

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

TALITA QUEIROZ BRESSANIN

**IMAGEM CORPORAL, AUTOESTIMA E
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM BAILARINAS
DE BALLET E JAZZ**

Campinas, 2017

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

TALITA QUEIROZ BRESSANIN

**IMAGEM CORPORAL, AUTOESTIMA E
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM BAILARINAS
DE BALLET E JAZZ**

Trabalho de Conclusão de Curso
(Graduação) apresentado à Graduação da
Faculdade de Educação Física da
Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Bacharel em
Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Paula Teixeira Fernandes

Campinas, 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

B754i Bressanin, Talita Queiroz, 1995-
Imagem corporal, autoestima e transtornos alimentares em bailarinas de ballet e jazz / Talita Queiroz Bressanin. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Paula Teixeira Fernandes.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física.

1. Imagem corporal. 2. Autoimagem. 3. Transtornos da alimentação. 4. Jazz (Dança). 5. Ballet. I. Fernandes, Paula Teixeira. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação Física. III. Título.

Informações adicionais, complementares

Título em outro idioma: Body image, self-esteem and eating disorders in dancers

Palavras-chave em inglês:

Body image

Self image

Eating disorders

Jazz (Dance)

Ballet

Titulação: Bacharel

Banca examinadora:

Gabriela Kaiser Fullin Castanho

Data de entrega do trabalho definitivo: 07-11-2017

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a minha família, em especial minha avó e meus pais por sempre terem me apoiado e me auxiliado, em diversas áreas, durante estes cinco anos de faculdade.

Agradeço também a todas as pessoas que estiveram do meu lado durante todo o período da faculdade, principalmente a Maria Emília, que mesmo morando em São Paulo e lotada de coisas da faculdade para fazer, sempre teve um tempo para me ajudar.

À Karen Juan, diretora do CIADAPTE e da Companhia Experimental Developpé Ballet & Cia, agradeço imensamente por, desde o primeiro contato, ter sido tão atenciosa comigo e ter me acolhido por todo o tempo da coleta de dados. À Malba Aragão, professora responsável pela Companhia de Dança da Prefeitura de Paulínia, que sempre me ajudou, durante todos os anos que foi minha professora, e, especialmente, durante a coleta de dados.

A todas as meninas do CIADAPTE, da Companhia Experimental Developpé Ballet & Cia e da Companhia de Dança da Prefeitura de Paulínia, que se dispuseram a responder os questionários, muito obrigada!

E, por fim, agradeço à minha orientadora Paula Teixeira Fernandes, por toda ajuda e paciência durante estes dois anos que estive comigo!

BRESSANIN, Talita Queiroz. **Imagem corporal, autoestima e transtornos alimentares e bailarinas de ballet e jazz**. 2017. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017

RESUMO

Na sociedade contemporânea é comum sermos expostos a todo momento a padrões de beleza onde o corpo magro é tido como o “corpo ideal” e assim, passa a ser buscado constantemente, principalmente por mulheres. A dança, que é uma das áreas de atuação do profissional de Educação Física, também está exposta a esses padrões corporais, onde o corpo magro e longilíneo, que remete à bailarina romântica do século XIX, é o mais aceito pelos professores. Essa imposição para que se tenha um corpo magro pode acarretar às bailarinas distorção da imagem corporal, baixa autoestima e presença de sintomas de transtornos alimentares. Desta forma, o presente trabalho visa analisar a imagem corporal, a possibilidade de transtornos alimentares e o nível de autoestima de bailarinas de jazz dance e ballet clássico, bem como realizar a comparação entre os resultados das duas modalidades de dança. Este estudo foi realizado com 17 bailarinas de jazz dance (n=10) e ballet clássico (n=7) com idade média de 17,24 anos ($\pm 1,96$) de duas escolas de dança localizadas na cidade de Paulínia. Para a realização do estudo, foram utilizados quatro instrumentos: Uma ficha de identificação, Escala de Silhuetas de Stunkard (STUNKARD, 1983 apud MORAES; ANJOS; MARINHO, 2012), Escala de Autoestima de Rosenberg (ROSENBERG, 1965 apud DINI et al., 2001) e o Teste de Atitudes Alimentares – EAT-26 (GARNER et al. 1982 apud BIGHETTI, 2003). Os resultados mostram que as bailarinas, independente da modalidade, possuem insatisfação corporal pelo excesso de peso, boa autoestima e, em sua maioria, não apresentam sintomas de transtornos alimentares.

Palavras-chaves: educação física; dança; transtornos alimentares; imagem corporal; autoestima; jazz dance; ballet clássico; psicologia do esporte.

BRESSANIN, Talita Queiroz. **Body image, self-esteem and eating disorders in dancers.** 2017. 54f. Monography (Graduate in Physical Education). School of Physical Education. State University of Campinas, Campinas, 2017.

ABSTRACT

In contemporary society it is common to be exposed at all times to patterns of beauty where the lean body is considered as the "ideal body" and thus, is constantly sought, especially by women. The dance, which is one of the areas of activity of the Physical Education professional, is also exposed to these body patterns, where the lean and longiline body, which refers to the romantic ballerina of the nineteenth century, is the most accepted by teachers. This imposition to have a lean body can lead to dancers distortion of body image, low self-esteem and presence of symptoms of eating disorders. In this way, the present work aims to analyze the body image, the possibility of eating disorders and the level of self-esteem of dancers of jazz dance and classical ballet, as well as to compare the results of the two dance modalities. This study was carried out with 17 jazz dancers (n = 10) and classical ballet (n = 7) with a mean age of 17.24 years (± 1.96) from two dance schools located in the city of Paulínia. In order to carry out the study, four instruments were used: an identification card, Stunkard Silhouettes Scale (STUNKARD, 1983 apud MORAES; ANGELS, MARINHO, 2012), Rosenberg Self-esteem Scale (ROSENBERG, 1965 apud DINI et al. 2001) and the Food Attitude Test - EAT-26 (GARNER et al. 1982 apud BIGHETTI, 2003). The results show that the dancers, regardless of the modality, have body dissatisfaction due to excess weight, good self-esteem and, for the most part, they do not present symptoms of eating disorders.

Keywords: physical education; dance; eating disorders; body image; self esteem; jazz dance; classic ballet; sports psychology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Critérios Diagnósticos da Anorexia Nervosa, segundo DSM- V	20
Quadro 2: Critérios Diagnósticos da Bulimia Nervosa, segundo DSM-V	24
Quadro 3: Nível de Gravidade para Bulimia Nervosa	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização das bailarinas	35
Tabela 2: Resultados para a pergunta: “Numa escala de 1 a 10, qual nota você dá para a sua relação com o seu corpo no dia de hoje? ”.....	36
Tabela 3: Comparação da Escala de Silhuetas de Stunkard de acordo com a modalidade	38
Tabela 4: Comparação da escala de autoestima de Rosenberg de acordo com a modalidade de dança	39
Tabela 5: Comparação da escala de atitudes alimentares de acordo com a modalidade de dança	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Atividades físicas além das modalidades de jazz dance e ballet clássico	37
Figura 2: Motivações para o início na modalidade de dança	37

LISTA DE ANEXOS

Anexo I - Carta de aprovação do Comitê de Ética

Anexo II - Escala de Silhuetas

Anexo III - Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

Anexo IV - Escala de Autoestima de Rosenberg

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice I - Ficha de Identificação

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AN	Anorexia Nervosa
BN	Bulimia Nervosa
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5º edição
EAT-26	Teste de Atitudes Alimentares
IC	Imagem Corporal
IMC	Índice de Massa Corporal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1. Introdução	14
2. Revisão de Literatura	16
2.1.Dança – Ballet Clássico e Jazz Dance.....	16
2.2.Autoestima	17
2.3.Transtornos Alimentares	18
2.3.1. Anorexia Nervosa	18
2.3.2. Bulimia Nervosa	23
2.4. Imagem Corporal	28
3. Objetivos	31
4. Métodos	32
4.1. Aspectos éticos da pesquisa	32
4.2. Participantes	32
4.3. Instrumentos	33
4.4. Procedimentos	34
4.5. Análises Estatísticas	34
5. Resultados	35
5.1. Caracterização dos participantes	35
5.2. Resultados referentes a escala de silhuetas	38
5.3. Resultados escala de autoestima de Rosenberg	38
5.4. Resultados Teste de Atitudes Alimentares (EAT- 26)	39
6. Discussão	40
7. Conclusões	43
8. Referências	44
Anexos	49
Apêndices	54

1. INTRODUÇÃO

Podemos classificar a Educação Física, dentro de uma perspectiva cultural, como parte da cultura humana. Sendo assim, é uma área que estuda e atua sobre diversas práticas relacionadas ao corpo e ao movimento criado pelo homem ao longo de sua história, como, por exemplo, os jogos, os esportes, as lutas, as ginásticas e as danças (DAOLIO, 1996).

Neste contexto da Educação Física, a dança surge como atividade coletiva e lúdica, atuando como agente facilitador nos relacionamentos interpessoais, no desenvolvimento da autoestima, da autoconfiança e do senso de responsabilidade. Também apresenta benefícios físicos, como aumento da resistência corporal, postura e flexibilidade, além de contribuir para o equilíbrio emocional (FALSARELLA; AMORIM, 2008).

Ferreira, Villela e Carvalho (2010 p. 56) enfatizam que “a dança é uma atividade física e expressiva que permite aprofundar a percepção de cada um sobre si mesmo e sobre os outros”.

Na sociedade atual, encontramos um padrão corporal que é sinônimo de beleza: o corpo magro. Porém, esse padrão de corpo ideal não se encaixa nos conceitos de saúde e não considera as diferentes composições físicas dos indivíduos (FERREIRA; BERGAMIN; GONZAGA, 2008).

Essa concepção estética de “corpo ideal” é disseminada pelos meios de comunicação de massa que exercem influência sobre a opinião pública, formando o padrão corporal a ser seguido (MOURA, 2005). A imposição para que todos tenham o corpo nos padrões pré-estipulados pela mídia pode acarretar, principalmente para mulheres, que por ventura não se enquadram nesse padrão, insatisfação corporal ou até distorção da imagem corporal (SIMAS; GUIMARÃES, 2008). A discrepância entre o peso real e o ideal conduz a um estado constante de insatisfação com o próprio corpo e, assim, as dietas para emagrecer ficam cada vez mais frequentes. Estudos apontam que dietas para emagrecer são com frequência um dos precursores do desenvolvimento dos transtornos alimentares (SIMAS; GUIMARÃES, 2008).

Os transtornos alimentares estão cada vez mais em evidência no trabalho de profissionais das áreas da saúde por apresentarem grandes graus de morbidade e mortalidade (PINZON; NOGUEIRA, 2004). Por apresentarem etiologia multifatorial, é

importante que se investigue a natureza desse comportamento, incluindo, além da parte biológica, a vulnerabilidade psicológica do indivíduo (SIMAS; GUIMARÃES, 2002).

Por sua vez, as bailarinas são vistas como uma população mais vulnerável a manter hábitos alimentares inadequados, seja pela influência do meio no qual estão inseridas, ou pelas cobranças feitas no âmbito profissional da modalidade (VARGAS; BERNARDI; GALLON, 2011).

Para Guimarães et al. (2014), os comportamentos alimentares de risco apresentam maior prevalência em bailarinos, pois os mesmos estão inseridos em um ambiente onde a estética e o baixo peso corporal são supervalorizados.

Assim, o ballet clássico, por ter a preocupação excessiva com a estética corporal, pode fazer com que seus praticantes desenvolvam transtornos alimentares, como bulimia e anorexia. Segundo Simas & Guimarães (2008 p. 125), “a busca do perfeccionismo, a pressão por parte dos instrutores e familiares e a instabilidade emocional podem levar a transtornos alimentares”. É possível notar um padrão corporal na maioria das bailarinas e que os seus professores - em sua maioria - mesmo de forma indireta, priorizam como um corpo ideal para a dança, um corpo semelhante à bailarina romântica: magra, longilínea, bonita e tecnicamente perfeita. Com essa “imposição” para atingir um corpo ideal na dança, muitas alunas acreditam estar acima do peso e/ou adotam dietas não saudáveis para manter a forma física idealizada pelos professores.

Como o tema em questão apresenta pouco material científico, como citado nos trabalhos de Guimarães et al. (2014), Reis et al. (2013) e Haas; Garcia; Bertoletti (2010), é importante que sejam realizadas mais pesquisas para possibilitar aos profissionais da área maior entendimento sobre as diferentes influências psicológicas às alunas, evitando assim, futuros problemas de saúde, como os transtornos alimentares.

Diante disto, o presente trabalho visa avaliar a imagem corporal, a autoestima e os comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinas e comparar os resultados entre os diferentes estilos de dança - ballet clássico e jazz dance. Desta maneira, pretendemos utilizá-lo para conscientizar professores, pais e bailarinas sobre os prejuízos de se ter uma imagem corporal distorcida.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Dança - Ballet Clássico e Jazz Dance

Segundo Agostini (2010) p. 17-18:

“Antes mesmo de o homem se expressar por meio de palavras ele se expressava por intermédio de gestos e, conseqüentemente, por meio da dança. (...). Nesse período esta manifestação era algo inconsciente, instintivo e que estabelecia uma profunda relação com a terra e os demais elementos da natureza”.

Durante a Idade Média, a dança possuía caráter lúdico. Sendo assim, os bailarinos realizavam apresentações, que tinham como temas principais os romances e as sátiras, em feiras, na corte, em praças e ao redor dos castelos. Foi só a partir da chamada Idade da Luz que a dança assumiu um caráter mais profissional, sendo que nesta mesma época, também surgiu o ballet clássico (AGOSTINI, 2010).

Quando se imagina o ballet clássico, vem em mente a imagem de uma bailarina de tutu e sapatilhas de ponta, estereótipo que foi estabelecido após o início da era do Ballet Romântico no século XIX. A entrada das sapatilhas de ponta no ballet clássico ocorreu na França nesse mesmo período, com o ballet *La Sylphide*, tendo como principal intérprete do gênero feminino a bailarina Marie Taglioni. Até então, não havia um consenso em relação a um corpo ideal para ser uma bailarina. Porém, após a estreia de *La Sylphide*, o corpo magro tornou-se não só uma questão anatômica por conta do uso das sapatilhas, mas tornou-se exemplo a ser seguido por outras bailarinas da época, exemplo este que continua enraizado no ballet clássico: a bailarina magra, longilínea e delicada, como a bailarina Marie Taglioni (MOURA, 2005).

O jazz dance tem sua origem na cultura africana trazida para os Estados Unidos na segunda metade do século XVII. Os negros são apresentados como os primeiros dançarinos de jazz e os espetáculos aconteciam em praças públicas. Esses espetáculos apresentavam um forte cunho social, nos quais os negros pintavam seus rostos de branco em movimentos de libertação. Juntamente com a música jazz, a dança foi percebida em 1902 e recebeu forte influência de ritmos, cantos religiosos africanos e de músicas europeias da época (GARCIA; HAAS, 2003).

A dança jazz como forma de espetáculo surgiu a partir dos espetáculos criados pelos negros e eram apresentados em diversas cidades do país. Essa forma de representação do jazz dance ganhou forças na Broadway (GARCIA; HAAS, 2003).

Após a estreia na Broadway, o jazz passou a conquistar os nova-iorquinos, ganhando também maior representatividade entre a comunidade branca da época. Com esse ganho de representatividade, o jazz dance passou a influenciar cada vez mais os ambientes teatrais e musicais de Nova York. Assim, surgiu a necessidade cada vez maior de se aperfeiçoar os bailarinos, não sendo importante só o bom preparo físico, mas também os critérios de dança e canto (BENVEGNU, 2011).

2.2. Autoestima

A autoestima é caracterizada como os pensamentos e sentimentos de um indivíduo acerca de seu próprio valor, adequação e competência, refletindo-se em atitudes positivas ou negativas relacionadas a si mesmo (ROSENBERG, 1965 apud SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010).

Em alguns estudos (FONSECA et al., 2014; ANTUNES; MAZO; BALBÉ, 2011) foram constatados que praticantes de atividades físicas recorrentes possuem melhor autoestima em relação àqueles que não realizam essas atividades.

Para Weiner (1985 apud REQUENA-PÉREZ; MARTÍN-CUADRADO; LAGO-MARÍN, 2015), a dança integra aspectos emocionais, psicológicos e físicos, e, desse modo, aquele que é capaz de desenvolver uma imagem corporal adequada também é capaz de fortalecer sua autoestima e autoconceito. Em um estudo realizado por Cacho e Vera (2017) no qual foi analisada a relação entre dança livre-criativa e diferentes dimensões da autoestima em estudantes de 9 a 13 anos, foi verificado que a dança melhora a autoestima e favorece os níveis de confiança dos estudantes.

Segundo Morris (1997 apud SIMAS; GUIMARÃES, 2002), a pessoa que possui baixa autoestima e que apresenta traços perfeccionistas e empreendedores pode, com frequência, desenvolver transtornos alimentares.

2.3. Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados pela desordem constante na alimentação ou em comportamentos relacionados à mesma, resultando no consumo ou na absorção adulterada de alimentos, comprometendo seriamente a saúde física ou psicossocial (DSM-V, 2014). Possuem etiologia multifatorial, sendo determinados por diversos fatores que interagem entre si produzindo, e, muitas vezes, perpetuando a doença (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). Acometem especialmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, causando prejuízos psicológicos, sociais e aumento na morbidade e mortalidade (CORDÁS, 2004). São classificados de acordo com os sintomas apresentados, porém os mais comuns são a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Embora se apresentem de formas distintas, a relação de conflito com a comida e o corpo é o ponto de união entre os dois transtornos. Para ambos, o emagrecimento é o objetivo a ser alcançado, o controle do desejo de comer é visto como um modo de controle da própria vida. (DE JESUS BITTENCOURT; ANDRADE ALMEIDA, 2013).

2.3.1. Anorexia Nervosa

A palavra anorexia deriva do grego orexis (apetite) com o prefixo an (ausência), assim, o termo anorexia nervosa significa “perda do apetite de origem nervosa” (NUNES et al., 2006). Do ponto de vista psicopatológico, o termo anorexia não é o mais adequado, visto que, no início da doença não há uma perda concreta do apetite (CORDÁS, 2004).

Segundo Skrabanek (1983 apud Nunes et al., 2006), o jejum voluntário ou a inanição autoimposta eram interpretados durante os séculos V e XIII como milagre divino ou como possessão demoníaca, aparecendo, principalmente, na literatura teológica.

Para Bell (1985 apud NUNES et al., 2006), a dita “anorexia sagrada” seria psicologicamente similar à “anorexia moderna” pois, nas duas, há conflitos de identidade e a tentativa de libertação feminina perante a sociedade patriarcal. Alguns autores não concordam com essa similaridade, pois, segundo eles, a anorexia sagrada seria apenas mais um resultado de práticas religiosas (BEAUMONT, 1991 apud. NUNES et al., 2006). Para Habermas (1989 apud NUNES et al., 2006), na anorexia sagrada não havia o medo mórbido de engordar como critério diagnóstico central, diferindo da anorexia moderna.

Após a reforma protestante, essas práticas passaram a ser condenadas pela Igreja. Já no final do século XIX, começaram a surgir descrições notórias sobre a AN, porém, as primeiras descrições aceitas foram descritas por Gull, na Inglaterra, e Lasègue, na França.

Laségue destaca os aspectos emocionais, a negação do transtorno, a contribuição familiar para a permanência dos sintomas e os aspectos relacionados à insegurança pessoal. As principais características destacadas nestes estudos são: intensa perda de peso, inquietação, hipotermia, edema, constipação e amenorreia, sem patologias implícitas (NUNES et al., 2006).

Somente em 1889, Charcot teria descrito a ideia fixa de obesidade como a motivação principal da AN (HABERMAS, 1989 apud NUNES et al., 2006). Já no início do século XX, Pierre Janet, durante seus estudos, dividiu duas formas de apresentação do transtorno: a forma obsessiva, na qual era observado que a sensação de fome era mantida e a rejeição em se alimentar vinha do medo de crescer, engordar e tornar-se uma mulher; a forma histérica, considerada mais incomum, na qual ocorria, de fato, a perda do apetite e as mulheres observadas queixavam-se de sintomas somáticos, sensações ditas estranhas na boca e na garganta, e, com frequência, apresentavam vômitos e regurgitação (NUNES et al., 2006).

Foi a partir do ano de 1940 que as teorias - influenciadas por linhas psicanalistas que salientavam as motivações implícitas à sintomatologia - sobre a AN ter uma causa psicológica foram reestabelecidas. Durante o desenvolvimento do transtorno, foram observadas mudanças psicológicas derivadas do estado de inanição, que, anteriormente eram encobertas por explicações racionais (NUNES et al., 2006).

A mudança sociocultural dos padrões de beleza feminino apresenta o padrão de corpo cada vez mais magro como o mais aceito. Este culto ao corpo magro relaciona esse padrão corporal com sucesso, autonomia e poder e, a partir dessas constatações, começaram os questionamentos de como os contextos socioculturais poderiam influenciar no desenvolvimento e na perpetuação dos quadros de AN (NUNES et al., 2006).

Em 1970, Gerald Russell sugeriu três critérios diagnósticos para a AN que são considerados até o presente momento - com algumas modificações. São eles:

“(...) comportamento dirigido a produzir perda de peso; medo mórbido de engordar, como característica psicopatológica central; e distúrbio endocrinológico - amenorreia em mulheres e perda de potência sexual em homens” (NUNES et al., 2006; p.35).

Os critérios diagnósticos para a AN descritos pelo DSM-V (2014), estão ilustrados no Quadro 1 e explicitados em seguida. Importante salientar que para ter o diagnóstico de AN, é preciso que os três critérios - restrição contínua da ingestão calórica, profundo medo

de ganhar peso ou comportamentos contínuos que influenciem no ganho de peso e na percepção distorcida da própria imagem ou peso corporal - estejam presentes.

Quadro 1. Critérios Diagnósticos da Anorexia Nervosa, segundo DSM-V

1. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo - inferior ao mínimo necessário, para adultos, e, abaixo do esperado para a idade, em crianças e adolescentes - no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física.
2. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando significativamente baixo.
3. Perturbação no modo como peso ou forma corporal é vivenciada, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Fonte: DSM-V (2014; p.383-389).

O peso corporal significativamente baixo (critério 1) aparece, normalmente, após a perda de peso significativa. E em crianças e adolescentes, ao invés da perda de peso, pode haver falha no ganho de peso esperado para a idade ou dificuldades em manter o curso de desenvolvimento normal. O peso mínimo ideal para adultos é uma questão problemática, pois, essa medida difere para cada indivíduo. Para isso, o método adotado para calcular o peso corporal ideal é o Índice de Massa Corporal (IMC) que é determinado a partir da relação entre o peso corporal - em quilogramas - e a altura ao quadrado - em metros - do indivíduo, ou seja, $IMC = \text{peso corporal (Kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$.

Como referencial para indivíduos adultos, o IMC de 18,5 Kg/m² é tido como o limite inferior de peso corporal, ou seja, abaixo desse valor, o indivíduo é classificado com o peso abaixo do esperado. Com IMC de 17,0 Kg/m², o indivíduo é classificado com o peso significativamente baixo, e recebe o indicativo de magreza moderada ou grave pela Organização Mundial da Saúde. Porém, alguns indivíduos com o IMC entre 17,0 Kg/m² e 18,5 Kg/m² ou acima desse valor, podem ser classificados com peso significativamente baixo se o histórico clínico e informações fisiológicas apontem para tal dado (OMS, s/d; apud DSM, 2014).

Em crianças e adolescentes, o valor utilizado é feito a partir do percentil do IMC por idade. Assim, abaixo do 5º percentil, o peso da criança/adolescente é classificado como abaixo do considerado ideal para a idade. Porém, assim como em adultos, ser classificado acima deste marco não impede que a criança/adolescente seja classificada com peso significativamente baixo. Esta questão irá depender do histórico clínico, da composição corporal e da existência de alguma desordem fisiológica.

O medo intenso de ganhar peso ou de engordar (critério 2) não é amenizado pela perda de peso, até porque este medo costuma aumentar em algumas pessoas.

O critério 3 ressalta a distorção no modo como as pessoas com AN enxergam e vivenciam o próprio corpo. Algumas destas pessoas acreditam estar completamente acima do peso, já outros indivíduos, percebem-se magros, porém acabam elegendo partes de seus corpos como gordas (DSM-V, 2014). Mesmo apresentando o resultado da relação peso altura dentro dos padrões considerados normais, essas pessoas ainda acreditam estar acima do peso e para que consigam chegar ao peso ideal necessitam perder peso. A meta do “peso ideal” varia de acordo com o estágio do transtorno e passa a ser cada vez mais impossível de atingi-la (DE JESUS BITTENCOURT; ANDRADE ALMEIDA, 2013). Para esses indivíduos, a autoestima depende da percepção corporal, e, dessa forma, a perda de peso é vista, muitas vezes como um sinal de disciplina e controle, já o ganho de peso, é visto como falta de controle extrema (DSM-V, 2014).

Ainda segundo o DSM-V (2014), a AN apresenta dois subtipos: tipo restritivo e tipo compulsão alimentar purgativa. No tipo restritivo, o indivíduo não se envolveu em episódios periódicos de compulsão alimentar ou em práticas de purgação (uso indevido de laxantes e diuréticos, e, vômitos autoinduzidos) durante os últimos três meses, sendo que a perda de peso é proveniente exclusivamente de dieta, jejum e/ou a prática de exercícios físicos em excesso. Já o subtipo compulsão alimentar purgativa, o indivíduo se envolve em episódios de compulsão alimentar seguidos de ações purgativas. Importante lembrar que a classificação do subtipo não deve ser feita de maneira duradoura, pois é comum que durante o transtorno ocorra a transição entre os subtipos.

A busca por ajuda médica comumente ocorre por intermédio de parentes próximos após uma perda de peso acentuada ou, no caso de crianças e adolescentes, após não atingirem o peso esperado para a idade. A busca voluntária só acontece quando preocupações relacionadas às sequelas somáticas ou psicológicas advindas da falta de alimentação aparecem. O indivíduo com AN esporadicamente reclama da perda de peso em si, e frequentemente nega o problema, sendo fundamentais as informações de terceiros para que o histórico de perda de peso e outros aspectos sejam avaliados.

Os indivíduos com AN que apresentam o peso corporal extremamente baixo podem apresentar sinais e sintomas depressivos, como insônia, isolamento social e a diminuição da libido, e comportamentos obsessivos compulsivos que não são ligados somente à alimentação.

Outros aspectos importantes a serem observados são: manipulação de doses de medicamentos - alguns indivíduos com diabetes reduzem ou omitem doses de insulina visando diminuir o metabolismo de carboidratos - e nível de atividade física, ambos

visando a perda de peso. No início do transtorno, é comum que o nível de atividade física aumente e a mesma seja utilizada como um método de compensação, pois, o excesso das atividades auxilia na rápida perda de peso. Durante o tratamento do transtorno, por ser difícil o monitoramento do nível das atividades físicas, esse aspecto pode prejudicar a recuperação do peso.

A prevalência da AN em um ano chega a 0,4% em indivíduos do sexo feminino. Em homens, registros não foram suficientes para determinar a prevalência, pois esse transtorno é mais comum entre jovens e mulheres do sexo feminino. Relacionando os dois grupos, a AN chega a uma proporção de 10 mulheres para 1 homem.

É mais comum que a AN apareça durante o período da adolescência ou no início da idade adulta. Costuma se iniciar após um evento de vida que gera muito estresse, porém, seu desfecho, é altamente mutável. Indivíduos mais jovens podem manifestar a negação do “medo de gordura”, enquanto indivíduos mais velhos tendem a ter o transtorno por um tempo mais prolongado.

Muitos indivíduos apresentam mudanças no comportamento alimentar antes de se encaixarem em todos os critérios diagnósticos do transtorno. Alguns se recuperam totalmente após um único episódio, outros apresentam um padrão no ganho e na perda do peso corporal. Em alguns casos, é necessário que o indivíduo seja hospitalizado para o tratamento de complicações geradas pelo transtorno. A taxa de mortalidade bruta chega a 5% a cada dez anos, sendo que, a causa principal é a complicação clínica relacionada ao próprio transtorno ou suicídio. A taxa de suicídio em indivíduos com AN é considerada elevada, chegando a 12 por 100.000 pessoas por ano.

Existem três fatores gerais de risco para a AN: fatores temperamentais, fatores ambientais e fatores genéticos e fisiológicos. Os fatores temperamentais são aqueles no qual o indivíduo desenvolve transtornos de ansiedade ou exibe sintomas de comportamentos obsessivos durante a infância. Os fatores ambientais relacionam a cultura e o histórico da região na qual o indivíduo está inserido com contextos onde a magreza é valorizada. Os fatores genéticos e fisiológicos apontam que o risco para o desenvolvimento da AN é maior em indivíduos que apresentam parentes biológicos de primeiro grau que tiveram o transtorno (DSM-V; 2014).

Muitos dos sintomas e sinais físicos que aparecem em indivíduos com AN são causados pela inanição, dentre eles podemos destacar: amenorreia, constipação, dores abdominais, intolerância ao frio, letargia (incapacidade de reagir e expressar emoções) e energia excessiva. Nos exames físicos, emaciação (emagrecimento extremo) aparece com

frequência, assim como hipotensão, hipotermia e bradicardia (diminuição anormal das pulsações do coração). Algumas pessoas ainda desenvolvem lanugo (pelos finos que cobrem o corpo), edemas periféricos (inchaço nas pernas) e mais raramente, petéquias (pontos avermelhados na pele que podem ter se originado pelo rompimento de capilares) ou equimoses (infiltração de sangue na malha dos tecidos). Em alguns indivíduos, a tonalidade amarelada na pele é evidenciada juntamente com a hipericarotemia.

Como consequências funcionais, os indivíduos que apresentam a AN, em alguns casos continuam ativos social e profissionalmente, enquanto outros demonstram isolamento social e/ou fracassado profissional. Em relação às comorbidades, esses indivíduos podem apresentar transtornos de ansiedade em geral, transtornos bipolares ou depressivos concomitantes ao transtorno da AN.

2.3.2. Bulimia Nervosa

A palavra Bulimia deriva dos termos gregos bou (grande quantidade de) ou boul (boi) e limos (fome), sendo assim, Bulimia significaria “fome raivosa ou fome tão grande a ponto de levar alguém a comer um boi” (STUNKARD, 1993 apud NUNES, 2006; p.35). A Bulimia Nervosa (BN) foi descrita como uma síndrome relacionada à AN surgindo por volta de 1940 (CASPER, 1983 apud NUNES, 2006).

O primeiro caso documentado de BN foi o de Ellen-West em 1944, que apresentava como meios para a perda de peso os episódios de compulsão alimentar e os vômitos autoinduzidos (CASPER, 1983 apud NUNES, 2006).

No ano de 1979, Gerald Russell propôs em um de seus trabalhos esta nova síndrome - BN - que apresentava três características: impulso incontrolável de comer em excesso; vômitos e/ou purgativos; medo mórbido de engordar. Os indivíduos que apresentavam esta nova síndrome também eram fixados com a ideia de perda de peso, mantendo-o abaixo do mínimo recomendado e mais da metade desses indivíduos apresentaram AN anteriormente. Porém, apresentavam mais sobrepeso, tinham o ciclo menstrual regular e eram mais ativos sexualmente. Já o prognóstico apresentava complicações físicas mais sérias do que em pacientes com AN e o risco de suicídio também era maior (NUNES, 2006).

A BN é caracterizada por Cordás (2004) como uma grande ingestão de alimentos seguida da sensação de perda do controle, e a grande preocupação com a imagem corporal e com o peso levam o indivíduo à utilização de métodos inadequados para o controle do peso corporal.

Atualmente, os critérios diagnósticos para a BN descritos pelo DSM-V (2014), estão ilustrados na Quadro 2 e explicitados em seguida. Importante ressaltar que para ter o diagnóstico de BN, é preciso que os três critérios - episódios regulares de compulsão alimentar, presença recorrente de comportamentos compensatórios não apropriados que visam impedir o ganho de peso e autoavaliação influenciada negativamente pelo peso e forma corporais - estejam presentes, sendo que os episódios de compulsão alimentar e de comportamentos compensatórios devem acontecer, em média, uma vez por semana durante três meses.

Quadro 2. Critérios Diagnósticos da Bulimia Nervosa, segundo DSM-V

1. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos: A) Ingestão, em um período de tempo determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. B) Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio. 2. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso. 3. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses. 4. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais. 5. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Fonte: DSM-V (2014, p. 389).

Os aspectos fundamentais para o diagnóstico da BN são: episódios recorrentes de compulsão alimentar (critério 1), comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso (critério 2) e autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais (critério 4). Porém, para que o diagnóstico de BN seja designado, é necessário que a compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados estejam ocorrendo por pelo menos uma vez por semana nos últimos três meses (critério 3).

Um episódio de compulsão alimentar é definido como:

“ (...) a ingestão, em um período de tempo determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos comeria em um mesmo período de tempo em circunstâncias semelhantes” (DSM-V, 2014; p. 345-346).

Para que seja considerado um quadro de compulsão alimentar, durante a ingestão excessiva de alimentos, a sensação de falta de controle deve estar presente. A falta de

controle é caracterizada como: “a incapacidade de abster-se de comer ou de parar de comer depois de começar” (DSM-V, 2014; p.346). Alguns indivíduos relatam que os episódios de compulsão alimentar não apresentam necessariamente um sentimento de perda do controle, e sim, um padrão mais geral de ingestão de alimentos desenfreada. O tipo de alimento consumido durante a compulsão alimentar varia de acordo com os indivíduos, mas também podem variar com um mesmo indivíduo. Normalmente, os indivíduos consomem os alimentos que, em geral, não consumiriam em outras situações, e a compulsão alimentar costuma ocorrer até que o indivíduo tenha fortes dores abdominais ou se sinta desconfortável.

Comumente, os indivíduos com BN sentem vergonha de suas perturbações alimentares e costumam esconder os sintomas, assim, as compulsões alimentares costumam acontecer da maneira mais discreta possível ou até mesmo em segredo.

Os fatores mais comuns que podem suscitar a compulsão alimentar são: afeto negativo; estresse interpessoal; restrições dietéticas; sentimentos negativos em relação ao peso, a forma corporal e a alimentos; e tédio.

Comportamentos compensatórios inapropriados, também chamados de purgações, são características importantes na BN que objetivam a manutenção do peso corporal, sendo que, o mais comum deles é o vômito autoinduzido. O ato de vomitar gera no indivíduo um alívio do desconforto físico e reduz o medo de ganhar peso. Em alguns indivíduos, o ato de vomitar torna-se um objetivo após a ingestão do alimento, seja em grande ou pequena quantidade. Para que a indução do vômito ocorra, os indivíduos normalmente utilizam os dedos ou objetos para a estimulação do reflexo do vômito.

Além do vômito, os indivíduos com BN também utilizam outros comportamentos compensatórios inapropriados, como o uso indevido de laxantes e diuréticos, e, em raros casos, alguns indivíduos se utilizam de enemas, ingerindo hormônios da tireoide para evitar o ganho de peso. O jejum também é considerado um comportamento compensatório inapropriado. O exercício físico em excesso é aquele que ocorre em momentos que interferem significativamente atividades importantes, em horários ou contextos inapropriados, ou quando, mesmo com uma lesão ou complicação médica, o indivíduo continua a se exercitar.

No caso de indivíduos com TA, o exercício físico excessivo torna-se um agente gerador de bem estar global. Quando os exercícios físicos não são realizados, os indivíduos acabam compensando essa falta nas próximas sessões de treino (ASSUNÇÃO; CORDÁS; ARAUJO, 2002).

O nível de gravidade da BN, descrito no Quadro 3 a seguir, baseia-se na recorrência dos episódios de comportamentos compensatórios.

Quadro 3: Nível de Gravidade para Bulimia Nervosa

Leve: Média de 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.
Moderada: Média de 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.
Grave: Média de 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios por semana.
Extrema: Média de 14 ou mais episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Fonte: DSM-V, 2014 (p. 389).

A forma e o peso corporal são altamente enfatizados na autoavaliação de indivíduos com BN, e são de extrema importância para a determinação da autoestima do indivíduo.

Os indivíduos com BN normalmente apresentam peso corporal dentro da faixa considerada normal (IMC maior ou igual a 18,5 Kg/m² e abaixo de 30 Kg/m² em adultos), e, o transtorno, raramente pode ocorrer em indivíduos obesos. Entre os episódios de compulsão alimentar, os indivíduos com BN costumam dar preferência a alimentos que, porventura, não desencadeiem um novo episódio de compulsão alimentar e, a alimentos hipocalóricos, restringindo assim, seu consumo calórico (DSM-V, 2014).

A irregularidade menstrual e a amenorreia são frequentes em mulheres que têm BN, porém, não se sabe ao certo se essas situações são ocasionadas pela oscilação do peso corporal, sofrimento emocional ou deficiências nutricionais. Os comportamentos purgativos geram distúrbios hidreletrolíticos suficientemente graves a fim de se firmarem sérios problemas clínicos. Algumas raras complicações como lacerações esofágicas, arritmias cardíacas e ruptura gástrica podem ser fatais, já o uso contínuo de laxantes pode gerar uma dependência para a estimulação dos movimentos intestinais nos indivíduos.

Normalmente, a BN começa na adolescência ou no início da idade adulta e, em sua maioria ocorre em países industrializados. Os episódios de compulsão alimentar iniciam-se, frequentemente, após dietas que visam o emagrecimento. Outro fator que também pode desencadear a BN é o excesso de vivências estressantes. Em jovens do sexo feminino chega a 1 a 1,5%. Não há números precisos sobre a prevalência da BN no sexo masculino, porém, a proporção feminino-masculino é de 10:1. Indivíduos com BN têm

um risco de mortalidade mais elevado, apresentando a taxa bruta de mortalidade de aproximadamente 2% a cada 10 anos, e apresentam um alto risco para suicídio.

O comportamento alimentar referente à BN pode manter-se por muitos anos, e o curso do transtorno pode ser crônico ou intermitente, alternando períodos de remissão com períodos de compulsão alimentar. Durante o seguimento do transtorno, é observado que, em muitos indivíduos, os sintomas foram diminuindo com o passar do tempo, mas o tratamento teve um grande impacto em sua evolução. Os períodos de remissão acima de um ano são associados a uma evolução a longo prazo mais favoráveis.

O diagnóstico de BN pode evoluir para AN, porém isso ocorre com baixa regularidade (10-15% dos casos). Os indivíduos que apresentam a evolução para a AN, normalmente retornaram para a BN ou apresentam alternâncias entre os dois transtornos. Caso o indivíduo não apresente mais comportamentos de compensação inadequados, o diagnóstico pode evoluir para o transtorno de compulsão alimentar.

Para a BN são apresentados quatro fatores de risco: temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos, e, modificadores de curso. Os fatores temperamentais relatados são: preocupações com o peso; baixa autoestima; sintomas depressivos; transtornos de ansiedade e social e transtornos de ansiedade excessiva na infância. Nos fatores ambientais foram observados que através do processo de internacionalização de um corpo ideal - corpo magro - as preocupações com o peso corporal podem aumentar e, dessa forma, o risco para BN também aumenta. Além disso, indivíduos que sofreram abusos, físicos ou sexuais na infância, também tendem a estar no grupo de risco para o desenvolvimento da BN.

Já os fatores genéticos e fisiológicos são evidenciados em indivíduos que apresentaram maturação puberal precoce ou obesidade infantil e que apresentam familiares que tiveram o transtorno, tendem a ter o risco para BN aumentado. Por fim, os fatores modificadores de curso apontam que a comorbidade psiquiátrica antecede uma evolução prejudicial da BN a longo prazo.

Como consequências funcionais da BN, o domínio social é exposto como o mais afetado perante as outras limitações funcionais. Os indivíduos com transtorno da BN costumam sofrer de pelo menos mais um outro transtorno mental e muitos também sofrem de múltiplas comorbidades. Sintomas depressivos e bipolares são frequentemente encontrados. O transtorno do humor ocorre ao mesmo tempo ou após o surgimento do transtorno, também podem ocorrer sintomas de ansiedade ou transtornos de ansiedade, que tendem a desaparecer após o tratamento da BN. O uso frequente de álcool e

estimulantes também é comum entre os indivíduos com BN, cerca de 30% dos indivíduos. O uso dessas substâncias ocorre como um possível meio de controlar o apetite e o peso corporal.

2.4. Imagem Corporal

No início do século XX, neurologistas mostraram interesse no estudo da Imagem Corporal (IC) a partir de pacientes que demonstraram manifestações singulares referentes a danos cerebrais. Eles buscavam estabelecer relações entre a percepção distorcida que os pacientes apresentavam do próprio corpo com as lesões cerebrais (TAVARES, 2003).

Ao final do século XVIII, Franz Joseph Gall propôs que as alterações de caráter teriam uma base anatômica. Porém, sua teoria gerou um grande desconforto na época, pois sua proposta sugeria um caráter limitante no qual a mente seria analisada apenas a partir do aspecto biológico (TAVARES, 2003).

No século XX, Henry Head firmou o sentido do termo “esquema corporal” como:

“(...) cada indivíduo constrói um modelo de si que constitui o padrão de comparação e exigência básica para a coerência na execução de cada nova postura ou movimento corporal” (TAVARES, 2003; p.45).

Head afirmou que esse esquema está em constante modificação, e cada mudança, tem reflexo no modelo anterior (TAVARES, 2003).

Ainda no século XX, neurologistas como Head, Pick, Lhermitte e Schilder começaram a se interessar pelo fenômeno do “membro fantasma”. Para eles, este fenômeno representava o método central da IC. Desde essa época, o interesse de pesquisadores pela IC realça aspectos como relacionar percepções corporais distorcidas com danos cerebrais e outras variáveis, e alguns pesquisadores como Paul Schilder, Merleau-Ponty, Le Boulch e Lapierre, abordaram o tema com outras visões como a IC relacionada à identidade do indivíduo, o seu desenvolvimento de maneira que engloba aspectos psicológicos, sociais e fisiológicos (TAVARES, 2003).

A IC pode ser definida como: “(...) a maneira pela qual nosso corpo aparece para nós mesmos. É a representação mental do nosso próprio corpo” (TAVARES, 2003; p. 27). Aborda a comunicação entre áreas motoras e psíquicas diante do desenvolvimento da pessoa, e deve ser entendida como um fenômeno individual, estruturado a partir das experiências existenciais de cada indivíduo (TAVARES, 2003).

Lewis e Scannell (1995; apud SIMAS & GUIMARÃES 2002) em um estudo onde relacionavam IC e diferentes estilos de dança, constataram que a dança possui uma

influência negativa na IC das bailarinas. Mesmo que não existam comprovações científicas que mostrem um corpo ideal para a prática da dança, muitos professores colocam como essencial que a bailarina apresente um corpo magro. Dessa forma, a IC acaba por fazer-se constantemente presente na vida das bailarinas (SIMAS & GUIMARÃES 2002).

No contexto social, a IC pode ser ofuscada pelas necessidades sociais. Segundo Tavares (2003), somos pressionados em numerosas circunstâncias a concretizar, em nosso corpo, o corpo ideal de nossa cultura.

A cultura é apresentada por Alves et al. (2009) como um dos principais fatores na autoavaliação da IC. Para eles, cada cultura desenvolve uma imagem de corpo ideal, assim, se a cultura na qual o indivíduo está inserido preza por um corpo magro, ele estará condicionado a seguir esse padrão. Aqueles que por ventura não conseguem atingir esse padrão, acabam sofrendo muito e, por vezes, desenvolvem TA, baixa autoestima, depressão e outras psicopatologias.

No caso da dança, o coreógrafo projeta no bailarino suas expectativas, sejam relacionadas a uma boa performance ou a um tipo corporal perfeito para a sua obra. Dessa forma, o bailarino é impulsionado a alcançar esse tipo de corpo almejado pelo coreógrafo (TAVARES et al., 2007).

Em alguns estudos encontrados, foi observado que as bailarinas, tanto de jazz dance quanto de ballet clássico, apresentam níveis de insatisfação com a IC (GUIMARÃES et al., 2014; HAAS et al., 2010).

No estudo de Guimarães et al. (2014) foi observado que uma boa parcela dos bailarinos que apresentaram estado nutricional adequado também apresentava insatisfação com a IC e comportamento de risco para TA.

3. OBJETIVOS

- Avaliar a satisfação corporal e presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinas
- Avaliar o nível de autoestima de bailarinas.
- Comparar os resultados entre as duas modalidades de dança (jazz dance x ballet clássico).

4. MÉTODOS

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa e qualitativa, tendo como princípios teóricos temas referentes à dança, mais especificamente o ballet clássico e o jazz dance e suas relações com imagem corporal, autoestima e transtornos alimentares. Concomitante à pesquisa teórica, foi realizada uma pesquisa de campo por meio de três questionários validados.

4.1. Aspectos éticos da pesquisa

O estudo foi conduzido de acordo com as recomendações e requisitos da Resolução 196/96 do CNS e suas Complementares, havendo compromisso na utilização de materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unicamp (CAAE: 585616167.7.0000.5404, parecer 1.934.252) (anexo 1).

Este estudo apresentou prejuízos mínimos e não demonstrava riscos à saúde das participantes, uma vez que os instrumentos utilizados para a realização a coleta de dado não foram invasivos, sendo questionários e análises estatísticas. Não houve riscos ou desconfortos prováveis ou passíveis de prevenção aos pesquisadores.

As participantes maiores de idade e os responsáveis legais das participantes menores de idade assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e as participantes que ainda não tinham 18 anos assinaram o Termo de Assentimento para Crianças e Adolescentes.

4.2. Participantes

A pesquisa foi realizada em duas escolas de dança localizadas na cidade de Paulínia - SP, com 17 bailarinas de 13 a 20 anos, da modalidade ballet clássico e jazz dance com o consentimento dos professores, dos responsáveis legais e das bailarinas, sendo estas, voluntárias.

Após o contato inicial com as escolas de dança, foram explicados às bailarinas os objetivos e os procedimentos da pesquisa, e, para aquelas que se interessaram em participar, foi entregue o TCLE.

Os critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram: fazer parte da academia de dança, ter no mínimo 1 ano de prática, ser do sexo feminino e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento. Como critério

de exclusão ou descontinuidade da pesquisa, a saída de alguma participante da academia durante o período da pesquisa.

4.3. Instrumentos

Foram utilizados quatro instrumentos para a coleta dos dados:

- Ficha de Identificação (Apêndice I): Composta por 12 perguntas para a identificação do participante, como: nome, idade, modalidade de dança praticada, tempo de prática da modalidade de dança, quantas horas semanais, como considera sua alimentação e sua relação com seu corpo. A ficha também apresenta um espaço para comentários e observações.

- Escala de Silhuetas de Stunkard (Anexo II): Instrumento utilizado para a avaliação do estado nutricional da percepção da imagem corporal (MORAES; ANJOS; MARINHO, 2012). É composto por nove figuras, masculinas e femininas, já determinadas, partindo da figura mais magra (1) até a mais gorda (9), em que o avaliado deve escolher a figura que representa seu corpo atual e o ideal. As imagens das silhuetas são acompanhadas por duas questões: 1. Qual a silhueta que você se encontra (real) e 2. Qual silhueta você gostaria de estar (ideal). Desta maneira, é possível calcular a imagem corporal através da diferença entre a silhueta real e a ideal, a pontuação final pode variar de -8 a +8. Quando a variação for igual à zero, o indivíduo é classificado como satisfeito com sua aparência e se a variação final aparecer diferente de zero, o indivíduo é classificado como insatisfeito com sua aparência.

- EAT-26 - Eating Attitudes Test (Anexo III): Consiste em um questionário, traduzido e validado de 26 questões agrupadas em diferentes aspectos do comportamento alimentar (escala de dieta, escala de bulimia, preocupações com os alimentos e escala de controle oral). As questões apresentam seis opções de resposta em escala Likert (nunca, quase nunca, poucas vezes, às vezes, muitas vezes e sempre) que pontuam de zero a três - pontuação igual a zero para as alternativas nunca, quase nunca e poucas vezes; e, para as alternativas às vezes, muitas vezes e sempre, somam-se 1, 2 e 3 pontos respectivamente. Na questão 25, a pontuação é conferida de forma inversa, soma-se zero ponto para as alternativas às vezes, muitas vezes e sempre, e 1, 2 e 3 pontos para as alternativas poucas vezes, quase nunca e nunca, respectivamente. A pontuação final do questionário pode variar de 0 a 78 pontos e o ponto de corte estabelecido pelos autores da escala original é 21. Para os resultados maiores ou iguais a 21, o participante será classificado com presença de sintomas de transtornos alimentares, e, para os resultados

abaixo de 21 pontos, o participante será classificado com ausência de transtornos alimentares (BIGHETTI, 2003).

- Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) (Anexo IV): Consiste em um questionário, traduzido e validado, com 10 afirmativas relacionadas à autoestima. Cada afirmativa: apresenta 4 alternativas - concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente - que pontuam de 0 a 3. Para as questões 1, 3, 4, 7 e 10, a pontuação utilizada é: 0 pontos para concordo plenamente, 1 ponto para concordo, 2 pontos para discordo e 3 pontos para discordo plenamente. Já para as afirmativas restantes, a pontuação se inverte: 3 pontos para concordo plenamente, 2 pontos para concordo, 1 ponto para discordo e 0 pontos para discordo plenamente. Em relação aos resultados, quanto menor for o escore final, maior será a autoestima do indivíduo (DINI et al., 2001).

4.4. Procedimentos

As escolas de dança que foram contatadas obtiveram toda explicação acerca dos objetivos, procedimentos e conteúdos a serem realizados durante a pesquisa e concordaram em participar do estudo. Após a aprovação da pesquisa no CEP as bailarinas foram convidadas a participar da pesquisa, assinando os termos exigidos pelo CEP.

Os questionários, junto com a ficha de identificação, foram aplicados, individualmente, em momentos anteriores as aulas de ballet e jazz dance na própria escola de dança, no período de maio a setembro de 2017. As condições de aplicação foram as mesmas para todas as participantes e a aplicação dos questionários durou aproximadamente 15 minutos, sendo que as voluntárias os respondiam na hora.

4.5. Análises Estatísticas

A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar o banco de dados. A normalidade das variáveis foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. As comparações de proporções foram feitas através do teste Qui-Quadrado. Para as variáveis contínuas, as comparações foram realizadas através do teste t para amostras independentes. Todas as análises estatísticas foram feitas no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização dos participantes

A presente pesquisa foi realizada com 17 bailarinas, sendo 10 bailarinas de jazz dance e 7 de ballet clássico, com faixa etária de 13 a 20 anos, com média de idade de 17,24 ($\pm 1,96$) anos, média de altura de 1,64 ($\pm 0,06$) metros e média de peso de 58,24 ($\pm 13,45$) Kg. As bailarinas apresentam uma média de 6,71 ($\pm 4,60$) anos de prática e 2,38 ($\pm 1,87$) horas de aula/dia, como pode ser observado na Tabela 1. Com relação a outras práticas, 41,17% das voluntárias relataram realizar outras atividades físicas além das aulas de jazz dance e ballet clássico, tais atividades estão descritas na Figura 1. Uma das perguntas feitas na ficha de identificação foi: “Numa escala de 1 a 10, qual nota você dá para a sua relação com o seu corpo no dia de hoje? ”, as repostas variaram de 3 a 9,5, com média de 7,68 ($\pm 1,44$) – os dados estão explicitados na Tabela 2. Dentre as 17 bailarinas, duas apresentam observações quanto a sua conduta alimentar, uma é vegetariana e a outra realizou uma cirurgia bariátrica em julho de 2015.

Tabela 1: Caracterização das bailarinas

ID	Idade	Peso	Altura	Modalidade	Anos de prática	Horas de aula/dia
1	17	53	1,63	jazz	10	2
2	17	54	1,67	jazz	2	1
3	20	54	1,7	ballet	1	1
4	17	50	1,56	jazz	14	7
5	17	65	1,64	jazz	1	1
6	17	73	1,65	jazz	2	1
7	18	45	1,56	jazz	3	1
8	19	70	1,75	jazz	10	2
9	19	98	1,68	ballet	2	1,5
10	19	48	1,62	jazz	8	2
11	20	63	1,57	jazz	8	2
12	15	62	1,73	ballet	14	2
13	13	38	1,57	ballet	10	2
14	16	57	1,7	ballet	12	7
15	14	62	1,68	ballet	6	1,5
16	19	54	1,53	ballet	1	4,5
17	16	44	1,6	jazz	10	2
Média	17,24	58,24	1,64		6,71	2,38
Desvio Padrão	1,96	13,45	0,06		4,60	1,87

Tabela 2: Resultados para a pergunta: “Numa escala de 1 a 10, qual nota você dá para a sua relação com o seu corpo no dia de hoje? ”

ID	Nota para a relação com o corpo (1-10)
1	9
2	8
3	9
4	8
5	9,5
6	8
7	8
8	7
9	3
10	7
11	8
12	7
13	8
14	9
15	8
16	8
17	6
Média	7,68
Desvio Padrão	1,44

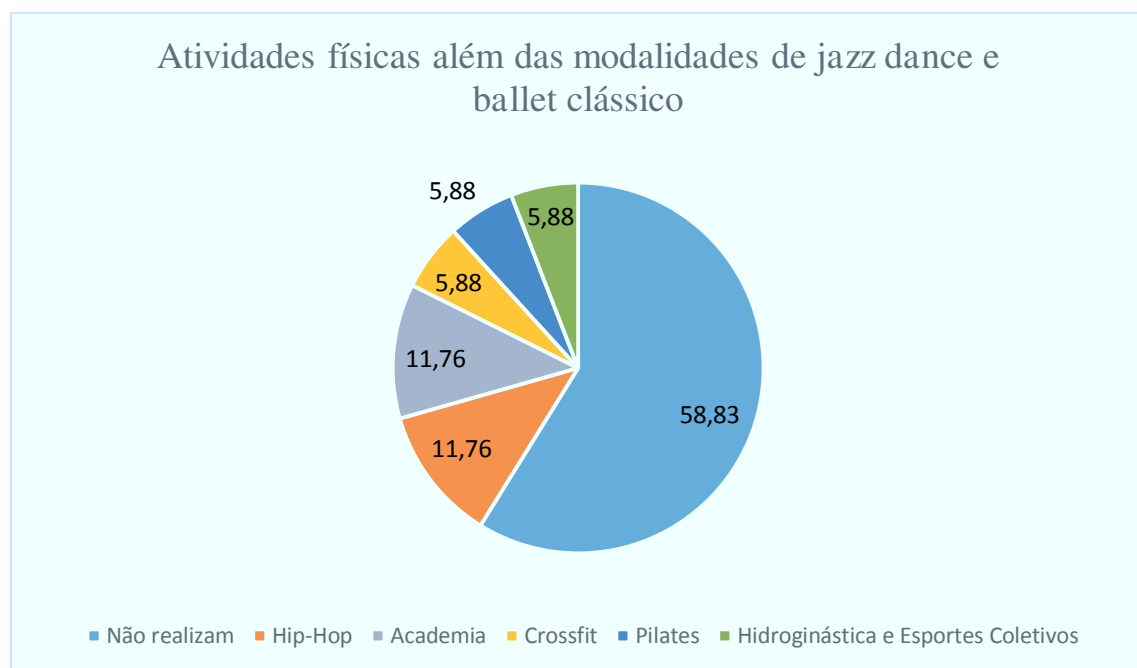


Figura 1. Atividades físicas além das modalidades de jazz dance e ballet clássico.

Outra pergunta realizada na ficha de identificação foi: “ O que te motivou a iniciar essa modalidade? “; as respostas obtidas estão expostas no gráfico a seguir – Figura 2 – algumas das bailarinas relataram mais de uma motivação para o início da modalidade de dança escolhida.

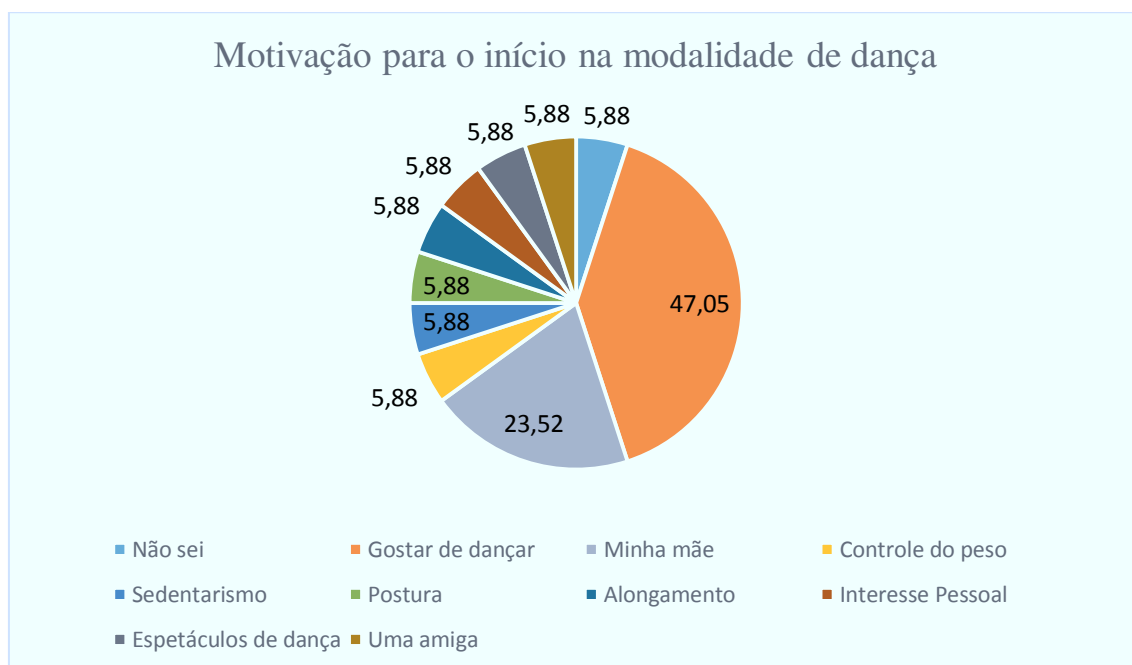


Figura 2. Motivações para o início na modalidade de dança.

5.2 Resultados referentes a Escala de Silhuetas

A partir dos resultados obtidos da aplicação da Escala de Silhuetas de Stunkard et al. (1965 apud MORAES; ANJOS; MARINHO, 2012), que estão representados na Tabela 3, foi verificado que, de maneira geral, aproximadamente 59% (n= 10) das bailarinas apresentaram insatisfação corporal pelo excesso de peso (escore positivo), 35% (n=6) apresentaram insatisfação corporal pela magreza (escore negativo) e apenas uma das bailarinas se mostrou satisfeita com o seu corpo.

A Tabela 3 apresenta a comparação entre os resultados da Escala de Silhuetas de acordo com a modalidade de dança. O teste Qui-Quadrado não encontrou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=1,59$) nas proporções de voluntárias insatisfeitas ou satisfeitas com o corpo.

Tabela 3: Comparação da Escala de Silhuetas de Stunkard de acordo com a modalidade de dança

	Jazz (n=10)		Ballet (n=7)		Valor de p
	N	%	N	%	
Insatisfeita pelo excesso de peso	6	60	4	57,1	0,458
Insatisfeita pela magreza	4	40	2	28,6	
Satisfeita com a imagem corporal	0	0	1	14,3	

5.3 Resultados Escala de Autoestima

Através dos resultados obtidos com a escala de autoestima de Rosenberg (1965 apud DINI et al., 2001), verificou-se que, de maneira geral, a média da autoestima foi de 9,12 ($\pm 4,11$), o que representa uma boa autoestima. A Tabela 4 apresenta a comparação da autoestima de acordo com a modalidade de dança. O teste t para amostras independentes não encontrou diferença estatisticamente significativa na comparação da autoestima entre praticantes de jazz dance e ballet clássico.

Tabela 4: Comparação da escala de autoestima de Rosenberg de acordo com a modalidade de dança

Jazz (n=10)	Ballet (n=7)	IC 95%		Valor de P
Média $\pm$ DP	Média $\pm$ DP	Inferior	Superior	
9,90 $\pm$ 4,06	8,00 $\pm$ 4,20	-2,43	6,23	0,364

Legenda: DP = Desvio Padrão; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

5.4. Resultados Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

Os resultados obtidos a partir do EAT-26, apresentados na Tabela 5, demonstram um escore médio de 14,12 ($\pm 9,75$). Três participantes (18%), sendo duas do ballet clássico e uma do jazz dance apresentaram sintomas de transtornos alimentares (escore ≥ 21 pontos). O teste t para amostras independentes não encontrou diferença estatisticamente significativa na comparação das modalidades de jazz dance e ballet clássico.

Tabela 5: Comparação da escala de atitudes alimentares de acordo com a modalidade de dança

Jazz (n=10)	Ballet (n=7)	IC 95%		Valor de P
Média ± DP	Média ± DP	Inferior	Superior	
11,40 ± 6,75	18,00 ± 12,45	-16,53	3,33	0,177

Legenda: DP = Desvio Padrão; IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

6. DISCUSSÃO

Na sociedade atual, a população feminina sofre constantemente com influências da “cultura da magreza” o que, por diversas vezes, pode desencadear hábitos alimentares e formas de perder peso não adequados (VARGAS; BERNARDI; GALLON, 2011). Os objetivos desta pesquisa foram avaliar a satisfação corporal, a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA), o nível de autoestima de bailarinas de jazz dance e ballet clássico e comparar os resultados de cada variável entre as duas modalidades de dança. As bailarinas que integram a amostra são do sexo feminino com idade entre 13 e 20 anos, e, sendo estas, em sua grande maioria adolescentes, estão sempre buscando melhorar sua imagem, o que pode se tornar uma preocupação excessiva (FERREIRA; BERGAMIN; GONZAGA, 2008).

Com relação aos resultados relacionados à satisfação corporal, foi mensurado que aproximadamente 59% da amostra apresentou insatisfação corporal pelo excesso de peso. Esse achado corrobora aos resultados obtidos nas pesquisas de Guimarães et al. (2014); Reis et al. (2013); Vargas, Bernardi e Gallon (2011); Ribeiro e Veiga (2010); e Hass, Garcia e Bertolotti (2010).

Na pesquisa realizada por Guimarães et al. (2014) a insatisfação corporal foi analisada em 30 bailarinos de ballet clássico de ambos os sexos com idade de 15 a 19 anos, onde 26,7% apresentaram insatisfação pelo excesso de peso corporal. Não houve diferença estatística entre os sexos.

A pesquisa realizada por Reis et al. (2013) contou com uma amostra de 157 bailarinos sendo 48 do ballet clássico, 23 da dança contemporânea e 86 de danças urbanas com idade acima de 16 anos. A IC foi avaliada pela escala de silhuetas de Stunkard et al. e como resultado 72% dos bailarinos apresentaram insatisfação com a IC, destes 53,1% estavam insatisfeitos pelo excesso de peso corporal.

Já a pesquisa de Vargas, Bernardi e Gallon (2011) foi realizada com 28 bailarinas de ballet clássico com idade de 14 a 18 anos, onde 65,3% das bailarinas apresentaram insatisfação com a IC, sendo 51% insatisfeitas pelo excesso de peso e 14,3% pela magreza.

Na pesquisa realizada por Ribeiro e Veiga (2010) foi avaliado a insatisfação com a IC, através da escala de silhuetas de Stunkard, em 61 bailarinos de ballet clássico profissionais de ambos os sexos, sendo 39 mulheres e 22 homens, com média de idade de 36,8 anos onde verificou-se que 50,8% gostaria de ter a silhueta menor do que a que foi

percebida como a silhueta atual do bailarino. Não houve diferença estatística entre os sexos.

E, por fim, a pesquisa realizada por Hass, Garcia e Bertoletti (2010) teve como objetivo verificar a satisfação corporal de bailarinas de jazz dance e ballet clássico e identificar semelhanças e diferenças entre esses dois grupos. Foram observados níveis de insatisfação e distorção da IC nas duas modalidades, porém, assim como na presente pesquisa, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as modalidades.

Segundo Simas & Guimarães (2002) independente da modalidade de dança, o bailarino traz consigo uma preocupação com a sua estética corporal, o que o leva a uma busca constante por um corpo mais magro. Ribeiro e Veiga (2010) apontam que a alta frequência de insatisfação corporal entre bailarinos é alarmante pois, atitudes como desejar perder mais peso corporal quando já se possui um corpo magro, podem despertar comportamentos de risco para TA.

Os resultados obtidos a partir da escala de autoestima de Rosenberg (1965 apud DINI et al., 2001) demonstram que as bailarinas apresentam uma boa autoestima, uma vez que a escala tem escore máximo de 30 pontos e quanto menor a pontuação, maior é considerada a autoestima do indivíduo. Mesmo as bailarinas de jazz dance apresentarem uma média maior do que as bailarinas de ballet clássico, 9,90 ($\pm 4,06$) e 8,00 ($\pm 4,20$) respectivamente, não houve diferença estatística significativa entre as duas modalidades.

No estudo realizado por Karaman e Ayyidiz (2016) foi avaliada a autoestima de praticantes de dança no horário de lazer. Foram avaliados 119 mulheres e 223 homens turcos com idade média de 27,61 anos. Como resultado foi encontrado que 95,4% dos voluntários da pesquisa possuíam autoestima considerada alta ou média, fato esse que corrobora com os achados da presente pesquisa.

E, por fim, os resultados para o teste de atitudes alimentares EAT-26 indicou que 18% das bailarinas apresentaram sintomas para TA. Mesmo a porcentagem de bailarinas que apresentam sintomas para TA ser maior no ballet clássico, não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas modalidades.

A pesquisa realizada por Guimarães et al. (2014), mostra que 30% da amostra apresentou risco para o desenvolvimento de AN e 40% para o risco de desenvolver BN. Segundo a pesquisa, houve um aumento no predomínio de comportamentos alimentares de risco, pois os bailarinos, de uma forma geral, estão inseridos em uma modalidade onde a estética e o corpo magro são supervalorizados.

Na pesquisa de Reis et al. (2013), 21% dos bailarinos apresentam comportamentos de risco para TA. Já na pesquisa feita por Ribeiro e Veiga (2010), 31% dos bailarinos apresentaram comportamentos de risco para o desenvolvimento de TA. Todas as pesquisas descritas acima apresentaram um valor de presença de comportamentos de risco para TA acima do valor encontrado na presente pesquisa.

7. CONCLUSÕES

A partir das análises realizadas e dos objetivos do presente trabalho, algumas conclusões foram obtidas.

A maioria das bailarinas apresentou insatisfação corporal pelo excesso de peso corporal, porém, não houve diferenças estatisticamente significativas em relação aos dois grupos específicos estudados, bailarinas de jazz dance e ballet clássico. Com referência à escala de autoestima de Rosenberg, a média total da amostra indica que as bailarinas possuem uma boa autoestima, independente da modalidade de dança. Os achados da Escala de Atitudes Alimentares (EAT-26) mostram que a grande maioria das bailarinas deste estudo, independente da modalidade de dança, não apresentaram sintomas para transtornos alimentares.

Importante salientar que estes dados, apesar de uma amostra pequena, já mostram a importância do conhecimento que os profissionais de Educação Física devem possuir no sentido de se pensar em estratégias efetivas de prevenção, identificação e melhora dos quadros de transtornos alimentares e de imagem corporal na população.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, Barbara Raquel. **Ballet Clássico: Preparação física, aspectos cinesiológicos, metodologia e desenvolvimento motor.** Várzea Paulista: Fontoura, 2010. 167 p.
- ALVES, Dina et al. Cultura e imagem corporal. **Motricidade**, Santa Maria da Feira, v. 5, n. 1, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2009000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2017.
- American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. 5 edição. Washington: American Psychiatric Association, 2014.
- ANTUNES, Giselli; MAZO, Giovana Zarpellon; BALBÉ, Giovane Pereira. Relação da autoestima entre a percepção de saúde e aspectos sociodemográficos de idosos praticantes de exercício físico. **Revista da Educação Física/uem**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.583-589, 4 dez. 2011. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v22i4.10825>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832011000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2017.
- ASSUNÇÃO, Sheila Seleri Marques; CORDAS, Taki Athanassios; ARAUJO, Luiz Armando Serra Barreto de. Atividade física e transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 4-13, 2002
- BENVEGNU, Marcela. Reflexões sobre jazz dance: identidade e (trans)formação. **Sala Preta**, [s.l.], v. 11, n. 1, p.53, 21 dez. 2011. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-3867.v11i1p53-64>. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/salapreta/article/view/57465>>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- BIGHETTI, Felícia. **Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP.** 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. doi:10.11606/D.22.2003.tde-12042004-234230. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12042004-234230/en.php>> Acesso em: 2017-10-31.
- CACHO, C.I. Domínguez; VERA, E. Castillo. Relación entre la danza libre-creativa y autoestima en la etapa de educación primaria. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, Murcia (españa), v. 17, n. 1, p.73-80, fev. 2017. Disponível em: <<http://revistas.um.es/cpd/article/view/291931/211461>>. Acesso em: 12 out. 2017.

- CORDÁS, Táki Athanássios. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [s.l.], v. 31, n. 4, p.154-157, 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832004000400003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2017.
- DAOLIO, Jocimar. Educação física escolar: Em busca da pluralidade. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. [/], n. [/], p.40-42, 1996. Disponível em: <http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v10_supl2_artigo7.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017
- DE JESUS BITTENCOURT, Liliane; ALMEIDA, Rafaela Andrade. Transtornos alimentares: Patologia ou estilo de vida?. **Psicologia e Sociedade**, Minas Gerais, v. 25, n.1,p.220-229, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326455023>>. Acesso em: 10 jun. 2017.
- DINI, Gal et al. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2001.
- FALSARELLA, Andrea Pedroni; AMORIM, Danielle Bernardes. A importância da dança no desenvolvimento psicomotor de crianças e adolescentes. **Conexões: Educação Física, Esporte e Saúde.**, Campinas, v. 6, n. /, p.306-317, jul. 2008. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637835/5526>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- FERREIRA, Alexandre; BERGAMIN, Renata; GONZAGA, Tatiana. Correlação entre medidas antropométricas e aceitação pessoal da imagem corporal em bailarinas de dança moderna. **Movimento e Percepção**, Brasília, v. 9, n. 12, p.43-51, jun. 2008. Disponível em: <<http://ferramentas.unipinhal.edu.br/movimentoepercepcao/viewarticle.php?id=176>>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- FERREIRA, Shirlei Aparecida; VILLELA, Wilza Vieira; CARVALHO, Rosalina. Dança na Escola: uma contribuição para a promoção de saúde de crianças e adolescentes: uma contribuição para a promoção de saúde de crianças e adolescentes. **Investigação**, São Paulo, v. 10, p.55-60, 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/347/276>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- FONSECA, Cristiane Costa et al. Autoestima e satisfação corporal em idosas praticantes e não praticantes de atividades corporais. **Revista da Educação Física/uem**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.429-439, 3 out. 2014. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v25i3.22050>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832014000300429&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2017.

GARCIA, Angela; HAAS, Aline Nogueira. **Ritmo e Dança**. Ed Ulbra, 2003.

GUIMARÃES, Aline Dias et al. Transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal em bailarinos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.267-271, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1517-86922014200401399>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922014000400267&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2017.

HAAS, Aline Nogueira; GARCIA, Anelise Cristina Dias; BERTOLETTI, Juliana. Imagem corporal e bailarinas profissionais. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.182-185, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-86922010000300005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2017.

KARAMAN, Merve; AYYILDIZ, Tebessüm. SELF ESTEEM OF INDIVIDUALS' IN DANCE COURSES AS LEISURE ACTIVITY. **Science, Movement And Health**, Romania, v. 16, n. 2, p.192-197, jun. 2016. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=6288b082-abf3-4d4f-bf0c-49a948307c07@sessionmgr4006>>. Acesso em: 17 out. 2017.

MORAES, Cristiane; ANJOS, Luiz Antonio dos; MARINHO, Sandra Mara Silva de Azevedo. Construção, adaptação e validação de escalas de silhuetas para autoavaliação do estado nutricional: uma revisão sistemática da literatura. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p.7-19, jan. 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Marinho/publication/280291950_Construcao_adaptacao_e_validacao_de_escalas_de_silhuetas_para_autoavaliacao_do_estado_nutricional_Uma_revisao_sistemica_da_literatura/links/56014d1b08ae07629e52c0d5/Construcao-adaptacao-e-validacao-de-escalas-de-silhuetas-para-autoavaliacao-do-estado-nutricional-Uma-revisao-sistemica-da-literatura.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

MORGAN, Christina M; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRÃO, André Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.18-23, dez. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462002000700005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700005>. Acesso em: 28 ago. 2017. MOURA, Katia Cristina Figueredo de. **Essas bailarinas fantásticas e seus corpos maravilhosos: existe um corpo ideal para a dança?**. 2001. 205p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em:

<<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000231855>>. Acesso em: 14 out. 2015.

NUNES, Maria Angélica et al (Org.). **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 416 p.

PINZON, Vanessa; NOGUEIRA, Fabiana Chamelet. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [s.l.], v. 31, n. 4, p.158-160, 2004. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Biologia/artigos/transtornos.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2017.

REIS, Nycolle et al. Imagem corporal, estado nutricional e sintomas de transtornos alimentares em bailarinos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 06, p.771-781, 30 nov. 2013. Brazilian Society of Physical Activity and Health. <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.18n6p771>. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/3043>>. Acesso em: 07 jun. 2016.

REQUENA-PÉREZ, Carmen María; MARTÍN-CUADRADO, Ana María; LAGO-MARÍN, Baldomero Santiago. Imagen corporal, autoestima, motivación y rendimiento en practicantes de danza. **Revista de Psicología del Deporte**, Palma de Mallorca, Espanha, v. 24, n. 1, p.37-44, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2351/235139639005/>>. Acesso em: 12 out. 2017.

RIBEIRO, Lena Guimarães; VEIGA, Gloria Valeria da. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.99-102, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-86922010000200004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000200004>. Acesso em: 29 out. 2017.

SBICIGO, Juliana Burges; BANDEIRA, Denise Ruschel; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-usf**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.395-403, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017

SIMAS, Joseani Paulini Neves; DE AZEVEDO GUIMARÃES, Adriana Coutinho. Ballet Clássico e Transtornos Alimentares. **Revista da Educação Física/uem**, Maringá, v. 13, n. 2, p.119-126, 2002. Disponível em:

<<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/3709/2550>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

TAVARES, Maria da Consolação G. Cunha F.. **Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento**. Barueri: Manole, 2003

TAVARES, Maria da Consolação G. Cunha F.. **O dinamismo da imagem corporal**. São Paulo: Phorte, 2007. 245 p.

VARGAS, Juliana Granzotto de; BERNARDI, Juliana Rombaldi; GALLON, Carin Weirich. PERFIL NUTRICIONAL E AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL DE BAILARINAS ADOLESCENTES. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 5, n. 29, p.425-433, set./out. 2011. Disponível em: <<http://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/viewFile/294/294>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

ANEXOS

ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO – CEP

	UNICAMP - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE DE CAMPINAS	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS ALIMENTARES EM PRATICANTES DE DANÇA

Pesquisador: PAULA TEIXEIRA FERNANDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58561616.7.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.934.252

Apresentação do Projeto:

A dança é uma das possíveis áreas de estudo e atuação do profissional da Educação Física, sendo no âmbito profissional, amador ou escolar (DAOLIO, 1996). Pode-se considerar a dança como um espaço "generificado", em que os praticantes são majoritariamente do gênero feminino, devido à construção histórica e cultural da sociedade, sendo assim uma das práticas corporais mais procuradas por meninas de várias idades (GOELLNER et al, 2009). A dança oferece para seus praticantes diversos benefícios físicos e psicológicos. Por ser uma prática corporal expressiva e criativa, proporciona melhora na percepção individual e sobre os outros, contribui para o desenvolvimento emocional, para a formação da identidade, no aumento da autoconfiança e autoestima, e na socialização (CARVALHO, 2016; FERREIRA et al, 2010). Nos aspectos físicos, pode contribuir para a aquisição e o aprimoramento de uma série de capacidades como coordenação, força, flexibilidade, expressão corporal, que são muito importantes para a dança e para a saúde corporal dos indivíduos em geral (ACHCAR, 1998). Neste sentido, é importante que o profissional de Educação Física aponte os benefícios dessa prática, mas que também analise quais as possíveis consequências, quais os ajustes necessários, considerando a individualidade de cada um, e sua influência na saúde e no bem estar do praticante (GHILARDI, 1998). É possível se deparar com praticantes de dança com transtornos alimentares e insatisfação corporal (SIMAS; GUIMARÃES,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126	CEP: 13.083-867
Bairro: Barão Geraldo	
UF: SP	Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187
E-mail: cep@fcm.unicamp.br	

ANEXO II – ESCALA DE SILHUETAS

Escala de Silhuetas



Figura - Escala de Figuras de Silhuetas

ANEXO III – TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES – EAT 26

TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)- Versão em Português

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____ Altura _____

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1 - Fico apavorada com a ideia de estar engordando.						
2 - Evito comer quando estou com fome.						
3 - Sinto-me preocupada com os alimentos.						
4 - Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5 - Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6 - Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
7 - Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc.).						
8 - Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.						
9 - Vomito depois de comer.						
10 - Sinto-me extremamente culpada depois de comer.						
11 - Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.						
12 - Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13 - As pessoas me acham muito magra.						
14 - Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15 - Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16 - Evito comer alimentos que contenham açúcar.						

17 - Costumo comer alimentos dietéticos.						
18 - Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
19 - Demonstro auto-controle diante dos alimentos.						
20 - Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21 - Passo muito tempo pensando em comer.						
22 - Sinto desconforto após comer doces.						
23 - Faço regimes para emagrecer.						
24 - Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25 - Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26 - Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

EAT (R) David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al.,(1982)

ANEXO IV – ESCALA DE AUTOESTIMA

Instruções: Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

		<i>Discordo muito</i>	<i>Discordo um pouco</i>	<i>Concordo um pouco</i>	<i>Concordo muito</i>
1.	De forma geral, estou satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4
2.	Às vezes, penso que não presto para nada.	1	2	3	4
3.	Penso que tenho algumas boas qualidades.	1	2	3	4
4.	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	1	2	3	4
5.	Eu acho que não tenho muito do que orgulhar.	1	2	3	4
6.	Às vezes, me sinto inútil.	1	2	3	4
7.	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto às outras pessoas.	1	2	3	4
8.	Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.	1	2	3	4
9.	Resumindo, eu penso que sou um fracasso.	1	2	3	4
10.	Tenho uma atitude positiva com relação à mim mesmo.	1	2	3	4

** Validada de Rosenberg para o português (Avancini et al, 2007)*

APÊNDICE

APÊNDICE – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____ anos

Peso: _____ Kg

Altura: _____m

Estilo de dança que pratica: _____

Quantos dias na semana pratica essa modalidade de dança? _____ dias

Quantas horas por dia pratica? _____ horas

Há quanto tempo pratica essa modalidade de dança? _____ anos.

O que te motivou a iniciar essa modalidade?

Você pratica outro tipo de atividade física? Qual? _____

Caso tenha respondido que pratica outra atividade física, qual a frequência que a pratica? (Veze na semana e horas por dia): _____

Numa escala de 1 a 10, qual nota você dá para a sua relação com o seu corpo no dia de hoje? _____

Comentários/Observações: _____
