

**AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM PRATICANTES DE BALLET⁰****EATING DISORDERS ASSESSMENT BALLET PRACTITIONERS****EVALUACIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN PRACTICANTES DE BALLET**

Mariangela de Araujo², Arianny Gomes Silva³, Josefa Juliana da Silva⁴, Mônica Caetano Elias Silva⁵

Submetido: 16/09/2015

Aprovado: 01/03/2016

RESUMO

Objetivo: Avaliar riscos de transtornos alimentares em praticantes de *ballet*. **Métodos:** Foram aplicados em 36 praticantes de ballet, três questionários: o *Bulimic Inventory Test Edinburgh* (BITE), que identifica o comer compulsivo e obtém dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais deste distúrbio. O *Eating Attitudes Test* (EAT-26) que rastreia indivíduos predispostos a desenvolver anorexia ou bulimia nervosa, indicando padrões alimentares anormais e o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) que mede as preocupações com a forma do corpo. **Resultados:** 27,78% teriam um comportamento alimentar de risco; 5,55% com comportamento alimentar compulsivo; 5,56% com alto grau de gravidade para bulimia e 8,33% estão com grave distorção de imagem corporal. **Discussão:** Os resultados apontam para um risco de desenvolvimento de padrões alimentares inadequados que podem trazer consequências agravantes a saúde. **Conclusão:** Dos que possuem algum transtorno, a maior parte é do gênero feminino observando atitudes como: horas sem se alimentar, práticas de exercícios excessivos e ações purgativas.

DESCRITORES: Transtornos da alimentação; Bulimia; Anorexia

ABSTRACT

Objective: To evaluate risk of eating disorders in ballet practitioners. **Methods:** It was applied in 36 ballet practitioners, three questionnaires: the *Bulimic Inventory Test Edinburgh* (BITE), which identifies the compulsive eating and obtain data about cognitive and behavioral aspects of this disorder. The *Eating Attitudes Test* (EAT-26) used to track individuals predisposed to develop nervous anorexia or bulimia, indicating abnormal eating patterns and the *Body Shape Questionnaire* (BSQ) spanning concerns about body shape. **Results:** 27.78% have a risk of feeding behavior; 5.55% with compulsive eating; 5.56% with a high degree of gravity for bulimia and 8.33% are in serious distortion of body image. **Discussion:** The results point to a risk of developing inappropriate eating patterns that can bring aggravating consequences to health. **Conclusion:** Of those who have a disorder, most are female observing attitudes as: hours without eating, excessive exercise practices and purgative actions.

DESCRIPTORS: Eating Disorders; Bulimia; Anorexia

RESUMEN

Objetivo: Evaluar riesgos de trastornos dela alimentación en practicantes de ballet. **Métodos:** Fueron aplicados en 36 practicantes de ballet, tres cuestionarios: el *Bulimic Inventory Test Edinburgh* (BITE), que

⁰ Artigo derivado de um TCC.

² Nutricionista. Docente dos cursos de Nutrição e Gastronomia da Universidade Guarulhos. Mestre em Economia da Saúde (Unifesp), mestre em Ciências da Saúde (UnG)

³ Discentes do Curso de Nutrição da Universidade Guarulhos

⁴ Discentes do Curso de Nutrição da Universidade Guarulhos

⁵ Discentes do Curso de Nutrição da Universidade Guarulhos

identifica el comer compulsivo y obtiene datos sobre aspectos cognitivos y conductuales de este disturbo. El Eating Attitudes Test (EAT-26) que rastrea individuos predispuestos a desarrollar anorexia o bulimia nerviosa, lo que indica patrones de alimentación anormales y el Body Shape Questionnaire (BSQ) que mide las preocupaciones con la forma del cuerpo. **Resultados:** 27,78% tendrían una conducta alimentaria de riesgo; 5,55% con conducta alimentaria compulsiva; 5,56% con un alto grado de gravedad de la bulimia y 8,33% se encuentran con grave distorsión de la imagen corporal. **Discusión:** Los resultados apuntan para un riesgo de desarrollo de patrones alimentarios inadecuados que pueden traer consecuencias agravantes a la salud. **Conclusión:** de los que poseen algún trastorno, la mayor parte es del género femenino observando actitudes como: horas sin alimentarse, prácticas de ejercicios excesivos y acciones purgativas.

DESCRIPTORES: Trastornos de la alimentación; Bulimia; Anorexia

Introdução

Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares (TA) são patologias de grande importância clínica e social, por apresentarem relevantes graus de morbidade e mortalidade, sendo cada vez mais um foco importante de atenção para os profissionais da saúde¹.

De acordo com Fernandes (2006), citada por LIMA et al., (2012) "Acredita-se que o aumento do número de pessoas com transtornos alimentares tem ocorrido a partir do crescente interesse dos profissionais de saúde e da própria população leiga depois que passaram a receber informações sobre esses distúrbios através dos meios de comunicação"¹.

Tais transtornos afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, sendo prejudicados psicologicamente e socialmente, proporcionando um aumento de morbidade e mortalidade.²

Os principais transtornos alimentares são a anorexia nervosa (AN) que foi a primeira a ser descrita já no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970 e

a bulimia nervosa (BN) que foi descrita por Gerald Russell em 1979.²

A anorexia e a bulimia são transtornos alimentares que apresentam um padrão de comportamento alimentar seriamente perturbado. Na anorexia nervosa (AN) há um inexplicável medo de ganhar peso ou de se tornar obeso, mesmo estando abaixo do peso, ou mais intensamente, dando um valor extremo a sua forma corporal como um todo ou de suas partes, sendo classificado como distorção de imagem corporal.¹ A AN é uma patologia "silenciosa" que aparece de maneira lenta com evolução progressiva, apresentando significativa morbidade, estando na maioria dos casos presente a amenorreia prolongada. Afeta principalmente adolescentes em período de formação do esqueleto, onde a complicação mais grave é a redução da massa óssea.¹

A bulimia nervosa (BN) é caracterizada como grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, chamados de casos bulímicos. Ocorre uma preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal que levam o paciente a ter comportamentos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos induzidos e uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite,



adesão a dietas inadequadas e prática extenuante de exercícios físicos)²

Imagem corporal é a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente. Ainda não há consenso se a distorção de imagem corporal seria uma causa dos transtornos alimentares ou, apenas um sintoma. Na AN está presente um medo absurdo de ganhar peso ou de se tornar obeso, mesmo estando com baixo peso, ou mais intensamente, uma extrema valorização do corpo no todo ou em partes, classificando-se como distorção de imagem corporal, definindo esses distúrbios como um “sintoma”, talvez um dos mais importantes do transtorno. As distorções de autoimagem relacionadas à avaliação do corpo incluem pensamentos de oposição, visto que o indivíduo tem pensamentos extremos em relação à sua aparência ou é muito crítico em relação à mesma, podendo ser classificada como “comparação injusta” e “atenção seletiva”. “Comparação injusta” é quando o indivíduo se compara com aparências de padrões extremos e a “atenção seletiva” é quando o indivíduo focaliza um erro de autoimagem acreditando que os outros pensam da mesma forma em relação a sua aparência.³

O desenvolvimento dos transtornos alimentares parece ser mais preocupante em algumas profissões como: modelos, atletas, bailarinos e atrizes, pois para estes profissionais existe uma exigência de que o corpo deve estar dentro das exigências pré-estabelecidas, ou seja, ter um corpo magro. Também se destaca o desenvolvimento dos transtornos alimentares em dois cursos de graduação, a educação física e a nutrição, por terem que transmitir uma imagem corporal adequada de acordo com a visão da sociedade.⁴

Bailarinos

O *ballet* é o desenvolvimento e a transformação da dança primitiva, que se baseava no instinto em uma dança formada de diversos passos, de ligações, de gestos e de figuras antecipadamente elaboradas para um ou mais participantes.⁵ Sendo um exercício físico caracterizado por movimentos de flexões e extensões, saltos e giros envolvendo velocidade e equilíbrio, além de exigir que o bailarino possua graça, delicadeza e leveza. Trata-se de uma manifestação artística que exige uma forma corporal, a qual o bailarino deve apresentar uma figura magra e longilínea, desejando um baixo percentual de gordura, resultando no cuidado do controle do peso.⁶ A dança trabalha diretamente com o corpo, e através disso o bailarino vivencia diversas emoções, transmitindo a estética da coreografia, portanto sua imagem corporal está sempre em evidência, fazendo parte de sua rotina. Tais exigências rígidas de seu desempenho físico e sua estética corporal, necessários para a profissão, os posicionam como um grupo de risco para desenvolvimento de transtornos alimentares (TA). Essas exigências incluem índice de massa corporal (IMC = peso/ estatura²) e percentual de gordura corporal (%GC) abaixo dos valores encontrados para população em geral.⁷ A necessidade de manter-se no peso adequado aumenta com a profissionalização, caracterizado por treinamentos físicos constantes, e a busca pelo padrão estético ideal, podendo desencadear a insatisfação e a distorção da sua imagem corpórea.⁸ Pode-se dizer que a busca da imagem corporal ideal em bailarinos vai além dos padrões da população em geral. A percepção da imagem corporal pode ser mais importante para determinar o TA do que o próprio peso.⁷ As complicações clínicas provocadas pelos TA comprometem a

saúde, além de levar ao afastamento das atividades profissionais que dependem da perfeita condição física.⁷

Pesquisas realizadas com vinte e uma bailarinas, com faixa etária entre dezoito e trinta anos, na cidade de Porto Alegre – RS sugerem que o uso de dietas com baixo teor calórico, como a ingestão de chás e usos indevidos de diuréticos e laxantes, são hábitos adotados por bailarinos, devido à busca obsessiva pela redução do peso corpóreo. Porém essas condutas levam esse profissional do *ballet* a não prejudicar somente seu desempenho como também sua saúde, promovendo alterações fisiológicas e funcionais.⁶

Diante disso, o objetivo desse estudo foi o de avaliar os riscos de transtornos alimentares (TA): anorexia nervosa, bulimia nervosa e distúrbio da imagem corporal em praticantes de *ballet*.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal que buscou informações em bases científicas com coleta de dados primários. A amostra foi composta por 36 praticantes de *ballet* do 3º, 4º e 5º nível de ambos os sexos com idades entre 12 a 24 anos, pertencentes a um grupo de dança da cidade de Guarulhos/SP. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Guarulhos sob parecer número 1.121.596.

Como critérios de inclusão, consideramos os que se propuseram a participar voluntariamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), já para os menores de 18 anos foram os seus responsáveis que assinaram o termo.

A coleta de dados foi realizada na Universidade Guarulhos – UNG, localizada em Guarulhos/SP, no período de fevereiro a junho de 2014.

Foram coletadas informações gerais dos mesmos, denominado anamnese, sendo realizados individualmente e preenchidos pelos pesquisadores do estudo com sigilo das respostas e da identidade dos participantes. Para a avaliação de presença de transtornos alimentares, foram aplicados três questionários construídos por meio de instrumentos validados: Primeiro questionário: Foi utilizado o *Bulimic Inventory Test Edinburgh* (BITE), instrumento que foi desenvolvido por Henderson e Freeman e traduzido por CORDÁS e HOCHGRAF (1993)⁹. É um questionário que permite identificar o comer compulsivo e obter dados sobre aspectos cognitivos e comportamentais deste distúrbio. Esta escala abrange os critérios diagnósticos do DSM – III e os de Russel. O BITE possui 33 questões com duas subescalas, escala de sintomas (30 itens *sim/não*, com escore variando de 0 a 30) e escala de gravidade (3 itens dimensionais). Esses dois escores podem ser adicionados para produzir um escore total.¹⁰ A primeira escala “sintomática” são todas as questões com exceção das de números 6, 7 e 27, na qual as respostas sublinhadas *sim* ou *não* valem um ponto. Essa escala possibilita uma classificação do grau dos sintomas bulímicos presentes, com no máximo trinta pontos: Pontuações ≥ 20 pontos consideram-se “comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de diagnóstico de bulimia”, pontuações de 10 a 19 considera-se “padrão alimentar não usual”, pontuações de 15 a 19 considera-se “grupo subclínico”, pontuações < 10 pontos consideram-se “normais”. A segunda escala, de “gravidade” mede a severidade do comportamento compulsivo pela frequência. É

constituída pelos itens 6, 7 e 27 já citados, onde os resultados são: “sem significância” (≤ 4 pontos), “cl clinicamente significativos” (5 a 9 pontos), “alto grau de gravidade” (≥ 10 pontos). Resultados considerados significativos devem ser seguidos de entrevista diagnóstica e um alto resultado nesta escala pode apenas indicar presença de vômitos autoinduzidos ou abuso de laxantes sem comportamento de compulsão alimentar.^{9;11}

Segundo questionário: Foi utilizado o *Eating Attitudes Test* (EAT-26), instrumento desenvolvido por Garner & Garfinkel.¹² e traduzido por NUNES e col (1994)¹³ no qual se apresenta em duas versões: uma com 40 itens, e outra menor com 26 itens, está última utilizada para desenvolver a pesquisa. É um questionário utilizado para rastrear indivíduos predispostos a desenvolver Anorexia Nervosa (AN) ou Bulimia Nervosa (BN), e indica a presença de padrões alimentares anormais, mas não revela a possível psicopatologia oculta.¹⁴ Essa nova escala de 26 itens foi considerada mais simples e econômica no que diz respeito à aplicação, mostrando grande relação com a escala original de 40 itens.¹² São 26 questões dirigidas aos sintomas de anorexia, podendo variar de 0 a 78 pontos, com perguntas distribuídas em diferentes aspectos, sendo eles: Fator I (dieta - os primeiros 13 itens que refletem recusa patológica às comidas de alto teor calórico e preocupações com a forma física), fator II (bulimia nervosa - os seis itens seguintes, que refletem pensamentos sobre comida e atitudes bulímicas) e fator III (controle oral- os últimos sete itens, que refletem o autocontrole em relação à comida e reconhecem pressões sociais no ambiente para ganhar massa corporal total). Para tabulação, considera-se: opção “sempre” (3

pontos); “muito frequentemente” (2 pontos); “frequentemente” (1 ponto); e as demais não recebem pontuação (às vezes, raramente e nunca), exceto para a questão 4 que tem pontuação inversa. Considerou-se pontuação igual ou maior que 20, sugestivas de “comportamento alimentar de risco” para transtornos alimentares e, menor de 20 “ausência de transtornos alimentares”.¹⁵

Terceiro questionário: Foi utilizado o *Body Shape Questionnaire* (BSQ) desenvolvido por Cooper *et al.*, (1987) e traduzido por CORDÁS e CASTILHO (1994).¹⁶ O BSQ mede as preocupações com a forma do corpo, autodepreciação devido à aparência física e a sensação de estar “gordo”.¹⁷ É constituído de 34 perguntas de autopreenchimento com 6 possíveis respostas: “nunca” (1 ponto); “raramente” (2 pontos); “às vezes” (3 pontos); “frequentemente” (4 pontos); “muito frequentemente” (5 pontos); “sempre” (6 pontos)¹⁸ A classificação dos resultados é feita pelo total de pontos obtidos e reflete os níveis de preocupação com a imagem corporal: resultados menores ou iguais a 80 pontos = “ausência de distorção da imagem corporal”; entre 81 e 110 = “leve distorção de imagem corporal”; entre 111 e 140 = “moderada distorção de imagem corporal”; e acima de 140 = “grave distorção de imagem corporal”.¹⁹

Resultados:

Foram realizados testes de Transtornos Alimentares em 36 bailarinos, com idade média de 17 anos, mínimo de 12 e máxima de 24 anos.

Tabela 1. Gênero e idade dos praticantes de *ballet*. Guarulhos, 2014.

Praticantes de <i>ballet</i>	12 anos		13 à 14 anos		15 à 16 anos		17 à 18 anos		Acima de 18 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gênero masculino	0	0%	0	0%	1	2,8%	5	13,9%	3	8,3%	9	25%
Gênero Feminino	1	2,8%	4	11,1%	11	30,6%	4	11,1%	7	19,4%	27	75%
Total	1	2,8%	4	11,1%	12	33,4%	9	25%	10	27,7%	36	100%

A maioria dos participantes pertence ao gênero feminino (75%) com idade superior a 15 anos.

Tabela 2. Distribuição dos praticantes de *ballet* segundo escores de gravidade do BITE - Guarulhos, 2014.

BITE – escala sintomática	Gênero feminino		Gênero masculino		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de diagnóstico de bulimia	2	5,55%	0	0%	2	5,55%		
Padrão alimentar não usual	Não pertencentes ao grupo subclínico		10	27,78%	1	2,78%	11	30,56%
	Pertencentes ao grupo subclínico		2	5,55%	1	2,78%	3	8,33%

Normais	13	36,11%	7	19,45%	20	55,56%
Total	27	75%	9	25%	36	100,00%

Esta tabela demonstra a porcentagem de bailarinos de acordo com gênero e suas classificações onde 5,55% (2 bailarinas) possuem “comportamento alimentar compulsivo”, 30,56% (27,78% feminino e 2,78% masculino) possuem “padrão alimentar não usual -não pertencentes ao

grupo subclínico”, porém 8,33% desse padrão entre homens e mulheres já apresentam uma preocupação, pois estão bem próximos a desenvolver comportamento alimentar compulsivo. Dentre o grupo de bailarinos estudados 55,56% são considerados sem riscos.

Tabela 3. Distribuição dos praticantes de *ballet*, segundo escores de sintomas do BITE. Guarulhos, 2014.

BITE – escala gravidade	Gênero feminino		Gênero masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sem Significância	22	61,11%	8	22,22%	30	83,33%
Clinicamente significativos	3	8,33%	1	2,78%	4	11,11%
Alto grau de gravidade	2	5,55%	0	0%	2	5,56%
Total	27	75%	9	25%	36	100,00%

Esta tabela demonstra bailarinos do sexo feminino e masculino que estão dentro das classificações de gravidade de um comportamento alimentar compulsivo, essa escala mede a severidade do comportamento compulsivo pela frequência onde apenas 2 bailarinas (5,55%) possuem “alto grau de gravidade” de

comportamento alimentar, 3 bailarinas(8,33%) e 1 bailarino (2,78%) possuem um comportamento alimentar “cl clinicamente significativo” e grande parte dos bailarinos (83,33%) tem um comportamento alimentar normal, ou seja, “ sem significância”.

Tabela 4. Distribuição dos praticantes de *ballet* segundo escores do EAT. Guarulhos, 2014.

EAT	Gênero feminino		Gênero masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Comportamento alimentar de risco	9	25%	1	2,78%	10	27,78%
Ausência de transtornos alimentares	18	50%	8	22,22%	26	72,22%
Total	27	75%	9	25%	36	100,00%

Esta tabela demonstra bailarinos do sexo feminino e masculino que estão dentro das classificações para avaliar um risco de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, onde apenas 9

bailarinas (25%) e 1 bailarino (2,18%) possuem “comportamento alimentar de risco” e 18 bailarinas (50%) e 8 bailarinos (22,22%) possuem “ausência de transtornos alimentares”.

Tabela 5. Distribuição dos praticantes de *ballet* segundo os escores do BSQ. Guarulhos, 2014.

BSQ	Gênero feminino		Gênero masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leve distorção de imagem corporal	22	61,11%	8	22,22%	30	83,33%
Moderada distorção de imagem corporal	3	8,34%	0	0%	3	8,34%
Grave distorção de imagem corporal	2	5,55%	1	2,78%	3	8,33%
Total	27	75%	9	25%	36	100,00%

Esta tabela demonstra bailarinos do sexo feminino e masculino que estão dentro das classificações para avaliar distorção de imagem corporal, onde apenas 2 bailarinas (5,55%) e 1 bailarino (2,78%) possuem “grave distorção de

imagem corporal”; 3 bailarinas (8,34%) possuem “moderada distorção de imagem corporal” e 22 bailarinas (61,11%) e 8 bailarinos (22,22%) possuem “leve distorção de imagem corporal.



Discussão:

Em nosso estudo, 83,33% apresentaram “leve distorção de imagem corporal” mediante aplicação do questionário *BSQ*. A aplicação do questionário *EAT-26* identificou que 27,78% apresentaram “comportamento alimentar de risco”, porém o mais preocupante foi o encontrado na tabulação do questionário *BITE* onde 02 bailarinas e 01 bailarino estariam na classificação de “padrão alimentar não usual” nos escores de gravidade deste questionário, sendo que destes as 02 bailarinas apresentaram “alto grau de gravidade” na escala sintomática deste questionário, o que as predispõem a um maior risco para adquirir transtornos alimentares como anorexia nervosa (AN) e/ou bulimia nervosa (BN). Verificamos a necessidade de uma atenção especial no grupo pesquisado, pois como observado nos resultados do questionário *BSQ*, que mede as preocupações com a aparência física, as exigências de manutenção de um corpo ideal na prática de *ballet*, está presente na população estudada e, para tanto alguns se privam de uma alimentação adequada evidenciado pelos índices de “padrão alimentar não usual” do questionário *BITE* e atitudes como horas sem se alimentar, práticas de exercícios excessivos, ações purgativas entre outros sugerindo, portanto, a indicação de tratamento nutricional e psicológico para todo o grupo de participantes.

Segundo Reis *et al.*, (2013) ainda são escassos os estudos com as modalidades de dança (balé clássico, dança contemporânea e danças urbanas) e percepção da imagem corporal, estado nutricional e sintomas de transtornos alimentares (bulimia nervosa, anorexia nervosa e distúrbios de imagem).¹¹

A obtenção e manutenção do padrão corporal adequado para cada modalidade

esportiva implicam no controle alimentar para adequar o corpo as exigências e ao ambiente esportivo competitivo. A sociedade influencia no comportamento coletivo, com isso emagrecer é um fator essencial dos distúrbios alimentares, os quais juntamente com fatores psicológicos, biológicos e familiares acabam gerando preocupação excessiva com o corpo, onde existe um grande medo de engordar e altos níveis de ansiedade, acompanhados de distorção de imagem corporal.²⁰

Reis *et al.*, (2013) citando KUWAE e SILVA (2007), relatam que a exigência por um corpo mais magro é maior em bailarinos clássicos, pois sua prática exige leveza de corpo e gestos, sendo que nas demais modalidades não existe tanta exigência, como a dança contemporânea onde os movimentos são mais livres e adquirem a forma do bailarino que os representa.^{11:21}

As bailarinas estão dentro da população de risco para o desenvolvimento de padrões alimentares inadequados que podem trazer consequências agravantes a saúde como anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), amenorréia e osteoporose.⁸

Desde os anos de 1980, tornou-se clássico na literatura, dois subtipos de AN, o restritivo e o purgativo. Nos anos 90 diversos estudos apontaram que o subtipo purgativo se mostrava mais preocupante, pois apresentavam casos de transtornos de personalidade e comportamentos impulsivos, tais como tentativas de suicídio, automutilação, cleptomania e abuso de substâncias, porém recentemente, alguns trabalhos têm questionado a validade dessa divisão. Em 2002 um estudo evidenciou que apenas 12% das pacientes com AN restritiva nunca haviam apresentado episódios de bulimia e purgação. Acompanhando pacientes por um



período de oito anos com AN restritiva mostrou que 62% foram classificados como AN purgativa devido à mudança das características clínicas.²

O estudo de Reis *et al.*, (2013) realizado com um grupo de 157 bailarinos de ambos os sexos e com idade superior a 16 anos, demonstrou que os homens se mostravam mais insatisfeitos pela magreza, fato que se deve pelo desejo da hipertrofia muscular, enquanto as mulheres apresentam mais insatisfeitas pelo excesso de peso, devido à preocupação com a estética, culturalmente imposta pela sociedade e pela mídia. O mesmo autor ainda ressalta que desde a época do romantismo, a imagem da sífide norteia o padrão estético de bailarinas clássicas, que buscam um corpo longilíneo e magro, levando a crer que se realiza com mais graça e leveza movimentos que exigem força muscular, flexibilidade e agilidade.¹¹

Em nosso estudo, a porcentagem dos que possuem possível confirmação de bulimia, anorexia e distorção de imagem corporal (moderada e grave) é maior no gênero feminino. Acredita-se que elas possuam maior preocupação com sua aparência e sofram maior pressão da população, da mídia e do próprio *ballet*, o que leva a terem atitudes como, horas sem se alimentar, práticas de exercícios excessivos, ações purgativas entre outros. Pode-se associar os resultados ao tipo de treinamento encontrado na modalidade, no qual o equilíbrio, a leveza e a sustentação são pré-requisitos para a utilização das sapatilhas de ponta, porém também se exige do bailarino um corpo magro a fim de evitar lesões no quadril, joelhos e tornozelos.¹¹

Em estudos com não praticantes de atividade física, Peixoto *et al.* (2012) avaliou 50 adolescentes sendo 68% do sexo feminino, com média de 15 anos de idade, e 32% do sexo

masculino, com média de 16 anos de idade, onde os meninos apresentaram maior peso e estatura em relação as meninas. Verificou-se que em relação aos resultados de IMC/idade, a maioria do grupo estudado encontrava-se em estado de eutrófia, porém verificaram entre os meninos um maior percentual de sobrepeso e obesidade. Por outro lado, 17,6% das meninas apresentaram vigilância para baixo peso. O resultado da aplicação do questionário *EAT-26* e *BITE* identificou que 80% dos adolescentes não correm riscos de desenvolver algum transtorno alimentar, porém 20% se enquadram nos critérios positivos, haja vista que as meninas apresentaram maior risco de anorexia.²²

É uma característica dos adolescentes seguir alguns modismos e hábitos alimentares, buscando o convívio e a aceitação pela sociedade. O mundo contribui com muitas incertezas, inseguranças e problemas ao processo de formação, crescimento, educação e no desenvolvimento de crianças e adolescentes, tendo uma consequência negativa sobre a qualidade de vida destes indivíduos durante o decorrer de sua vida. Tentando evitar essas consequências cabe aos pais ou responsáveis dar suporte aos seus filhos, dar a atenção e direção que eles precisam para estabelecer um limite e a cobrança de responsabilidade quando for preciso.

²³

O comportamento alimentar clássico na anorexia nervosa (AN) é uma restrição grave e progressiva com episódios de compulsão alimentar que pode levar a um estado clínico comprometido. Nos anoréxicos bulímicos esses períodos de restrições são alternados com compulsões e purgações, e têm, portanto, a consequência clínica dos métodos compensatórios associados à debilidade extrema por falta



prolongada de alimentação. Complicações diversas podem aparecer na AN e para minimizá-las são essenciais uma detecção precoce e um tratamento intensivo. É necessária uma ingestão calórica aumentada para recuperação de peso, pois a taxa de metabolismo basal (TMB) se encontra alterada, considerando que pacientes com AN do tipo restritivo necessitam de mais calorias do que os do subtipo bulímico purgativo.²⁴

ALVARENGA e LARINO (2002) relatam que na bulimia nervosa (BN) os comportamentos alternam por períodos de compensação e restrição, dependendo de uma série de fatores, incluindo as ações purgativas, o tipo de alimento disponível e o humor. O tratamento nutricional faz parte da terapia motivacional recomendada para o tratamento da BN, promovendo orientação alimentar para o estabelecimento de padrões nutricionais adequados. Os objetivos principais são: eliminar o ciclo “compulsão alimentar – purgação”, estabelecer um padrão nutricional adequado e modificar atitudes relacionadas ao alimento e ao peso.²⁴

O tratamento nutricional dos transtornos alimentares é dividido em duas etapas: experimental e educacional. Deve ser realizada uma anamnese detalhada em relação aos hábitos alimentares do paciente e histórico da doença. É importante avaliar medidas de peso e altura, crenças nutricionais, restrições alimentares e a relação com os alimentos. Na etapa experimental aprofundam-se mais a relação que o paciente tem para com os alimentos e seu corpo, o ajudando a conhecer os conceitos que a alimentação e o corpo possuem. A etapa educacional abrange conceitos de alimentação saudável, tipos, funções e fontes dos nutrientes, recomendações nutricionais, consequências de restrições alimentares e de ações purgativas.²⁵

LATTERZA *et al.*, (2004), afirmam que o trabalho do nutricionista na área de TA exige habilidades que não são pertinentes a sua formação, como conhecimento de psiquiatria, psicologia e técnicas de terapia cognitivo-comportamental, devendo criar um vínculo com o paciente, atuando de forma flexível, empática e colaborativa.²⁴ Acreditamos para tanto, ser fundamental o tratamento com uma equipe multiprofissional no tratamento dos transtornos alimentares.²⁵

Conclusão:

Os resultados obtidos neste estudo mostraram uma grande preocupação com a imagem corporal e comportamentos alimentares não usuais, principalmente para as do gênero feminino sendo que em duas delas os resultados apontaram um maior risco para transtornos alimentares como anorexia e bulimia nervosa. Nossos resultados confirmam outros estudos realizados com bailarinos, nos quais a distorção da imagem corporal tende sempre pela busca de um corpo mais magro, o que leva a crer que a preocupação excessiva com o corpo ideal para a prática do *ballet* pode ter influência para prevalência de transtornos de alimentação. Tal preocupação pode ser consequência de uma maior pressão da população, da mídia e do próprio *ballet*.

Considerações Finais:

Conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), todos os bailarinos receberam orientação nutricional com palestra em grupo sobre alimentação adequada e todos receberam um plano alimentar individualizado atendendo suas necessidades nutricionais

denominado PARE (Programa de Reeducação Alimentar) individualizado, entregue pessoalmente e onde as orientaões particulares puderam ser realizadas. Todos receberam convite para tratamento nutricional com no mínimo dez consultas individualizadas na Clínica de Nutrião da Universidade Guarulhos, porém apenas uma bailarina apresentou-se e completou o tratamento. Foram ainda convidados a participar de consultas na Clínica de Psicologia da mesma Universidade, para os que apresentaram riscos para transtornos alimentares sendo que cinco aceitaram e participaram do tratamento psicológico.

Agradecimentos:

Profas. Ms. Letícia Nuzzo dos Santos (diretora do curso Nutrião da UnG); Profa. Ms. Maria Christina Pellicari (coordenadora da Clínica de Nutrião da UnG) pelo atendimento dos participantes na Clínica de Nutrião da UnG;

Profa. Dra. Jumara Silvia Van De Velde (ex-diretora do curso de Psicologia da UnG); Profa. Ms. Silvia Suely de Souza Maia e Prof. Dr. Everton de Oliveira Maraldi (professores e supervisores de estágio do Curso de Psicologia) pelo atendimento dos participantes na Clínica de Psicologia.

Referências:

1. Lima NL, Rosa COB, Rosa JFV. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2012; 12,(2):360-378.
2. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. Rev Psiq Clin. 2004 [acesso em 2016 set 16];31(4):154-157. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22398>
3. Saikal CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. Rev Psiq Clin. 2004; [acesso em 2016 set 16];31(4):164-6. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/pdf/164.pdf>
4. Pereira ACS, Araújo PT. Transtornos alimentares. VI Congresso Multiprofissional em Saúde, Paraná. 2012; [acesso em 2016 set 16];1-4. Disponível em: http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012/8/485_765_publicacoes/paginas/2012/8/485_765_publicacoes/publipg.pdf
5. Simas JPN, Guimarães ACA. Ballet clássico e transtornos alimentares. R. da Educação Física/UEM. 2002; [acesso em 2016 set 16];13(2):119-126. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/3709/2550>
6. Silva CV, Fayh APT. Perda de peso e consumo de bebidas durante sessões de treinamento de ballet clássico. Rev Bras Ciênc Esporte. 2011; [acesso em 2016 set 16];33(2):495-506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v33n2/15.pdf>
7. Ribeiro LG, Veiga GV. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. Rev Bras Med Esporte. 2010; [acesso em 2016 set 16];16(2):99-102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922010000200004&script=sci_arttext
8. Haas NA, Garcia ACD, Bertolletti J. Imagem corporal e bailarinas profissionais. Rev Bras Med Esporte. 2010; [acesso em 2016 set 16];6(3):182-185. Disponível em:



- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922010000300005&script=sci_arttext
9. Cordás TA, Hochgraf PBO. "Bite": Instrumento Para Avaliação Da Bulimia Nervosa – Versão Para O Português. J Bras Psiq. 1993; [acesso em 2016 set 16];42(3):141-143.
 10. Ximenes RCC, Colares V, Bertulino T, Couto GBL, Sougey EB. Versão brasileira do "BITE" para uso em adolescentes. Arq Bras Psicol. 2011; [acesso em 2016 set 16];63(1):52-63. Disponível em: <http://146.164.3.26/index.php/abp/article/view/698>
 11. Reis NM, Machado Z, Pelegrini A, Boing L, Monte FCSG, Simas JPN, Guimarães ACA. Imagem corporal, estado nutricional e sintomas de transtornos alimentares em bailarinos. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2013; [acesso em 2016 set 16];18(6):771-781 <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/3043/2750>
 12. Vilela JEM, Lamounier JÁ, Delaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. Jornal de Pediatria. 2004; [acesso em 2016 set 16];80(1):49-54 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000100010&lng=en
 13. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JÁ, Somenzi L, Pinheiro A. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT). Revista ABP-APAL. 1994; 16(1):7-10.
 14. Leonidas C, Santos MA. Instrumento de avaliação da imagem corporal e dos hábitos alimentares na anorexia nervosa: Análise da produção científica. Psicologia: Ciência e Profissão. 2013; [acesso em 2016 set 16]; 33(4):868-881 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n4/v33n4a08.pdf>
 15. Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários auto-preenchíveis. Rev Bras Epidemiol. 2005; [acesso em 2016 set 16]; 8(3):236-245. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300005&script=sci_arttext
 16. Cordás TA, Castilho S. Imagem corporal nos transtornos alimentares: instrumento de avaliação: Body Shape Questionnaire. Psiquiatria Biológica. 1994; 2(1):17-21.
 17. Cordás TA, Neves JEP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. Rev Psiq Clin. 1999; 26(1):41-47.
 18. Saldeira C, Gravena AAF. Prevalência de sintomas de bulimia nervosa, insatisfação da imagem corporal e estado nutricional em acadêmicas de nutrição. Revista Saúde e Pesquisa. 2013; [acesso em 2016 set 16]; 6(1):13-20. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/viewFile/2162/1859>
 19. Ferreira A, Bergamin RA, Gonzaga TL. Correlação entre medidas antropométricas e aceitação pessoal da imagem corporal em bailarinas de dança moderna. Movimento & Percepção. 2008; 9(12):43-51.
 20. Vieira JLL, Amorim HZ, Vieira LF, Amorim AC, Rocha PGM. Distúrbios de atitudes alimentares e distorção da imagem



- corporal no contexto competitivo da ginástica rítmica. Rev Bras Med Esporte. 2009; [acesso em 2016 set 16];15(6):410-414. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000700001
21. Kuwae CA, Silva MS. Habito alimentar e composição corporal de bailarinos contemporâneos e do balé clássico. Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte. 2007; 15.
22. Peixoto C, Penteadó G, Oliveira JS, Teixeira MT, Chaves R, Costa CL. Avaliação do perfil nutricional de adolescentes com risco para transtornos alimentares. Adolesc Saúde. 2012; [acesso em 2016 set 16]; 9(3):12-20. Disponível em:
http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=326
23. Tossatti AM, Peres L, Preissler H. Imagem corporal e as influências para os transtornos alimentares nas adolescentes jovens. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e emagrecimento. 2007; [acesso em 2016 set 16];1(4): 34-47. Disponível em:
<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/36/34>
24. Alvarenga M, Larino MA. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24(3):907-918. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000500020&script=sci_arttext
25. Latterza AR, Dunker KLL, Scagliusi FB, Kemen E. Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. Rev Psiq Clin. 2004; [acesso em 2016 set 16]; 31(4):173-176. Disponível em:
<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/pdf/173.pdf>