders, dancing, adolescence, body image

INTRODUÇÃO

Em linhas gerais, entende-se por Transtornos do Comportamento Alimentar (TCA) síndromes cuja principal característica é a relação anormal do sujeito com sua alimentação¹. Os TCA são cada vez mais alvo da atenção dos profissionais da área da saúde, uma vez que estes estão associados a graus significativos de morbidade e mortalidade².

O surgimento destas patologias está geralmente associado à adolescência, pois este período compreende uma fase de alterações estruturais de cunho físico e psicológico, que exigem uma readaptação à nova forma e ao novo peso corporal, sendo assim, à nova imagem corporal^{2,3}. O prejuízo pessoal e social, o curso longo e variável e o prognóstico reservado dos TCA requerem planejamento terapêutico mais eficaz. Tais aspectos vêm impulsionando a multiplicação de estudos epidemiológicos e de acompanhamento para observar a evolução das doenças alimentares ao longo do tempo, bem como seus fatores de bom e mau prognóstico².

A insatisfação com a imagem corporal é um achado freqüente nos transtornos do comportamento alimentar, sendo que esta está intimamente associada ao desenvolvimento e a manutenção do quadro patológico. Dentre os fatores mais importantes para o desenvolvimento da insatisfação da imagem corporal, é unânime o reconhecimento da influência do culto à magreza, presente na cultura ocidental, como um dos fatores de maior impacto na insatisfação com a imagem corporal. Essa imagem corporal inatingível, idealizada pela mídia e pela sociedade, traz a muitas mulheres uma sensação de distanciamento entre o corpo real e o ideal, experiência esta comumente associada aos quadros de Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN)^{4,5}.

Os TCAs possuem causalidade múltipla, que inclui desde a genética, a cultura, a sociedade, aspectos individuais e fatores familiares. Dentre os aspectos socioculturais destaca-se a pressão social em relação à magreza, a qual pode criar um ambiente fértil para o desenvolvimento de TCAs. Entre os aspectos individuais é importante salientar que traços de personalidade e déficits de auto-estima aparecem como os principais envolvidos no desenvolvimento de TCAs⁴.

O ambiente em que o indivíduo está inserido também pode trazer maior risco para o desenvolvimento de algum destes transtornos^{6,7}. Observa-se que em esportes que exigem o baixo peso corporal e utilizam-no como critério para a obtenção de bons resultados em competições – como, por exemplo, na ginástica artística, nado sincronizado, corrida e no ballet –, há maiores incidências de TCA e de comportamentos considerados precursores de TCA⁶.

A epidemiologia dos transtornos alimentares apresenta-se como um tópico impreciso e de difícil compreensão devido, principalmente, a multiplicidade de instrumentos de rastreamento e de critérios diagnósticos. Em linhas gerais, sabe-se que 90% dos casos de AN são em mulheres, com maior incidência em indivíduos da cor branca e pertencentes a classes socioeconômicas média e alta⁴.

Quando investigada a prevalência de comportamentos sugestivos de AN entre bailarinos, esta apresenta-se variando de 31% em bailarinos profissionais de ambos os sexos, em estudo conduzido no Rio de Janeiro⁸, e 21,6% em estudantes de Ballet Clássico da Alemanha⁹. Ringham e colaboradores¹⁰, ao verificar a prevalência de TCA nos Estados Unidos, encontraram 83% dos bailarinos com sintomas sugestivos de comportamento alimentar anormal, sendo destes 6,9% AN, 10,3% BN, 10,3% AN e BN, e 55% transtornos alimentares sem outra especificação. Já a prevalência de BN encontrada entre bailarinas fica entre 1,3%¹¹ e 14,2%, em estudantes de dança australianas e canadenses respectivamente¹².

A conclusão mais aceita é de que estudantes de Ballet Clássico apresentam um risco elevado de desenvolver TCA principalmente devido a características culturais da dança, que preconizam a busca pela perfeição, valorizando a leveza dos movimentos, flexibilidade, equilíbrio e domínio do corpo, tais características ainda associadas à imagem longilínea esperada para uma bailarina^{13,10,7}.

Desta forma, o objetivo deste estudo é investigar a prevalência de comportamentos alimentares anormais e os fatores de risco associados a estes sintomas entre adolescentes do sexo feminino, estudantes de Ballet Clássico de escolas de dança de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

O estudo, do tipo transversal, incluiu 53 adolescentes, do sexo feminino, estudantes de ballet clássico de 6 escolas de dança de elite de Porto Alegre, RS, Brasil. A amostra (aleatória simples) foi estratificada em dois estágios: sorteio das escolas de ballet utilizando listagem obtida por meio da Associação Gaúcha de Dança (ASGADAN) e de 9 alunas por escola. Os critérios de inclusão utilizados foram a faixa etária (adolescentes ≥ 10 e < 20 anos) e o tipo de dança praticado (ballet clássico).

A participação das adolescentes ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por um responsável. A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro de 2010, sendo esta realizada nas escolas de ballet em horários previamente escolhidos, respeitando-se a disponibilidade das alunas.

Para avaliar as atitudes e os comportamentos alimentares sugestivos de TCA, utilizou-se o Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test*, EAT-26)¹⁴, traduzido e validado para o português por Nunes *et al.*¹⁵. O questionário consta de 26 itens, com seis opções de resposta que representam a frequência com que atitudes alimentares sugestivas de TCA são tomadas. As opções de resposta são: sempre, muito freqüente, freqüentemente, algumas vezes, raramente e nunca, pontuando-se para sempre 3 pontos, muito freqüente 2 pontos, algumas vezes 1 ponto, e demais respostas não pontuam. Escores totais acima de 21 pontos denotam a presença de atitudes alimentares anormais e de risco para o desenvolvimento de TCAs.

Para avaliar a insatisfação com a imagem corporal, utilizou-se o Body Shape Questionnaire (BSQ), versão traduzida para o português por Cordás¹⁶ e validada para adolescentes por Conti¹⁷. A soma dos pontos obtida, numa escala de 1 a 6, para as respostas nunca, raramente, algumas vezes, freqüentemente, muito freqüente e sempre, respectivamente, reflete o grau de insatisfação com a imagem corporal. Escores menores ou iguais a 80 pontos indicam ausência de insatisfação com a imagem corporal. Resultados entre 81 e 110 pontos denotam uma leve insatisfação com a imagem corporal; entre 111 e 140 presença de moderada

insatisfação com a imagem corporal; e acima de 140 pontos a classificação indica presença de grave insatisfação com a imagem corporal.

Foram avaliados ainda aspectos econômicos e do estado nutricional das bailarinas. As características econômicas das famílias foram definidas de acordo com o sistema de pontos do Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁸, sendo os indivíduos desta amostra agrupados nas classes econômicas: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

Para a avaliação antropométrica, foram realizadas em duplicata as medidas de peso e estatura. A medida de peso foi feita em balança portátil digital eletrônica, com capacidade de 150 kg e precisão de 0,1kg (marca Tanita® Modelo UM-080). A estatura foi aferida utilizando-se estadiômetro portátil, com plataforma anexa, com extensão de 2 metros e precisão de 1 mm, marca AlturaExata. Foi admitido um valor máximo de diferença de 1,0 cm entre ambas as medidas de estatura e de 200g para peso. Utilizou-se o valor médio das duas medidas para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), definido como a relação entre o peso em quilogramas e a estatura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2). A classificação do perfil antropométrico das adolescentes participantes foi realizada pelo escore Z de IMC para a idade e sexo¹⁹.

Para avaliação da composição corporal utilizou-se análise de bioimpedância elétrica (impedanciômetro marca Byodynamics®, modelo 450). A adiposidade corporal foi determinada pelo percentual de gordura (%GC), e classificada segundo Lohman²⁰ em normal (até 25%); alto (de 26 a 35%) e muito alto (> 35%).

Questionário próprio da pesquisa foi elaborado para levantamento de dados relevantes acerca da história prévia das entrevistadas. O questionário - subdividido em 4 partes - sobre você, sobre o seu peso, sobre sua alimentação e sobre o ballet – trazia questões elaboradas pelas pesquisadoras, relacionados a possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de TCAs.

Este estudo seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos resolução 196/CNS/MS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número de protocolo 10-0152.

As variáveis categóricas serão apresentadas como freqüências e percentuais e as variáveis contínuas como média e desvio padrão. O teste Qui-quadrado foi empregado para testar a associação entre as variáveis categóricas, e o teste t de Student para comparação entre as médias. Os dados foram avaliados pelo programa SPSS 18.0 – *Statistical Package for Social Sciences* e foram considerados significativos quando $P < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 53 estudantes de ballet clássico, do sexo feminino, com média de idade 13,28 anos (DP=1,64). A média da idade da menarca encontrada foi de 11,68 anos (DP= 1,13), sendo que 16 das entrevistadas não haviam tido a 1ª menstruação até o momento da entrevista.

A maior parte da amostra, 64,2%, se encontra na classe econômica A2, definida pelo critério de Classificação Econômica Brasil como família com renda média familiar mensal de R\$8.099,00. De encontro a este dado, apenas uma das entrevistadas não estudava em colégio particular.

A média de anos de prática de ballet foi de 8,75 anos (DP=2,75), e a mediana de horas dedicadas ao ballet semanalmente foi de 4 horas (mínimo 1 hora, máximo 12 horas). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a presença de comportamento alimentar anormal e as variáveis acima citadas. Da mesma forma, não houve associação entre estas variáveis e a imagem corporal. Em relação ao estado nutricional 94,3% das estudantes de ballet apresentaram eutrofia segundo o IMC para a idade¹⁹. O percentual de gordura corporal (%GC) estava adequado em 52,9% das adolescentes, alto em 45,1% e muito alto em 2%²⁰.

De acordo com o *Eating Attitudes Test*^{14,15} (EAT-26), 7 (13,2%) bailarinas apresentaram escore ≥ 21 pontos, representando comportamento de risco para TCAs, e 5 (9,8%) valores limítrofes para o teste (18,19 e 20 pontos). Quanto ao *Body Shape Questionnaire*^{16,17} (BSQ), 17 (32,1%) bailarinas apresentavam algum grau de insatisfação com a imagem corporal, sendo destas 7 (13,2%) com baixa insatisfação, 9 (17%) moderada insatisfação e uma aluna (1,9%) alta insatisfação com a imagem

corporal. As demais apresentaram pontuação inferior a 80 pontos, classificada como ausência de insatisfação com a imagem corporal.

A Tabela 1 mostra que a Imagem Corporal está associada à idade. O BSQ também apresentou associação estatisticamente significativa com a insatisfação com o peso e a realização de intervenção dietética para perda de peso. A insatisfação com o peso foi indagada através da questão “Você está satisfeita com o seu peso atual?”, própria do questionário elaborado para a pesquisa. A prática de intervenção dietética para perda de peso foi sondada através da questão “Você já fez dieta para perder peso alguma vez?”, contida no questionário próprio da pesquisa. A questão foi respondida afirmativamente por 32,1% da amostra. Dentre as variáveis antropométricas, apenas o %GC apresentou associação com o BSQ. Não houve associação com a frequência de pesagem, sendo esta separada pelas categorias: mais do que uma vez por dia, diariamente, mais do que uma vez por semana, semanalmente e mensalmente ou menos ($p=0,241$), e nem com o IMC ($p=0,785$).

Ainda com relação à dieta, 26% das bailarinas responderam afirmativamente a questão “Alguém já o encorajou a fazer dieta para perder peso?”, sendo que a mãe foi a principal citada como incentivadora, por 57% das adolescentes.

Inserir Tabela 1.

Quando perguntado às adolescentes se elas se sentiam mal com seu peso quando estavam no ballet, 13 (24,5%) responderam que sim, por sentir-se gorda. Destas, todas apresentaram BSQ positivo para insatisfação com a imagem corporal, sendo 7 (53,8%) com moderada insatisfação. Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre o sentimento experimentado nos momentos em que se está no ballet, com a insatisfação com a imagem corporal ($p<0,001$). Das bailarinas que se sentiam mal com seu peso no ballet, 4 (30,8%) apresentaram resultado positivo, e 4 (30,8%) pontuação limítrofe para o EAT-26.

A tabela 2 mostra forte associação entre o comportamento alimentar e a imagem corporal.

Inserir tabela 2.

A questão “O ballet já foi para você uma motivação para fazer dieta ou perder peso?” foi respondida afirmativamente por 19 (35,8%) bailarinas, sendo que neste grupo encontram-se todas as 7 bailarinas com EAT positivo, e 4 das 5 adolescentes com EAT limítrofe. Quanto ao BSQ encontram-se neste grupo 15 das 17 estudantes de ballet clássico com algum grau de insatisfação com a imagem corporal. Das 19 adolescentes que responderam afirmativamente a questão anterior, 11(57,9%) responderam que se sentem motivadas a perder peso em todos os momentos em que estão no ballet, isto é, nas aulas, ensaios, períodos próximos a apresentações e quando ensaiam novas coreografias.

A tabela 3 apresenta o EAT segundo as características das estudantes. Não houve associação entre o EAT e a idade. Para a satisfação com o peso, observa-se que há associação com o EAT. A frequência de estudantes satisfeitas com seu peso se mostrou maior entre aquelas com EAT<20 (94,1% e 5,88% para EAT<20 e \geq 21 pontos respectivamente).

Houve também forte associação entre a prática de dieta de redução de peso e o EAT. Todas as bailarinas com EAT \geq 21 responderam afirmativamente a pergunta “Você já fez dieta para perder peso alguma vez?”, ao passo que todas as adolescentes que responderam negativamente a esta pergunta possuíam EAT<20. Não foram encontradas associações entre as variáveis antropométricas e o EAT.

Inserir tabela 3.

DISCUSSÃO

Tendo por base a distribuição socioeconômica da população por região metropolitana de 2008¹⁸, um total de 4,9% da população da região metropolitana de Porto Alegre encontrava-se na classe econômica A2. A população praticante desta modalidade de dança possui alta renda mensal, já que 64,2% encontram-se nesta classe. Estudos atuais vêm demonstrando uma homogeneidade cada vez maior dos transtornos alimentares entre populações socioeconômicas distintas²¹, no entanto é pequena a parcela de estudantes de ballet clássico com baixo poder aquisitivo, uma vez que esta é uma atividade de custo elevado.

Os resultados obtidos na análise do comportamento alimentar das estudantes de ballet mostram uma frequência importante de comportamentos alimentares sugestivos de TCA, podendo estes hábitos representar síndromes parciais de TCAs⁶. A prevalência de atitudes e comportamentos sintomas de risco para TCAs, segundo o EAT (13,2%) foi similar a encontrada entre bailarinas profissionais brasileiras,(10,3%)⁸ e a encontrada por Toro *et al.*⁷ entre bailarinas adolescentes da Espanha, 11,8%. Tais resultados corroboram com a hipótese da influência exercida pelo ambiente, e, especificamente da prática de ballet clássico. Embora não haja significância estatística, enquanto apenas 4,7% das adolescentes de 10 a 12 anos apresentam EAT positivo, 40% das adolescentes de 16-18 estão nesta categorização, o que poderia indicar que a presença de sintomas de comportamento anormal aumenta com a idade. Estes dados, porém, devem ser interpretados com cautela pelo possível viés do reduzido número de adolescentes nesta última faixa etária.

A insatisfação com a imagem corporal foi um achado importante, assim como suas associações com o peso corporal e com a prática de fazer dieta para redução de peso. A alta prevalência de insatisfação com a imagem corporal (31,2%) foi superior a encontrada em estudos nacionais com adolescentes não bailarinas que utilizaram o mesmo instrumento. Martins *et al.*²² encontraram prevalência de 25,3% de insatisfação em adolescentes do sexo feminino de 11 a 13 anos de Santa Maria e no estudo de Alves *et al.*²³ a insatisfação corporal esteve presente em 18,8% das escolares do sexo feminino (10 a 19 anos) do município de Florianópolis (SC). Da mesma forma que no comportamento, a insatisfação com a imagem corporal parece aumentar com a idade, embora sejam feitas as mesmas ressalvas, apesar de significância estatística.

Toro e colaboradores⁷, em estudo conduzido na Espanha com bailarinas adolescentes, não encontraram relação entre a prática de fazer dieta para redução de peso e comportamentos alimentares de risco, mas, assim como é possível inferir em nossos achados, encontraram relação entre este fator e a pressão familiar para perder peso. Em concordância com a literatura²⁴, a mãe aparece em nossos resultados como a maior incentivadora para a perda de peso, sendo este um fator importante para o desenvolvimento dos TCAs.

A maioria das bailarinas estudadas (94,3%) estavam eutróficas segundo o IMC para a idade, no entanto este elevado percentual de adolescentes eutróficas não se refletiu nos dados de insatisfação com a imagem corporal, uma vez que 32,1% das bailarinas apresentaram algum grau de insatisfação com a imagem corporal. Tal dado reflete que os padrões de beleza da sociedade, baseados no culto à magreza, levam as pessoas em geral a se sentirem insatisfeitas com seus corpos, e neste caso o padrão longilíneo da bailarina pode aumentar ainda mais esta insatisfação^{25,8}.

O mesmo pode-se afirmar em relação ao %GC. Apesar de apresentarem %GC adequado a sua idade e ao seu tipo físico, muitas das bailarinas estão insatisfeitas com seu corpo. Conclui-se, portanto, que o padrão estético exigido das bailarinas possui grande influência para que estas sintam-se insatisfeitas com a sua forma física, o que pode corroborar para o surgimento de TCAs.

A influência da escola de ballet na imagem corporal e no comportamento alimentar, expressa através das questões específicas sobre este tema, demonstraram indicativos de forte influência deste ambiente na insatisfação com a imagem corporal e nos comportamentos alimentares de risco, achado também presente no estudo de Toro *et al.*⁷.

Todos estes fatores, acrescidos das mudanças físicas e psicológicas presentes na adolescência, podem criar um ambiente fértil para o aparecimento e desenvolvimento destas patologias, as quais acarretam em graves prejuízos físicos, emocionais e psicológicos.

CONCLUSÃO

A frequência de comportamentos alimentares anormais e de insatisfação com a imagem corporal revelou-se expressiva entre as bailarinas, e assim, preocupante, uma vez que a grande maioria das adolescentes encontrava-se com IMC adequado a sua idade. Os dados referentes a fatores de risco próprios da escola e da vivência da dança clássica levam a perceber um ambiente fértil para o surgimento de TCAs. Conjugando-se todos os resultados aos achados da literatura, concluiu-se ser esta

uma população exposta a diferentes fatores de risco predisponentes de transtornos do comportamento alimentar, das diferentes categorias discutidas: familiar, ambiental e individual. Tais resultados instigam a necessidade de novos estudos, sendo imprescindível voltar a atenção a populações adolescentes de risco, visando a prevenção e tratamento destas patologias.

REFERÊNCIAS

- 1- Schimidt E.; Mata G. F. Anorexia nervosa: uma revisão. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro. 2008;20(2):387-400.
- 2 - Pinzon V.; Nogueira F.C.. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clin.* 2004;31(4):158-160.
- 3 - Alves E., Vasconcelos F.A.G., Calvo M.C.M., Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:503-12.
- 4 - Nunes, M.A et al. *Transtornos Alimentares e Obesidade - Porto Alegre: Artmed*, 2006, 2ªed.
- 5 - Saikali C. J., et al. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clin.* 2004;31(4):164-166.
- 6 - Oliveira F. P., et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte.* 2003;9(6):348-356.
- 7 - Toro J., Guerrero M., Sentis J., Castro J., Puértolas C. Eating Disorders in Ballet Dancing Students: Problems and Risk Factors. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2009; 17:40–49.
- 8 - Ribeiro L.G., Veiga G.V. Risk Behaviors for Eating Disorders in Brazilian Dancers. *Int J Sports Med.* 2010; 31(4):283-8.
- 9 - Neumärker K.J., Bettel N., Bettel O., Dudeck U., Neumärker U. The Eating Attitudes Test: comparative analysis of female and male students at the Public Ballet School of Berlin. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1998;7(1):19-23

10 - Ringham, R., Klump, K., Kaye, W., Stone, D., Libman, S., Stowe, S., et al. Eating disorder symptomatology among ballet dancers. *Int J Eat Disord*. 2006;39(6):503-8.

11 - Abraham, S. Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. *Psychopathology*. 1996;29(4):223-9.

12 - Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W., & Olmsted, M. P. A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychother Psychosom*. 1987;48(1-4):170-5.

13 - Thomas, J. J., Keel, P. K., & Heatherton, T. F. Disordered eating attitudes and behaviours in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. *Int J Eat Disord*. 2005;38(3):263-8.

14 - Garner D, Garfinkel P. Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology Med*. 1979;(9):273-9.

15 - Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL*. 1994;(16)1:7-10.

16 - CORDÁS T.A. Questionário de Imagem Corporal – versão para mulheres. In: Gorestein C, Andrade L. H. S. G., Zuairi A. W., organizadores. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. Lemos Editorial, p. 352-3, São Paulo, 2000.

17 - Conti M.P., Córdas T.A., Latorre, M.R.D.O. Estudo de Validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2009;9(3):331-338.

18 - Critério de Classificação Econômica Brasil. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa, 2010.

19 - Onis M., Onyango A.W., Borghi E., Siyam A., Nishida C., Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007; 85:660-7.

20 - Lohman TG. The use of skinfolds to estimate body fatness on children and youth. *J Physical Educ Recr Dance*. 1987;58:98-103.

21 - Dunker K.L.L.; Fernandes C.P.B., Carreira Filho, D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *J. Bras. Psiquiatr*. 2009;58(3):156-161.

22 - Martins C. R., Pelegrini A., Matheus S. C., Petroski E. L. Insatisfação com a imagem corporal e relação com estado nutricional, adiposidade corporal e sintomas de anorexia e bulimia em adolescentes. *Rev Psiq*. 2010;32(1):19-23.

23 - Alves E, Vasconcelos FA, Calvo MC, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):503-12.

24 - Ricciardelli L. A.; McCabe M. P. Children's body image concerns and eatings disturbance: a review of literature. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(3):325-44.

25 - Nunes MA, Olinto MT, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(1):21-7.

Tabela 1**Tabela 1 – BSQ segundo características de alunas de ballet**

| Características | Classificação BSQ | | | | | | | | | | p-valor* |
|------------------------------|-------------------|-----|--------------------------|------|--------------------|------|-----------------------|------|-------------------|------|----------|
| | Total | | Ausência de insatisfação | | Baixa Insatisfação | | Moderada Insatisfação | | Alta Insatisfação | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| Idade | | | | | | | | | | | |
| 10-12 anos | 21 | 100 | 21 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 13-15 anos | 27 | 100 | 14 | 51,8 | 6 | 22,2 | 6 | 22,2 | 1 | 3,7 | 0,007 |
| 16-18 anos | 5 | 100 | 1 | 20,0 | 1 | 20,0 | 3 | 60,0 | 0 | 0 | |
| Total | 53 | 100 | 36 | 67,9 | 7 | 13,2 | 9 | 17,0 | 1 | 1,8 | |
| Satisfação com o peso | | | | | | | | | | | |
| Sim | 34 | 100 | 31 | 91,1 | 1 | 2,9 | 2 | 5,8 | 0 | 0 | <0,001 |
| Não | 19 | 100 | 5 | 26,3 | 6 | 31,5 | 7 | 36,8 | 1 | 5,2 | |
| Total | 53 | 100 | 36 | 67,9 | 7 | 13,2 | 9 | 16,9 | 1 | 1,8 | |
| Dieta | | | | | | | | | | | |
| Sim | 17 | 100 | 4 | 23,5 | 4 | 23,5 | 8 | 47,0 | 1 | 5,88 | <0,001 |
| Não | 36 | 100 | 32 | 88,8 | 3 | 8,3 | 1 | 2,7 | 0 | 0 | |
| Total | 53 | 100 | 36 | 67,9 | 7 | 13,2 | 9 | 17,0 | 1 | 1,8 | |
| Classificação %GC | | | | | | | | | | | |
| %GC até 25 | 27 | 100 | 21 | 77,7 | 1 | 3,7 | 5 | 18,5 | 0 | 0 | <0,001 |
| %GC de 26 a 35 | 23 | 100 | 14 | 60,8 | 5 | 21,7 | 4 | 17,4 | 0 | 0 | |
| %GC > 35 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 100 | |
| Total | 51 | 100 | 35 | 67,9 | 6 | 13,2 | 9 | 17,0 | 1 | 1,8 | |
| IMC | | | | | | | | | | | |
| Baixo Peso | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,959 |
| Eutrófico | 50 | 100 | 33 | 66,0 | 7 | 14,0 | 9 | 18,0 | 1 | 2 | |
| Sobrepeso | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Total | 53 | 100 | 36 | 67,9 | 7 | 13,2 | 9 | 17,0 | 1 | 1,8 | |

*Teste x²

Tabela 2

Tabela 2 – Relação entre os escores do EAT-26 e BSQ das alunas de ballet

| | BSQ | | | | | | p-valor* |
|---------------|-------|-----|--------------------------------|-------|-------------------------------|------|----------|
| | Total | | Ausência/Baixa Insatisfação | | Moderada/alta Insatisfação | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| EAT | | | | | | | |
| Até 20 pontos | 46 | 100 | 42 | 91,3 | 4 | 8,7 | <0,001 |
| 21 ou mais | 7 | 100 | 1 | 14,2 | 6 | 85,7 | |
| Total | 53 | 100 | 43 | 81,13 | 10 | 18,8 | |

*Teste χ^2

Tabela 3**Tabela 3 – EAT segundo características de alunas de ballet**

| Características | Total | | Classificação EAT | | | | p-valor* |
|------------------------------|-------|-----|-------------------|------|----------|------|----------|
| | | | EAT < 20 | | EAT ≥ 21 | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Idade | | | | | | | |
| 10-12 anos | 21 | 100 | 20 | 95,2 | 1 | 4,7 | 0,105 |
| 13-15 anos | 27 | 100 | 23 | 76,1 | 4 | 14,8 | |
| 16-18 anos | 5 | 100 | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | |
| Total | 53 | 100 | 46 | 86,7 | 7 | 13,2 | |
| Satisfação com o peso | | | | | | | |
| Sim | 34 | 100 | 32 | 94,1 | 2 | 5,88 | 0,049 |
| Não | 19 | 100 | 14 | 73,6 | 5 | 26,3 | |
| Total | 53 | 100 | 46 | 86,7 | 7 | 13,2 | |
| Dieta | | | | | | | |
| Sim | 17 | 100 | 10 | 58,8 | 7 | 41,1 | <0,001 |
| Não | 36 | 100 | 36 | 100 | 0 | 0 | |
| Total | 53 | 100 | 46 | 86,7 | 7 | 13,2 | |
| Classificação %GC | | | | | | | |
| %GC até 25 | 27 | 100 | 22 | 81,4 | 5 | 18,5 | 0,556 |
| %GC de 26 a 35 | 23 | 100 | 21 | 91,2 | 2 | 8,7 | |
| %GC > 35 | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | |
| Total | 51 | 100 | 44 | 86,7 | 7 | 13,2 | |
| IMC | | | | | | | |
| Baixo Peso | 2 | 100 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0,785 |
| Eutrófico | 50 | 100 | 43 | 86,0 | 7 | 14,0 | |
| Sobrepeso | 1 | 100 | 1 | 100 | 0 | 0 | |
| Total | 53 | 100 | 46 | 86,7 | 7 | 13,2 | |

*Teste x²

5 CONSIDERAÇÃO FINAIS

A história e a origem do Ballet Clássico possuem grande influência para a construção da imagem corporal esperada para uma bailarina, devido em grande parte aos países onde o ballet surgiu e se difundiu. Há de se refletir sobre estes padrões, há tantos anos sustentados, pois tais ideais de beleza já levaram, possivelmente, muitas adolescentes a desenvolverem comportamento alimentares de risco, ou, algum grau de insatisfação com o seu corpo.

É necessário que se reavaliem os padrões de beleza, e que esta avaliação seja feita levando-se em consideração os prejuízos a saúde física e psicológica causados pela pressão exercida pela sociedade, e neste caso em especial pelos professores de ballet. Compreender que a adolescência é uma fase de mudanças corporais é de suma importância para evitar pressões e constrangimentos, muitas vezes causados por uma exposição feita em hora e local inadequado.

Preocupam as freqüências expressivas de comportamentos alimentares de risco e de insatisfação corporal entre as bailarinas, ainda mais por serem a maioria eutróficas. Ainda mais preocupante é o relato frequente da influência exercida pela família e pela escola de ballet sobre o comportamento alimentar das adolescentes. Tais dados sugerem a necessidade de ações de conscientização sobre a sociedade como um todo, e em especial com populações de risco, acerca da importância de comportamentos alimentares que garantam um corpo e uma mente saudável.

6 PERSPECTIVAS

Na continuidade do trabalho, para fins de comparação a amostra de pesquisa será posteriormente composta de dois grupos distintos: o primeiro composto por alunas de ballet clássico de diferentes escolas de dança de Porto Alegre e que será ampliado e o segundo grupo constará de adolescentes do sexo feminino estudantes de ensino fundamental e médio não-atletas. O tamanho da amostra será ampliado de acordo com cálculo utilizando dois estudos distintos de prevalência de sintomas de transtornos do comportamento alimentar, sendo um deles na população em geral de adolescentes do Rio Grande do Sul (NUNES et al., 2001) e o outro em estudantes de ballet clássico do Rio de Janeiro (RIBEIRO LG., VEIGA G.V., 2010). A partir da diferença da prevalência entre os grupos, de 15%, foi determinado o “n” considerando-se os 15% a diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o poder de 80% e o nível de significância de 5%, resultando em um mínimo de 218 escolares e 109 alunas das escolas de ballet clássico.

A amostra, aleatória simples, será estratificada em dois estágios: no primeiro serão sorteadas 6 escolas (40 alunos por escola) e no segundo serão sorteadas as alunas pelas 5 séries incluídas no estudo (7^a e 8^a do ensino fundamental e 1^o, 2^o e 3^o anos do secundário), perfazendo 8 alunas por turma, totalizando uma amostra de 240 escolares.

As escolas elegíveis para o sorteio serão as particulares que contemplem ensino fundamental e médio. A listagem das escolas será obtida por meio da Secretaria de Educação de Porto Alegre. Da mesma forma, para o sorteio das escolares será obtida listagem de matriculadas por série. Os resultados do estudo serão devolvidos às escolas, alertando para a importância de se atentar para comportamentos alimentares de risco, justificando-se um olhar diferenciado dos educadores e professores das escolas de ballet. Para tanto, salientar-se-á junto a estes profissionais, que informação e treinamento, assim como trabalho integrado com outras áreas de conhecimento são necessários para constituir medidas de manutenção da saúde e/ou detecção e encaminhamento para intervenção precoce de comportamentos precursores ou de risco. Além disso, pais de estudantes cujo comportamento de risco tenham sido identificados, serão alertados para encaminhamento para equipe de saúde.

Apêndices

APÊNDICE A - Carta de encaminhamento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina – Graduação em Nutrição

Centro de Estudos em Alimentação e Nutrição HCPA/UFRGS- CESAN HCPA/UFRGS

Porto Alegre, _____ de 2010.

Ilmo. Sr(a) Diretor (a) da Instituição: _____

Senhor (a) Diretor (a):

Sou acadêmica de Nutrição da UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, e estou iniciando a coleta de dados do meu trabalho de conclusão de curso, o qual versa sobre comportamento alimentar e imagem corporal de adolescentes estudantes de ballet clássico, estudantes não praticantes de ballet e adolescentes com diagnóstico de transtornos alimentares. Para tanto, a pesquisa será desenvolvida simultaneamente em escolas de ballet e em escolas de ensino fundamental e médio, de Porto Alegre.

Considerando que sua instituição foi elegida a participar do estudo, solicitamos sua permissão para aplicar nas participantes do estudo questionários sobre comportamento alimentar e satisfação com a imagem corporal, bem como para aferir o peso, a altura e o percentual de gordura das mesmas. Ressalta-se que somente participarão da pesquisa as meninas que trouxerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente assinados pelo pai ou responsável legal, e que todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo, servindo apenas para fins científicos.

Certa de contar com seu apoio, agradeço antecipadamente sua atenção.

Rafaela da Silveira Corrêa

Profa. Dra. Ingrid Dalira Schweigert Perry
Orientadora

Ciente do exposto acima e estando suficientemente esclarecido(a), eu _____, concordo que a instituição _____ participe dessa pesquisa.

Assinatura: _____ Porto Alegre, __/__/__

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou acadêmica de Nutrição da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e venho convidar a sua filha _____ a participar da pesquisa sobre comportamento alimentar e imagem corporal de adolescentes, a qual esta sendo desenvolvida em escolas de ballet e em escolas de ensino fundamental e médio de Porto Alegre. A pesquisa desenvolvida pela aluna de graduação Rafaela da Silveira Corrêa, que é coordenada pelas professoras Ingrid Dalira Schweigert Perry e Julia Dubois Moreira, dará origem ao trabalho de conclusão da aluna acima citada.

Venho solicitar sua permissão para aplicar um questionário sobre alimentação e imagem corporal e também verificar o peso, a altura e o percentual de gordura corporal da sua filha. O percentual de gordura corporal será aferido por meio de bioimpedância elétrica, o qual é um método prático, rápido e não-invasivo, utilizado para estimar os compartimentos corporais. Sua análise baseia-se na medida da resistência total do corpo à passagem de uma corrente elétrica de baixa amplitude a qual é indolor e imperceptível. Todas as medidas citadas serão realizadas na escola e não causam nenhum tipo de risco a sua filha.

As informações obtidas através da pesquisa, submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, regulamentadas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, serão mantidas em sigilo servindo apenas para a pesquisa. O Senhor (a) é livre para decidir se quer ou não que sua filha participe, não havendo prejuízos ou constrangimentos para você ou sua filha caso o Senhor (a) opte por não autorizar a participação na pesquisa.

Colocamo-nos a disposição para que a qualquer momento o Senhor (a) possa esclarecer dúvidas com a pesquisadora responsável ou com a aluna de graduação por meio do telefone (51) 92374314 ou endereço eletrônico rafinhacorrea@gmail.com.

Eu _____ autorizo minha filha _____ a participar da pesquisa, e declaro estar ciente da garantia de receber esclarecimentos de quaisquer dúvidas que venham a surgir, da liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento sem que isso acarrete em constrangimentos para mim ou para minha filha, da garantia de sigilo das informações obtidas, bem como de que todos os gastos serão arcados pelo orçamento da pesquisa.

Assinatura do Responsável

___/___/___

Data

APÊNDICE C - Questionário da pesquisa**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E IMAGEM CORPORAL DE ADOLESCENTES**

Data do preenchimento: __/__/__

Questionário nº:

1. Sobre Você

1. Nome:
2. Telefone:
2. Data de Nascimento: __/__/__
3. Escola que estuda:
4. Série:
5. Você já teve a sua primeira menstruação?
 - 1.() Sim
 - 2.() Não
6. Se sim, com quantos anos foi sua primeira menstruação? _____
7. Seu ciclo menstrual é regular (mensal)?
 - 1.() Sim
 - 2.() Não
8. Se não, por quê?

2. Sobre o seu PESO

9. Como você se sentia em relação ao seu peso entre 6 e 12 anos?
 - 1.() Muito magra
 - 2.() Magra
 - 3.() Normal
 - 4.() Um pouco gorda
 - 5.() Muito gorda
10. Você era incomodada por outras pessoas a respeito do seu peso?
 - 1.() Sim, por ser magra
 - 2.() Sim, por ser gorda
 - 3.() Não
11. Você está satisfeita com o seu peso atual?

1. () Sim
2. () Não
12. Se não, o que você gostaria?
1. () Ganhar peso
2. () Perder Peso
3. () Tomar outra atitude em relação ao seu corpo. Qual? _____
13. Com que frequência você se pesa:
1. () Mais do que uma vez por dia
2. () Diariamente
3. () Mais do que uma vez por semana
4. () Semanalmente
5. () Mensalmente ou menos
14. Você já utilizou medicamentos para perder peso?
1. () Sim
2. () Não
15. Se sim, quais destes:
1. () Moderador de apetite
2. () Laxante
3. () Diurético
4. () Outros. Quais? _____

3. Sobre sua ALIMENTAÇÃO

16. Você já fez dieta para perder peso alguma vez?
1. () Sim
2. () Não
17. Se sim, com que idade você fez dieta para perder peso pela primeira vez? _____
18. Você já procurou nutricionista ou médico para perder peso?
1. () Sim
2. () Não
19. Alguém já o encorajou a fazer dieta para perder peso?
1. () Sim
2. () Não

20. Se sim, quem?

1. () Mãe
2. () Pai
3. () Irmão (ã)
4. () Amigos
5. () Namorado
6. () Outros. Quem? _____

4. Sobre o BALLET

21. Com quantos anos você começou a fazer ballet? _____

22. Quantas vezes por semana você faz ballet:

1. () 1 vez / semana
2. () 2 vezes / semana
3. () 3 vezes / semana
4. () 4 vezes / semana
5. () 5 vezes / semana
6. () 6 vezes / semana
7. () Todos os dias da semana

23. Quantas horas, no total, você dedica ao ballet na semana? _____

24. Você se sente mal com seu peso quando esta no ballet?

1. () Sim, me sinto muito magra
3. () Não
4. () Sim, me sinto gorda

25. O ballet já foi para você uma motivação para fazer dieta ou perder peso?

1. () Sim
2. () Não

26. Se sim, em que momentos você se sente motivado a perder peso pelo ballet:

1. () Nas aulas
2. () Nos ensaios
3. () Perto das apresentações
4. () Quando começa a ensaiar uma nova coreografia

6. () Sempre

7. () Em outros momentos. Quais: _____

27. Você costuma comparar o seu corpo com o de suas colegas?

1. () Sim

2. () Não

28. Se sim, como você se sente em relação a elas:

1. () Muito magra

2. () Magra

3. () Normal

4. () Gorda

5. () Muito Gorda

5. Avaliação Antropométrica: não preencha

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

Resistência: _____

Reactância: _____

Anexos

ANEXO A - Questionário da ABEP



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

| | Quantidade de Itens | | | | |
|--|---------------------|---|---|---|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Televisão em cores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Banheiro | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Automóvel | 0 | 4 | 7 | 9 | 9 |
| Empregada mensalista | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| Máquina de lavar | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Videocassete e/ou DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Geladeira | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |

Grau de Instrução do chefe de família

| | | |
|---|--|---|
| Analfabeto / Primário incompleto | Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental | 0 |
| Primário completo / Ginásial incompleto | Até 4ª. Série Fundamental | 1 |
| Ginásial completo / Colegial incompleto | Fundamental completo | 2 |
| Colegial completo / Superior incompleto | Médio completo | 4 |
| Superior completo | Superior completo | 8 |

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

| Classe | Pontos |
|--------|---------|
| A1 | 42 - 46 |
| A2 | 35 - 41 |
| B1 | 29 - 34 |
| B2 | 23 - 28 |
| C1 | 18 - 22 |
| C2 | 14 - 17 |
| D | 8 - 13 |
| E | 0 - 7 |

ANEXO B - Eating Attitudes Test (EAT-26)**Teste de Atitudes Alimentares**

| LEGENDA | | | |
|-----------|-----------------------------|-----------|------------------|
| S | Sempre | AV | Às vezes |
| MF | Muito Frequentemente | R | Raramente |
| F | Frequentemente | N | Nunca |

| | S | MF | F | AV | R | N |
|---|----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|
| 1. Costumo fazer dieta | | | | | | |
| 2. Como alimentos dietéticos | | | | | | |
| 3. Sinto-me mal após comer doces | | | | | | |
| 4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes | | | | | | |
| 5. Evito alimentos que contenham açúcar | | | | | | |
| 6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc.) | | | | | | |
| 7. Estou preocupada com o desejo de ser mais magra | | | | | | |
| 8. Gosto de estar com o estômago vazio | | | | | | |
| 9. Quando faço exercício penso em queimar calorias | | | | | | |
| 10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer | | | | | | |
| 11. Fico apavorada com excesso de peso | | | | | | |
| 12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo | | | | | | |
| 13. Sei quantas calorias tem os alimentos que eu como | | | | | | |
| 14. Tenho vontade de vomitar após as refeições | | | | | | |
| 15. Vomito depois de comer | | | | | | |
| 16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar | | | | | | |
| 17. Passo muito tempo pensando em comida | | | | | | |
| 18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida | | | | | | |
| 19. Sinto que a comida controla a minha vida | | | | | | |
| 20. Corto minha comida em pequenos pedaços | | | | | | |
| 21. Levo mais tempo que os outros para comer | | | | | | |
| 22. As outras pessoas acham que eu sou magra demais | | | | | | |
| 23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais | | | | | | |
| 24. Sinto que os outros me pressionam a comer | | | | | | |
| 25. Evito comer quando eu estou com fome | | | | | | |
| 26. Demonstro autocontrole em relação à comida | | | | | | |

ANEXO C - Body Shape Questionnaire (BSQ-34)**Questionário sobre Imagem Corporal**

| LEGENDA | | | |
|-----------|------------------|-----------|-----------------------------|
| N | Nunca | F | Frequentemente |
| R | Raramente | MF | Muito Frequentemente |
| AV | Às vezes | S | Sempre |

| | N | R | AV | F | MF | S |
|---|----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| 1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física? | | | | | | |
| 2. Você tem estado tão preocupada com a sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | | | | | | |
| 3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo? | | | | | | |
| 4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)? | | | | | | |
| 5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? | | | | | | |
| 6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após uma refeição) faz você se sentir gorda? | | | | | | |
| 7. Você já se sentiu tão mal a respeito de seu corpo que chegou a chorar? | | | | | | |
| 8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? | | | | | | |
| 9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico? | | | | | | |
| 10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? | | | | | | |
| 11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? | | | | | | |
| 12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? | | | | | | |
| 13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? | | | | | | |
| 14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda? | | | | | | |
| 15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? | | | | | | |
| 16. Você se imagina cortando fora porções do seu corpo | | | | | | |
| 17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda? | | | | | | |
| 18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? | | | | | | |
| 19. Você se sente excessivamente grande e arredondada? | | | | | | |
| 20. Você já teve vergonha do seu corpo? | | | | | | |
| 21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? | | | | | | |
| 22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)? | | | | | | |
| 23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? | | | | | | |
| 24. Você se preocupa que as outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | | | | | | |
| 25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você? | | | | | | |
| 26. Você já vomitou para se sentir mais magra? | | | | | | |
| 27. Quando acompanhada você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentada num sofá ou no banco de um ônibus)? | | | | | | |
| 28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas no seu corpo? | | | | | | |
| 29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | | | | | | |
| 30. Você belisca áreas do seu corpo para ver quanto há de gordura? | | | | | | |
| 31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? | | | | | | |
| 32. Você toma laxantes para se sentir magra? | | | | | | |
| 33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? | | | | | | |
| 34. A preocupação com o seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | | | | | | |

Anexo D – Normas da Revista

Informações Gerais

Missão – O *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (JBP) é um órgão oficial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O JBP publica artigos de alta qualidade com foco nos aspectos clínicos da psiquiatria e áreas relacionadas. As contribuições ao jornal oferecem aos profissionais e estudantes uma perspectiva médica continuada nas suas respectivas áreas, abordando questões com impacto na prática clínica assim como nas suas soluções potenciais.

O *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* aceita artigos escritos em português e em inglês nas seguintes categorias:

- (a) artigos originais;
- (b) comunicações breves;
- (c) revisões/atualizações;
- (d) casos clínicos;
- (e) conferências clínicas;
- (f) comentários;
- (g) resenhas de livros;
- (h) cartas.

Os manuscritos devem ser enviados para Marcio Versiani, editor, para o seguinte e-mail: editora@ipub.ufrj.br. Os manuscritos devem estar acompanhados de uma carta de autorização, assinada por todos os autores, seguindo o modelo abaixo, que deve ser enviada por correio para o endereço do jornal. Uma vez aceito para publicação, torna-se o trabalho propriedade permanente do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, que reserva todos os direitos autorais no Brasil e no exterior.

Carta de Autorização – Modelo

"Os autores abaixo assinados transferem ao *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, com exclusividade, todos os direitos de publicação, em qualquer meio, do artigo..., garantem que é inédito, não está sendo avaliado por outro periódico e que o estudo foi conduzido conforme os princípios da Declaração de Helsinki e de suas emendas, com o consentimento informado aprovado por Comitê de Ética evidentemente credenciado" (incluir nome completo, endereço postal, telefone, fax, e-mail e assinatura de todos os autores).

Avaliação por Pareceristas (Peer Review)

O(s) autor(es) receberá(ão) uma confirmação (por e-mail ou por carta) informando sobre a chegada do manuscrito e seu número de protocolo, o qual será usado durante toda a comunicação posterior. Os artigos submetidos ao *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* são inicialmente avaliados quanto à sua adequação ao formato (estrutura do manuscrito) e ao escopo editorial do periódico. Logo a seguir são submetidos, de forma anônima, a pelo menos dois pareceristas anônimos e independentes. Caso os editores recebam revisões conflitantes, o manuscrito será encaminhado para um ou dois pareceristas adicionais. O prazo decorrido entre o recebimento do artigo e a decisão

final sobre a sua publicação não ultrapassa três meses. A decisão final dos editores, com as cópias dos pareceres, é encaminhada aos autores. No caso de manuscritos aceitos de forma condicional, o(s) autor(es) deve(m) retornar uma versão final do texto incorporando as modificações solicitadas de acordo com as instruções do Editor.

Conflitos de Interesse

Solicitamos aos autores para declarar todas as possíveis formas de conflitos de interesse, incluindo relações financeiras, entre outras.

A não existência de conflito de interesse também deve ser declarada. O autor pode consultar o editorial sobre esse assunto no *British Medical Journal* intitulado "Beyond conflict of interest" (além dos conflitos de interesse) (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7154/291>).

As fontes de financiamento devem ser declaradas na seção de agradecimentos.

Permissão para Reproduzir Material Publicado Previamente

Solicitamos que nos envie cópias de permissão para reproduzir materiais (como ilustrações e tabelas) do proprietário do *copyright*. Não poderemos publicar o material sem essas permissões.

Termos de Consentimento

Os artigos devem citar que os pacientes incluídos nos estudos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a regulamentação de pesquisa clínica no País.

Aprovação Ética das Pesquisas

Deve ser declarado claramente, na seção de Métodos, que estudo com seres humanos somente foi conduzido após a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa. De forma similar, deve-se confirmar que experimentos envolvendo animais estão de acordo com os padrões éticos de cuidados com os animais envolvidos.

Estrutura Geral do Manuscrito

O arquivo deve ser produzido em Word, em Arial, tamanho 12. As abreviações deverão ser evitadas, entretanto abreviações oficiais poderão ser utilizadas, com a primeira menção no texto completa, seguida da sua forma abreviada entre parênteses. Os nomes de medicamentos deverão ser mencionados pela sua denominação química. Todas as páginas devem estar numeradas, indicando-se na primeira a contagem do número total de palavras presentes no corpo do texto (excluindo-se resumo e palavras-chave, *abstract*, referências, figuras e ilustrações).

A primeira página (folha de rosto) deve conter o título em português e em inglês e o

título resumido com até 50 caracteres incluindo letras, espaços e pontuações.

A segunda página deve conter o RESUMO do trabalho em português. O resumo deve ser informativo, dando uma descrição clara e concisa do conteúdo do artigo, e não deve exceder o limite de 200 palavras. Nos artigos originais, nas comunicações breves e nas revisões, os resumos devem ser estruturados contendo quatro tópicos: Objetivo(s), Métodos, Resultados e Conclusão. As palavras-chave deverão estar logo após o resumo, devendo ter um número máximo de 4, e refletir o conteúdo do assunto. Recomenda-se o uso de termos da lista denominada Medical Subject Headings, do *Index Medicus*, ou da lista de Descritores de Ciências da Saúde, publicada pela BIREME, para trabalhos em português.

A terceira página deve conter o título, o resumo do trabalho (*Abstract*) e as palavras-chave em inglês (*keywords*), que devem ser idênticos às suas versões em português.

A partir da quarta página, deve-se iniciar o corpo do texto que, nos artigos originais e nas comunicações breves, deve conter as seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Introdução – Deve conter uma revisão sucinta da literatura diretamente relacionada com o tema, assim como o objetivo do estudo.

Métodos – Devem descrever o modelo do estudo e os detalhes da sua metodologia que permitam sua replicação por outros autores.

Resultados – Devem ser descritos de forma lógica, sequencial e concisa, com o eventual auxílio de tabelas e ilustrações.

Discussão – Deve se limitar a ressaltar os achados obtidos, destacar as semelhanças ou diferenças com os achados obtidos por outros autores, ressaltar as implicações dos achados, suas limitações e perspectivas futuras.

Conclusões – Devem especificar, preferencialmente em um parágrafo curto, apenas as conclusões que os dados do estudo permitem sustentar, com seu significado clínico (evitando generalizações excessivas).

As tabelas e os gráficos devem ser numerados em algarismos arábicos e preparados em folhas separadas, com as respectivas legendas. Cada tabela deve conter um título descritivo e uma legenda (se necessário). As tabelas devem ser autoexplicativas e não repetir as informações já contidas no texto. Os locais sugeridos para a inserção deverão ser indicados no texto, com destaque.

Ilustrações e fotografias devem ser enviadas em arquivos de alta resolução, em formato tif ou.jpg. A impressão de fotos em cores será cobrada do autor. Os Agradecimentos deverão incluir nomes de participantes que contribuíram intelectual ou tecnicamente em alguma fase do estudo, mas que não são classificados como autores: agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico etc. devem aparecer antes das Referências.

Referências

As referências devem seguir o padrão estilo de Vancouver (consultar: "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]), ser numeradas no manuscrito e listadas no final na mesma ordem em que foi utilizada. Todas as citações do texto devem constar, de forma correta, na bibliografia.

Artigos

- Versiani M. A review of 19 double-blind placebo-controlled studies in social anxiety disorder (social phobia). *World J Biol Psychiatry*. 2000;1(1):27-33.
- Appolinario JC, McElroy SL. Pharmacological approaches in the treatment of binge eating disorder. *Curr Drug Targets*. 2004;5(3):301-7.
- Dekker J, Wijdenes W, Koning Y A, Gardien R, Hermandes-Willenborg L, Nusselder H, et al. Assertive community treatment in Amsterdam. *Community Ment Health J*. 2002;38:425-34.

Livro

- Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.

Capítulo de Livro

- Heimberg RG, Juster HR. Cognitive-behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. *Social phobia – Diagnosis Assessment and Treatment*. The Guilford Press, p. 261-309, New York, 1995.

Artigos aceitos para publicação (*in press*) podem ser incluídos na bibliografia, mas o nome do periódico deve aparecer e, se possível, o volume e o ano devem ser indicados. Referências a materiais não publicados devem ser citadas entre parênteses no texto, mas não na bibliografia. Resumos (*Abstracts*) podem ser citados somente quando contiverem informações substanciais e não publicadas em outras fontes. Sua natureza deve ser citada na bibliografia, com o termo adicional (Resumo) no final da referência.

Referências a páginas na Web devem ser listadas como a seguir. Por exemplo: Associação Brasileira de Psiquiatria – Diretrizes para a Indústria da Moda. Recomendações da Comissão Técnica Brasileira de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento de Transtornos Alimentares. http://www.abpbrasil.org.br/newsletter/comissao_ta/diretrizes_moda.pdf. Acessado em 12 de abril de 2007.

Tipos de Artigos

1. Artigos originais – São trabalhos destinados a comunicar resultados de pesquisa, experiências clínicas ou outras contribuições originais. Tipicamente, os artigos originais apresentam dados novos derivados de uma investigação com um número representativo de indivíduos. Os artigos originais não devem exceder 4.000 palavras nem 30 referências bibliográficas.

2. Comunicação breve – Caracteriza-se por trabalhos contendo pequenas experiências ou comunicações preliminares, que tenham caráter de originalidade, não ultrapassando 2.000 palavras nem 15 referências bibliográficas.

3. Artigos de revisão/atualização – Os artigos de revisão são trabalhos que contêm uma avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem conter até 6.000 palavras e 80 referências bibliográficas. Os artigos de atualização são trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto. Devem conter até 3.000 palavras e 40 referências bibliográficas, devendo também ser mais breves que os artigos de revisão. Deverão apresentar: folha de rosto, resumo estruturado no caso das revisões, introdução, métodos e discussão (que pode ser subdividida caso o[s] autor[es] considere[m] mais adequado), conclusão e referências bibliográficas.

4. Artigos de apresentação de casos clínicos – Trabalhos contendo casos clínicos interessantes e originais. Deverão apresentar: folha de rosto, resumo, *abstract*, introdução, descrição do caso clínico, sua relevância e/ou originalidade, discussão, conclusão e a bibliografia consultada sobre o tema. Não deverão ultrapassar 1.500 palavras nem 15 referências. O relato do caso deve ser sucinto, apresentando uma breve revisão da literatura sobre os aspectos clínico e terapêutico, evitando-se dados redundantes ou que não contribuam para o esclarecimento do caso. A discussão deve apresentar os dados contrapondo-os (semelhanças e diferenças) com os casos semelhantes da literatura.

5. Cartas – Comunicações que visam a discutir artigos recentes publicados na revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Cartas breves com, no máximo, 500 palavras e até 5 referências serão consideradas, se estiver explícita a frase "para publicação".

6. Resenhas de livros – Resenhas breves sobre livros recentes de interesse para a área da psiquiatria. O texto deve incluir uma breve descrição da obra seguida de um conjunto de comentários críticos que forneçam uma visão geral do livro. Não devem ultrapassar 900 palavras.

7. Comentários – Comentários críticos e aprofundados, preparados por profissionais com notória experiência sobre um determinado assunto ou área de conhecimento. São solicitados pelos editores e podem estar relacionados ou não a um determinado artigo publicado naquele número. Devem conter no máximo 900 palavras e 6 referências bibliográficas.

8. Conferências clínicas – São artigos solicitados pelos editores e produzidos por pesquisadores ou clínicos experientes em uma determinada área de conhecimento, que

são convidados a debater um caso clínico ou assunto polêmico, gerando uma discussão interativa. Devem conter 4.000 palavras e até 40 referências.

Envio de manuscritos

Os manuscritos devem ser enviados para os editores Jose Carlos Appolinario ou Márcio Versiani para o seguinte e-mail: editora@ipub.ufrj.br, ou por formato eletrônico (disquete 3 1/4), acompanhados de duas cópias impressas da sua última versão, para o endereço do jornal:

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Av. Venceslau Brás 71 Fundos
22290-140 Rio de Janeiro RJ
Tel.:(5521) 2295-2549 Fax: (5521) 2543-3101

Os manuscritos devem estar acompanhados de uma carta de autorização, assinada por todos os autores, seguindo o modelo abaixo, e que deve ser enviada por correio para o endereço do jornal (mesmo para os artigos enviados por e-mail). Uma vez aceito para publicação, torna-se o trabalho propriedade permanente do Jornal Brasileiro de Psiquiatria, que reserva todos os direitos autorais no Brasil e no exterior.

Carta de Autorização - Modelo

"Os autores abaixo assinados transferem ao *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, com exclusividade, todos os direitos de publicação, em qualquer meio, do artigo ..., garantem que o artigo é inédito e não está sendo avaliado por outro periódico e que o estudo foi conduzido conforme os princípios da Declaração de Helsinki e de suas emendas, com o consentimento informado aprovado por comitê de ética devidamente credenciado."
(Incluir nome completo, endereço postal, telefone, fax, e-mail e assinatura de todos os autores.)