

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ASSOCIADO EM
EDUCAÇÃO FÍSICA UEM/UEL

MARA LAIZ DAMASCENO

**ANÁLISE DAS ATITUDES
ALIMENTARES, AUTOIMAGEM
CORPORAL E PERCEPÇÃO DE
COMPETÊNCIA DE BAILARINAS**

Maringá
2011

MARA LAIZ DAMASCENO

**ANÁLISE DAS ATITUDES
ALIMENTARES, AUTOIMAGEM
CORPORAL E PERCEPÇÃO DE
COMPETÊNCIA DE BAILARINAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física nível *Stricto Sensu* UEM/UEL, como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Educação Física.

Orientador: Prof^a Dr^a Christi Noriko Sonoo

Maringá
2011

D155a Damasceno, Mara Laiz
Análise das atitudes alimentares, autoimagem corporal e percepção de competência de bailarinas / Mara Laiz Damasceno. - Maringá : [s.n.], 2011. 175 f. : il.

Orientador : Prof^a. Dr^a. Christi Noriko Sonoo.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física - UEM/UEL, área de concentração: Estudos do movimento humano, 2011.

1. Imagem corporal. 2. Comportamento alimentar. 3. Percepção de Competência. 4. Bailarinas. I. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física - UEM/UEL. II. Título.

CDD 796.013

MARA LAIZ DAMASCENO

**ANÁLISE DAS ATITUDES ALIMENTARES,
AUTOIMAGEM CORPORAL E PERCEPÇÃO DE
COMPETÊNCIA DE BAILARINAS**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UEL, na área de concentração em Estudos do Movimento Humano, para obtenção do título de Mestre.

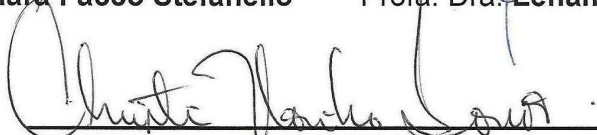
APROVADA em 25 de fevereiro de 2011.



Profa. Dra. **Joice Mara Facco Stefanello**



Profa. Dra. **Lenamar Fiorese Vieira**



Profa. Dra. **Christi Noriko Sonoo**
(Orientadora)

Somos frutos de nossas escolhas...

*Altos e baixos... Chegadas e partidas... Muitas pedras pelo caminho...
Somos o que quisemos ser... Somos o que conseguimos ser... Somos o que escolhemos ser,
Não importa o quanto você já andou no caminho errado... Você pode recomeçar.
Mais um ciclo se completa... Outro está por vir... ESCOLHA!
Escolha ter um projeto de vida... Mas não se atenha a ele.
Escolha estar no controle de seu presente e futuro... O passado é a única coisa que não se pode mudar.
Escolha fazer sua própria sorte... Querer transforma possibilidade em realidade.
Escolha preservar sua essência,
Escolha expandir suas capacidades... Você ficará mais forte diante da vida.
Escolha se divertir sempre... Essa é a verdadeira fonte da juventude.
Escolha insistir, persistir... Ainda que haja tropeços e quedas.
Escolha sonhar com o futuro... Visualize-o com certeza e assim será!
Escolha ter coragem e ousadia... Boa intenção nem sempre é o suficiente para dar bons frutos...
Escolha o trabalho em equipe... Muitas vezes a soma das partes é maior que o todo.
Escolha estar em sintonia com o seu tempo.
Tudo muda e é preciso estar preparado para novas situações.
Escolha descobrir o que você tem de melhor... Isso será seu melhor auxílio diante das adversidades.
Escolha alcançar objetivos estimulantes... Insegurança e ceticismo só atrapalham.
Escolha aprender e reaprender todos os dias...
Sabedoria se conquista com paciência, tempo e humildade.
Escolha ser estratégico... Crie sempre alianças promissoras.
Escolha ser criativo... Para isso é preciso experimentar coisas novas.
Escolha ser racional, organizado, chato... às vezes maluco...
Desde que esteja crescendo com isso.
Escolha vencer sem deixar pra trás seus valores... Caso contrário, mais cedo ou mais tarde, se
arrependerá.
Escolha dizer obrigado!... Demonstrando gratidão conquistamos aliados.
Escolha ter paixão e entusiasmo em tudo... Isso fará de você um ser humano excepcional.
Escolha chegar ao fim de cada batalha com a consciência de dever cumprido.
O sentimento de autorrealização é a melhor recompensa.
Você é, essencialmente, fruto de suas escolhas.*

Então escolha SER O MELHOR QUE PUDER!!!

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Rubens e Maria de Lourdes que sempre se empenharam para garantir meus estudos e minha felicidade. A todos os familiares que me incentivaram e deram forças e ao meu namorado Carlos Leandro, pelo amor e paciência.

Agradecimentos

Ao término dessa jornada gostaria de agradecer todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Primeiramente agradeço a Deus por estar sempre presente em minha vida, me iluminando e dando forças para enfrentar os obstáculos e pela oportunidade em avançar mais um passo em minha carreira profissional.

À minha orientadora Profa. Dra. Christi Noriko Sonoo que me incentivou aos estudos, acreditou em minha capacidade e aceitou o desafio de orientar meu trabalho mesmo sem me conhecer pessoalmente antes do meu ingresso no mestrado. Além disso, agradeço pela paciência, pela amizade e carinho cultivado no decorrer dos dias.

À Profa. Dra. Lenamar Fiorese Vieira pelas preciosas colaborações durante todo o processo de mestrado e a Profa. Dra. Joice Mara Facco Stefanello que aceitaram contribuir com este trabalho participando da Banca Examinadora.

Meus agradecimentos aos demais professores do Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física UEM/UEL, principalmente àqueles com quem tive o prazer de conviver e enriquecer meus conhecimentos contribuindo para minha formação profissional.

Não posso deixar de agradecer a Profa. Ms. Carla Cristiane da Silva por ser exemplo para minha vida profissional, amor e total empenho na vida docente, pela amizade e carinho, pelo apoio nas coletas de dados, bem como, por ter participado de toda minha caminhada desde a graduação.

Ao Prof. Ms. Clodoaldo José Dechechi pelo incentivo desde a graduação, paciência e amizade construída, inclusive pelos inúmeros finais de semana, que mesmo pela internet, me ajudou a solucionar dúvidas e a superar as dificuldades.

À Fundação Araucária pelo apoio financeiro durante o segundo ano do mestrado.

A todos os colegas, pelo incentivo, apoio e acolhimento proporcionado ao longo dos dias, especialmente à Mirieli Denardi Limana, pelo carinho e força para que eu não desistisse de alcançar esse mérito, pela escuta, pela energia positiva, pela troca de idéias, inclusive pela boa vontade em ajudar e parcerias em diversos trabalhos.

À Profa. Ms. Alessandra Carnelozzi Prati pelo auxílio nos assuntos “bailarinescos” e presteza.

Aos colegas e Professores Mestres: Rômulo Araújo Fernandes e Schelyne Ribas da Silva pelos esclarecimentos estatísticos.

A organização do 18º Passo de Arte pela receptividade e autorização para a coleta de dados e a toda a equipe da Escola Municipal de Bailado de Ourinhos/SP, especialmente às professoras e bailarinas que tiveram participação imprescindível para que esse trabalho pudesse se concretizar e pela amizade construída, carinho e afeto.

Muito Obrigada!!!

DAMASCENO, Mara Laiz. **Análise das atitudes alimentares, autoimagem corporal e percepção de competência de bailarinas.** 2011. 175f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar o grau de associação entre atitudes alimentares, insatisfação com a autoimagem corporal e percepção de competência no contexto competitivo de bailarinas participantes do 18º Passo de Arte/2010. A amostra selecionada de forma voluntária não probabilística avaliou 267 bailarinas (123 clássicas e 144 não-clássicas) entre 10 e 18 anos. Como instrumentos utilizaram-se: Questionário de Anamnese, Teste de Atitudes Alimentares, Questionário de Imagem Corporal, Escala de Autopercepção de Harter para Crianças, Escala de Autopercepção de Harter para Adolescentes e avaliação antropométrica. Para a análise dos dados utilizou-se Teste “t” de Student, Teste “U” de Mann-Whitney, Correlação de Spearman, Qui-Quadrado e Regressão de Poisson com variância robusta ($P \leq 0,05$). Os resultados revelaram que as bailarinas clássicas iniciaram mais cedo na modalidade, apresentaram peso, estatura e IMC menor e carga horária de treino semanal maior que as não-clássicas. Um número significativo de bailarinas em geral relatou maior sensação de fadiga, incidência de lesões e uso de medicamentos diversos, em compensação, grande parte mostrou satisfação com o treinamento, com o resultado das competições e disposição para estudar. A insatisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares de risco não diferiram entre os grupos de bailarinas e totalizaram 29,6% e 11,8%, respectivamente. A percepção de competência foi similar entre os grupos variando de moderada a alta conforme o domínio. A aparência física se correlacionou ao autoconceito das bailarinas clássicas, e a conduta comportamental ao autoconceito das não-clássicas; e o IMC demonstrou correlações fracas e negativas com a aparência física e conduta comportamental. A insatisfação com a imagem corporal esteve fortemente associada aos comportamentos alimentares de risco e ambas se associaram ao uso de medicamentos para emagrecer, a presença da menarca e a baixa percepção da aparência física e autoconceito. A insatisfação com a imagem corporal também se associou ao IMC, a presença de lesões, a insatisfação com os resultados das competições, não se sentir bem para estudar, dedicação à dança acima de 20 horas semanais e baixa percepção da conduta comportamental. Conclui-se que a maneira com que a dança vem sendo trabalhada com as crianças e adolescentes avaliadas neste estudo parece contribuir para a satisfação com que conduzem suas vidas além de utilizar do *feedback* dos adultos para avaliarem o próprio desempenho. No entanto, uma parte não está imune dos problemas que podem se desenvolver associados à rigorosidade desta prática, evidenciando que as causas para a adoção de comportamentos de riscos parecem estar relacionadas a múltiplos fatores, psicológicos, biológicos e inclusive socioculturais.

(Palavras chave): Imagem corporal. Comportamento alimentar. Percepção de Competência. Bailarinas.

DAMASCENO, Mara Laiz. **Analysis of eating attitudes, self-image body and perception of competence of dancers.** 2011. 175f. Dissertation (Master Degree in Physical Education) – Health Sciences Center. State University of Maringá, Maringá, 2011.

ABSTRACT

The study aimed to examine the association degree between eating attitudes, dissatisfaction with the self-image and body perceived competence context in competitive dancers participants 18^o Passo de Arte/2010. The sample not selected on a voluntary probabilistic evaluated 267 dancers (123 classical and 144 non-classical dancers) between 10 and 18 years old. The instruments were used: Anamnesis Questionnaire, Eating Attitudes Test, Body Shape Questionnaire, Self-Perception Profile for Children, Self Perception Profile for Adolescents and anthropometric assessment. For data analysis used the t test of Student, Test "U" Mann-Whitney, Spearman correlation, Chi-square and Poisson regression with robust variance ($P \leq 0.05$). Results revealed that the classical dancers starts earlier in the modality, showed weight, height and BMI and lower weekly training load of greater than the non-classical. A significant number of dancers in general reported higher feeling of fatigue, incidence of injuries and use of various analgesic drugs, showed much satisfaction with training, with outcome of contests and willingness to study. The image dissatisfaction body and eating behaviors risk did not differ between groups dancers and totaled 29.6% and 11.8%, respectively. The perceived competence was similar between groups ranging from moderate to high depending on the field. The physical appearance was related to self-concept of classical dancers, and the behavioral conduct of the self non-classical, and BMI showed weak and negative correlations with physical appearance and behavioral conduct. Dissatisfaction with body image was strongly associated with behavior food risk and both were associated the use of slimming drugs, the presence of menarche and the low perception of physical appearance and self-concept. The dissatisfaction with body image too BMI was associated with the presence of lesions, dissatisfaction with the results of competitions, not to feel good study, dedication to dance above 20 hours per week and low perception of conduct behavior. We conclude that the way with that dance has been working with the children and adolescents evaluated in this study appears to contribute to the satisfaction with which they conduct their lives beyond use of feedback from adults to evaluate their own performance. However, one part is not immune from problems that may develop associated rigor of this practice, showing that the causes for the adoption of risk behaviors appear to be related to multiple factors, psychological, biological and even sociocultural.

(Keywords): Body image. Eating behavior. Perceived competence. Dancers.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Análise hierárquica do desenvolvimento do autoconceito (GALLAHUE; OZMUN, 2005)..... | 15 |
| Figura 2. Modelo cognitivo-comportamental do desenvolvimento e experiências da imagem corporal adaptado de Cash (2002)..... | 29 |
| Figura 3. Frequência relativa de bailarinas clássicas e não-clássicas quanto à presença ou ausência da menarca..... | 75 |
| Figura 4. Frequência relativa (%) dos locais de dor apontados pelas bailarinas..... | 80 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-------------------|---|----|
| Quadro 1. | Descrição do cálculo amostral..... | 55 |
| Quadro 2. | Distribuição das bailarinas de acordo com o estado brasileiro representado..... | 55 |
| Quadro 3. | Pontuação utilizada para os itens do questionário EAT-26..... | 57 |
| Quadro 4. | Classificação utilizada no questionário EAT-26..... | 57 |
| Quadro 5. | Classificação utilizada no questionário BSQ..... | 58 |
| Quadro 6. | Domínios do instrumento <i>Self-Perception Profile for Children</i> de Harter (1985)..... | 58 |
| Quadro 7. | Coeficiente alfa para os domínios do <i>Self-Perception Profile for Children</i> em sua versão original (Harter, 1985), versão validada no Brasil e no presente estudo..... | 59 |
| Quadro 8. | Domínios do instrumento <i>Self Perception Profile for Adolescents</i> (HARTER, 1985)..... | 61 |
| Quadro 9. | Coeficiente alfa para os domínios do <i>Self Perception Profile for Adolescents</i> (HARTER, 1985) no estudo de validação no Brasil e no presente estudo..... | 62 |
| Quadro 10. | Classificação do IMC utilizada pelo <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> | 63 |
| Quadro 11. | Descrição das variáveis e categorias adotadas para a análise dos dados..... | 66 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------------|--|-----|
| Tabela 1. | Caracterização geral e antropométrica das bailarinas clássicas e não-clássicas..... | 68 |
| Tabela 2. | Associação entre as horas de treino semanal e a faixa etária das bailarinas..... | 70 |
| Tabela 3. | Frequência absoluta e relativa das classificações de IMC entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas e entre as faixas etárias... | 72 |
| Tabela 4. | Prevalência dos fatores relacionados à prática da dança entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas..... | 78 |
| Tabela 5. | Prevalência dos fatores relacionados à prática da dança entre as faixas etárias..... | 79 |
| Tabela 6. | Prevalência dos graus de insatisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares de risco entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas..... | 84 |
| Tabela 7. | Associação entre a imagem corporal e o comportamento alimentar com as faixas etárias das bailarinas em geral..... | 88 |
| Tabela 8. | Comparação dos domínios da percepção de competência entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas..... | 92 |
| Tabela 9. | Frequência absoluta e relativa dos domínios específicos da percepção de competência para as bailarinas clássicas e não-clássicas..... | 92 |
| Tabela 10. | Associação entre a percepção da aparência física e autoconceito e a faixa etária..... | 98 |
| Tabela 11. | Correlação entre os domínios da percepção de competência das bailarinas clássicas e bailarinas não-clássicas..... | 99 |
| Tabela 12. | Associação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar de risco das bailarinas..... | 102 |

| | | |
|-------------------|--|-----|
| Tabela 13. | Associação entre a insatisfação com a imagem corporal e os comportamentos relatados mediante a aplicação da anamnese..... | 105 |
| Tabela 14. | Associação entre o comportamento alimentar de risco e a presença da menarca, o uso de medicamentos para emagrecer e a carga horária de treino semanal..... | 109 |
| Tabela 15. | Associação entre a insatisfação com a imagem corporal, o comportamento alimentar de risco e o índice de massa corporal das bailarinas..... | 112 |
| Tabela 16. | Associação entre a insatisfação com a imagem corporal e os domínios de percepção de competência (conduta comportamental, aparência física e autoconceito)..... | 114 |
| Tabela 17. | Associação entre o comportamento alimentar de risco e os domínios da percepção de competência (aparência física e autoconceito)..... | 115 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| AN | Anorexia Nervosa |
| APA | <i>American Psychiatric Association</i> |
| BN | Bulimia Nervosa |
| BSQ | <i>Body Shape Questionnaire</i> |
| CCS | Centro de Ciências da Saúde |
| CDC | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> |
| CID-10 | Classificação Internacional de Doenças (10ª Edição) |
| COPEP | Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos |
| DEF | Departamento de Educação Física |
| Dp | Desvio Padrão |
| DSM-IV | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> |
| EAPC | Escala de Autopercepção de Harter para Crianças |
| EAPH-A | Escala de Autopercepção de Harter para Adolescentes |
| EAT | <i>Eating Attitudes Test</i> |
| <i>f</i> | Frequência Absoluta |
| IC95% | Intervalo de Confiança |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| Md | Mediana |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| Q1 | 1º Quartil |
| Q3 | 3º Quartil |
| RP | Razão de Prevalência |
| SPPC | <i>The Self-Perception Profile for Children</i> |
| TA | Transtorno Alimentar |
| UEM | Universidade Estadual de Maringá |
| UEL | Universidade Estadual de Londrina |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 01 |
| 1.1 Caracterização do tema..... | 01 |
| 1.2 Justificativas..... | 05 |
| 1.3 Delimitação da Pesquisa..... | 08 |
| 1.4 Limitações da Pesquisa..... | 09 |
| 1.5 Definição de Termos..... | 09 |
| 2 OBJETIVOS..... | 12 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 12 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 12 |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 13 |
| 3.1 Percepção de competência durante a infância e adolescência..... | 13 |
| 3.1.1 Relação da percepção de competência com o desenvolvimento de práticas esportivas e dança..... | 19 |
| 3.2 Imagem corporal..... | 25 |
| 3.2.1 Desenvolvimento da imagem corporal: um enfoque na infância e adolescência..... | 31 |
| 3.3 Transtornos alimentares na atualidade: enfoque na adolescência e fatores contribuintes para seu surgimento..... | 36 |
| 3.3.1 Anorexia e bulimia nervosas: sérias conseqüências à saúde..... | 41 |
| 3.3.2 Os transtornos alimentares e a imagem corporal em meio à dança e ao esporte: magreza... sinônimo de desempenho?..... | 46 |
| 4 MÉTODOS..... | 54 |
| 4.1 Delineamento do estudo | 54 |
| 4.2 População e Amostra..... | 54 |
| 4.3 Instrumentos de Medida..... | 56 |
| 4.3.1 Anamnese..... | 56 |
| 4.3.2 Avaliação das variáveis psicológicas..... | 56 |
| a) <i>Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26 – Eating Attitude Test)</i> | 56 |
| b) <i>Questionário de Imagem Corporal (BSQ – Body Shape Questionnaire)</i> | 57 |
| c) <i>Escala de Autopercepção de Harter para Crianças (EAPC)</i> | 58 |
| d) <i>Escala de Autopercepção de Harter para Adolescentes (EAPH-A)</i> | 60 |

| | |
|--|------------|
| 4.3.3 Antropometria..... | 62 |
| 4.4 Coleta de Dados e Procedimentos..... | 63 |
| 4.5 Análise dos Dados..... | 64 |
| 4.5.1 Variáveis do Estudo..... | 66 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 67 |
| 5.1 Caracterização antropométrica e fatores relacionados à prática da dança entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas e diante da faixa etária..... | 67 |
| 5.2 Imagem corporal e comportamento alimentar de risco entre os grupos de bailarinas e faixa etária..... | 83 |
| 5.3 Percepção de competência entre bailarinas clássicas e não-clássicas, faixa etária e correlação ao índice de massa corporal..... | 91 |
| 5.4 Associação entre a imagem corporal, os comportamentos alimentares de risco e as demais variáveis do estudo..... | 102 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 119 |
| REFERÊNCIAS..... | 123 |
| ANEXOS E APÊNDICES..... | 142 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do tema

No Brasil, a ocorrência dos transtornos alimentares entre a população em geral tem recebido atenção especial, principalmente entre a população adolescente e adulta, visto que a prevalência para os casos de anorexia nervosa oscila entre 4,9% a 25%, variando de acordo com o grupo étnico, idade, atividade ocupacional e grau de urbanização (ALVES et al., 2008).

A cobrança excessiva para a manutenção dos padrões corporais previamente idealizados é imposta de maneira imperativa principalmente entre profissões que utilizam o corpo como instrumento de trabalho. Nos Estados Unidos, o desenvolvimento da percepção da imagem corporal é influenciado por diversos fatores, mas, principalmente pelo valor dado ao físico ideal de modelos, estrelas de cinema, atletas de elite, profissionais de *fitness*, ou qualquer outro modelo de destaque (MARTIN, 2010). Desse modo, aqueles que atuam em modalidades de dança buscam constantemente a manutenção de boas formas corporais devido às rigorosas exigências da estética corporal e do desempenho físico necessários para garantir em sua atuação, a expressão de sentimentos e beleza através da diversidade dos movimentos corporais. Conseqüentemente, bailarinos, atletas da ginástica rítmica, ginástica artística, jôquei, natação, patinação e alguns esportes de lutas, podem se tornar mais susceptíveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares (KATCH; MCARDLE, 1996; VIEIRA et al., 2006; VIEIRA et al., 2009a; VIEIRA et al., 2009b).

Devido ao prestígio lançado sobre as apresentações coreográficas, principalmente nas competições, muito se questiona sobre as conseqüências geradas à saúde de bailarinas em função da cobrança estética induzir a busca pela manutenção do peso corporal baixo, que muitas vezes não ocorre de forma saudável. Neste sentido, há relatos de que a estética, em específico da bailarina clássica, é considerada mais

importante ao caracterizar a prática, do que grande exigência fisiológica sobre o sistema musculoesquelético, mesmo perante dados científicos que não apontam que a magreza seja uma necessidade para dançar (SIMAS; GUIMARÃES, 2002).

Neste sentido, é fundamental ressaltar que o *ballet* clássico é uma modalidade de dança praticada por crianças e adolescentes ao longo de todo o seu processo de desenvolvimento e o alcance de uma performance elevada requer dedicação diária por longos anos (PRATI; PRATI, 2006). Diante dessa realidade, percebe-se que há uma influência que leva até mesmo crianças a buscarem um peso corporal baixo. Essas questões, já divulgadas em estudos científicos, mostram que praticantes de *ballet* em idade escolar apresentavam peso corporal inferior quando comparado aos não praticantes da dança (VAISMAN et al., 1996). Os autores desta pesquisa apontam que o fato de estar inserido neste ambiente pode encorajar a magreza além do normal, sendo que os professores da prática em questão parecem contribuir para estes acontecimentos.

É evidente que a percepção da imagem corporal é algo fortemente requerido neste contexto. Entre as diversas maneiras que o indivíduo possui para pensar a respeito de si mesmo, nenhuma é tão essencialmente imediata e central como a imagem de seu próprio corpo (CASTILHO, 2001), função esta extremamente requerida pelas bailarinas, que através dos movimentos corporais buscam expressar seus sentimentos. Além disso, a imagem corporal está sujeita à modificações e exerce papel mediador em diversos fatores, desde a escolha das vestimentas, preferências estéticas e até a habilidade de empatia com as emoções dos outros.

Koutedakis e Jamurtas (2004) ressaltam que a constante cobrança direcionada para o corpo contribui para o estabelecimento da insatisfação com a imagem corporal, uma vez apontado pela literatura, que os valores da composição corporal exigidos para bailarinos são inferiores aos encontrados para a população em geral. Assim, a imagem corporal é a figura do próprio corpo formada em nossa mente (SCHILDER; 1999) e está diretamente relacionada ao trabalho corporal na dança, que evidencia a experiência da emoção transmitida na coreografia (HASS; GARCIA; BERTOLETTI, 2010). A insatisfação com a imagem corporal faz parte de um componente da imagem corporal relacionada com as atitudes e avaliações do próprio corpo

(CAMPANA; TAVARES, 2009). Esta insatisfação com a própria imagem pode repercutir na formação da identidade corporal do indivíduo, principalmente durante a adolescência.

Em função desta realidade, muito se questiona sobre a idade em que a criança deve submeter-se ao contexto competitivo, visto que a dedicação aos treinamentos e o aumento da carga horária, pode contribuir para a adesão definitiva do adolescente à atividade, ou desestimulá-lo por não conseguir alcançar o resultado almejado por si próprio e pelos demais envolvidos na prática (EPIPHANIO, 2002; ARENA; BÖHME, 2004). Além disso, a busca por resultados pode ser maléfica, em função do esforço físico exagerado e da ansiedade resultante das competições acarretar um desequilíbrio com relação às satisfações físicas e emocionais do sujeito (VIEIRA; PRIORE; FISBERG, 2002). Outras questões apontadas neste sentido se referem à baixa proficiência na modalidade, o pouco divertimento, a falta de oportunidade para participar de outro esporte, a pressão excessiva, o fato de não gostarem do treinador, o treino ser muito duro, as derrotas sucessivas e a supervalorização da vitória (GOULD et al., 1982). Além disso, estas situações podem fortemente influenciar o surgimento de comportamentos de riscos para transtornos alimentares e se associarem às características de perfeccionismo, baixa autoestima, ansiedade e depressão (EIZAGUIRRE et al., 2004; SASSAROLI; RUGGIERO, 2005; BARDONE-CONE et al., 2007; MAIA et al., 2009).

Entretanto, pouca atenção científica está voltada à investigação de crianças e adolescentes que estão iniciando ou já se encontram em estágio significativo de desempenho em determinado estilo de dança. Atualmente alguns estudos se destinaram a identificar a insatisfação corporal e comportamentos sugestivos de transtornos alimentares entre bailarinos profissionais e de companhias renomadas (RIBEIRO; VEIGA, 2010; HASS; GARCIA; BERTOLETTI, 2010). No entanto, verifica-se uma lacuna ao analisar a literatura, quanto à relação dos domínios da percepção de competência e as atitudes alimentares entre as crianças que se dedicam à dança e já se encontram em meio ao contexto competitivo.

A literatura aponta que, vivenciar várias formas de movimento parece auxiliar as crianças, tanto no desenvolvimento da autopercepção, como também na percepção

do ambiente, além de aprender mais facilmente novos movimentos, obtendo mais suporte nas atividades realizadas e por sua vez tendo prazer nas conquistas (ZAHNER; DOSSEGGGER, 2004; ZAJONZ; MULLER; VALENTINI, 2008). Neste contexto, este estudo tem como base teórica o modelo multidimensional de motivação proposto por Harter (1978), no qual a percepção de competência é a expressão dos sentimentos que a criança possui em relação a si mesma e aos rótulos que são colocados em comparação com a sociedade. A competência infantil evidencia-se em diferentes domínios e quanto mais cedo crianças expressarem percepções de competência a domínios específicos, maior o seu desempenho nas tarefas motoras (VIEIRA et al., 2009).

Sendo assim, quatros fatores parecem influenciar o nível de competência percebida: experiências passadas de sucesso ou insucesso; dificuldades ou desafios associados com os resultados da tarefa (recompensa); suporte e interação social (pais, família, professores e amigos) e motivação intrínseca (como a criança se percebe nas diferentes habilidades) (HARTER, 1978). Neste sentido, Vieira et al. (2009) reportam que crianças motivadas e bem estimuladas com oportunidades de instrução, tendem a ter consciência de que o sucesso da tarefa depende de sua dedicação. Desta forma, uma tarefa crucial para os profissionais que se dedicam ao desenvolvimento da dança, principalmente em nível competitivo, é descobrir meios que auxiliem as bailarinas a melhorar a percepção de competência e avaliar a si mesmas a partir de seus próprios padrões de desempenho, sabendo lidar com julgamentos advindos do meio externo, as vitórias e as derrotas, bem como fazendo uso do próprio discernimento para julgar a sua competência e resolver problemas de maneira mais autônoma. É por meio dessas ações que se torna possível promover a motivação intrínseca e a autoconfiança, contribuindo para a formação de um autoconceito e uma autoestima mais realistas que garantirão a manutenção de crianças e jovens em programas de esporte competitivo (TENENBAUM et al., 2005).

Considerando os achados das pesquisas anteriormente citadas, é possível verificar a repercussão da ênfase dada às características corporais no contexto da dança, assim como, os prejuízos que a baixa percepção da competência pode ocasionar à saúde física e mental de crianças e adolescentes e conseqüentemente ao seu desempenho. Diante deste contexto, o presente estudo pretende encontrar

respostas à seguinte questão geradora: Qual é o grau de associação entre atitudes alimentares, imagem corporal e percepção de competência no contexto competitivo de bailarinas que se dedicam ao *ballet* clássico e outros estilos de dança?

1.2 Justificativas

O interesse por investigar algumas das questões ligadas à dança, é algo que se fundamenta principalmente nas experiências vividas durante a infância. A fase escolar sempre foi repleta de participação ativa em gincanas, apresentações artísticas e competições esportivas. Dançar sempre foi uma paixão desde criança, a identificação com tal prática, o destaque (embora pequeno) e o reconhecimento no que fazia era algo que proporcionava felicidade, maior autoestima e alimentava os sonhos de um dia seguir uma carreira profissional dançando. Mesmo não apresentando perfil estético de bailarina, não faltou vontade de participar de um grupo de dança. No entanto, por morar em cidade pequena não havia grupos de treinamento, tampouco a oportunidade de buscar aulas específicas e aprimoramento das capacidades para a dança em outras cidades.

Ao finalizar o terceiro ano do ensino médio, surgiu a oportunidade de cursar Educação Física na cidade vizinha, o que possibilitou uma nova maneira de ver a relação entre o ser humano e a atividade física, os conceitos relacionados à saúde e o desenvolvimento do ser humano nos diversos contextos, tanto cultural, como social e psicológico. Com os conhecimentos sendo incorporados a cada dia, os incentivos dos professores e a própria vivência em práticas corporais, percebeu-se o quanto estar satisfeito com a imagem corporal é determinante para o bem-estar físico e psíquico de um indivíduo. Essas questões despertaram a necessidade de pesquisar metodologicamente a importância de tais sentimentos entre indivíduos submetidos a diferentes contextos e a relação com demais aspectos do desenvolvimento humano.

A investigação do índice de insatisfação com a imagem corporal e os comportamentos sugestivos de transtornos alimentares de adolescentes do sexo

feminino de escolas públicas e particulares realizada durante a graduação, foi um dos motivos que proporcionaram o aumento do interesse por esse tema de estudo. Com a realização da pesquisa, tornou-se nítida a importância de ter uma aparência condizente às opiniões grupais, tanto pela necessidade em estar satisfeita com a própria forma corporal, como um meio capaz de garantir a aceitação social reforçando a possibilidade de novos laços de amizade.

Visto o importante papel que a imagem corporal exerce sobre os conceitos que formamos de nós mesmos, Paim e Strey (2004), explicam que a modificação corporal é utilizada como forma de identificação de grupos, onde o *“corpo biológico trabalhará como matéria sociológica”* buscando a expressão de sua cultura através do corpo. Também há influências na maneira como nos comportamos diante dos fatos, inclusive quando nos é imposto algum fator que nos permite um novo comportamento dentro dos padrões vigentes pré-estabelecidos. São fatores que são interiorizados proporcionando uma nova maneira de perceber o próprio corpo atuando no ambiente e conseqüentemente as questões ligadas aos movimentos corporais.

Diante do exposto acima e das exigências estéticas disseminadas no contexto da dança, a escolha por avaliar bailarinas ainda na infância e adolescência e engajadas em competições, deu-se em função de perceber o quanto a condição física e o biotipo corporal são considerados essenciais ao bom desempenho de uma bailarina. No entanto, verifica-se que as questões de ordem psicológica são deixadas de lado, uma vez que, ter uma percepção ajustada das reais capacidades pode ser determinante para enfrentar as pressões presentes no contexto competitivo.

Stefanello (2002) ressalta que muitos treinadores, sobretudo por falta de formação ou de informação, privilegiam a maneira como ensinar os requerimentos técnicos e físicos exigidos pelo esporte e raramente incluem elementos que contribuam para entender as pessoas com as quais estão lidando. O que esquecem, por vezes, é que os jovens atletas se encontram num período de vida em que são facilmente influenciáveis, estando sujeitos tanto aos traumas associados ao seu crescimento como também às mudanças de interesses e exigências às quais são submetidos. A autora ainda complementa que, embora seja difícil qualquer prognóstico sobre a

forma como o organismo irá reagir aos estímulos de treino e à pressão competitiva no contexto de uma modalidade particular, não se pode ignorar que apesar da criança entrar num processo de grandes transformações morfológicas, funcionais e psíquicas que a predispõem a enfrentar e reagir positivamente a estímulos de esforços mais intensos, o seu organismo e sua estrutura afetivo-emocional torna-se mais suscetível a desequilíbrios graves e de consequências perduráveis (STEFANELLO, 2002).

Ao analisar os fatores competitivos da Seleção Brasileira Juvenil de Ginástica Rítmica, Vieira, Botti e Vieira (2005) destacam que a eficiência de uma técnica depende do estado emocional e conseqüentemente da preparação psicológica da atleta. A atleta treinada tem seus motivos e objetivos enfatizados no seu próprio desenvolvimento pessoal e atlético, ou seja, o nível de motivação e a busca pelo sucesso devem ser determinantes para o resultado desejado. Especificamente para a ginástica rítmica, tanto os aspectos físicos quanto psicológicos parecem ser fundamentais, já que esta se caracteriza como uma modalidade que requer um alto nível de sincronia e sintonia de movimento, exigindo sempre um grande esforço físico e alto controle emocional. Neste sentido, pode-se destacar que essas características também estão presentes nas modalidades de dança, tanto nas apresentações em conjunto como individuais.

Outro aspecto a ser considerado neste processo permanece sobre os apontamentos de Seidah e Boufard (2007), que salientam que os principais motivos para a prática esportiva de crianças com baixa percepção de competência pessoal relacionam-se ao conceito externo de aparência física e reconhecimento social. Entretanto, uma preocupação excessiva com a aparência física (um elevado grau de insatisfação com a imagem corporal) pode levar a criança a desenvolver baixos níveis de autoestima e de percepção de competência pessoal, especialmente nos domínios sociais.

É essencial que neste processo o treinador compreenda as vantagens e desvantagens que a prática da modalidade em questão pode proporcionar àqueles que se dedicam. Neste sentido, Samulski (2002) coloca como vantagens da prática esportiva, o desenvolvimento da motivação, determinação, concentração, vontade e

autodeterminação, além dos conhecidos sobre os benefícios da prática esportiva para a saúde. Em contrapartida, a criança encontrará dificuldades de organizar as atividades diárias, falta de tempo para outras atividades, dificuldades na vida escolar, recreativa e social. Além de que, a dedicação exagerada ao esporte pode afetar o desenvolvimento da personalidade das crianças nos aspectos da autovalorização exagerada, o medo do fracasso, a instabilidade emocional e o isolamento social. Também são frequentes os problemas como estresse, lesões, frustração e a desmotivação (CSMF, 2000).

Com base nas posições dos estudiosos acima referidos, fica evidente a importância do comprometimento daqueles envolvidos no processo ensino-aprendizagem-treinamento de modalidades esportivas e de dança para que ocorra o desenvolvimento integral (físico, psicológico e social) da criança e adolescente, e como esses aspectos podem favorecer a sua atuação e seu rendimento atlético.

Enfim, almeja-se que os resultados da presente pesquisa possam proporcionar avanços significativos no âmbito científico, assim como, subsidiar o trabalho dos profissionais envolvidos no ensino da dança, alertando sobre os agravos que comportamentos alimentares de risco podem ocasionar à saúde e que não basta apenas transmitir o conhecimento da arte em si. Que o presente estudo sirva como fonte de informação para os profissionais da área de Educação Física e demais profissionais, bem como à sociedade em geral, para que assim, esta prática se desenvolva da forma mais saudável possível.

1.3 Delimitação da Pesquisa

O estudo foi delimitado a bailarinas na faixa etária de 10 a 18 anos de diversas regiões do Brasil e que foram selecionadas para participar do 18º Passo de Arte/2010 – Indaiatuba - SP. A escolha por investigar as bailarinas classificadas para este evento se deu em função deste ser referência em competições de dança realizadas no Brasil, com representantes de diferentes estados e com fase

classificatória para competição internacional, além das oportunidades de bolsas de estudos em escolas estrangeiras de renome.

1.4 Limitações da Pesquisa

A pesquisa limitou-se por fazer cortes transversais na tentativa de analisar as fases da infância e adolescência, fases em que ocorrem mudanças no processo de desenvolvimento do indivíduo. A realização de uma pesquisa longitudinal seria a mais adequada, mas diante da situação delimitada para o estudo (bailarinas submetidas ao contexto competitivo), optou-se por uma única avaliação em função da viabilidade em avaliar um número maior de bailarinas durante a realização do evento de grande porte e que ocorre anualmente.

1.5 Definição de Termos

- **Imagem Corporal:** compreende “não só uma construção cognitiva, mas também uma reflexão dos desejos, atitudes emocionais e interação com os outros” (FISHER, 1990). Schilder (1999) considera a imagem do corpo, como “a figuração do próprio corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”.
- **Transtornos Alimentares:** “são doenças que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade” (CORDÁS, 2004).
- **Percepção de Competência:** é postulada por Harter (1984) como a expressão dos sentimentos que a criança possui em relação a si mesma e os rótulos que são colocados em comparação com a sociedade.
- **Índice de Massa Corporal:** consiste num indicador antropométrico de medida simples capaz de avaliar o estado nutricional e a composição corporal do

indivíduo (WHO, 1986). Seu cálculo é composto pelos valores de peso corporal (kg) dividido pela estatura (m²).

- **Ballet Clássico:** é uma forma de dança ensinada no mundo inteiro seguindo os princípios estabelecidos desde a criação da Academia Real de Dança, fundada por Luis XIV no ano de 1661. A música clássica, o professor, a estrutura da aula e o conteúdo sistemático fazem com que o aluno praticante de *ballet* necessite de concentração e disciplina durante a aula (MINDEN, 2005). A rotina do *ballet* clássico exige dedicação, ter um treinamento com ênfase na sustentação, equilíbrio, sapatilhas de ponta e um corpo magro, o que está internalizado pelos bailarinos nos dias de hoje (SIMAS; GUIMARÃES, 2002). Amaral, Pacheco e Navarro (2008), ressaltam que além de exigir um bom nível de preparo físico é conhecido também por um estilo que preconiza o baixo peso corporal e supervaloriza a estética.
- **Dança Jazz:** caracteriza-se pela expressividade, espontaneidade e energia e tem suas raízes essencialmente populares, mais especificamente de origem da cultura africana. Foi reconhecida a partir de 1902, tendo destaque em grandes musicais da Broadway. De maneira gradual, o jazz se tornou resultado da junção de vários estilos de dança, inclusive do *ballet* clássico, com passos específicos, piruetas, saltos e flexibilidade de uma maneira mais rápida e precisa (GARCIA; HAAS, 2006). Esta modalidade de dança procura explorar novos movimentos tendo como base o improviso, ou seja, não existem normas e rigor estético, e sim, características individuais dos coreógrafos, diferente do *ballet* clássico que segue um padrão técnico internacional. Assim, a bailarina de jazz possui maior liberdade, desde a maneira de se vestir até a sua movimentação.
- **Dança Contemporânea:** é um estilo que engloba construções coreográficas diversas, baseadas em culturas de diferentes lugares do mundo. Siqueira (2006) salienta que a dança contemporânea se contextualiza em vários países como no Japão, Taiwan, França, Alemanha, Holanda, Bélgica, Estados Unidos, Brasil e outros. Em cada país, existem coreógrafos e bailarinos com ricas experiências em outras práticas como, artes marciais, esportes, danças de estilos variados e, até, o *ballet* clássico. Este fato possibilita que este estilo de dança apresente

características distintas ao considerar os trabalhos corporais que exploram tanto a verticalidade quanto o contato com o chão. Pode-se dizer que cada coreógrafo produz obras baseadas em redes de influências e contágios múltiplos, proporcionando a este estilo, a diversidade como uma marca registrada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o grau de associação entre atitudes alimentares, insatisfação com a autoimagem corporal e percepção de competência no contexto competitivo de bailarinas participantes do 18º Passo de Arte/2010.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o perfil antropométrico e fatores relacionados à prática da dança (disposição para treinar, sensação de fadiga, presença de dor, ocorrência de lesões, uso de medicamentos, satisfação com o treinamento e resultados das competições e a disposição para os estudos) entre bailarinas clássicas e não-clássicas considerando a faixa etária;
- Identificar a insatisfação com a imagem corporal, comportamentos alimentares de risco diante do grupo de bailarinas clássicas e não-clássicas e da faixa etária;
- Comparar e correlacionar os domínios de percepção de competência entre os grupos de bailarinas, quanto à faixa etária e índice de massa corporal;
- Associar a imagem corporal com os indicativos de comportamentos alimentares de risco, aos fatores relacionados à prática da dança, ao índice de massa corporal e aos níveis da percepção de competência.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Considerando a questão geradora do estudo e os objetivos a serem investigados, procurou-se elaborar um referencial teórico, de modo a subsidiar a fundamentação e discussão do estudo. Desta forma, o primeiro capítulo aborda as questões referentes à percepção de competência de crianças e adolescentes de acordo com o Modelo Multidimensional de Motivação proposto por Harter (1978) e os estudos desenvolvidos acerca dessa temática. Tais pressupostos nos fazem refletir sobre a relação dessas percepções com as características da autoimagem corporal. O importante papel da imagem corporal nas relações sociais durante a infância e adolescência encontra-se descrito no segundo capítulo. O terceiro e último capítulo, aborda algumas questões sobre transtornos alimentares e os estudos existentes sobre esses transtornos no meio da dança e do esporte. É importante salientar que este capítulo foi formulado a partir de conteúdos previamente publicados em um estudo de revisão de própria autoria (DAMASCENO, 2010).

3.1 Percepção de competência durante a infância e adolescência

A percepção de competência é postulada por Harter (1984) como a expressão dos sentimentos que a criança possui em relação a si mesma e os rótulos que são colocados em comparação com a sociedade. Harter (1978) se baseou na teoria da motivação para eficácia proposta por White (1959) apud Fiorese (1993) para elaborar o sistema multidimensional de competência percebida durante a infância e adolescência. A teoria de motivação e percepção enfatiza o entendimento sobre o desenvolvimento psicológico e a competência percebida em domínios particulares. Essa teoria presume que as crianças são motivadas para se tornarem competentes em seu ambiente social por meio de tentativas desafiadoras. Ao almejar o sucesso perante seus esforços, a criança se mantém determinada na busca de novos desafios e, conseqüentemente, melhora a sua performance.

De tal modo, Harter iniciou sua grande contribuição para o estudo desta temática ao supor que a percepção de competência expressa por crianças e adolescentes não era uma característica global, o que a levou a adotar um método diferenciado ao considerar a possibilidade de identificar o sentimento de competência por meio de domínios específicos (AMORIM, 2005). Campos (2004) enfatiza um aspecto a ser ressaltado nas escalas de Harter, que é a maneira como a autoestima é avaliada. Diferente de outros protocolos que utilizam de médias ou soma de outros contextos referentes a uma variedade de autodescrições, a autoestima segundo Harter, recebe atenção especial ao referir a maneira como o indivíduo percebe seu valor como pessoa.

Muitos têm sido os estudos voltados para autopercepção corporal, no que diz respeito a autoconceito, autoestima e autoimagem (CARDOSO, 2009; BOWKER; GADBOIS; CORNOCK, 2003; STEWART et al., 2003). Entende-se por autoconceito a percepção do indivíduo sobre ele mesmo, sem emitir qualquer julgamento pessoal ou de comparação aos outros. Segundo Weinberg e Gould (2008) e Samulski (2002) a percepção que o atleta tem de si mesmo (o seu autoconceito) se forma a partir das situações de sucessos e fracassos percebidas ao longo do tempo. Um autoconceito positivo é fundamental para o desenvolvimento e ajuste psicológico das crianças. Basicamente, o autoconceito é multidimensional e certos aspectos podem ser mais afetados por um exercício do que outro. O autoconceito físico, por exemplo, inclui vários fatores, como a competência no esporte, a condição física, a atratividade física e a força (WEINBERG; GOULD, 2008; SAMULSKI, 2002).

Em contrapartida, autoestima é o valor atribuído às suas características peculiares, atributos e limitações (GALLAHUE; OZMUN, 2005). Quanto mais positiva a autoestima do atleta, maior o despertar de emoções positivas, maior a facilidade para a concentração, maior a influência sobre a meta proposta e maior o esforço despendido, podendo afetar a estratégia de jogo e conseqüentemente o desempenho do atleta (WEINBERG; GOULD, 2008). Por fim, outro importante conceito, a autoimagem, representa o nível de percepções gerais, pensamentos e comportamentos que os indivíduos têm sobre seus corpos (GILLEN; LEFKOWITZ; SHEARER, 2006).

É fundamental, portanto, esclarecer a relação entre os construtos abordados anteriormente com a autoconfiança, competência e competência percebida. A percepção de competência positiva, por sua vez, também aumenta a autoconfiança, ou seja, a crença do indivíduo em sua habilidade de desempenhar bem uma tarefa mental, física ou emocional. É a habilidade prevista do indivíduo em dominar desafios particulares e superar dificuldades ou obstáculos (GALLAHUE; OZMUN, 2005). Entretanto, atletas com baixa autoestima apresentam menor autoconfiança e, por sua vez, pior rendimento. A figura 1 traz uma esquematização sobre a relação destes construtos no desenvolvimento do autoconceito.

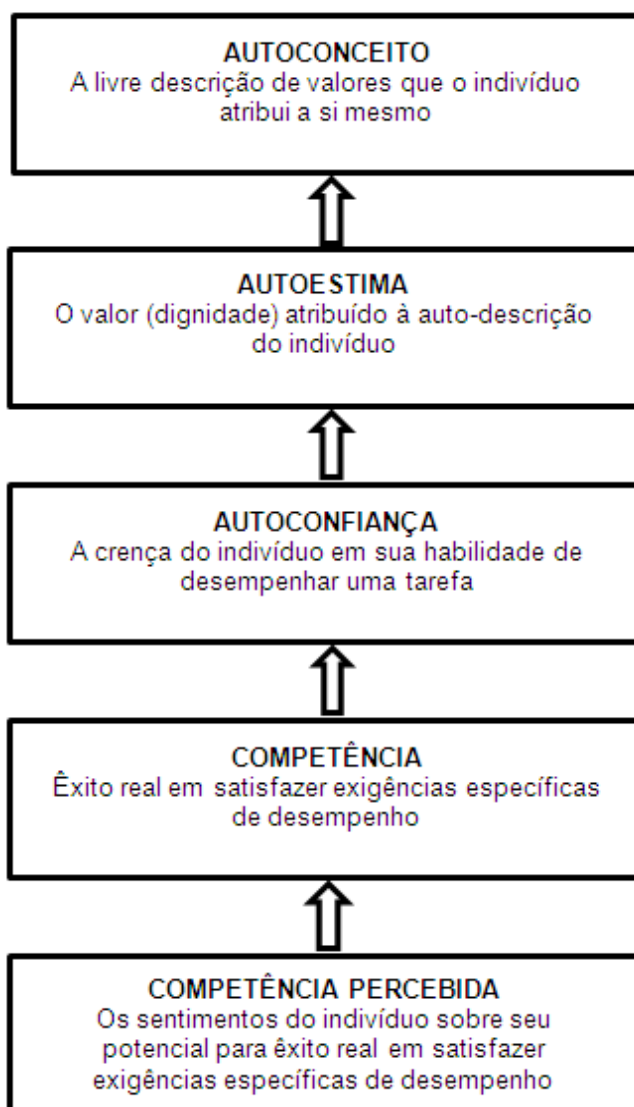


Figura 1. Análise hierárquica do desenvolvimento do autoconceito (GALLAHUE; OZMUN, 2005)

A percepção de competência exerce fundamental contribuição no processo de aprendizagem. Para conhecer as características evolutivas inerentes a cada fase do desenvolvimento expressas por crianças e adolescentes perante os domínios já abordados, Harter elaborou escalas diversificadas que se destinam a cada estágio da vida do indivíduo. As escalas desenvolvidas por Harter se baseiam nos seguintes domínios: A competência escolar reflete a competência cognitiva; a aceitação social envolve a aceitação do sujeito pelas outras crianças e o sentimento de popularidade entre seus pares; a competência atlética se refere às habilidades motoras e seu desempenho nos desportos; a aparência física permite identificar o grau de satisfação da criança ou adolescente com seu corpo e a conduta comportamental, enfoca como as crianças se vêem em relação aos próprios comportamentos adotados (VALENTINI et al., 2010). Na escala específica para adolescentes são contemplados mais 3 domínios específicos: a amizade, que investiga a habilidade para fazer amigos, bem como para compartilhar questões pessoais e segredos; o namoro, que verifica se o adolescente sente-se atraente, consegue envolver-se com quem deseja e sente-se interessante em um encontro e o trabalho, que averigua a extensão em que o avaliado possui habilidades para o trabalho, se considera que estar apto a realizar atividades laborais e sente que possui um bom desempenho em suas tarefas. O autoconceito por sua vez, reflete a extensão em que a criança ou adolescente está satisfeito consigo mesmo, com a forma com que conduz sua vida e se é, em geral, feliz (BANDEIRA, ARTECHE, REPPOLD, 2008).

Para Valentini (2002a) estes domínios se apresentam diferenciados desde cedo na vida da criança. Além disso, acredita-se que a partir dos quatro anos as crianças já são capazes de expressar diferentes percepções de competência em domínios específicos (HARTER; 1978, 1982). Harter (1999) alerta que crianças muito novas se descrevem com base nas características observáveis, como atributos físicos, número de bens materiais que possuem e comportamentos adotados por elas, ou seja, autodescrições evidentes. Já crianças durante a fase escolar, são capazes de diferenciar suas habilidades de acordo com descrições focadas nas qualidades de caráter e características emocionais por meio da comparação com seus pares, atribuindo a si mesmo características como: esperto, honesto, amigo ou tímido, entre outros (HARTER, 1990, 1998).

Segundo Harter (1992), a avaliação da competência feita pela própria criança permite que ela tenha uma orientação quanto à própria motivação, seja intrínseca ou extrínseca, e conseqüentemente determina a escolha e o tempo de permanência em determinada atividade, independente do domínio que esta atividade se encontre vinculada. No entanto, as percepções dos domínios específicos podem se apresentar diferentes, indicando desta forma, o(s) domínio(s) priorizado(s) pelo indivíduo. Gallahue e Ozmun (2005) salientam que a percepção de competência é uma das variáveis subjacentes mais importantes para a motivação, por facilitar a confiança e promover uma visão positiva de si mesmo e conseqüentemente determinar a continuidade ou a desistência de dada tarefa.

Na adolescência, já possuem características relacionadas ao pensamento mais abstrato, a introspecção e a maior capacidade de reflexão, demonstrando uma capacidade mais contemplativa de se autorrepresentar e com base nos pensamentos, emoções, atitudes e motivações. É importante salientar que a percepção dos diferentes domínios podem se alterar mediante as experiências vividas, a dificuldade das atividades entre outros aspectos que influenciam.

As escolhas que motivam a prática de atividades e levam ao aprendizado, se embasam na percepção subjetiva da capacidade do indivíduo para tal situação. De acordo com Harter (1982) ao longo do processo de desenvolvimento do indivíduo, há a passagem por quatro fases de competência. A primeira se refere à fase do pressuposto teórico, que persiste até por volta dos 5 anos de idade. Neste contexto, a criança sente-se motivada a executar tarefas que lhe tragam prazer e diversão. A fase sucessiva (de 5 a 6 anos) caracteriza-se pela presença de um senso de competência em que a criança utiliza do *feedback* dos adultos e das tentativas e seus resultados (acertos ou erros) para garantir a aprendizagem. A esta fase se dá a denominação de expansão. Sucessivamente compreende-se a fase de interiorização (7 a 12 anos), em que a criança tem a capacidade de determinar os objetivos que podem ser alcançados ou não, por já ter internamente padrões de competências específicos. Todavia, ainda apresenta dependência de *feedback* externos. A última fase, que geralmente inicia após os 14 anos, é a fase das transformações. A percepção de competência já se encontra formada, e o adolescente sente-se capaz de negociar suas atitudes através de explicações, justificativas, possuindo a

habilidade de visualizar e antecipar os fatos. Estas trajetórias desenvolvimentistas segundo a autora, representam a aquisição de formas qualitativamente diferentes de autodescrições como um movimento próprio através da infância e adolescência.

De acordo com o modelo multidimensional de motivação, a percepção de competência se estrutura sobre quatro fatores fundamentais que parecem influenciar o nível de competência percebida. Estes fatores consistem em: experiências passadas acerca do sucesso ou insucesso; dificuldades ou desafios associados com os resultados da tarefa (recompensa); suporte e interação pessoal (pais, família, professores e amigos) e motivação intrínseca (como a criança se percebe nas diferentes habilidades) (HARTER, 1978).

As questões que se referem às experiências passadas constituem o primeiro fator de influência e está relacionada com a percepção de competência negativa ou positiva. Perceber-se competente positivamente está associado ao bom rendimento ou ao sucesso obtido em determinada tarefa, contribuindo assim, para o aumento da motivação intrínseca e extrínseca. Ao contrário deste feito, o indivíduo que se percebe menos competente ou habilidoso, ao experienciar o fracasso se desmotivará mais facilmente e comprometerá sua aderência à prática que se dedica (ECCLES et al., 1993; DECI; RYAN, 1985; HARTER, 1978, 1982, 1999). Rudisill (1989) presume que se a criança souber atribuir a causa correta para sua falha, aumentará as chances de persistir na tarefa.

As dificuldades ou desafios associados com os resultados da tarefa refletem o segundo fator de influência sobre a percepção de competência. Segundo esse propósito, as crianças que se percebem competentes persistem por mais tempo na atividade e aceitam novos desafios e com graus de dificuldades maiores. Diferente destas crianças, aquelas que não se percebem tão competentes, evitam desafios por não se sentirem à vontade em demonstrar seu desempenho (geralmente inferior aos demais), e certamente por não ter que se expor aos julgamentos dos colegas (HARTER, 1978; VALENTINI, 2002a).

O terceiro fator envolve o suporte e a interação social. Crianças que não se percebem competentes tendem a valorizar o reconhecimento das atitudes

motivadoras vindas do meio externo, expressa pelos professores, pais e amigos a fim de suprir a necessidade sentida diante da própria competência percebida (HARTER, 1978, 1992; VALENTINI, 2002a). No entanto, quando o incentivo recebido expressa qualidade, as crianças são desafiadas e encorajadas a persistirem na luta contra suas limitações. Estudos reforçam que a percepção de competência das crianças é afetada não somente pela maturidade cognitiva, mas também, por agentes socializadores, por oportunidade de comparação social e de interação com o meio (WEISS; AMOROSE, 2005; VIEIRA, 2007).

Weinberg e Gould (2008) ressaltam o quarto fator relacionado à percepção de competência. Este fator se atém à motivação intrínseca e se relaciona com os objetivos orientados pelas tarefas e metas. Ao usar seu próprio discernimento para julgar a sua competência, a criança provavelmente desenvolverá uma orientação motivacional intrínseca como meio para superar seus próprios limites e efetivar o interesse pela resolução de problemas de maneira mais autônoma. Já as crianças dependentes de motivação e aprovação dos demais, dificilmente se aventuram na realização de tarefas mais complexas a fim de evitar frustrações pelo baixo desempenho (HARTER, 1992; WEISS; BREDEMEIER; SHEWCHUK, 1986; VALENTINI, 2002a).

3.1.1 Relação da percepção de competência e o desenvolvimento de práticas esportivas e danças

Pesquisas envolvendo a relação de crianças, pré-adolescentes e adolescentes com seus próprios sentimentos são bem relatados na literatura estrangeira, inclusive envolvendo a prática de alguma atividade física ou esportiva, tanto aquelas direcionadas para a competição, para a manutenção da saúde e quanto às alterações corporais presentes nesta fase e a influência sobre a autopercepção (FINDLAY; BOWKER, 2009, DUNTON et al., 2006, CROCKER; SABISTON, 2006).

A teoria motivacional de Harter, tem tido bastante impacto sobre a investigação no âmbito das atividades físicas. Ademais, o estudo da competência percebida advoga que a combinação desta variável com a crença do controle interno, possibilita níveis

elevados de motivação intrínseca do indivíduo, que conseqüentemente, obtém um bom desempenho numa determinada área ou domínio (HENRIQUE, 2004).

Ao considerar as questões aplicadas ao domínio esportivo, a teoria da motivação para competência de Harter, sugere que a influência positiva para melhorar as habilidades físicas e continuar a participar de esportes advém dos elogios e encorajamento que os técnicos, pais e pares dão ao desempenho obtido nos resultados em que o sucesso foi alcançado. Em contrapartida, a falta de satisfação e o abandono do esporte podem ocorrer devido às experiências negativas, como falhas ou críticas que influenciam na diminuição da percepção de competência física (ALLEN; HOWE, 1998). Assim, a percepção de competência positiva, leva as crianças a envolverem-se na atividade por prazer e diversão e a demonstrarem vontade de iniciar e permanecer no esporte, além de aumentar as chances de conseguir um bom desempenho (WOODS et al., 2007).

Allen (2000) coloca que as motivações fundamentais para o adolescente praticar atividade física, são em primeiro lugar manter-se em forma, seguido por estar fisicamente bem, sentir prazer, melhorar o seu nível e melhorar as suas habilidades. Neste sentido, Caetano e Januário (2009) salientam que nas aulas de educação física, os níveis de competência e envolvimento variam de aluno para aluno. Além disso, os estímulos das aulas podem ser ricos para uns e pobres para outros. No ensino da dança, também é possível verificar essas características, pois a resposta da bailarina frente ao seu envolvimento na aula ou apresentação dependerá muito do seu nível de motivação.

Sob a visão do envolvimento da criança seja em qual for a prática, Henrique (2004) propõe a importância de valorizar as percepções pessoais tanto do aluno quanto do professor na contribuição do processo ensino-aprendizagem. Sabe-se que a rotina das aulas de dança, principalmente do *ballet* clássico, exigem o desenvolvimento de diversos componentes físicos, além da capacidade em lidar com a sensibilidade e condutas rigorosas implícitas nas coreografias. Assim, é fundamental que o professor auxilie a prática através das instruções, críticas e elogios de modo a contribuir para o desempenho na atividade, uma vez que o desempenho irá exercer influência direta sobre a competência percebida (HENRIQUE; JANUÁRIO, 2003).

apud CAETANO; JANUÁRIO, 2009). A importância de orientar e estimular o aluno a definir metas realistas se torna essencial no desenvolvimento de qualquer que seja a prática, pois, grandes dificuldades como também objetivos fáceis demais provocam a perda da motivação (GODINHO et al., 1999). Cabe ao professor na determinação da tarefa a ser realizada, adequar os níveis de desafios que eles desejam enfrentar (VALENTINI; TOIGO, 2006).

Diante disso, Valentini (2007, 2002b) presume que crianças e adolescentes que superestimam suas capacidades tendem a julgar todas as tarefas como fáceis. Entretanto, obter uma experiência de fracasso em uma tarefa considerada fácil contribui para baixas percepções de competência. Contrapondo esses sentimentos, aqueles que subestimam a própria competência podem ter baixas expectativas para competências que ainda venham a ser realizadas, o que comprometerá negativamente sua performance. Esses comportamentos se apresentam extremamente ligados ao contexto competitivo da dança, principalmente quando a criança se envolve em sua primeira experiência no contexto competitivo. O resultado dessa experiência certamente irá contribuir para a continuidade ou desistência da prática.

Em estudo longitudinal realizado com 882 estudantes gregos com média de 11 anos, Papaioannou et al. (2006) constataram que a orientação para a tarefa e motivação intrínseca em educação física no início do ano letivo permitiu prever a participação em esportes e exercícios físicos entre 7 e 14 meses depois. A percepção de competência atlética tanto no início como no final do ano letivo previu a participação em esportes e exercícios 7 e 14 meses mais tarde, enquanto orientação para o ego não predisse o envolvimento em esportes em qualquer tempo. Os autores concluem que estes resultados sugerem que a cultura de orientação para a tarefa, motivação intrínseca em educação física e a percepção competência atlética ajuda a promover o esporte e a participação em exercícios físicos na adolescência.

Maia (2009) ao propor um programa de iniciação em dança de salão na escola verificou que tanto os escolares envolvidos na prática da dança, quanto os que participavam das aulas de educação física e compuseram o grupo controle, revelaram níveis moderado e alto de percepção de competência, nas subescalas:

competência escolar, aceitação social, competência atlética e valor global, indicando que as crianças estavam satisfeitas do jeito que eram nos vários domínios de suas vidas. Entretanto, no pós-teste do grupo controle, observou-se redução significativa em seu cálculo interno para as mesmas subescalas acima referidas, o que não ocorreu no grupo experimental.

A competência motora em específico, desempenha papel importante no desenvolvimento da competência percebida, pelo fato das crianças geralmente valorizarem o bom desempenho em jogos, esportes e em atividades físicas (GALLAHUE; OZMUN, 2005). Weinberg e Gould (2008) e Samulski (2002) relatam que a percepção que o atleta tem de si mesmo, se forma a partir das situações de sucessos e fracassos percebidas ao longo do tempo. O mesmo ocorre no ambiente da dança, em que a percepção é extremamente importante para a bailarina, uma vez que, quando submetida às competições, terá que lidar com o sucesso e o fracasso. O autoconceito físico é um fator de grande importância no desenvolvimento da dança. No *ballet* clássico, por exemplo, o corpo da bailarina exerce potencial efeito sobre seu desempenho.

Müller e Sanfelice (2009) deixam explícito na pesquisa realizada com bailarinas profissionais, que a ligação desta dança a uma disciplina rígida e a um padrão estético estabelecido em nossa sociedade, reforça tais valores às praticantes que fazem uso de seus corpos. Estas por sua vez, são levadas a buscar uma fuga à imagem corporal condicionada ao modelo corporal através de outras práticas, de forma a construir relações conscientes e sensíveis com seus corpos, consigo próprias e com o mundo. Evidenciou-se ainda que as mulheres, embora tenham no *ballet* uma arte de seu domínio, são as que mais “sofrem” danos relativos à imagem corporal quando ligadas a esta dança, já que as características da mesma são mais impositivas para com elas em concomitância com as imposições sociais.

Campos (2004) atenta que a autoestima pode ser correlacionada com os resultados de cada domínio específico e talvez esteja mais estritamente associada a um ou mais deles, dependendo do grupo estudado. Segundo Harter (1999), a competência percebida ou o senso de adequação em determinados domínios considerados culturalmente “mais importantes” e mais valorizados pelo meio no qual o indivíduo

está inserido, pode ser um forte preditivo de como serão as respostas na subescala referente à autoestima. Uma criança atleta, por exemplo, pode ter os escores no domínio “competência atlética” altamente correlacionados com os obtidos no domínio “autoconceito global”.

Sabe-se que os critérios de uma competição são muito rigorosos, principalmente quando se trata do julgamento das coreografias clássicas, que requerem exigências técnicas e longas jornadas de preparação e dedicação com rigor à técnica e ao desenvolvimento artístico. No âmbito da dança, os praticantes buscam constantemente a perfeição técnica e a melhora da *performance* artística. O corpo é empregado dentro do conceito de perfeccionismo. Além disso, há uma exigência corporal intensa distante da realidade anatômica e fisiológica de alguns dançarinos (MACEDO, 2007). Diante do contexto da dança competitiva é comum relatos de bailarinas que apresentam um padrão técnico extremamente elevado durante a preparação, mas ao se apresentarem não conseguem expressar tamanha competência, por conhecerem a rigidez que engloba o julgamento. Além disso, o fato de sentir-se competente ou não poderá exercer influência ainda maior quando a essa competição se associa a chance de uma bolsa de estudos em escolas altamente renomadas em dança.

Ainda em relação ao contexto competitivo durante a infância e adolescência, Samulski (2002) ressalta que os pais influenciam as crianças nos aspectos relacionados à ajuda financeira e apoio emocional durante as competições e que se esse comportamento for exagerado, pode causar efeitos negativos como a pressão por sucesso e a cobrança de rendimento. O relacionamento técnico/atleta ou professora/bailarina determina a satisfação, autoestima e as realizações de desempenho do sujeito (AMOROSE; SMITH, 2003; JOWETT; TIMSON-KATCHIS, 2005).

Findlay e Bowker (2009) estabelecem que o ajuste entre o nível da competição e autoconceito pode depender das características do indivíduo, tais como sua orientação para o esporte. Em investigação realizada com adolescentes, as autoras verificaram que a relação entre autoconceito e capacidade atlética é parcialmente dependente da motivação do indivíduo para competir, sendo que entre os

adolescentes não atletas que tiveram uma orientação maior para ganhar ou menor orientação para competitividade apresentaram uma autoestima mais baixa do que os adolescentes atletas. Apesar do forte foco na conquista ter demonstrado ser prejudicial para o autoconceito dos atletas menos competitivos, o mesmo foco pode não realizar tal repercussões negativas em atletas de elite. No *ballet* em específico, Van Staden, Myburgh e Poggenpoel (2009) enfatizam a forte influência deste ambiente de prática como causa de efeitos deletéricos, inclusive a formação do próprio senso de identidade que se baseia em como são percebidos pelos outros. As atitudes dos bailarinos tendem a ser tão reguladas que dominam a personalidade e o autoconceito em detrimento a um funcionamento equilibrado, interferindo tanto em suas competências sociais como profissionais.

A percepção de competência parece influenciar quer a forma como é visto o envolvimento, quer a forma como os indivíduos atuam em situações de realização, ou seja, a percepção individual de competência condiciona a performance em situações de conquista (MULLAN; ALBINSON; MARKLAND, 1997). Sentir-se competente positivamente se relaciona com atletas bem sucedidos que possuem, entre outras características, melhor estabelecimento de metas e objetivos (SAMULSKI, 2002). Atletas com alta percepção de competência são orientados por objetivos de realização de metas e tarefas, enquanto que os atletas orientados pelo ego são sujeitos a maior vulnerabilidade, apresentando baixo valor próprio, predispondo-os a reagir com aumento de ansiedade na avaliação de situações e reduzir a motivação facilitando o abandono do esporte (OMMUNDSEN; PEDERSEN, 1999).

Faria (2005) comenta que durante a adolescência normalmente há uma desvalorização de suas capacidades o que influencia o desenvolvimento de um autoconceito que traga reações desajustadas. No entanto, a literatura aponta que através da prática esportiva é possível obter índices elevados deste fator. Em contrapartida, se for levado em consideração às modificações corporais como o aumento do peso e também as alterações psicológicas ocorridas nesta fase, logo se imagina os transtornos gerados sobre as percepções individuais de jovens que praticam alguma modalidade com exigências estéticas, como o caso do *ballet*. Bowker, Gadbois e Cornock (2003) sugerem que características do indivíduo, bem

como o tipo de esporte que participam, podem resultar em atletas com sentimentos piores sobre si mesmo quando comparado a não-atletas.

Diante das posições teóricas acerca da percepção de competência e sua relação com o envolvimento de crianças e adolescentes no esporte, verificou-se uma lacuna na literatura em relação aos sentimentos daqueles que se dedicam a aprendizagem e a competição da dança, independente do estilo.

Os seguintes capítulos de fundamentação teórica abordam outras variáveis que se demonstram relacionadas ao desenvolvimento dessa prática e que também serão investigadas neste estudo.

3.2 Imagem corporal

A imagem corporal é um tema que tem sido alvo de intensas investigações que utilizam de diferentes instrumentos para assim relatar diversos aspectos que a compõe. Além disso, grande parte das pesquisas se atém à identificação da satisfação do indivíduo com a aparência, forma e peso corporal, os casos de membros fantasmas, entre outros. Cash (2004), um dos grandes estudiosos deste tema e também editor-chefe da revista "*Body Image*", salienta a grande evolução nas pesquisas que há tempos atrás se limitavam apenas às áreas de psicologia e psiquiatria e que atualmente se dissiparam para as ciências sociais, ciências da saúde e do comportamento humano, abordando questões como a aparência física e o bem-estar psicológico de portadores de HIV, câncer e demais patologias ou situações específicas.

No entanto, grande parte da literatura está voltada para as formas com que os indivíduos se comportam diante da repercussão da aparência física perante a sociedade e em função do bem-estar próprio. Isto se deve de maneira parcial aos instrumentos existentes para a avaliação deste construto, que buscam primariamente identificar os aspectos da imagem corporal que podem se revelar alterados. Além disso, é importante enfatizar que estes instrumentos foram criados com fundamentação na teoria cognitivo-comportamental ou na teoria de

processamento de informações, que focam na aparência física (CAMPANA; TAVARES, 2009).

Os estudos sobre a imagem corporal encontram-se alicerçados nos conhecimentos de dois grandes pesquisadores que desenvolveram suas pesquisas durante o século passado. Paul Schilder foi um dos responsáveis pela apresentação da capacidade da imagem do próprio corpo se destruir e reconstruir, e possibilitar mudanças de acordo com as experiências corporais vividas. Além disso, foi o primeiro autor a instituir uma abordagem multidimensional ao fenômeno, incluindo a psicanálise e a sociologia no contexto orgânico da estruturação da imagem corporal (CASTILHO, 1999). Seymour Fisher, pesquisador e psicólogo, assinalou sua contribuição na pesquisa sobre a imagem corporal, por demonstrar que técnicas projetivas não se obrigava necessariamente estar destinada apenas a prática clínica e intuitiva. Ambos os pesquisadores, consolidaram o paradigma da perspectiva sistêmica e integrada ao estudar o ser humano de modo universal (CAMPANA; TAVARES, 2009).

As diretrizes para a pesquisa da imagem corporal, proposta por Campana e Tavares (2009), ressaltam a importância de se ter uma compreensão aprofundada no tema para que os demais passos sejam traçados de maneira correta, tal como a escolha ideal do instrumento de pesquisa, para que assim possa alcançar as respostas para os objetivos propostos. Atualmente se destacam duas formas gerais de realizar avaliações sobre a imagem corporal, sendo elas: perceptiva e atitudinal. A primeira utiliza de métodos de manipulação de luzes ou registros em papel, além dos *softwares* que alteram o tamanho da dimensão corporal, permitindo analisar como o indivíduo estima a forma e tamanho corporal resultante da variedade das informações sensoriais. Já a dimensão atitudinal envolve o estudo das crenças, afetos e comportamentos adotados em relação à imagem corporal e dentro desta perspectiva se encontram quatro componentes:

- Insatisfação geral subjetiva: refere-se à insatisfação/satisfação que uma pessoa pode ter em relação à sua aparência como um todo.
- Afetivo: refere-se às emoções relativas à aparência física, incluindo ansiedade, disforia e desconforto em relação à própria aparência.
- Cognitivo: refere-se ao investimento na aparência física, a pensamentos distorcidos e a crenças sobre o corpo.

- Comportamental: refere-se à evitação de situações de exposição do corpo e a adoção de comportamentos de checagem do corpo (THOMPSON; VAN DEN BERG, 2002 citado por CAMPANA; TAVARES, 2009, p.77).

Campana e Tavares (2009) descrevem a grande variedade de questionários específicos para avaliar cada um dos componentes supracitados, que neste momento não cabem ser citados. Entretanto, vale ressaltar a necessidade de adquirir bases empíricas antes do início das investigações, evitando assim, que conclusões enviesadas comprometam a evolução das pesquisas na área.

Atualmente é possível identificar cinco grandes linhas de pesquisa ao colocar a imagem corporal como fenômeno a ser estudado. Com base em várias teorias sociais, a perspectiva social do estudo da imagem corporal foca na identificação de como os valores culturais e sociais interferem na auto percepção e percepção dos outros, mais especificamente nas questões ligadas a atratividade e aparência física (CAMPANA; TAVARES, 2009).

Linda Smolak se destaca como pesquisadora nesta área, principalmente nos estudos com crianças e adolescentes. A autora relata que o esquema da imagem corporal é guiado pelas influências socioculturais, como as imagens da mídia. Nessa idade, as crianças ainda não apresentam convicções integradas sobre a aparência e sistemas autoavaliativos totalmente formados. Portanto, se faz necessária a implantação de programas de prevenção durante a escola primária, a fim de reduzir a intensa influência da magreza (SMOLAK, 2004).

Alves et al. (2009) atentam para a relação entre cultura e imagem corporal, principalmente quando o foco é a maior ou menor satisfação com a imagem física. Os costumes da cultura ocidental são facilmente dissipados nesta era globalizada, há uma grande influência, quase que dever moral de estar adequado aos padrões corporais vigentes. É evidente a presença de maior insatisfação com a imagem e manutenção da beleza corporal por parte do sexo feminino. No entanto, é possível constatar que a insatisfação corporal é uma realidade também no sexo masculino e que os números de transtornos alimentares nos homens têm demonstrado aumento. Todavia, a opinião dos autores supracitados, em relação ao número expressivo de

investigações com o sexo feminino, deve-se a maior pressão social contribuindo para que as mulheres tornem-se alvo.

Apesar dos estudos com base na perspectiva social demonstrarem uma representatividade significativa na literatura atual, também há estudos fundamentados na perspectiva psicodinâmica que merecem destaque. Esta perspectiva foca a imagem corporal como a representação mental do corpo e assume que durante as situações vividas há certa incapacidade de identificar os sentimentos e sensações próprias. Essa incapacidade dificulta a representação corporal e a integração entre o *self* corporal e psicológico (CAMPANA; TAVARES, 2009).

Dolto (2004) se destaca com estudos na área psicanalítica ao atender crianças e familiares, além de propor conceitos que diferiam da visão de Paul Schilder. A autora define esquema corporal e imagem corporal como construtos distintos. O esquema corporal seria algo específico para todos os indivíduos enquanto representante da espécie, independente do lugar, época ou as condições de vida, atuando como intérprete da imagem do corpo e apresentando parte inconsciente e consciente. Desta forma, a imagem corporal se restringe a peculiaridade individual de acordo com a história do sujeito e como síntese de uma organização psicológica baseada em uma imagem base, que se refere ao sentimento de existência que se desenvolve durante a infância; uma imagem funcional, que reflete a busca de realização dos desejos a partir do relacionamento com o mundo; e uma imagem erógena, compreendida pelo compartilhamento dos prazeres corporais com os outros.

Enquanto isso, a perspectiva cognitivo-comportamental ressalta que a constituição da imagem corporal se baseia nas influências do passado, que influenciaram na sua forma de pensar, sentir e agir em relação ao corpo; e os eventos ou processos futuros, responsáveis por manter ou precipitar as influências na experiência da imagem corporal, e que incluem os diálogos internos, os comportamentos de autorregulação e o processamento esquemático da aparência. É se baseando nestes dois grupos de fatores que permite que o indivíduo defina a maneira como o mede a satisfação em relação ao corpo levando em consideração a importância cognitiva, emocional e comportamental (CAMPANA; TAVARES, 2009).

Cash (2002) elaborou uma figura esquemática a fim de demonstrar o modelo conceitual e multidimensionalidade da imagem corporal, segundo a teoria cognitivo-comportamental. O autor atenta que as imagens que a pessoa tem de seu próprio corpo, sejam elas antigas ou referentes a eventos próximos, podem contribuir para a história da imagem corporal. Além disso, a figura salienta as variáveis da imagem corporal e é apresentada sem setas direcionais de modo intencional, uma vez que, acredita-se na causalidade existente entre os fatores ambientais, processos internos (cognitivos, afetivos e físicos) e comportamentais, porém a complexidade dificulta demonstrar a interação entre eles.

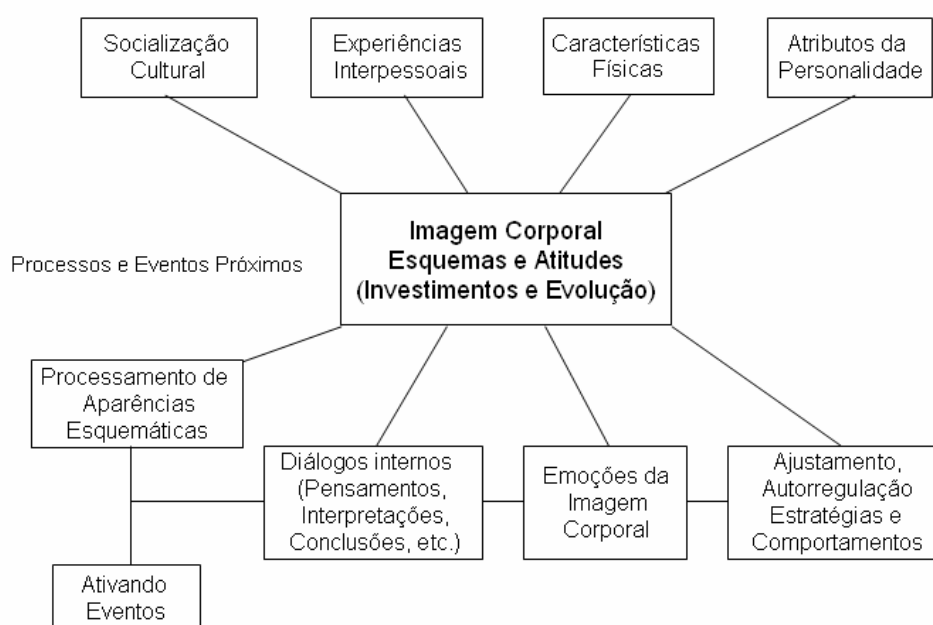


Figura 2. Modelo cognitivo-comportamental do desenvolvimento e experiências da imagem corporal adaptado de Cash (2002).

Também existem estudos embasados na teoria do processamento de informação. Esta perspectiva assume a imagem corporal como um fator de predisposição na determinação de outros processos cognitivos, tais como o comportamento social, o conhecimento e a autorrepresentação. Além disso, esta linha de pesquisa busca explicar como o indivíduo processa as informações sobre a autoimagem. Para isso, o termo esquema corporal agrega valores positivos e negativos que refletem na resposta do indivíduo diante das situações além de servir como base para outros construtos como a enciclopédia mental que dá ênfase no conhecimento e relação

entre os fatos; o processamento das situações sociais, englobando as estratégias para a criação de suporte a crenças e valores e enfim, a representação do *self* que pode ser dominada pelo esquema corporal (CAMPANA; TAVARES, 2009).

Por fim, existe a perspectiva neurológica considerada uma das pioneiras na compreensão atual da imagem corporal. No início era dada maior ênfase nos estudos sobre a imagem corporal de pessoas com lesões cerebrais e demais patologias, em função do mecanismo neuronal coordenar a postura e o movimento corporal. Atualmente esse enfoque não se apresenta tão linear. A abrangência desta perspectiva se ateve então ao fenômeno do membro fantasma e como a lesão se relaciona com a consciência corporal (CAMPANA; TAVARES, 2009).

O destaque para essa linha de pesquisa se dá ao neurologista Antonio Damásio, que deu início a uma série de investigações sobre o cérebro humano e sobre as bases biológicas da subjetividade. Seus achados advinham dos estudos de algumas patologias neurológicas ou com base nos resultados empíricos de suas observações. Seu empenho clínico no tratamento dos transtornos do comportamento e da cognição despertou o interesse pelo estudo da mente, mais especificamente os sistemas neurais da consciência e sua relação com as emoções e os sentimentos. Por considerar corpo e mente uma unidade integrada, afirma a influência dessa entidade na construção do “eu”. Assim, as bases da identidade pessoal, da imagem do corpo e da construção de “eu” encontram-se no substrato neural, distribuído ao longo do córtex cerebral cujas marcas também estão distribuídas no corpo. O teórico ressalta que isto foi adquirido biologicamente ao longo de um processo de “aperfeiçoamento” do cérebro sem o qual não seria possível a nossa sobrevivência (SILVA, 2007).

Diante das explanações anteriores referentes às cinco grandes linhas de pesquisas em imagem corporal, faz-se necessário explicitar que a abordagem teórica adotada é a perspectiva cognitivo-comportamental, por ser a teoria que fundamenta o instrumento utilizado para avaliar a satisfação (construto central do questionário) e os componentes afetivo e cognitivo da dimensão atitudinal da imagem corporal (CAMPANA; TAVARES, 2009).

3.2.1 Desenvolvimento da imagem corporal: um enfoque na infância e na adolescência

As experiências visuais influenciam a construção da autoimagem corporal e, ao mesmo tempo, a construção da imagem dos que se encontram ao redor. Essa informação permite compreender que a imagem corporal vai além dos limites físicos do corpo, sendo considerada um fenômeno social (SCHILDER, 1999). Há, portanto, embasamentos nas interpretações e significados da relação entre o ser humano e o mundo, por meio das trocas de sensações e sentimentos com o outro, capaz de alterar a imagem que elaboramos do próprio corpo (GARDNER, 2001).

O desenvolvimento e estruturação da imagem corporal estão associados nas diversas fases da existência humana, no entanto, iniciam na infância e atravessam a complexidade da puberdade e os conflitos da adolescência. É um processo em contínua construção desde o nascimento até a morte, além de demonstrar relações com os aspectos fisiológicos, afetivos e sociais (TAVARES, 2003). Fernandes (2007) ressalta que o desenvolvimento da imagem corporal inicia junto ao processo de identificação do corpo e embora a imagem corporal seja susceptível a mudanças de acordo com a realidade vivida, ela é inseparável da estrutura física, o que permite ao indivíduo interagir com o mundo.

O processo de desenvolvimento da imagem corporal ocorre de maneira simultânea com o desenvolvimento do esquema corporal durante a infância e discorre de forma lenta e gradual. No entanto, Schilder (1999) ressalta que as primeiras experiências dessa fase são de extrema importância na relação consigo próprio e com o mundo durante o decorrer da vida. Cabe neste momento, frisar a visão dos princípios psicanalíticos referentes à imagem corporal, principalmente no que se diz respeito às fases do desenvolvimento da personalidade (fase oral, anal, fálica, de latência e genital). Diante do relacionamento com o próprio corpo, Silva, Venditti Júnior e Miller (2004) baseado em Schilder, colocam a questão do desenvolvimento da sexualidade, mais propriamente da fase genital como necessária para a apreciação total das outras pessoas e de suas integridades somáticas.

Desta forma, através dos sentidos sensoriais e da exploração do meio em que vive, o indivíduo permite que seja criada a imagem do próprio corpo, sendo que essa percepção ocorre por volta dos 18 meses (KRUEGER, 1968; PIAGET, 1945 citado por MATARUNA, 2004). Além disso, a representação do próprio corpo é fundamental para o estabelecimento de sua personalidade. Le Boulch (1982, p. 16) salienta que “a imagem do corpo se constrói junto com as etapas do desenvolvimento para alcançar a cada nível de organização da personalidade uma unidade provisória e que se deve reconstruir em cada nova etapa”.

Como já abordado anteriormente o início do estudo da imagem corporal se deu sob a perspectiva neurológica, o que durante certo tempo, foi motivo de confusões com o termo esquema corporal. Freitas (2008) aborda claramente os processos fisiológicos, psicológicos e sociológicos envolvidos nos complexos processos que definem o esquema e a imagem corporal. A autora coloca que para Head e Holmes (1973), o esquema corporal consiste em junções entre as sensibilidades orgânicas que se volta para as impressões posturais, como sendo apenas as experiências cinestésicas que estruturam a postura corporal e se ligam às atividades motoras.

Dolto (2004) aponta o esquema corporal como a organização do corpo, uma materialidade carnal que implica o indivíduo no mundo físico, mas só existe enquanto elemento humano na integração com a imagem do corpo. O corpo não se limita apenas a um meio que constrói movimentos e possibilita ações e sim, num importante meio de construção social. Enquanto isso, a imagem corporal é permeada por concepções que vão da dimensão centrada no desenvolvimento maturacional biológico até as inscrições psicoafetivas. Cabral (2001) define a imagem do corpo como o conjunto de fantasias, vivências, afetos e imagens introjetadas a partir das primeiras relações com o mundo. Resulta dos investimentos a que este sujeito foi ou não submetido, sendo a síntese viva das experiências emocionais. Desta maneira, o indivíduo integra as partes do seu corpo (esquema corporal), com a forma que se vê (imagem corporal).

Segundo Dolto (2004) este processo de integração depende do significado dado ao corpo durante a infância e das relações que a criança constrói com o mundo, pois, por meio da imagem do corpo é que se torna possível entrar em contato com o

mundo. A partir daí o esquema corporal ganha significação própria subjetivando o corpo e permitindo formas próprias do ser infantil. Este processo encontra-se fundamentado desde as primeiras experiências do bebê no mundo. A figura materna é o elo, o elemento principal da relação da criança com o meio. É pelas ações afetivas da mãe, que corpo do bebê é nomeado e estruturado, sendo fundamentais essas primeiras marcas que embasam a imagem corporal.

Aos dois anos de idade, a maioria das crianças já possui uma percepção própria que permite reconhecer a imagem de seu corpo refletida num espelho. Assim, Montardo (2002) coloca que a criança desenvolve seu conceito a respeito da imagem corporal, nos primeiros anos escolares, em que se tornam capazes de identificar as aparências das pessoas e a pensar sobre como os outros vêem a sua aparência. Começam então, a atribuir conceitos de bonito e feio à própria aparência e inclusive à aparência dos demais. A partir desta capacidade, as crianças formam imagens do que não é atraente e adotam uma idéia de como não “devem” se parecer. Mais importante ainda, é o fato delas julgarem de que forma sua própria aparência corporal se adequa ao modelo que lhes é transmitido, o que traz conseqüências aos sentimentos de autovalor (CASTILHO, 2001).

Smolak (2004) aborda importantes aspectos que influenciam na insatisfação corporal de crianças e adolescentes, relatando achados de que crianças próximas aos 5 anos de idade já absorveram o preconceito cultural contra pessoas gordas. Porém, a autora questiona o fato de que muitas dessas pesquisas não utilizaram de métodos fidedignos para tal afirmação e sugere a necessidade de avaliar o índice de massa corporal no momento e sua estimativa para o futuro, a insatisfação com o corpo e comportamentos alimentares de risco. Ela salienta que a insatisfação corporal durante o período da infância e da adolescência favorece riscos para que se associem ao desenvolvimento de transtornos alimentares e depressão na fase adulta.

Allen et al. (2008) desenvolveram um estudo de seguimento na Austrália Ocidental, com dados populacionais do crescimento e desenvolvimento de crianças de 8 a 13 anos que participavam de um programa de manutenção da obesidade na infância. Os autores investigaram diversas variáveis, dentre elas as questões da insatisfação

com a imagem corporal, o IMC, fatores psicossociais (autoestima, depressão, perfeccionismo, influências da mídia e comentários sobre a obesidade) e comportamentais (restrição ou farra alimentar). Os resultados indicaram que o descontentamento corporal e a preocupação com o peso e forma corporal se mostraram preditores na adoção da restrição alimentar, além de ambos predizerem os comportamentos de farra alimentar. Do mais, meninas preponderantes demonstraram baixa autoestima e internalização das mensagens da mídia relativos aos ideais de corpo ao autoavaliar o peso e forma corporal.

Em Florianópolis, Pereira et al. (2009) verificaram a percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis socioeconômicos. Os resultados apontaram uma tendência dos escolares das classes sociais mais altas apresentarem insatisfação pela magreza, enquanto os das classes mais baixas, insatisfação pelo excesso de peso. Diante disso, os autores supracitados relatam que os achados da literatura diante desta questão ainda são restritos e que mais estudos capazes de controlar demais comportamentos que interferem na determinação da insatisfação corporal sejam realizados.

Triches e Giugliani (2007) constataram por métodos antropométricos e a escala de imagem corporal, que escolares pré-adolescentes de 8 a 10 anos do sul do Brasil, apresentavam prevalência significativa de insatisfação corporal. Da amostra total de 573 escolares, 52,5% era do sexo feminino, o qual 41,2% das garotas eutróficas (percentil entre 15 a 85) gostariam de ter silhueta menor. As autoras concluem que nesta idade os escolares já apresentam uma preocupação precoce em relação ao peso, mesmo estando dentro do padrão nutricional estipulado.

Os estudos longitudinais e transversais internacionais também indicam preocupação. Pesquisas realizadas com crianças e adolescentes noruegueses (STORVOLL; STRANDBU; WICHSTRØM, 2005), chineses (LI et al., 2005) e chilenos (MELLOR et al., 2008), apontam para um aumento na insatisfação corporal com o avançar da idade, o que na maioria dos casos pode ser explicado pelo aumento do peso corporal, sendo esses comportamentos predominantes entre as moças.

Porém, é no estágio da adolescência que pode ocorrer distúrbios relacionados à autoimagem, pelo fato de estar associada várias mudanças ocorridas nesta fase, que ocasionam a formação da identidade, em que o indivíduo busca entender suas emoções, sua função na sociedade, inclusive as modificações ocorridas em seu corpo, dando maior importância à aparência (FERNANDES, 2007).

A adolescência é um período crítico do desenvolvimento psicossocial (BACHEGA; GOLDBERG, 2006) e crescimento físico, pois, segundo a literatura específica, é nesta fase da vida que se evidenciam os eventos pubertários, envolvendo alterações fisiológicas próprias da idade, inclusive o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, o ganho acelerado de peso e estatura e as alterações da composição corporal (SILVA et al., 2003). Além disso, o aumento nas dimensões corporais também é determinante para a questão da aceitação do corpo (BEARMAN; MARTINEZ; STICE, 2006; MCCABE; RICCIARDELLI, 2004).

As mudanças corporais desta fase podem contribuir de forma positiva ou negativa para a satisfação com a imagem corporal de acordo com o gênero do indivíduo. Faria (2005), compara como a população adolescente do sexo masculino e feminino enfrenta essa metamorfose. Os meninos com maturação precoce apresentam a autoestima positiva em função da popularidade por eles alcançada visto à melhora no desempenho atlético. Já as meninas em situação de amadurecimento precoce, são as que encontram maiores dificuldades em relação à aceitação social. A imagem corporal negativa, assim se faz, em virtude da dificuldade em serem aceitas nos grupos de amizades, em função de ser a forma física anterior que foi perdida, a condizente com a magreza imposta como padrão de beleza feminina.

Verplanken e Velsvik (2008) apontam que os pensamentos de pessoas insatisfeitas com sua imagem corporal podem variar entre avaliações negativas que focam em determinadas características específicas do corpo, alterações na forma corporal ideal ou na convicção de que as pessoas desprezam sua aparência física. Além disso, o descontentamento corporal pode se tornar crônico e inclusive um hábito mental.

Atualmente, percebe-se que o desejo de emagrecer é generalizado, mesmo em países não-ocidentais. No Japão, mulheres jovens têm um desejo ainda mais forte para ser magra do que suas homólogas americanas ou vietnamitas. Essa questão atenta para a necessidade de monitorar as tentativas de perda de peso inadequado, especialmente entre adolescentes, independente do país de origem (SUGAWARA et al., 2010). Nos Estados Unidos, pesquisas indicam que a insatisfação com a imagem corporal é influenciada principalmente pelo físico ideal de modelos, estrelas de cinema, atletas de elite, profissionais de *fitness*, ou qualquer outra posição onde a imagem corporal recebe destaque (MARTIN, 2010). Portanto, verifica-se que as influências socioculturais determinam a busca do tipo físico ideal de pessoas de diferentes faixas etárias ou estilos de vida, sejam atletas ou praticantes de atividades físicas (DAMASCENO et al., 2006).

3.3 Transtornos alimentares na atualidade: enfoque na adolescência e fatores contribuintes para seu surgimento

A sociedade atual devota muita atenção e supervaloriza o corpo extremamente magro, estereótipo que atinge particularmente o sexo feminino na fase da adolescência (VAN DEN BERG et al., 2007). Os meios de comunicação, principalmente a mídia televisionada e escrita, divulgam de forma massacrante o corpo “idealmente” esbelto das modelos e atrizes (MARTIN, 2010). As adolescentes atraídas pelas imagens e envolvidas pelo contexto social buscam de forma imperativa alcançar o padrão idealizado, gerando um forte descontentamento quando percebem que não se adequam a tal perfil (HARRISON; HEFNER, 2006; HALLIWELL; DITTMAR, 2005). De acordo com o posicionamento de vários pesquisadores, esses problemas estão associados às formas com que a sociedade vem se relacionando com o avanço tecnológico, desde as inovações na medicina estética, como no aumento no número de salões de beleza e de academias (RIBEIRO, 2006).

Indivíduos que se submetem à imposição do corpo magro podem ser frustrados, apresentando grandes chances de se tornarem obsessivos em função da grande

oferta de alimentos, que atualmente cresce deliberadamente. Essa obsessão faz com que populações vulneráveis como adolescentes e mulheres jovens desenvolvam algum tipo de transtorno alimentar e preocupação excessiva com a dieta e forma corporal. Diante disso, a aceitação e a adoção de atitudes voltadas para os aspectos da supervalorização do corpo, permitem ressaltar que este, talvez, seja um dos principais fatores que influenciam no crescente número de casos de transtornos alimentares (TA). No entanto, a expansão dos processos de globalização e dos meios de informação é o meio mais fácil para a disseminação da imagem corporal idealizada.

Segundo Cordás (2004), os TA são caracterizados por um padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado, um controle patológico do peso corporal e por distúrbios da percepção do formato corporal. Em função dos TA possuem vários fatores associados ao seu surgimento e desenvolvimento, estudiosos da área os tratam como transtornos de origem multifatorial, o que dificulta a detecção dessas patologias. No entanto, é baixa a prevalência desses TA quando verificada através de pesquisas epidemiológicas, pois atingem em média 2% da população feminina na faixa etária de risco.

É devido aos índices expostos acima, que Vale (2002) comenta os pensamentos de parte da comunidade científica sobre a importância desses transtornos e complementa que de acordo com alguns epidemiologistas, esse pensamento se dissipou pelo fato das síndromes parciais terem passado despercebidas por alguns anos.

As síndromes parciais consistem nos casos em que não se confirmam todos os critérios diagnósticos para serem considerados transtornos alimentares. Behar (2008) aponta que os transtornos alimentares não-específicos (TANE) são os mais encontrados na prática clínica de rotina. Sua prevalência varia entre 2,4 a 12,6% entre adolescentes do sexo feminino e 60% entre os casos diagnosticados nos centros de tratamento. Por apresentar ainda certa incoerência nos fatores que diferem os diferentes tipos de TA, a autora alerta a necessidade de as perspectivas nosológicas e conceituais, uma vez que, esses casos necessitam rápido reconhecimento e tratamento. Na Inglaterra, um estudo prospectivo investigou os

fatores de riscos para anorexia, com avaliações que sucederam 5, 10 e 30 anos após a avaliação inicial. Os resultados apontaram que ser do sexo feminino, ter apresentado problemas de alimentação durante a infância, histórico de baixa alimentação e sintomas de depressão por parte da mãe podem ser fatores que predizem o surgimento de transtornos alimentares (NICHOLLS; VINER, 2009).

Wentz et al. (2009) destacam a adolescência como uma fase susceptível ao desenvolvimento de anorexia nervosa. Os autores se fundamentam em um estudo longitudinal de 18 anos. Avaliações psiquiátricas iniciais selecionaram 51 adolescentes com algum tipo de transtorno alimentar, enquanto outras 51 jovens de mesma faixa etária foram então selecionadas para compor o grupo controle sem indícios de transtornos alimentares (TA). Os resultados demonstraram que ao longo do estudo houve uma oscilação quanto ao tipo predominante de TA (anorexia, bulimia nervosa ou TA não-específicos) e a persistência de 6 casos de TA ao final do estudo. Além disso, os autores ressaltam que a baixa idade de início de TA, desordem da personalidade obsessivo-compulsiva e traços autistas predizerem um desfecho favorável para a anorexia nervosa.

A preocupação com essa realidade tem sido alvo de intensas investigações e discussões na literatura especializada, particularmente sobre os agravos no crescimento físico e na maturação biológica de adolescentes com tais transtornos (KATZMAN, 2005; TEDESCO et al., 2008; SAMPEI et al., 2009). Com relação ao processo de amadurecimento biológico este indica um forte impacto sobre as preocupações com as formas corporais, principalmente entre as moças. A maturação biológica é caracterizada no sexo feminino principalmente pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e pelas alterações na quantidade e distribuição da gordura relativa (LOOMBA-ALBRECHT; STYNE, 2009).

Para as adolescentes um importante marco maturacional é a menarca que indica a possibilidade de fecundidade e uma releitura da imagem corporal (LEE et al., 2007). Estudos realizados com população adolescente apontam que esta fase de mudanças conduz o foco de atenção para as formas corporais, caracterizando-se por ser um período de aumento da insatisfação com a imagem corporal e também o início de práticas dietéticas incorretas, fatores precursores de doenças como a

anorexia (ATA et al., 2007; ALVES et al., 2008; PIVETTA; GONÇALVES-SILVA, 2010). Além disso, é nesta fase que a desnutrição e complicações médicas decorrentes de transtornos alimentares como AN, bulimia nervosa e TANE podem exercer efeitos potencialmente mais graves e prolongados durante a juventude do que em outras idades (BRAVENDER et al., 2010).

Atualmente é possível identificar diversos fatores que influenciam No surgimento dos transtornos alimentares. As pressões socioculturais da magreza exercidas sobre as mulheres afetam principalmente as adolescentes em fase de transição para a vida adulta que é acompanhada da formação da identidade (ALVARENGA, 2001). Behar (1992 apud VALE, 2002) relata que essa fase é mais complicada para o sexo feminino por sofrerem uma pressão social maior, em relação aos comportamentos e atitudes a serem incorporados, deixando as garotas mais necessitadas de reconhecimento social. Isso se faz em função da sociedade construir o conceito de que as meninas desde cedo, devem ser frágeis, passivas e providas de beleza física (PAIM; STREY, 2004).

Vale (2002) enfatiza que entre o NSE mais elevado há maiores riscos de se desenvolver algum tipo de transtorno alimentar, apontando que as adolescentes desta classe social teriam maiores oportunidades de acesso à informação, o que poderia influenciar nos hábitos e práticas alimentares, inclusive a comportamentos mais restritivos. Diante disto, não se deve desconsiderar a força exercida pela mídia e pela moda sobre os padrões sociais que geralmente impõeM impacto inicial nos países mais ricos e desenvolvidos; e com o avançar do tempo se estendem as demais populações afetando o comportamento das adolescentes e adultas jovens. Contudo, a preocupação atual se além ao aumento da prevalência dessas patologias em nosso país conduzindo a evidência de que os transtornos alimentares podem estar presentes em qualquer classe social e não apenas às classes economicamente mais privilegiadas (GONZAGA; WEINBERG, 2005).

Alvarenga (2001) expressa a influência das mudanças nos padrões alimentares, bem como, nos padrões de beleza e peso corporal. A autora traz uma relevância extremamente importante sobre as variáveis psicológicas e a teoria etiológica dos transtornos alimentares. Esta teoria se baseia no plano individual estabelecido na

relação psicoafetiva mãe-filha, que caracteriza a fase inicial do desenvolvimento da criança, a qual se apóia principalmente no plano da alimentação e as demais relações afetivas. No entanto, as pessoas que desenvolvem transtornos alimentares podem ter sofrido alguma falta no âmbito da satisfação das suas necessidades tanto biológicas como do ponto de vista emocional.

A literatura aponta que algumas características familiares são expressas através dos relatos de pacientes com AN e BN. As anoréxicas relatam que suas famílias são estáveis, sem conflitos, coesas e não se queixam de falta de cuidados ou atenção, portanto, observadores externos colocam que essas famílias quando comparadas a de indivíduos sem o transtorno, são rígidas e buscam evitar conflitos (VANDEREYCKEN, apud MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). Já as bulímicas relatam famílias desorganizadas, perturbadas e sentem a falta de cuidados (LASK apud MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Também é possível detectar diferenças quanto aos traços de personalidade em indivíduos com anorexia e bulimia nervosas. As anoréxicas se apresentam mais obsessivas, introvertidas e perfeccionistas enquanto as bulímicas são mais sociáveis, impulsivas e apresentam comportamentos de risco. Características comuns entre as duas patologias são a baixa autoestima e autoavaliação negativa (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002). Alvarenga (2001) expõe que as bulímicas informam sintomas característicos de estado de ânimo deprimido e variável, baixa tolerância à frustração, ansiedade e pensamentos suicidas.

Ainda abordando o ambiente familiar, percebe-se grande impacto desta variável sobre os aspectos relacionados à alimentação. As mães desempenham um papel importante na transmissão da natureza e relevância das pressões socioculturais para suas filhas ao manifestarem suas próprias preocupações com peso e padrões estéticos de magreza (JAFFE; WOROBEY, 2006). Além disso, Sampei e colaboradores (2009) verificaram que as mães caucasianas dispõem de mais comportamentos voltados às dietas através dos relatados entre 33,5% das jovens pré-menarca e 27,4% pós-menarca, índices significativamente superiores aos demonstrados pelas jovens nipo-brasileiras.

Visto que a adoção de dietas antecede o início dos transtornos alimentares, alguns fatores biológicos também podem ser observados em pessoas com transtornos alimentares, podendo ser considerados fatores predisponentes. Dentre eles estão alguns fatores genéticos como alterações somáticas nas vias noradrenérgicas e serotoninérgicas que ocasionam alterações no humor, controle do impulso, obsessividade e alterações no mecanismo regulatório da fome e saciedade (KLUMP; CULBERT, 2007).

Analisando a literatura, percebe-se que os TA mais relatados tanto entre a população em geral como entre os atletas são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Diante disso, os subtópicos seguintes abordam os aspectos relevantes desses transtornos e as complicações geralmente ocorridas.

3.3.1 Anorexia e bulimia nervosas: sérias conseqüências à saúde

A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno caracterizado por uma alimentação restrita onde o principal objetivo dos indivíduos anoréxicos é manter um peso corporal baixo em função do medo em engordar e a alteração da imagem corporal contribui para que eles sempre se sintam gordos. Normalmente esse transtorno se desenvolve na população adolescente a partir da puberdade e também em adultos jovens (BARROS; OLIVEIRA, 2001).

Diferente da anorexia, a Bulimia Nervosa (BN) consiste num transtorno alimentar (TA) cujo indivíduo apresenta episódios de compulsão alimentar, ingerindo alimentos em grande quantidade, seguido de atitudes purgativas como vômitos autoinduzidos e uso excessivo de laxantes ou diuréticos, restrição alimentar ou ainda períodos de jejum. Juntamente com essas características está o medo de engordar e a insatisfação com a imagem corporal (CORDÁS; CLAUDINO, 2002; CLAUDINO; BORGES, 2002; OLIVEIRA et al., 2003; CORDÁS, 2004). Esse comportamento perigoso pode ocorrer durante a realização de uma dieta de emagrecimento (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; GOLDBERG, 2006).

Atualmente, existem dois sistemas classificatórios para transtornos mentais, o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) pela APA (*American Psychiatric Association*), onde ambos ressaltam nos critérios para AN: a perda considerável de peso, a preocupação mórbida com o risco de engordar, alterações na percepção corporal e disfunções endócrinas (ex. amenorréia) (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Contradições entre os sistemas classificatórios citados acima consistem na forma como são classificadas as anoréxicas, onde o DSM-IV subdivide a AN em dois subtipos: o *restritivo*, caracterizado pela dieta (restrição alimentar) e realização de exercícios intensos; e o de *Compulsão periódica/purgativo* que além da dieta e exercícios, são adicionados episódios de compulsão alimentar e/ou purgação.

Segundo Goldberg (2006), o DSM-IV considera mais anoréxicas que bulímicas, aquelas que induzem vômito e tem o peso corporal 15% abaixo do ideal. Já a CID-10, não distingue tipos de anorexia, onde as anoréxicas com comportamento bulímico/purgativo e baixo peso são consideradas bulímicas e anoréxicas (CLAUDINO; BORGES, 2002; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Para critério diagnóstico da BN tanto a CID-10 e o DSM-IV levam em consideração os episódios de hiperfagia após a ingestão de uma quantidade consideravelmente grande de alimentos, de maneira que os mesmos ocorram num período de duas vezes por semana, por no mínimo três meses. Além disso, utilizam como critério a sensação incontrolável de estar se alimentando, as diversas formas de compensar a quantidade elevada de calorias ingeridas através da purgação e outros métodos. O transtorno de imagem corporal também faz parte dos critérios, onde o medo de engordar é descontrolado, o que colabora para a ocorrência dos atos (CORDÁS, 2004).

O DSM-IV considera dois subtipos: o *purgativo*, englobando o uso de laxantes, auto-indução de vômito e outros métodos; e o *não purgativo*, onde se busca a perda de peso através de jejuns ou exercícios extenuantes (CORDÁS, 2004).

Em função das atitudes anoréxicas, várias complicações podem ser desencadeadas principalmente na fase puberal que é caracterizada pelas modificações biológicas, sendo uma delas o desenvolvimento do tecido ósseo. Santos et al. (2004), verificou a massa óssea em 14 mulheres anoréxicas com idade entre 15 e 34 anos, relatando que a ingestão de cálcio exerce importante influência na densidade mineral óssea pois, no grupo em que o déficit da ingestão de cálcio foi maior que 60% do mínimo, aproximadamente 40% das pacientes tinham osteoporose. Além desses achados, o estudo verificou a correlação entre a densidade mineral óssea e o tempo de amenorréia assim como o hipoestrogenismo dificultando o estabelecimento da massa óssea nas mulheres. É na fase da puberdade que cerca de 15% da estatura final adulta irá se desenvolver (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002). Portanto, a ocorrência da má nutrição, da redução do estrógeno e outros fatores pode resultar em baixa estatura, osteopenia ou osteoporose (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; KATZMAN, 2005; SIDIROPOULOS, 2007).

Na AN algumas alterações endócrinas como redução de alguns hormônios do eixo hipotálamo-hipófise gonadal, são passíveis de complicações clínicas podendo conduzir a amenorréia, que pode ser acompanhada de diversas regressões para fases pré-puberais como redução do ovário, do tamanho das mamas, do útero, atrofia da parede vaginal, perda dos pêlos pubianos e até infertilidade com possíveis ovulações (ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002).

Além dos comprometimentos de cunho endocrinológico, a AN é um distúrbio que afeta várias áreas do corpo humano. Há conseqüências cardiovasculares como bradicardia, atrofia do músculo cardíaco, resposta diminuída ao exercício físico, entre outros (KATZMAN, 2005; SIDIROPOULOS, 2007). Podem ocorrer alterações gastrointestinais; dilatação e esvaziamento gástrico lento, lactase e lipase diminuídas, entre outras. Problemas hematológicos como anemia e leucopenia, metabólicos como hipercolesterolemia, hipoglicemia e hipercarotenemia; hidroeletrólíticos, dentre eles desidratação e hipotermia; comprometimentos cerebrais como, atrofia; problemas renais e até morte súbita (FLEITLICH et al., 2000; ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002; BORGES et al., 2006). Litt (2002) ressalta que a taxa de mortalidade que acomete indivíduos com esse transtorno é aproximadamente de 10%, geralmente ocasionada por distúrbio eletrolítico grave,

arritmia cardíaca ou insuficiência cardíaca congestiva. Esta insuficiência é influenciada pela reidratação e realimentação excessivamente rápida.

Appolinário e Claudino (2000) relatam que inicialmente as anoréxicas restringem da sua dieta os alimentos “engordantes” como os carboidratos, passando a se sentirem gordas mesmo não estando. Isto ocorre devido à alteração da autoimagem corporal, contribuindo assim para o desenvolvimento de outras características da doença tais como a obsessão por dietas, controle exagerado do peso e forma corporal podendo chegar ao isolamento social. Ao analisar o comportamento alimentar de garotas entre 15 e 18 anos de uma escola particular do município de São Paulo, Dunker e Philippi (2003) identificaram 21,1% com sintomas da doença, assim como a presença de aversão a doces, semelhante ao das anoréxicas.

Em relação à BN, Martins (2007) enfatiza que a pessoa começa a apresentar comportamentos alimentares descontrolados como forma de combater momentos de ansiedade ou frustração e a ingestão de alimentos só é interrompida por algum mal estar físico ou quando o mesmo se acaba. Normalmente esses episódios ocorrem em segredo e logo após a compulsão alimentar os indivíduos sentem-se culpados pelo ato realizado e a preocupação com a alta quantidade de alimentos ingeridos faz com que utilizem métodos que impeçam o ganho de peso. A autora ainda relata que um dos métodos mais utilizados é a indução do vômito que ocorre através da utilização dos dedos ou outros objetos para provocarem o reflexo do vômito. O excesso de exercícios físicos também é meio buscado pelas bulímicas, que as mesmas os colocam como indispensáveis, muitas vezes ultrapassando a carga horária recomendada.

Martins (2007) aponta que por meio de observações é possível compreender a forma utilizada pelas bulímicas visando à manutenção do peso corporal que consequentemente contribui para a construção de um “ciclo vicioso”. Inicialmente há a orgia alimentar seguida de sentimentos culposos levando a indução do vômito e alterações na autoestima e ansiedade restringindo a alimentação, o que facilita o acontecimento da compulsão, vômito e os demais comportamentos dando procedimento a um novo ciclo.

Alvarenga (2001) e Martins (2007) relatam que a anorexia apresenta mais facilidade ao identificar os sinais da doença pelo fato da recusa alimentar e magreza extrema. Já a bulimia apresenta um grau maior de dificuldade em função das refeições serem realizadas entre outras pessoas e as compulsões feitas em segredo, além de apresentar um peso corporal normal ou levemente acima do peso. Alvarenga (2001) descreve que apenas os profissionais que conhecem a patologia são capazes de identificá-la logo no início. Na verdade, um dos empecilhos na identificação é o fato de que normalmente as portadoras da patologia apresentam o peso levemente acima do normal.

As alterações físicas mais comuns apresentadas pelas pessoas com esta patologia são as calosidades presentes no dorso da mão conhecida como “sinal de Russell”, por provocar o reflexo do vômito. Há o aumento das glândulas parótidas e o desgaste no esmalte dentário, causado pelos ácidos gástricos. Além disso, apresentam queda de cabelo, alterações menstruais, descamação na pele, edemas, entre outros (ALVARENGA, 2001).

Em relação às consequências médicas da BN, as mais comuns são as alterações metabólicas e hidroeletrolíticas dentre elas: baixa concentração de sódio, magnésio, cloro e potássio no sangue podendo causar falência cardíaca e outras alterações. O vômito excessivo pode gerar perfurações no esôfago, estômago e pneumomediastino, assim como o prolongamento do mesmo pode provocar alterações de outros órgãos como rins e fígado, e também anormalidades intestinais em função do excesso de laxativos. A má-nutrição também atinge alguns indivíduos com esse transtorno podendo gerar alterações hematológicas como anemia e problemas imunológicos, quanto ao excesso de exercícios podem surgir lesões musculares e articulares. Também podem ocorrer alterações visuais e diminuição da atividade do sistema nervoso simpático (ALVARENGA, 2001; APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000; VILELA et al., 2004; OLIVEIRA et al., 2003; ASSUMPÇÃO; CABRAL, 2002; BORGES et al., 2006; MARTINS, 2007).

Percebe-se que diante da realidade dos indícios de transtornos alimentares entre adolescentes, os pesquisadores vêm buscando meios para melhor diagnosticar os casos. No Centro Médico da Universidade de Chicago, a comparação do perfil de

uma amostra clínica de 401 crianças e adolescentes que desenvolveram transtorno alimentar com os critérios diagnósticos propostos pelo DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) apontaram para a necessidade da reestruturação do DMS-IV a fim de considerar aqueles que apresentam transtornos mínimos e em idades precoces (EDDY et al., 2010).

3.3.2 Os transtornos alimentares e a imagem corporal em meio à dança e ao esporte: magreza... sinônimo de desempenho?

Considerando o posicionamento de pesquisadores que abordam a ocorrência da insatisfação corporal e transtornos alimentares entre atletas, este capítulo será desenvolvido de maneira a enfatizar algumas pesquisas realizadas que se destacam na área.

Há anos atrás, as atenções já se voltavam para a ocorrência desses transtornos na população de atletas. Beals e Marone (1994) atentam para o aumento crescente da prevalência de TA e preocupações excessivas em relação ao peso corporal, principalmente entre as atletas. As autoras comentam que a pressão para a melhora da performance associada às exigências de um corpo magro levam a hábitos alimentares nocivos. Um ponto importante neste artigo refere-se aos casos subclínicos, ou seja, que não atendem a todos os critérios diagnósticos chamado de “anorexia atlética”. Esse termo é utilizado por ser uma característica entre os atletas, pois eles podem restringir a alimentação, mas não a ponto de ser considerado uma anorexia como ocorre entre outros indivíduos. O mesmo ocorre para os traços psicológicos, em que tendências obsessivas-compulsivas e perfeccionismo são características geralmente esperadas e essenciais para competir com sucesso, diferente daqueles com um TA clínico que apresentam desconforto emocional severo e/ou psicopatologias específicas que vão além das preocupações com o peso e o uso de métodos de redução do mesmo. Além disso, mesmo com essas descrições das características de anorexia atlética, percebe-se que ainda são um tanto mal-definidas e indiscriminadas. Assim, as autoras apontam para a necessidade de mais pesquisas para delinear e definir as características das pessoas com transtornos alimentares subclínicos, como a anorexia atlética e

determinar a prevalência desses transtornos entre as modalidades pré-dispostas a tal transtorno.

Byrne e McLean (2001) realizaram um estudo de revisão de literatura abordando a incidência de desordens alimentares em atletas que somente nas duas últimas décadas passou a ter importância entre os pesquisadores e se tornou alvo de estudos. No entanto, os autores voltam sua discussão para a metodologia utilizada pelas pesquisas já realizadas e apontam sugestões para a melhora de pesquisas futuras. Eles dão ênfase em estudos limitados por uma falta de procedimentos de controle adequados que consideraram bailarinos como atletas. Inclusive naqueles que informaram a prevalência de anorexia e bulimia entre essa população por meio do questionamento do desenvolvimento desses problemas, o que pode não ter levantado estimativas seguras quanto ao índice desses transtornos.

Em relação aos estudos-controle envolvendo atletas e não-atletas, a maioria deles não demonstrou diferenças entre os grupos. Byrne e McLean (2001) apontam possíveis falhas em relação ao tamanho das amostras, métodos de comparações estatísticas incorretas, inclusive a grande variação entre o nível dos atletas. Também são abordados estudos que comparam a diferença entre o gênero e a pressão para que os atletas se mantenham magros. Os autores apontam que entre os atletas do sexo feminino esta pressão é dobrada, enquanto os do sexo masculino podem não enfrentar esse nível de pressão. Em contrapartida a cobrança é maior visando a melhora do desempenho atlético, por isso as respostas assemelham-se às atletas e conduz a comportamentos similares e preocupações de peso.

Currie e Morse (2005) salientam que desde a década de 1980 que a possibilidade de atletas desenvolverem TA foi evidenciada como fator para ser incluso na lista de problemas a serem tratados e por proporcionarem uma carreira mais curta aos atletas além da maior probabilidade de lesões recorrentes.

Reinking e Alexander (2005) compararam os sintomas de TA entre grupos de 146 atletas universitárias do primeiro ano acadêmico (média de 19,1 anos) praticantes de esporte magros e não-magros, com universitárias que realizavam atividade física habitual e compuseram o grupo controle. Os resultados não afirmaram a hipótese

anteriormente proposta pelos autores que acreditavam que as atletas universitárias de esportes magros (nadadoras, ginastas, dançarinas e atletas de saltos ornamentais) apresentavam maiores riscos de desenvolverem desordens alimentares por colocarem um valor competitivo ou estético na magreza. Desta forma, não foram verificadas diferenças significativas entre os pesos de atletas e não atletas, mesmo o grupo de esportes magros apresentando média de peso mais baixo. Quanto ao desejo de ser mais magra, os índices foram mais altos entre as não atletas, seguido das atletas de esportes magros. Para os indicadores de insatisfação corporal, as atletas de esportes magros desejavam de ser mais magras, que as de esportes não-magros e as controle. Em relação à obsessão pela magreza, esta apresentou maior índice entre as atletas de esportes magros e as não-atletas.

Numa comparação entre atletas de elite de diversas modalidades e população geral da Noruega, Sundgot-Borgen e Torstveit (2004) determinaram que a prevalência de TA, tanto clínicos (anorexia e bulimia) como subclínicos (anorexia atlética e TA não-específicos) foram superiores entre os atletas principalmente aqueles que praticavam alguma modalidade com classificação por peso e entre as atletas de esportes estéticos.

Na França, Ferrand, Champely e Filaire (2009) investigaram o papel da estima corporal na predição de sintomas de TA, comparando atletas da ginástica artística e do nado sincronizado a um grupo de não-atletas. Em relação ao IMC, os valores mais baixos foram detectados entre as ginastas (abaixo dos recomendados pela OMS), enquanto as atletas do nado sincronizado apresentaram valores mais próximos do grupo de não-atletas. Em relação à preocupação com a aparência corporal, mesmo comportamento foi verificado. Os autores puderam concluir que 8% dos casos de TA entre as ginastas foram preditos pela estima dos atributos corporais, enquanto entre as nadadoras, 19% estavam atrelados a interação da estima dos atributos corporais e do peso corporal, enquanto para as não-atletas, 33% puderam ser explicados pela estima do peso corporal.

No Brasil, comparando a presença de TA e o grau de distorção da imagem corporal entre atletas de elite de nado sincronizado da categoria juniores e seniores e um grupo de não-atletas, Perini et al. (2009b) relatou indicativos de TA entre as atletas

da categoria juniores e não-atletas. Mesmo os grupos apresentando parâmetros antropométricos tidos como saudáveis verificou-se insatisfação com a autoimagem corporal e a preocupação com a aparência entre adolescentes pode ser o principal motivo, inclusive a autocobrança da atleta a fim de preservar a beleza dos movimentos e coreografias, influenciando na adoção de condutas alimentares não-saudáveis.

Os TA também são verificados entre corredoras de distância e demais modalidades que exigem classificações por peso. Lantz, Rhea e Mesnier (2004), examinaram as relações entre TA, identidade de exercício e alienação corporal entre 73 ultramaratonistas homens e 14 mulheres. Eles relataram que atletas com alta identidade com o exercício apresentavam maior tolerância à lesão, além do grupo feminino indicar pontuação superior na escala de identidade do exercício e conseqüentemente maior probabilidade de comportamentos alimentares anormais quando comparado aos homens. Outro estudo buscando comparar a prevalência de TA entre atletas do gênero feminino das modalidades de remo e longa distância com um grupo de jovens controles não encontrou diferenças quanto ao número de casos de TA entre as modalidades. No entanto, as atletas do remo mostraram mais preocupação com alimentação e uso elevado de diuréticos. Diante disso, os autores concluíram que o comportamento patológico do controle do peso deve ser considerado uma preocupação clínica merecendo acompanhamento contínuo (KARLSON; BECKER; MERKUR, 2001).

As pesquisas envolvendo as questões corporais nos esportes buscam relatos em diferentes idades. Davison, Earnest e Birch (2002), buscaram entender através de pesquisa longitudinal como se dava a relação entre a preocupação estética e a prática em diferentes esportes entre meninas de 5 a 7 anos de idade. Os autores relataram maiores preocupações com o corpo entre as meninas que praticavam esportes como ginástica, dança, natação, entre outros. Além disso, a participação em esportes como futebol e basquete, pode promover assistência médica e psicológica positiva sem aumentar o risco de preocupações com o peso.

Bettle et al. (1998) investigaram o IMC, o tipo corporal e os indicativos de TA entre 90 bailarinos e 156 alunos de uma escola de ambos os gêneros. Eles encontraram

tanto entre bailarinos como controles que as meninas queriam perder mais peso corporal do que os meninos, sendo que entre as bailarinas, independente da classificação do IMC, o desejo de reduzir o peso corporal foi maior, procurando chegar a 82% abaixo do peso corporal ideal. As maiores diferenças entre o peso corporal real e desejado entre as bailarinas foram aos 11, 13 e 16 anos de idade. Nos demais grupos, a busca de menor peso corporal foi expressa apenas por adolescentes de IMC mais elevados e tipo físico mesomorfo. Além disso, os resultados apontaram correlação positiva com os indicativos de transtornos alimentares.

Em pesquisa com 76 adolescentes espanhóis estudantes de dança, entre 12 e 17 anos, comparados a uma amostra de adolescentes do sexo feminino, verificou que a prevalência de TA e diversas atitudes de risco foram semelhantes entre as bailarinas e as adolescentes da população em geral. No entanto, o risco para TA entre as bailarinas esteve associado com maior pressão dos técnicos sobre alimentação e performance, com sintomas de depressão e não com o IMC (TORO et al., 2009).

Fazendo uma análise das experiências com a dança clássica na infância e a predição de TA na fase adulta, Annus e Smith (2009), apontam que a especialização precoce desta modalidade causa mais riscos de bailarinos de elite com TA do que quando a dança é utilizada apenas como fator de formação. Além disso, os autores verificaram que as aprendizagens sobre a magreza através da dança clássica parecem exercer maior influência sobre o surgimento dos TA do que o tempo dedicado às aulas de dança.

Nascimento e Simas (2006) realizaram um estudo em Florianópolis a fim de investigar o comportamento alimentar, a percepção do peso e imagem corporal de 43 bailarinas clássicas com no mínimo 5 anos de prática. Para a obtenção dos resultados foi utilizado entrevista, questionários específicos e avaliação da composição corporal que permitiram inferir que os aspectos antropométricos expressos por estas bailarinas se apresentam similares ao da população em geral, tendo valores médios de IMC igual a $19,6\text{kg/m}^2$ e 23,67% de gordura corporal. As autoras concluem que as bailarinas do estudo não apresentam comportamento

alimentar anormal e distorção da imagem corporal, mas o desejo de pesar menos (76,8%), devido aos padrões estéticos percebidos pelas bailarinas e nível técnico.

Özgen e Kısaç (2009) investigaram bailarinos turcos a fim de identificar a obsessão pela magreza, casos de bulimia e descontentamento corporal. Eles verificaram como essas variáveis se comportavam frente aos valores de IMC. Os bailarinos de ambos os gêneros apresentavam-se abaixo do peso e obcecados pela magreza, assim como, maiores pontuações para o sexo feminino. Já a insatisfação corporal não apresentou diferenças frente ao IMC ou gênero.

Buscando obter maiores informações da sintomatologia de TA entre bailarinas, Ringham et al. (2006) comparou grupos de bailarinas com mulheres portadoras de AN restritiva, BN e sem TA. Os autores identificaram que 83% indicaram algum tipo de TA, sendo 55% de TA não-específico, sugerindo que frequentemente as dançarinas se envolvem em compulsão alimentar e comportamentos purgativos, levando a idéia de que a patologia entre as bailarinas parece ser tão grave quanto à de mulheres não envolvidas na dança. O mesmo foi verificado por Anshel (2004), que encontrou entre os bailarinos maiores riscos de desenvolver TA do que entre os não bailarinos além de demonstrarem maior preocupação com o peso, insatisfação corporal, e perfeccionismo. Diante disso os autores concluíram que os dançarinos mostraram psicopatologia comum entre as mulheres com distúrbios dos padrões alimentares.

Neumärker et al. (1998) investigaram bailarinos e bailarinas de uma escola pública de *ballet* em Berlim e verificaram através do EAT-40 que bailarinas e jovens do grupo controle apresentaram diferenças significativas considerando o escore total do EAT e também ao abordar o fator relacionado ao autocontrole alimentar e a pressão percebida de outros para ganhar peso. Porém esses grupos não demonstraram diferenças ao comparar com o grupo de paciente com AN.

Ferreira, Bergamin e Gonzaga (2008) verificaram o IMC, o percentual de gordura e a imagem corporal de 16 bailarinas de dança moderna de uma academia de Campinas. Os resultados apontaram 50% com o IMC normal e as demais abaixo do peso. Também um percentual considerável (43,75%) de bailarinas demonstrou

valores baixos em relação ao percentual de gordura. A percepção da imagem corporal foi avaliada por dois instrumentos, o questionário BSQ que apontou 50% de insatisfação leve e 31,25% das insatisfações variou entre moderada a grave. Já a escala de silhuetas apontou insatisfação corporal em função da busca por silhuetas mais magras.

Um estudo buscou verificar autopercepção de bailarinas de acordo o vestuário de dança e seus efeitos causados. Os autores relataram que as maiores pontuações foram verificadas quando as bailarinas usavam as roupas que elas mesmas haviam escolhido. Os autores apontam que uma roupa muito justa, como os *colans* faz com que as bailarinas sintam uma relação mais negativa com seus corpos e percepção do desempenho. Além disso, essas percepções são extremamente importantes porque indivíduos com imagem corporal negativa, autoavaliação e percepção de desempenho negativo, estão em risco de depressão, transtornos alimentares e outros distúrbios de saúde mental (PRICE; PETTIJOHON II, 2006).

Ao verificar o nível de satisfação com a imagem corporal de bailarinas clássicas (do Brasil e de Nova Iorque) e da dança jazz, Hass, Garcia e Bertolotti (2010) relataram que mesmo os estilos de dança demonstrando características diferentes os resultados mostram que as bailarinas apresentaram níveis similares de insatisfação com a imagem corporal. Já Ribeiro e Veiga (2010) ao avaliar a insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a presença de comportamentos de risco para TA em 79 bailarinos clássicos profissionais (50 mulheres e 29 homens) representantes da elite do *ballet* clássico brasileiro, encontraram que 11,5% dos avaliados apresentaram “padrões alimentares anormais” (EAT+).

É importante salientar que a etiologia dos transtornos alimentares é hoje concebida como multidimensional e inúmeros outros fatores parecem mediar o impacto da cultura no comportamento individual, entre eles, as vulnerabilidades psicológica e biológica. Neste sentido, se faz necessário ressaltar o sério comprometimento que esta patologia pode gerar a saúde de indivíduos considerados como grupos de risco. No entanto, o fato do seu desenvolvimento estar sendo relatado entre atletas e bailarinas, se deve principalmente à exigência de uma série de características do esporte de rendimento, pois além da performance, há um padrão estético que se

impõe às suas praticantes, forçando-as a uma adaptação rigorosa. E na busca por melhores resultados, ou até por aceitação no grupo, tornam-se mais propensas a submeter-se a práticas perigosas como a restrição alimentar excessiva ou ao uso de substâncias proibidas (DAMASCENO, 2010).

Diante de tantos achados desses transtornos em meio esportivo, Bonci et al. (2008) traz uma recomendação da Associação Nacional de Treinadores nos EUA para a necessidade de descoberta, prevenção e tratamento dos TA em atletas, uma vez que, raramente os atletas relatam espontaneamente esses sintomas e constantemente negam o tratamento. Assim, pelo fato dos treinadores terem maior interação com os atletas é importante que estes profissionais estejam ativos na descoberta aumentando o potencial para uma recuperação completa e prevenindo através de iniciativas educacionais.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo com delineamento transversal do tipo descritivo associativo (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2007), caracterizado por uma abordagem quantitativa, pois trabalha com valores e intensidades, tendo como objetivo investigar o comportamento alimentar, a imagem corporal e a percepção de competência de bailarinas clássicas e não-clássicas e suas possíveis relações.

4.2 População e Amostra

A população consiste em aproximadamente 3000 bailarinos entre 9 e 26 anos de diversos estados brasileiros selecionados para participarem do 18º Passo de Arte/2010 por meio das seletivas regionais ou envio das coreografias via DVD.

Como critérios para seleção da amostra foram selecionados bailarinos do gênero feminino, na faixa etária de 10 a 18 anos. As bailarinas avaliadas foram divididas em dois grupos de acordo com o estilo de dança: “Bailarinas Clássicas”, que praticam o *ballet* clássico acadêmico e “Bailarinas Não-Clássicas”, para representar as bailarinas que praticam outros estilos de dança como jazz e contemporâneo. (A caracterização detalhada dos estilos de dança encontra-se no item “definição de termos”).

Foram avaliadas 267 bailarinas (123 clássicas e 144 não-clássicas [jazz e contemporâneo]), representando aproximadamente 10% da população total esperada no evento. Para determinar o N amostral do estudo, foram necessários alguns procedimentos. Utilizou-se o cálculo estatístico aplicado no Laboratório de Epidemiologia e Estatística (Lee) da Universidade de São Paulo, para calcular o N

amostral necessário a partir do N total de bailarinas inscritas no evento. Os percentuais utilizados para calcular o N amostral encontram-se no Quadro 1.

| | |
|---------------------------|------------|
| População | 3000 |
| Proporção da população | 10% |
| Nível de confiança | 95% |
| α | 1,96 |
| Erro Máximo da estimativa | 5% |
| N total | 341 |
| Perdas e recusas | 22% |
| Amostra do estudo | 267 |

Quadro 1. Descrição do cálculo amostral

A avaliação das bailarinas ocorreu de acordo com a disponibilidade das durante a realização do evento. Desta forma, as bailarinas envolvidas no presente estudo representaram 35 escolas de dança localizadas em 25 municípios de 7 estados brasileiros. No Quadro 2 está disposta a distribuição das bailarinas avaliadas de acordo com o estado representado.

| Estado | TOTAL | |
|---------------------|----------|------|
| | <i>f</i> | % |
| Santa Catarina | 28 | 10,5 |
| Paraná | 6 | 2,2 |
| São Paulo | 207 | 77,5 |
| Goiás | 7 | 2,6 |
| Piauí | 11 | 4,1 |
| Rio Grande do Norte | 5 | 1,9 |
| Pará | 3 | 1,1 |

Quadro 2. Distribuição das bailarinas de acordo com o estado brasileiro representado

4.3 Instrumentos de Medida

4.3.1 Anamnese

Foi aplicado um questionário específico sobre o treinamento físico das bailarinas construído pela própria pesquisadora (APÊNDICE A). As respostas a este questionário foram fornecidas à pesquisadora pelas jovens e seus responsáveis (professores) e contemplaram o de treino semanal, o tempo de prática da dança, as ocorrências de lesões, a presença de dores, o uso de medicamentos e a ocorrência da menarca. As informações incompletas foram questionadas de forma sigilosa para que se obtivesse o maior número de questões com respostas completas.

4.3.2 Avaliação das variáveis psicológicas

Os indicadores do estado psicológico foram avaliados mediante o preenchimento de questionários autoaplicados, a fim de caracterizar o comportamento alimentar, a insatisfação com a imagem corporal e a percepção de competência. Esse modo de obtenção de informações proporciona aos respondentes maior liberdade ao relatar seus costumes quando comparados a uma entrevista (FREITAS; GORESTEIN; APPOLINÁRIO, 2002).

a) *Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26 – Eating Attitude Test)*

Para a identificação dos comportamentos alimentares, utilizou-se o questionário EAT-26 (*Eating Attitude Test*) (ANEXO A) que tem como objetivo identificar a presença de distúrbios de atitudes alimentares, a intenção de emagrecer e o medo de ganhar peso. Este instrumento foi utilizado por apresentar ótima condição para ser aplicado em adolescentes e no pré-diagnóstico de possíveis casos de transtornos alimentares. Este questionário desenvolvido por Garner et al. (1982) contempla uma escala original constituída de 40 itens, sendo posteriormente lançada uma nova versão com 26 itens. As respostas são apresentadas em escala

Likert com as seguintes opções de resposta e valores descritos no Quadro 3. A classificação final da somatória de pontos encontra-se no Quadro 4. A validação brasileira foi feita por Bighetti e colaboradores (2004) com adolescentes do sexo feminino. O estudo de validação deste instrumento demonstrou confiabilidade bastante satisfatória, com consistência interna (alfa de Cronbach [α]) de 0,82. O valor do alfa de Cronbach do presente estudo também demonstrou boa confiabilidade, $\alpha = 0,77$.

| Especificação | Pontuação |
|----------------------|------------------|
| Sempre | 3 |
| Muito Freqüentemente | 2 |
| Freqüentemente | 1 |
| Às vezes | 0 |
| Raramente | 0 |
| Nunca | 0 |

Quadro 3. Pontuação utilizada para os itens do questionário EAT-26

| Classificação | Pontuação |
|------------------------------------|------------------|
| Indicativo de Transtorno Alimentar | ≥ 21 |
| Ausência de Transtorno Alimentar | < 21 |

Quadro 4. Classificação utilizada no questionário EAT-26

b) Questionário de Imagem Corporal (BSQ – Body Shape Questionnaire)

Para a avaliação da insatisfação com a imagem corporal foi utilizado o BSQ (*Body Shape Questionnaire*) (ANEXO B) desenvolvido por Cooper et al. (1987), que visa mensurar a preocupação do respondente em relação à insatisfação com a autoimagem e a sensação de estar gordo. Também com respostas em escala *Likert*, possui 34 itens que devem ser respondidos de acordo com as quatro últimas semanas. A classificação se dá através da somatória dos pontos (Quadro 5). Sua

validação para uma população de adolescentes brasileiros (10 a 18 anos) de ambos os gêneros de uma escola particular de ensino foi realizada por Conti, Cordás e Latorre (2009) que obtiveram confiabilidade interna de 0,96. Para este estudo verificou-se $\alpha=0,95$.

| Classificação | Pontuação |
|--------------------------|---------------------|
| Ausência de Insatisfação | Até 80 pontos |
| Insatisfação Leve | De 81 a 110 pontos |
| Insatisfação Moderada | De 111 a 140 pontos |
| Insatisfação Alta | Acima de 140 pontos |

Quadro 5. Classificação utilizada no questionário BSQ

c) Escala de Autopercepção de Harter para Crianças (EAPC)

O questionário utilizado para identificar o nível de percepção de competência das crianças (8 a 12 anos) foi *Self-Perception Profile for Children* de Harter (1985), validado no Brasil por Valentini et al. (2010) (ANEXO C). Esta escala contém 6 domínios específicos conforme o Quadro 6.

| Escalas | Questões do SPPC | Competência |
|------------------------|-------------------------|--|
| Competência Escolar | 1,7,13,19,25,31 | Percepção das competências cognitivas relacionadas à escola |
| Aceitação Social | 2,8,14,20,26,32 | Percepção do grau de relacionamento das crianças com amigos |
| Competência Atlética | 3,9,15,21,27,33 | Percepção quanto à realização de atividades esportivas e ao ar livre |
| Aparência Física | 4,10,16,22,28,34 | Percepção do grau de satisfação das crianças com tipo de corpo |
| Conduta Comportamental | 5,11,17,23,29,35 | Percepção de o comportamento ser adequado ou problemático |
| Autoconceito | 6,12,18,24,30,36 | Percepção das crianças do quanto gostam delas própria como pessoa |

Quadro 6. Domínios do instrumento *Self-Perception Profile for Children* de Harter (1985)

Cada uma das subescalas contém 6 questões, constituindo no total de 36 questões organizadas em uma estrutura de respostas alternativas. Primeiro as crianças foram solicitadas a decidir com qual das duas crianças descritas na escala elas mais se parecem e então marcar se a descrição escolhida é realmente verdadeira ou somente parte verdadeira para elas. Os escores para cada questão valem em uma escala *Likert* de 1 a 4 e a categorização adotada para as subescalas foi de 1,0 a 2,0 baixa percepção de competência, 2,1 a 3,0 moderada percepção de competência e de 3,1 a 4 alta percepção de competência.

O quadro 7, apresenta os coeficientes alfa do estudo de Harter (1985), o da validação brasileira de Valentini et al. (2010) e o do presente estudo. Em todas as subescalas do estudo de validação foram identificados escores alfa altos (acima de 0,70) exceto para a Competência Escolar. No presente estudo os escores alfa apresentaram-se de moderado a alto (0,68 a 0,73).

| Domínios | Harter (1985) | Valentini et al. (2010) | Presente Estudo |
|------------------------|----------------------|--------------------------------|------------------------|
| Competência Escolar | 0,81 | 0,68 | 0,71 |
| Aceitação Social | 0,75 | 0,91 | 0,69 |
| Competência Atlética | 0,80 | 0,77 | 0,72 |
| Aparência Física | 0,78 | 0,86 | 0,73 |
| Conduta Comportamental | 0,72 | 0,79 | 0,69 |
| Autoconceito Global | 0,78 | 0,85 | 0,68 |

Quadro 7. Coeficiente alfa para os domínios do *Self-Perception Profile for Children* em sua versão original (Harter, 1985), versão validada no Brasil e no presente estudo

d) Escala de Autopercepção de Harter para Adolescentes (EAPH-A)

Para os adolescentes (13 a 18 anos) foi utilizado o *Self Perception Profile for Adolescents* (HARTER, 1985), validado no Brasil (BANDEIRA; ARTECHE; REPPOLD, 2008) (ANEXO D). A versão infantil foi elaborada a fim de avaliar julgamentos referentes a domínios específicos, bem como de obter uma avaliação global da autopercepção. Para tanto, foi dividida em cinco percepções: competência escolar, aparência física, aceitação social e comportamento. A versão para adolescentes composta por 45 itens, foi baseada nos mesmos princípios, sendo mantida a avaliação global e acrescentados três novos domínios: trabalho, amizade e namoro (que não foram analisados neste estudo). Cada fator é composto por cinco itens e objetivam investigar diferentes aspectos da autopercepção, conforme o Quadro 8.

| Escalas | Questões do SPPC | Competência |
|----------------------|-------------------------|---|
| Competência Escolar | 1,10,19,28,37 | Avalia a percepção do adolescente em relação a sua competência diante das demandas escolares, por exemplo, como e seu desempenho na sala de aula e o quão inteligente ele julga ser |
| Aceitação Social | 2,11,20,29,38 | Investiga o grau com que o jovem é aceito por seus pares, o quanto se sente popular, quantidade de amigos e facilidade para se relacionar |
| Competência Atlética | 3,12,21,30,39 | Avalia a percepção do jovem acerca de suas habilidades para os esportes, por exemplo, sentimento de quão bom e seu desempenho em esportes e atividades atléticas |
| Aparência Física | 4,13,22,31,40 | Verifica o grau de satisfação do adolescente com a sua aparência, se gosta de seu corpo e se o considera bonito |
| Trabalho | 5,14,23,32,41 | Investiga a extensão em que o avaliado possui habilidades para o trabalho, se considera que estar apto a realizar atividades laborais e sente que possui um bom desempenho em suas tarefas |
| Namoro | 6,15,24,33,42 | Verifica se o adolescente sente-se atraente, consegue envolver-se com quem deseja e sente-se interessante em um encontro |
| Comportamento | 7,16,25,34,43 | Avalia o nível em que o jovem esta satisfeito com o seu comportamento, se age de forma correta e evita situações-problema |
| Amizade | 8,17,26,35,44 | Percepção de o comportamento ser adequado ou problemático |
| Autopercepção | 9,18,27,36,45 | Avalia a extensão em que o adolescente está satisfeito consigo mesmo, com a forma como conduz sua vida e se e, em geral, feliz. Constitui um julgamento global ao invés de uma avaliação por domínios |

Quadro 8. Domínios do instrumento *Self Perception Profile for Adolescents* (HARTER, 1985)

Cada item é dividido em duas sentenças (por exemplo: alguns adolescentes vão muito bem na escola, MAS outros adolescentes não vão bem na escola). O

respondente deve escolher primeiro com qual das duas frases mais se identifica e, após, o quanto se identifica (realmente verdadeiro para mim ou parcialmente verdadeiro para mim). A pontuação é feita no formato *Likert* de quatro pontos, sendo que 1 representa o pior julgamento do *self* e 4, o melhor.

Estudos preliminares de validação da escala adaptada para o Brasil apresentaram índices semelhantes aos dados americanos para cada subescala, em que os valores alfa variaram de 0,48 a 0,84 (BANDEIRA et al., 2003). Os valores do coeficiente de confiabilidade (α de Cronbach) da versão final do estudo de validação no Brasil (BANDEIRA; ARTECHE; REPPOLD, 2008) e do presente estudo encontram-se no Quadro 9. Os valores alfa para as subescalas verificadas no presente estudo variaram de moderada a alta.

| Domínios | Bandeira, Arteche e Reppold (2008) | Presente Estudo |
|----------------------|---|------------------------|
| Competência Escolar | 0,66 | 0,71 |
| Aceitação Social | 0,60 | 0,70 |
| Competência Atlética | 0,80 | 0,75 |
| Aparência Física | 0,82 | 0,72 |
| Trabalho | 0,71 | 0,72 |
| Namoro | 0,63 | 0,71 |
| Comportamento | 0,64 | 0,71 |
| Amizade | 0,75 | 0,72 |
| Autopercepção | 0,73 | 0,67 |

Quadro 9. Coeficiente alfa para os domínios do *Self Perception Profile for Adolescents* (HARTER, 1985) no estudo de validação no Brasil e no presente estudo

4.3.3 Antropometria

Informações relacionadas ao peso corporal foram verificadas por meio de uma balança eletrônica da marca Filizola com precisão de 0,1kg. Para a obtenção da estatura, a jovem se colocou na posição ortostática de costas para a escala de

medida, com os pés unidos no centro, sobre a base do estadiômetro, com olhar dirigido para frente, sem calçados. Para obtenção destas medidas, vestiram o mínimo de roupa possível.

Os valores da medida de estatura foram obtidos mediante um estadiômetro de madeira com precisão de 0,1 cm. As técnicas utilizadas para a mensuração destas variáveis foram propostas por Gordon et al. (1988). Buscando obter outros indicadores nutricionais das voluntárias e de posse das medidas de peso corporal e estatura, foi calculado o índice de massa corporal (IMC), mediante a relação matemática: $IMC = \text{Peso Corporal (Kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$. De acordo com a idade, sexo e IMC utilizou-se as Curvas de Crescimento (ANEXO E), onde as informações idade (eixo x) e IMC (eixo y) foram traçadas e classificadas de acordo com os respectivos pontos de corte propostos pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (2000), que estão descritos no Quadro 10.

| Classificação | Percentis |
|----------------------|------------------|
| Baixo Peso | Abaixo de 5 |
| Eutrofia | Entre 5 e 85 |
| Sobrepeso | Entre 85 e 95 |
| Obesidade | Maior que 95 |

Quadro 10. Classificação do IMC utilizada pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

4.4 Coleta de Dados e Procedimentos

Inicialmente o projeto teve a aprovação da comissão organizadora do evento (APÊNDICE B) e em seguida do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, de acordo com o disposto na resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS, na

198º reunião do COPEP em 02 de julho de 2010, parecer nº 331/2010 (APÊNDICE C).

A coleta dos dados ocorreu durante o 18º Passo de Arte/2010 na cidade de Indaiatuba (SP). A programação do evento contou com apresentações de dança durante o período noturno e durante o dia as bailarinas cumpriam os horários destinados a workshops, ensaios e marcação de palco. A aplicação dos questionários e avaliação antropométrica ocorreu durante o período diurno, nos horários disponibilizados pelos professores das equipes. As bailarinas receberam um documento com esclarecimentos do conteúdo da pesquisa e uma vez considerando-se voluntárias, juntamente com seus responsáveis (pais ou professores) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D). Foi ressaltado que as voluntárias poderiam retirar o consentimento a qualquer momento do preenchimento dos questionários sem qualquer prejuízo. Após a distribuição dos questionários, a pesquisadora leu as instruções de como respondê-los e fez alguns esclarecimentos individuais. Após o preenchimento dos questionários as bailarinas se dirigiam ao estande destinado às avaliações antropométricas de peso e estatura.

4.5 Análise dos Dados

Após a tabulação dos dados, deu início a análise estatística por meio do programa SPSS 15.0. Os dados foram submetidos ao teste de normalidade *Shapiro-Wilk*, que indicou distribuição normal apenas para as variáveis: peso, estatura e IMC. As demais variáveis não apresentaram distribuição normal, sendo utilizados testes estatísticos não-paramétricos. Os resultados descritivos são apresentados através de medidas de posição e de variabilidade (mediana [Md] e intervalo interquartilício [Q1-Q3] ou média e desvio padrão [dp]) além da frequência absoluta [f] e relativa [%]. Para a análise inferencial foram utilizados os seguintes tratamentos:

- Teste “t” de *Student*, para as comparações das variáveis com distribuição normal (peso, estatura e IMC) entre os grupos de bailarinas clássicas e não clássicas;

- Teste “U” de *Mann-Whitney*, para as comparações entre os grupos das variáveis que compuseram a anamnese e com distribuição não-normal;
- Coeficiente de Correlação de *Spearman*, para verificar as correlações entre os domínios da percepção de competência e índice de massa corporal das bailarinas clássicas e não-clássicas;
- Qui-Quadrado de *Pearson*, utilizado para comparar as proporções (da insatisfação com a imagem corporal e dos comportamentos alimentares de risco entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas) e verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas (faixa etária, insatisfação com a imagem corporal, comportamento alimentar de risco e percepção de competência);
- Teste Exato de *Fisher*, empregado na associação de tabelas 2x2 em que o valor esperado nas células eram menor que 5;
- Regressão de *Poisson* com variância robusta, para estimar as razões de prevalência e quando a prevalência esperada é alta. Para essas análises múltiplas, utilizou-se o programa Stata 9.2 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

Para todas as análises realizadas foi adotada significância estatística de $P \leq 0,05$. Os resultados encontram-se dispostos em tabelas e figuras contendo algumas características identificadas pela anamnese, além do perfil do índice de massa corporal, da insatisfação com a imagem corporal, do comportamento alimentar e dos domínios da percepção de competência das bailarinas.

4.5.1 Variáveis do Estudo

| Variáveis | Categorias | Medidas Utilizadas | Escala |
|---|---|---|--------------------|
| Grupo de Bailarinas | 1= Clássicas 2= Não-Clássicas | Anamnese | Nominal |
| Horas de Treinos Semanais | 1= < 10 horas 2= 10 a 19 horas 3= ≥ 20 horas | Anamnese | Numérica e Ordinal |
| Faixa etária | 1= 10 a 12 anos 2= 12,01 a 14 anos 3= 14,01 a 16 anos 4= 16,01 a 18 anos <i>*Para Regressão de Poisson (variável dicotômica):</i> 1= 10 a 14 anos 2= 14,01 a 18 anos | Anamnese | Ordinal |
| Menarca | 0= Ausência 1= Presença | Anamnese | Nominal |
| Insatisfação com a Imagem Corporal | 0= Ausência (<80) 1= Leve (80–110) 2= Moderada (111–140) 3= Grave (>140) <i>*Para Regressão de Poisson (variável dicotômica):</i> 1= Sem insatisfação (ausência) 2= Com insatisfação (leve, moderada e grave) | Classificação proposta por Conti, Cordás e Latorre (2009) | Numérica e Ordinal |
| Comportamento Alimentar de risco | 0= Ausência (< 21) 1= Indicativo (≥ 21) | Classificação proposta por Garner et al. (1982) | Numérica e Nominal |
| Percepção de Competência | 1= Baixa (1,0 a 2,0) 2= Moderada (2,1 a 3,0) 3= Alta (3,1 a 4) | Classificação proposta por Fiorese (1993) | Numérica e Ordinal |
| Estado nutricional | 1= Baixo Peso 2= Peso Normal 3= Sobrepeso 4= Obesidade | Classificação proposta pelo CDC (2000) | Numérica e Ordinal |

Quadro 11. Descrição das variáveis e categorias adotadas para a análise dos dados

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo os resultados e discussões serão apresentados em quatro tópicos. Inicialmente abordar-se-á o perfil geral das bailarinas avaliadas de acordo com os resultados obtidos na anamnese diante do grupo de bailarinas clássicas e não-clássicas e diante da faixa etária. O segundo tópico destacará os resultados da insatisfação com a imagem corporal e comportamento alimentar de risco diante dos grupos: bailarinas clássicas e não-clássicas e em relação à faixa etária. Na sequência apresentar-se-á a percepção de competência expressa pelas bailarinas clássicas e não-clássicas, diferentes faixas etárias e as correlações entre os domínios da percepção de competência e índice de massa corporal. Por último, descrever-se-á as associações entre a insatisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares de risco, e as associações de ambas as variáveis aos comportamentos identificados pela anamnese, ao índice de massa corporal e aos domínios da percepção de competência.

5.1 Caracterização antropométrica e fatores relacionados à prática da dança entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas e diante da faixa etária

Na tabela 1, encontra-se a caracterização geral (idade cronológica, idade de início na dança e carga horária de treino semanal) e caracterização antropométrica (peso, estatura e IMC) das bailarinas clássicas e não-clássicas. Ao observar a tabela, é possível verificar que a idade cronológica entre os dois grupos de bailarinas se apresentou similar. Entretanto, as bailarinas clássicas apresentaram idade de início na dança estatisticamente menor à idade constatada no grupo de bailarinas não-clássicas e carga horária de treino semanal de dedicação à dança significativamente maior ($P=0,0001$).

Tabela 1. Caracterização geral e antropométrica das bailarinas clássicas e não-clássicas

| | Clássicas (n=123) | | | Não-Clássicas (n=144) | | | P |
|---------------------------------|---------------------|------|------|-----------------------|------|------|-----------------|
| | Md (Q1-Q3) | Mín | Máx | Md (Q1-Q3) | Mín | Máx | |
| IC (anos) | 13,08 (11,11-15,07) | 10 | 18 | 13,09 (12,08-15,06) | 10 | 18 | 0,285 |
| IID (anos) | 7,0 (5,0-8,0) | 3,0 | 16,0 | 8,0 (4,0-10,0) | 3,0 | 16,0 | 0,046* |
| Treino (h/sem) | 20,0 (10,0-25,0) | 3,0 | 48,0 | 8,0 (6,0-12,0) | 2,0 | 40,0 | 0,0001** |
| | Média (dp) | Mín | Máx | Média (dp) | Mín | Máx | P |
| Peso (kg) | 43,89 (8,51) | 23,0 | 67,0 | 49,16 (9,16) | 24,3 | 74,0 | 0,0001** |
| Estatura (m) | 1,55 (0,09) | 1,23 | 1,73 | 1,58 (0,08) | 1,36 | 1,80 | 0,001** |
| IMC (Kg/m ²) | 18,08 (2,39) | 12,2 | 26,1 | 19,35 (2,60) | 12,8 | 27,8 | 0,0001** |

Teste "U" de Mann-Whitney (caracterização geral)

Teste "T" de Student (caracterização antropométrica) *P≤0,05 **P≤0,01

IC= Idade Cronológica; IID= Idade de Início na Dança; IMC= Índice de Massa Corporal

Md= mediana; Q1= 1º quartil; Q3= 3º quartil; (dp)= desvio padrão

A caracterização antropométrica evidenciou que as bailarinas clássicas apresentaram valores estatisticamente inferiores para peso, estatura e IMC em comparação as bailarinas não-clássicas ($P \leq 0,001$). A diferença ($P = 0,0001$) entre o peso corporal dos grupos foi de 5,27Kg, superior ao relatado por León et al. (2009), que verificou diferença de 4,7Kg entre bailarinas profissionais do *ballet* clássico e dança moderna.

O resultado observado para o IMC das bailarinas clássicas revelou valor médio inferior aos apontados por outros estudos realizados com populações similares. Entre bailarinas clássicas de Minas Gerais, Amaral, Pacheco e Navarro (2008) encontraram valores de IMC igual a 18,99 Kg/m². Em Maringá (PR), Prati e Prati (2006) relataram IMC de 19,9 Kg/m² entre bailarinas clássicas com mais de sete anos de prática e com pelo menos 6 horas de treinos semanais. Entre bailarinas com idade média de 14 anos, o peso corporal relatado foi de 54,2kg e o IMC igual a 19,7 Kg/m², ambos superiores ao observado no presente estudo (GULAK, 2007).

Poucos estudos relatam comparações do IMC entre os diferentes estilos de dança e os achados do presente estudo encontram suporte no estudo de León et al. (2009) que verificaram a relação entre peso e estatura de bailarinos profissionais e de

escolas de nível médio de Cuba. Ao comparar esta variável entre dançarinos de *ballet* clássico e dança moderna/folclórica, os autores relataram IMC significativamente menor para as bailarinas clássicas tanto em nível de elite como entre as estudantes.

Por outro lado, os valores de IMC verificados para as bailarinas clássicas e não-clássicas do presente estudo mostraram-se respectivamente similares aos de bailarinas e jovens controles avaliadas por Stokić, Srdić e Barak (2005). No entanto, Silva e Bonorino (2008) ao comparar o IMC de bailarinas clássicas e contemporâneas entre 13 e 16 anos do Rio Grande do Sul, verificaram que os valores indicados pelos grupos avaliados foram semelhantes, contrariando os achados do presente estudo.

Os achados quanto à determinação da carga horária de treino semanal reportam valores superiores para as bailarinas clássicas avaliadas (Tabela 1). No entanto, esses relatos se mostram bem diferentes do verificado por Hass, Plaza e De Rose (2000). Estes autores verificaram que os programas de ensino de dança em Córdoba (Espanha) e Porto Alegre (Brasil) diferem bastante quanto à carga horária de treino semanal, pois 76,7% das bailarinas cordobesas treinavam 4,5 horas por semana (h/sem) e 23,3% praticavam *ballet* por 12h/sem, enquanto no Brasil, 48% das bailarinas treinavam cerca de 4,5h/semanais e as demais entre 2 e 3h semanais. Efetuadas as comparações com o presente estudo, fica evidente que as bailarinas clássicas avaliadas indicaram carga horária superior de dedicação à dança (20,3% - 20h/sem e 15,4% - 25h/sem). Os autores do estudo supracitado sugerem que o maior número de horas de prática por semana pode influenciar no maior desenvolvimento de capacidades físicas e também na mudança morfológica do corpo do indivíduo. No entanto, destaca-se que a faixa etária investigada no presente estudo foi mais ampla, permitindo sugerir que a maior dedicação à prática possa estar relacionada às faixas etárias mais avançadas, ou que essas discrepâncias verificadas em relação à prática semanal possam estar relacionadas, por exemplo, ao método de ensino adotado pelas escolas e até mesmo os objetivos que embasam a prática; recreativo ou competitivo.

Na tabela 2, pode-se observar que entre as bailarinas de 14,01 a 18 anos, a razão de prevalência de treino semanal igual ou superior a 20 horas é 1,29 vezes maior em relação às bailarinas com dedicação menor que 10 horas. Além disso, verifica-se 32% das bailarinas que realizam treinamento semanal igual ou superior que 20 horas entre as idades de 10 e 14 anos.

Tabela 2. Associação entre as horas de treino semanal e a faixa etária das bailarinas

| Treino Semanal | Faixa Etária | | | | RP (IC95%) | P |
|----------------|--------------|------|---------------|------|-------------------------|-----------------|
| | 10-14 anos | | 14,01-18 anos | | | |
| | f | % | f | % | | |
| < 10 horas | 79 | 69,9 | 34 | 30,1 | 1,00 | |
| 10 a 19 horas | 47 | 59,5 | 32 | 40,5 | 1,08 (0,97-1,19) | 0,135 |
| ≥ 20 horas | 24 | 32,0 | 51 | 68,0 | 1,29 (1,17-1,41) | 0,0001** |

** $P \leq 0,01$ – RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%

Esses resultados destacam a necessidade de maior atenção para com a sistematização de treinamentos voltados para a prática competitiva de modalidades esportivas envolvendo crianças. Todavia, os membros da Academia Americana de Pediatria (ANDERSON et al., 2000) ressaltam que existem poucos relatos científicos sobre a repercussão do treinamento de alta intensidade durante a infância e adolescência. Já De Rose Jr (2002) atenta que toda competição exige preparação e treinamento, que em idades precoce pode causar diversos problemas à criança, uma vez que estudos apontam os efeitos sobre o aparelho locomotor e cardiorrespiratório, na coluna vertebral, no crescimento e na maturação sexual.

Especificamente na dança, Pereira et al. (2010) constataram que as bailarinas clássicas de 12 a 19 anos realizavam em média 8,9 horas de ensaios semanais. Para bailarinos profissionais, Dore e Guerra (2007) encontraram médias de idade de início na dança de 13,2 anos (dp= 5,8), superior ao relatado neste estudo; quanto ao tempo dedicado à dança, os bailarinos profissionais indicaram treinar 21,8 horas semanais, carga horária similar à relatada entre as bailarinas clássicas, uma

pequena parcela de bailarinas entre 10 e 14 anos e também entre aproximadamente 50% daquelas com idades entre 14 e 18 anos do presente estudo.

Diante destas constatações é possível perceber que não há um consenso no contexto da dança que padronize a quantidade de treinamento de acordo com a faixa etária das bailarinas. Pelo menos este aspecto não demonstrou ser respeitado entre as bailarinas avaliadas neste estudo. No entanto, vale ressaltar que esta é uma questão de expressiva importância no contexto de treinamento de crianças e adolescentes, uma vez que há posições científicas que consideram a especialização precoce, o processo pelo qual crianças tornam-se especializadas em um determinado esporte mais cedo do que a idade apropriada para tal (RAMOS; NEVES, 2008). Já na concepção de Kunz (1994) a especialização precoce consiste num processo que acontece quando crianças são introduzidas antes da fase pubertária a um treinamento físico planejado que se efetiva no mínimo três vezes na semana, com o objetivo de rendimento e participações periódicas em competições. Além disso, o estresse das competições, a saturação esportiva e a ocorrência de lesões são identificados como alguns dos riscos que a criança sofre ao realizar treinamento excessivo (SANTANA, 2005). Neste sentido, Moreira (2002) expressa que o futuro esportivo da criança depende da não confusão entre iniciação esportiva e especialização precoce. É essencial que a criança inicie no esporte desde a mais tenra idade, no entanto, o que não pode ocorrer é a exigência da performance num momento em que a mesma não se encontra preparada para corresponder a tal objetivo.

Em relação à classificação do índice de massa corporal (IMC), a tabela 3 ressalta a frequência absoluta (f) e relativa (%) para os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas e em função da faixa etária.

Tabela 3. Frequência absoluta e relativa das classificações de IMC entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas e entre as faixas etárias

| | Classificação IMC | | | | | | X ² | P |
|-----------------------|-------------------|------|----------|------|-----------|-----|----------------|---------------|
| | Baixo Peso | | Eutrofia | | Sobrepeso | | | |
| | f | % | f | % | f | % | | |
| Bailarinas | | | | | | | | |
| Clássicas (n=123) | 14 | 11,4 | 106 | 86,2 | 3 | 2,4 | 4,185 | 0,043* |
| Não-Clássicas (n=144) | 9 | 6,3 | 126 | 87,5 | 9 | 6,3 | | |
| Faixa Etária | | | | | | | | |
| 10-14 anos (n=150) | 18 | 12,0 | 124 | 82,7 | 8 | 5,3 | 5,794 | 0,191 |
| 14,01-18 anos (n=117) | 5 | 4,3 | 108 | 92,3 | 4 | 3,4 | | |
| TOTAL | 23 | 8,6 | 232 | 86,9 | 12 | 4,5 | | |

X²= Qui-Quadrado de *Pearson*; * P≤0,05

O teste qui-quadrado apontou diferença estatisticamente significativa para as classificações do IMC entre os grupos de bailarinas ($P=0,043$). Observa-se no total, que a maioria das bailarinas apresentaram-se eutróficas (86,9%), no entanto, quando se analisa as demais classificações, percebe-se um percentual maior de baixo peso (11,4%) entre as bailarinas clássicas em comparação com as bailarinas não-clássicas (6,3%). Além disso, mesmo o *ballet* clássico sendo considerado rígido com a questão da estética corporal, verifica-se 2,4% de bailarinas classificadas como sobrepeso. Já entre as bailarinas não-clássicas a proporção de baixo peso e sobrepeso foi igual (6,3%).

É necessário salientar que os valores referentes ao peso e à estatura do grupo de bailarinas clássicas investigadas foram significativamente menores quando comparadas às bailarinas não-clássicas, além de indicarem maior carga horária de treinos (Tabela 1). Neste sentido, realizar maior carga horária de treino semanal é algo que pode proporcionar a manutenção das dimensões antropométricas requeridas para a dança, porém, deve-se ressaltar que pode haver exceções como os 2,4% de bailarinas clássicas sobrepesadas. No entanto, é fundamental considerar a importância do equilíbrio no balanço energético, fator este que pode justificar a presença de bailarinas clássicas sobrepesadas, permitindo sugerir que estas podem

estar ingerindo uma quantidade maior de calorias do que a requerida durante os treinamentos.

Simas e Guimarães (2002) expressam que a cobrança para a manutenção da forma corporal sobre as jovens que atuam no *ballet* clássico é uma questão de grande influência. No entanto, León et al. (2009) ressaltam que a avaliação qualitativa da gordura ou magreza da bailarina não se atém apenas ao peso corporal em si, mas sim a um conjunto de elementos (volumes, formas e proporções) que contribuem para a figura longelínea e a harmonia geral do corpo da bailarina clássica.

Diferente do observado neste estudo, em Campinas (SP), Ferreira, Bergamin e Gonzaga (2008) verificaram entre bailarinas de dança moderna que 50% apresentavam-se abaixo do peso e 50% dentro dos índices de normalidade.

León et al. (2009) contestam a utilização dos critérios de classificação de IMC segundo a OMS, explicitando que estes critérios foram estabelecidos para a população em geral e não permitem uma avaliação acurada da saúde das bailarinas, uma vez que mesmo em estado de magreza são capazes de resistir a treinamentos intensos. Em Cuba, por exemplo, bailarinas engajadas no curso regular da Escola Nacional de *Ballet*, mesmo consideradas abaixo do peso, realizam treinamentos que ultrapassam 30 horas semanais. Ademais, os autores supracitados evidenciam que durante a fase de aprendizagem do *ballet* verifica-se um número maior de bailarinas sobrepesas em relação ao gênero masculino, contribuindo diretamente para o baixo rendimento técnico artístico. Os professores assinalam que durante essa fase as estudantes necessitam ser muito delgadas, uma vez que quando mais velhas, já na etapa profissional tendem a ter maior massa adiposa em função da própria biologia feminina.

A questão principal que preocupa pesquisadores não seria apenas o desejo das bailarinas em reduzir os valores de massa corporal, mas sim, os métodos irregulares que são adotados contribuindo para a perda da massa muscular, o que pode afetar o desempenho, assim como os processos de crescimento e maturação, no caso de bailarinas ainda crianças e adolescentes. Além disso, é de grande importância que a estrutura física ideal não seja movida somente pelas cobranças estéticas para que

se minimize a gordura corporal, mas sim que a manutenção da saúde e bem estar também sejam levadas em consideração (GULAK, 2007).

Os dados apresentados na tabela 3 salientam que as classificações do IMC não demonstraram associação significativa à faixa etária ($P=0,191$), no entanto, vale destacar que na faixa etária de 10 a 14 anos há um percentual relativamente maior de baixo peso (12%) e sobrepeso (5,3%) em relação às bailarinas mais velhas. Esses resultados destacam que nesta faixa etária é mais provável que estas diferenças sejam visualizadas por ser o período no qual ocorrem as principais alterações quanto a organização e composição corporal provenientes da maturação sexual. Em contrapartida, ao comparar os valores brutos de IMC entre as faixas etárias, verificou-se um pequeno aumento estatisticamente significativo (*Mann-Whitney* - $P=0,0001$), em que a média desta variável na faixa etária de 10 a 14 anos foi de 17,9 Kg/m² (dp=2,5) e 19,7 Kg/m² (dp=2,2) para as bailarinas de 14,01 a 18 anos.

Esses dados demonstram que nesta população, com o avançar da idade, o IMC teve um leve aumento, e conseqüentemente o desejo e as chances de seguir uma carreira profissional, bem como, maior tempo de prática, podem ser fatores que contribuam para que as bailarinas procurem controlar o peso corporal. Wilmerding et al. (2005) analisou pesquisas dos últimos 25 anos sobre a composição corporal de bailarinas profissionais ou estudantes de *ballet*, alguns dançarinos modernos e um estudo com dançarinos de flamenco. Os autores constataram que em geral, os dançarinos profissionais mantinham um menor peso e percentual de gordura do que os estudantes.

Na figura 3, estão expressas as frequências relativas das bailarinas clássicas e não-clássicas em relação à ocorrência ou não da menarca. O teste “U” de *Mann-Whitney* não apontou diferenças significativas dessa característica em relação ao grupo ($P=0,122$). No entanto, nota-se que no grupo das bailarinas clássicas o percentual de jovens que ainda não atingiu a maturação sexual é de aproximadamente 9% maior quando comparada ao grupo de bailarinas não-clássicas. Esses resultados destacam a necessidade de estar atento a essas questões, visto que os atrasos no desenvolvimento puberal e os efeitos adversos sobre a função reprodutiva de jovens

bailarinas podem estar vinculados à atividade física vigorosa (ALVES; LIMA, 2008). Estes autores ainda destacam que meninas oriundas de famílias com predisposição genética para menarca tardia são mais propensas a serem bem-sucedidas em esportes como a ginástica olímpica, bem como o *ballet*, já que a maturação atrasada pode favorecer o desempenho.

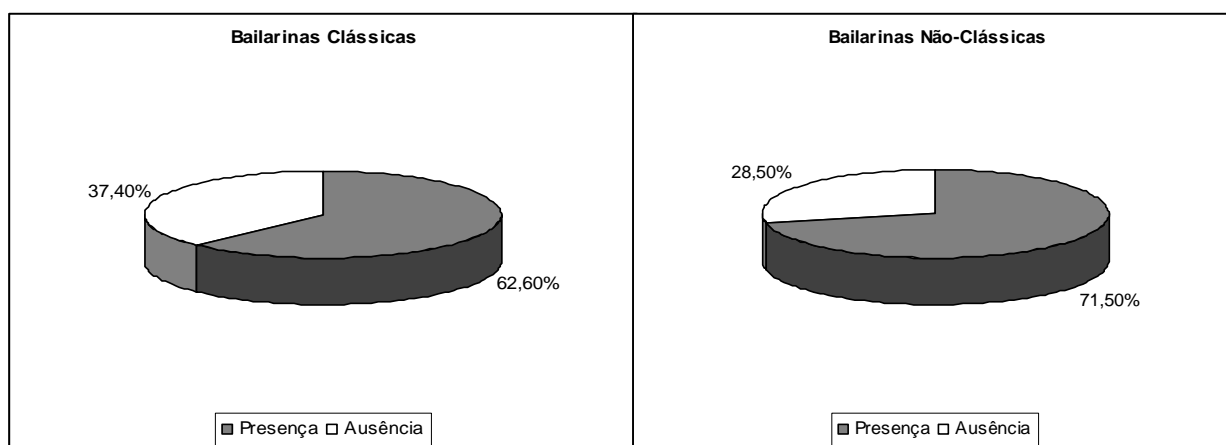


Figura 3. Frequência relativa de bailarinas clássicas e não-clássicas quanto a presença ou ausência da menarca

De maneira geral, 162 (60,6%) bailarinas indicaram a presença de fluxo menstrual, sendo 76 clássicas e 86 não-clássicas. Quanto à idade de menarca, o teste “U” de *Mann-Whitney* indicou diferenças significativas ao comparar os grupos ($P=0,001$). A ocorrência deste marco maturacional se deu em média aos 12,1 anos ($dp=1,1$) entre as bailarinas clássicas e aos 11,5 anos ($dp=1,0$) entre as não-clássicas, similar ao encontrado por Tedesco et al. (2008) para adolescentes atletas e não-atletas. Gulak (2007) relatou idade média de menarca de 12,5 anos ($dp=0,7$) entre as bailarinas adolescentes com 9,5 anos de prática. Entre atletas de ginástica rítmica, Perini et al. (2009a) constataram idade de ocorrência da menarca de 12,6 anos.

León e Díaz (2004) investigaram os hábitos de vida e a saúde reprodutiva de 74 bailarinas entre 14 e 16 anos da Companhia *Ballet* Nacional de Cuba. A presença de fluxo menstrual foi relatada entre 90,5% das bailarinas, e a menarca ocorreu em média aos 14,5 anos ($dp=0,7$), ambos superiores às relatadas no presente estudo e, além disso, dentre estas bailarinas, 38% ficavam até 4 meses sem menstruar, enquanto 39,5% das bailarinas clássicas do presente estudo disseram não

apresentar fluxo regular. Frente a estes acontecimentos, León e Díaz (2004) ressaltam a necessidade de estar atento a essas questões, visto que os atrasos sucessivos podem desencadear amenorréia secundária além de maiores riscos de fraturas e lesões musculoesqueléticas.

Quando se trata da atividade atlética durante a infância e adolescência, é possível a ocorrência de distúrbios de cunho maturacional, tanto relacionado ao crescimento físico como aos marcadores sexuais. A menarca tardia, atraso puberal, amenorréia entre outros podem estar diretamente relacionados à intensidade e duração do exercício, perda de peso e gordura corporal e do balanço energético negativo (ALVES; LIMA, 2008). Essas alterações no desenvolvimento são mais frequentes em praticantes de ginástica, *ballet* e corrida de longa distância, nos quais há grande ênfase no baixo peso corpóreo (STAFFORD, 2005). Baxter-Jones et al. (1995) relatam que o atraso puberal em bailarinas, ginastas, nadadoras e tenistas podem chegar até quatro a cinco anos, considerando-se a idade normal para a menarca na população geral (em torno de 12,6 anos de idade).

Na literatura uma análise secular da idade de ocorrência da menarca demonstra uma tendência da redução da idade, fenômeno este que vem sendo observado há quase 150 anos (KLUG; FONSECA, 2006). Em relação à idade de menarca das adolescentes dos EUA, Chumlea et al. (2003) relataram que não houveram mudanças significativas em 30 anos, sendo que 90% das garotas menstruam por volta dos 13,75 anos. No estado de São Paulo os achados sobre idade de menarca variam entre 12,1 a 12,6 anos (KLUG; FONSECA, 2006). Além disso, Petroski, Velho e De Bem (1999) ao investigar a idade de menarca de adolescentes da rede pública Estadual de Ensino da Grande Florianópolis, verificaram a ocorrência por volta dos 12,5 anos em média, inclusive relataram que as escolares insatisfeitas com a sua massa corporal e que desejam perder peso, maturam mais precocemente do que as satisfeitas com a massa corporal.

No presente estudo, o fato do treino semanal atingir cerca de 20 horas entre as bailarinas clássicas pode ter sido determinante no desenvolvimento puberal mais tardio do que entre as bailarinas não-clássicas que realizavam carga horária mediana de 8 horas, no entanto, a idade de menarca das bailarinas avaliadas e a

relatada em outros estudos com ginastas e não praticantes de modalidades esportivas não demonstraram tamanha divergência. Assim, supõe que para determinar as reais causas de influência sobre a idade de ocorrência da menarca é necessário analisar outros fatores que excedem a intensidade/frequência da atividade física e o índice de massa corporal, como os aspectos nutricionais, o percentual de gordura corporal e até mesmo a predisposição genética (não avaliados neste estudo) que são apontados pela literatura como determinantes para a menarca.

Visando obter maiores informações em relação à prática dos estilos de dança investigados, a tabela 4 e 5 traz a prevalência de alguns aspectos ligados a dança a fim de verificar possíveis associações aos grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas e em relação a faixa etária.

Tabela 4. Prevalência dos fatores relacionados à prática da dança entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas

| | | Clássicas | | Não-Clássicas | | TOTAL | | P |
|--|-----|-----------|------|---------------|------|-------|------|-----------------|
| | | f | % | f | % | f | % | |
| Sente-se <u>sempre</u> bem disposta para treinar? | Não | 29 | 23,6 | 29 | 20,1 | 58 | 21,7 | 0,498 |
| | Sim | 94 | 76,4 | 115 | 79,9 | 209 | 78,3 | |
| Sente ou já sentiu-se fadigada? | Não | 35 | 28,5 | 26 | 18,1 | 61 | 22,8 | 0,044* |
| | Sim | 88 | 71,5 | 118 | 81,9 | 206 | 77,2 | |
| Sente atualmente alguma dor? | Não | 59 | 48,0 | 105 | 72,9 | 164 | 61,4 | 0,0001** |
| | Sim | 64 | 52,0 | 39 | 27,1 | 103 | 38,6 | |
| Já teve algum tipo de lesão? | Não | 73 | 59,3 | 90 | 62,5 | 163 | 61,0 | 0,599 |
| | Sim | 50 | 40,7 | 54 | 37,5 | 104 | 39,0 | |
| Utiliza algum medicamento para dor? | Não | 91 | 74,0 | 120 | 83,3 | 211 | 79,0 | 0,062 |
| | Sim | 32 | 26,0 | 24 | 16,7 | 56 | 21,0 | |
| Utiliza algum estimulante ou medicamento para treinar? | Não | 115 | 93,5 | 140 | 97,2 | 255 | 95,5 | 0,144 |
| | Sim | 8 | 6,5 | 4 | 2,8 | 12 | 4,5 | |
| Sente-se satisfeita com seu peso corporal? | Não | 52 | 42,3 | 63 | 43,8 | 115 | 43,1 | 0,809 |
| | Sim | 71 | 57,7 | 81 | 56,3 | 152 | 56,9 | |
| Já tomou ou toma algum remédio para emagrecer? | Não | 115 | 94,3 | 138 | 95,8 | 253 | 95,1 | 0,554 |
| | Sim | 7 | 5,7 | 6 | 4,2 | 13 | 4,9 | |
| Sente-se satisfeita com o treinamento? | Não | 6 | 4,9 | 2 | 1,4 | 8 | 3,0 | 0,096 |
| | Sim | 117 | 95,1 | 142 | 98,6 | 259 | 97,0 | |
| Sente-se satisfeita com os resultados das competições? | Não | 13 | 10,6 | 13 | 9,0 | 26 | 9,7 | 0,673 |
| | Sim | 110 | 89,4 | 131 | 91,0 | 241 | 90,3 | |
| Sente-se bem para estudar? | Não | 23 | 18,7 | 17 | 11,8 | 40 | 15,0 | 0,116 |
| | Sim | 100 | 81,3 | 127 | 88,2 | 227 | 85,0 | |

Teste "U" de Mann-Whitney; * $P \leq 0,05$ ** $P \leq 0,01$

Tabela 5. Prevalência dos fatores relacionados à prática da dança entre as faixas etárias

| | | 10-14 anos | | 14,01-18 anos | | TOTAL | | P |
|--|-----|------------|------|---------------|------|-------|------|-----------------|
| | | f | % | f | % | f | % | |
| Sente-se <u>sempre</u> bem disposta para treinar? | Não | 15 | 10,0 | 43 | 36,8 | 58 | 21,7 | 0,0001** |
| | Sim | 135 | 90,0 | 74 | 63,2 | 209 | 78,3 | |
| Sente ou já sentiu-se fadigada? | Não | 43 | 28,7 | 18 | 15,4 | 61 | 22,8 | 0,010** |
| | Sim | 107 | 71,3 | 99 | 84,6 | 206 | 77,2 | |
| Sente atualmente alguma dor? | Não | 91 | 60,7 | 73 | 62,4 | 164 | 61,4 | 0,774 |
| | Sim | 59 | 39,3 | 44 | 37,6 | 103 | 38,6 | |
| Já teve algum tipo de lesão? | Não | 106 | 70,7 | 57 | 48,7 | 163 | 61,0 | 0,0001** |
| | Sim | 44 | 29,3 | 60 | 51,3 | 104 | 39,0 | |
| Utiliza algum medicamento para dor? | Não | 127 | 84,7 | 84 | 71,8 | 211 | 79,0 | 0,011* |
| | Sim | 23 | 15,3 | 33 | 28,2 | 56 | 21,0 | |
| Utiliza algum estimulante ou medicamento para treinar? | Não | 147 | 98,0 | 108 | 92,3 | 255 | 95,5 | 0,026* |
| | Sim | 3 | 2,0 | 9 | 7,7 | 12 | 4,5 | |
| Sente-se satisfeita com seu peso corporal? | Não | 59 | 39,3 | 56 | 47,9 | 115 | 43,1 | 0,163 |
| | Sim | 91 | 60,7 | 61 | 52,1 | 152 | 56,9 | |
| Já tomou ou toma algum remédio para emagrecer? | Não | 146 | 98,0 | 107 | 91,5 | 253 | 95,1 | 0,014* |
| | Sim | 3 | 2,0 | 10 | 8,5 | 13 | 4,9 | |
| Sente-se satisfeita com o treinamento? | Não | 2 | 1,3 | 6 | 5,1 | 8 | 3,0 | 0,072 |
| | Sim | 148 | 98,7 | 111 | 94,9 | 259 | 97,0 | |
| Sente-se satisfeita com os resultados das competições? | Não | 9 | 6,0 | 17 | 14,5 | 26 | 9,7 | 0,020* |
| | Sim | 141 | 94,0 | 100 | 85,5 | 241 | 90,3 | |
| Sente-se bem para estudar? | Não | 14 | 9,3 | 26 | 22,2 | 40 | 15,0 | 0,003** |
| | Sim | 136 | 90,7 | 91 | 77,8 | 227 | 85,0 | |

Teste "U" de *Mann-Whitney*; * $P \leq 0,05$ ** $P \leq 0,01$

Os dados expressos na tabela 4 e 5 permitem salientar como as bailarinas se sentem em relação aos fatores relacionados à prática da dança e a si mesmo. No item em que foi questionado se as bailarinas estavam sentindo ou já haviam se sentido fadigadas (cansadas), aproximadamente 10% a mais das bailarinas não-clássicas afirmaram tal sensação ($P=0,044$). Em relação à faixa etária (Tabela 5), as bailarinas de 10 a 14 anos relataram mais disposição para treinar do que as

bailarinas mais velhas ($P=0,0001$). Este comportamento condiz com a questão sobre a sensação de fadiga, em que a prevalência desta sensação entre as bailarinas entre 14,01 e 18 anos foi significativamente maior ($P=0,010$).

A prevalência de dor determinada por meio da regressão de *Poisson* foi de 1,67 vezes maior entre as bailarinas clássicas ($P=0,0001$) e é algo que pode ser justificado por outros fatores investigados no presente estudo, tal como a frequência semanal de treinos. Sabe-se que o *ballet* clássico é uma dança caracterizada pela predominância de elementos que envolvem capacidades físicas como a flexibilidade, saltos constantes, além da força necessária para se manter na ponta. Neste sentido, Nilsson et al. (2001) ressaltam que assim como as atletas de elite, as bailarinas realizam performance que requerem tanto valores estéticos como atléticos, as tornando sujeitas a desgastes físicos como em outras modalidades esportivas. Quanto à faixa etária, a sensação de dor durante a competição, não demonstrou diferenças entre as faixas etárias.

Considerando todas as bailarinas, 38,6% apontaram a sensação de dor durante a fase de competição e os percentuais destinados aos locais de dor podem ser observados na Figura 4.

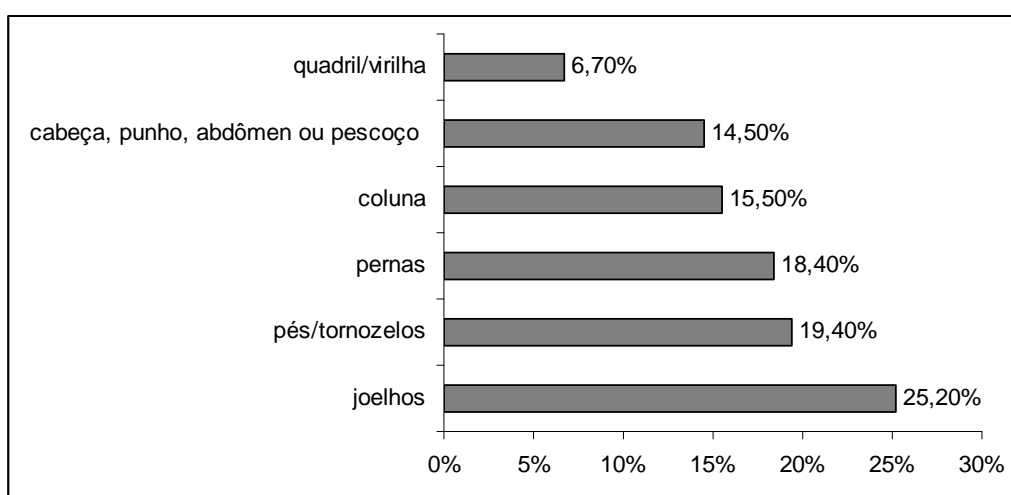


Figura 4. Frequência relativa (%) dos locais de dor apontados pelas bailarinas

Os dados apresentados na Figura 4 diferem dos achados de outros estudos que também se destinaram a elencar as regiões de algias relatadas entre bailarinas. Os 141 bailarinos profissionais de ambos os gêneros avaliados por Dore e Guerra

(2007), apontaram a região lombar como a de maior sintomatologia de dor, apresentando-se em 121 (85,8%) dos entrevistados, seguida dos joelhos, pescoço, quadris e pés. Bittencourt (2004) avaliou 30 bailarinas clássicas com idade média de 13,06 anos e verificou que 33,3% se queixaram de algias leves com prevalência nos pés, seguida pelos membros inferiores e coluna lombar.

Com o mesmo objetivo do estudo anteriormente citado, Batista e Martins (2010) relataram entre bailarinas com média de 20,4 anos, 13,1 anos de prática e 18,7 horas de treino semanal, maior prevalência de dor nos joelhos (25,4%); seguida da região lombar e tornozelos. Diante dos achados da literatura e dos encontrados no presente estudo, pode-se dizer que a presença de dores tanto na fase de aprendizagem como em nível profissional são constantes e em proporções elevadas. Além disso, as regiões corporais apontadas como de maior frequência de dor variam de acordo com características próprias da bailarina, nível técnico e tempo de dedicação à prática.

A literatura aponta que os bailarinos apresentam dor principalmente nos pés, tornozelos, joelhos, quadris e costas e que o conseqüente medo de lesões é comum entre os membros dessa classe, já que pode provocar permanente incapacidade e o fim de sua carreira como bailarino (KELMAN, 2000).

As demais questões analisadas não demonstraram diferenças significativas quando comparadas entre os grupos de bailarinas, no entanto, a prevalência de lesões foi maior entre as bailarinas clássicas em comparação às não-clássicas. Na tabela 5, fica evidente que um percentual maior de bailarinas de 14,01 a 18 anos já sofreu algum tipo de lesão ($P=0,0001$). Essa característica pode ser justificada pelo fato da maior proporção de bailarinas nessa faixa etária realizarem treinamento semanal de aproximadamente 20 horas e também por ter maior tempo de experiência na dança.

Ao tratar da incidência de lesões entre as bailarinas, pode-se considerar que a prevalência encontrada (39% no geral - tabela 4) foi relativamente alta, uma vez que as bailarinas, mesmo submetidas às competições, ainda encontram-se em fase de aprendizagem e especialização das técnicas específicas da dança. Firetti (1999 apud DORE, 2006) salienta que são vários os fatores relacionados com ao

aparecimento e a frequência dos traumatismos na dança. A fadiga muscular provocada pelo excesso de atividade física, em especial na época em que se aproximavam os espetáculos, as competições, somadas às aulas e aos ensaios, parece ser um dos principais fatores desencadeantes de lesão e, muitas vezes o motivo pelo qual a torna ainda mais incapacitante do ponto de vista funcional. As lesões nesta população ocorrem de maneira lenta e resultam de microtraumas, sobrecarga e falhas técnicas que por natureza crônica são identificadas durante um período de tempo (COHEN; ABDALLA, 2002).

Dentre as lesões mais comuns nos pés e tornozelos de bailarinas com idade média de 19 anos, estão as bolhas, calos, entorses, tendinites, hálux valgus (joanete), fraturas e luxações e os principais causadores das lesões apontados foram: treinamento excessivo, os passos específicos do *ballet* clássico e o uso da sapatilha de ponta (SIMÕES; ANJOS, 2010). Além disso, há relatos de que bailarinas clássicas têm maior incidência de disfunções menstruais e lesões musculoesqueléticas que bailarinas da dança moderna (TO et al., 1995 apud LEÓN; DÍAZ, 2004).

A proporção de bailarinas clássicas que utilizava algum medicamento para dor foi aproximadamente 10% maior do que no grupo das bailarinas não-clássicas. Em relação à faixa etária, aproximadamente 59% das bailarinas entre 14,01 e 18 anos relataram fazer uso de tais medicamentos ($P=0,011$). No geral, uma pequena porcentagem de bailarinas (menos que 5%) afirmou fazer uso de estimulantes para treinar e já ter feito uso de medicamentos para emagrecer. Entretanto, estes comportamentos foram mais prevalentes na faixa etária de 14,01 a 18 anos (75% para o uso de estimulantes - $P=0,026$; e 76,9% para o uso de remédios para emagrecer - $P=0,014$).

Ainda por meio da anamnese foi possível identificar que no geral, 97% das bailarinas sentem-se satisfeitas com o treinamento oferecido, não sendo verificadas diferenças entre as faixas etárias ($P=0,072$). Em relação aos resultados das competições também se observou uma grande proporção de bailarinas satisfeitas (90,3%). Entretanto, a satisfação com os resultados das competições foi mais prevalente na faixa etária mais nova ($P=0,020$) (tabela 5). Ademais, 85% das bailarinas no geral

disseram sentir-se bem para estudar e a indisposição foi maior na faixa etária de 14,01 a 18 anos (22,2%) ($P=0,003$).

Diante da análise dos dados descrita anteriormente, verifica-se que mesmo com proporções expressivas de bailarinas que se sentem fadigadas, apresentem quadros álgicos no momento da competição e dos relatos de já terem sofrido algum tipo de lesão, verifica-se altas porcentagens de bailarinas satisfeitas com o treinamento e o resultado das competições. Este aspecto positivo parece sugerir que a prática da dança proporciona um incentivo à busca de desafios, bem como, o prazer pela prática, mesmo diante dos sacrifícios e danos que a dança competitiva possa proporcionar a saúde e bem-estar. Neste sentido, Harter (1982) salienta que crianças que são desafiadas e encorajadas a tentar o mais difícil, a persistem na tentativa de vencer suas limitações, e a usar seu próprio discernimento para julgar a própria competência, provavelmente desenvolverão uma orientação motivacional intrínseca.

5.2 Imagem corporal e comportamento alimentar de risco entre os grupos de bailarinas e faixa etária

A literatura atual tem demonstrado o crescente aumento da insatisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares de risco em populações distintas. Embora muitos dos que se dedicam à prática do *ballet* clássico, realizem treinamento físico intenso, o que, por si só, proporciona a manutenção do corpo, a presença desses comportamentos entre bailarinos está sendo cada vez mais relatada pela comunidade científica. Silva, Alves e Nacif (2009), enfatizam que a insatisfação com a forma física entre bailarinos clássicos faz com que os mesmos convivam freqüentemente com uma grande pressão por manter um peso corporal extremamente baixo, induzindo a adoção de condutas alimentares inadequadas.

Diante disso, encontram-se descritos na tabela 6, os resultados referentes à comparação dos graus de insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar sem risco ou com risco entre os grupos de bailarinas.

Tabela 6. Prevalência dos graus de insatisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares de risco entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas

| | Insatisfação com a imagem corporal (BSQ) | | | | | | | |
|------------------------------|--|------|----------|------|----------|------|----------|-----|
| | Ausência | | Leve | | Moderada | | Grave | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Clássicas (n=123) | 81 | 65,9 | 22 | 17,9 | 17 | 13,8 | 3 | 2,4 |
| Não-Clássicas (n=144) | 107 | 74,3 | 22 | 15,3 | 9 | 6,3 | 6 | 4,2 |
| TOTAL | 188 | 70,4 | 44 | 16,5 | 26 | 9,7 | 9 | 3,4 |

| | Comportamento alimentar (EAT) | | | |
|------------------------------|-------------------------------|------|-----------|------|
| | Sem risco | | Com risco | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Clássicas (n=123) | 103 | 83,7 | 20 | 16,3 |
| Não-Clássicas (n=144) | 128 | 88,9 | 16 | 11,1 |
| TOTAL | 231 | 86,5 | 36 | 13,5 |

Teste "U" de *Mann-Whitney*; BSQ - $P=0,130$; EAT - $P=0,220$

A pontuação média no questionário BSQ entre as bailarinas clássicas foi de 69,7 (dp=33,2) e 66,8 (dp=32,0) pontos entre as não-clássicas. Em relação à classificação desses resultados (Tabela 6), a prevalência de insatisfação com a imagem corporal dos dois grupos para as três classificações (leve, moderada e grave) totalizou 29,6%. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa da insatisfação com a imagem corporal entre os grupos de bailarinas ($P=0,130$).

Assim como no presente estudo, Hass, Garcia e Bertoletti (2010) ao avaliar a imagem corporal de bailarinas profissionais, não encontraram diferenças entre as pontuações obtidas no questionário de imagem corporal diante dos grupos de bailarinas clássicas de Porto Alegre, bailarinas clássicas de Nova Iorque e dançarinas de jazz. De modo geral, ao comparar os percentuais das classificações

de insatisfação com a imagem corporal, as bailarinas do estudo referenciado demonstraram percentuais menores para a classificação “moderada” (7,5%) e similar para a insatisfação com a imagem corporal “grave” (2,5%).

Nos estudos realizados em Rondônia (PEREIRA et al., 2010) e no município de São Paulo (SILVA; ALVES; NACIF, 2009), as bailarinas clássicas adolescentes não-profissionais demonstraram percentuais superiores para todos os graus de insatisfação com a imagem corporal, que em sua totalidade atingiram 58,4% e 41,7% respectivamente. Entre dançarinas de jazz com idade entre 13 e 17 anos e participantes de competições, Paulucci e Ferreira (2009) verificaram 47,6% de insatisfação com a imagem corporal, valores esses superiores ao relatado para as bailarinas não-clássicas.

A pontuação média para o questionário EAT foi 11,8 pontos entre as bailarinas clássicas e 8,7 pontos entre as não-clássicas (*Mann-Whitney*, $P= 0,004$). Os valores máximos atingidos neste questionário são de 10 pontos superiores no grupo de bailarinas clássicas quando em comparação ao outro grupo de bailarinas. Entretanto deve-se ressaltar que para considerar que o indivíduo tenha comportamento alimentar de risco, o valor obtido no questionário deve ser igual ou superior a 21 pontos. O teste “U” de *Mann-Whitney* não verificou diferenças significativas entre as classificações do comportamento alimentar ao comparar os grupos de bailarinas avaliadas ($P=0,220$) (Tabela 6), porém, entre as bailarinas clássicas a prevalência foi de 16,3%. No geral, os dados da tabela expressam 13,5% de prevalência de comportamentos alimentares de risco, sugerindo a possibilidade do desenvolvimento ou até mesmo da presença de transtornos alimentares.

Ribeiro e Veiga (2010) ao investigarem bailarinos de uma instituição representante da elite do *ballet* clássico brasileiro encontraram valores médios de 12,4 pontos entre 39 bailarinas, pontuação superior à relatada no presente estudo. No entanto, a prevalência de comportamento de risco para transtorno alimentar foi de 10,3% e 8,3% entre as bailarinas avaliadas por Pereira et al. (2010), ambas as prevalências inferiores à verificada entre as bailarinas do presente estudo (13,5%). Entre escolares de Santa Catarina, a prevalência de sintomas de anorexia nervosa e de insatisfação com a imagem corporal foram, respectivamente, 15,6% ($n=179$) e

18,8% (n = 216) (ALVES et al., 2008), superior em relação aos comportamentos alimentares de risco, porém inferior no que se refere à imagem corporal. Entre ginastas rítmicas de 15 a 20 anos, Perini et al. (2009a) relataram 34,2% de insatisfação com a imagem corporal nos diferentes graus e 13,7% de atitudes de risco para transtornos alimentares.

As pesquisas internacionais que compararam bailarinas às estudantes ou grupos controles demonstraram prevalências superiores para o comportamento alimentar de risco em relação ao relatado no presente estudo. Neumärker et al. (1998) investigaram bailarinas e escolares adolescentes do sexo feminino na Alemanha e verificaram prevalência de anorexia nervosa de 21,6% para as bailarinas e 7,4% para as estudantes. Na Itália, Ravaldi et al. (2006) verificou que entre bailarinas não profissionais de 12 a 30 anos, há mais preocupações com a restrição alimentar e controle do peso, no entanto, por meio das avaliações psiquiátricas, 0,9% das bailarinas foram diagnosticadas com AN, 1,8% com BN e 10,9% de TA não específicos, não sendo relatada diferença estatística na comparação com o grupo controle.

No interior do estado de São Paulo, em uma amostra de adolescentes escolares do sexo feminino, Damasceno (2008) utilizando os mesmos instrumentos da presente pesquisa identificou 37,4% e 14,8% de insatisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares de risco, respectivamente.

Ao analisar as prevalências de insatisfação com a imagem corporal e compará-las aos estudos já existentes, verifica-se que as bailarinas avaliadas neste estudo expressaram proporções inferiores ao diagnosticado em outras amostras de bailarinas estudantes e profissionais, bem como, inferiores ao verificado entre adolescentes escolares do sexo feminino. No entanto, em relação aos comportamentos alimentares de risco, a prevalência observada neste estudo se mostrou superior à de outros estudos com bailarinas e em alguns casos similar ao verificado entre estudantes. Diante dessas constatações, pode-se enfatizar que as bailarinas do presente estudo, mesmo participando de competições e sujeitas às pressões deste contexto, não demonstram índices elevados de insatisfações com a imagem corporal, contudo, os comportamentos alimentares de risco podem se

estabelecer em função tanto da insatisfação com o corpo, como de fatores adversos, visando a manutenção do peso para a melhora o desempenho (por exemplo, para aumentar a capacidade do salto) e não como um meio para melhorar os aspectos estéticos.

Ademais, a discrepância observada entre os percentuais expressos na literatura tanto para as atitudes alimentares quanto para a insatisfação com a imagem corporal, talvez possa ser justificada por demais características que não foram controladas ao realizar as pesquisas e que exerçam potencial influência ao investigar tais comportamentos, como é o caso da relação entre a insatisfação corporal e comportamentos alimentares de risco aos fatores que envolvem a prática do *ballet*, o desenvolvimento biológico e traços psicológicos.

Visto que, tanto a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar de risco não apresentaram diferenças significativas entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas, optou-se por investigar o comportamento destes dois construtos diante das idades das bailarinas agrupadas em quatro faixas etárias. Hoyer e Roodin (2003) salientam que a idade cronológica mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento e é um dos meios mais usuais e simples de se obter informações sobre uma pessoa. Porém, o conceito de idade é multidimensional, bem como, um marcador aproximado do processo que influencia o comportamento ao longo do tempo. Diante disso, a tabela 7 expressa a associação da insatisfação com a imagem corporal e do comportamento alimentar com as diferentes faixas etárias das bailarinas em geral.

Tabela 7. Associação entre a imagem corporal e o comportamento alimentar com as faixas etárias das bailarinas em geral

| Faixa Etária | Imagem Corporal | | | | RP (IC95%) | P |
|-----------------|-----------------|------|--------------|------|-------------------------|-----------------|
| | Sem | | Com | | | |
| | insatisfação | | insatisfação | | | |
| | f | % | f | % | | |
| 10 a 12 anos | 50 | 87,7 | 7 | 12,3 | 1,00 | |
| 12,01 a 14 anos | 65 | 69,9 | 28 | 30,1 | 2,45 (1,14-5,24) | 0,021* |
| 14,01 a 16 anos | 46 | 70,8 | 25 | 29,2 | 2,38 (1,07-5,25) | 0,032* |
| 16,01 a 18 anos | 27 | 51,9 | 25 | 48,1 | 3,91 (1,84-8,29) | 0,0001** |

| Faixa Etária | Comportamento Alimentar | | | | TOTAL | | P |
|-----------------|-------------------------|------|-----------|------|-------|-----|-------|
| | Sem risco | | Com risco | | f | % | |
| | f | % | f | % | | | |
| 10 a 12 anos | 54 | 94,7 | 3 | 5,3 | 57 | 100 | 0,058 |
| 12,01 a 14 anos | 80 | 86,0 | 13 | 14,0 | 93 | 100 | |
| 14,01 a 16 anos | 54 | 83,1 | 11 | 16,9 | 65 | 100 | |
| 16,01 a 18 anos | 43 | 82,7 | 9 | 17,3 | 52 | 100 | |

* $P \leq 0,05$ ** $P \leq 0,01$ – RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%

Como já descrito anteriormente, verificou-se no geral que aproximadamente 30% das bailarinas avaliadas apresentaram insatisfação com a imagem corporal nos diferentes graus (Tabela 6) e nesta análise (Tabela 7) a variável imagem corporal foi dicotomizada (ausência = “Sem insatisfação” e leve, moderada e grave = “Com insatisfação”) em função das exigências do teste estatístico. Com a utilização da regressão de *Poisson* fica evidente que à medida que a faixa etária aumenta a prevalência de insatisfação com a imagem corporal torna-se mais elevada. Na faixa etária de 16,01 a 18 anos, a prevalência de insatisfação com a imagem corporal é quase 4 vezes maior ($P=0,0001$) em relação à faixa de 10 a 12 anos. Algo que pode justificar esses dados se embasa no próprio desenvolvimento biológico feminino, que em idades mais elevadas da adolescência tende a contribuir para com o aumento das dimensões corporais.

Estudos internacionais apontam índices preocupantes de insatisfação com a imagem corporal na infância e adolescência e sua elevação com o avançar da idade (STORVOLL; STRANDBU; WICHSTRØM, 2005; LI et al., 2005; MELLOR et al., 2008). Levine e Smolak (2002) afirmam que apesar da insatisfação com a imagem corporal ter se tornado uma experiência normativa para todas as mulheres, é possível notar que há um aumento desse comportamento durante a adolescência e no seu período final.

Jorosky et al. (2010) avaliaram a associação entre a insatisfação com a imagem corporal e o indicativo de transtornos alimentares com o tempo de prática no *ballet* clássico. O grupo de bailarinas com menos de 6 anos de experiência apresentaram idade mediana de 12,08 anos e no grupo mais experiente a idade foi de 14,01 anos. Os resultados apontaram associação estatisticamente significativa entre tempo de prática e idade em relação à insatisfação com a imagem corporal. Entre o grupo com menor tempo de prática, 84,2% (n=16) das bailarinas não apresentaram insatisfação com a imagem corporal e 15,8% (n=3) indicaram insatisfação leve. Em contrapartida, o grupo com maior tempo de prática apresentou percentuais de 28% (n=7) de insatisfação leve e 12% (n=3) tanto para insatisfação moderada como para insatisfação grave. Para o comportamento alimentar de risco, não foi verificado nenhum caso entre as bailarinas mais novas e entre o grupo com mais de 6 anos de prática, 16% (n=4) indicaram tal comportamento, porém a associação entre as variáveis não foi significativa, assim como relatada no presente estudo (Tabela 7).

Os resultados da análise realizada para verificar a relação entre o comportamento alimentar de risco e a faixa etária (Tabela 7), evidenciam que o comportamento alimentar de risco demonstrou um pequeno aumento de acordo com o acréscimo da idade e entre as bailarinas das duas últimas faixas etárias constatou-se grande similaridade entre as prevalências. Portanto, esse aumento na prevalência não foi estatisticamente significativo para demonstrar associação com a faixa etária.

Uma explicação para esses resultados é que independente da idade da bailarina, a maneira com que as questões envolvendo a alimentação são tratadas no ambiente de prática pode ser de grande influência sobre os comportamentos adotados em

relação às atitudes alimentares. Percebe-se também que nem todas as crianças entre 10 e 12 anos envolvidas em práticas esportivas tendem a se preocuparem com a repercussão que o corpo e a alimentação terão sobre seu desempenho, pois o objetivo principal é participar e fazer parte do grupo. No entanto, não se pode negar que o aumento da dimensão corporal verificado de acordo com a idade colabora para que jovens mais velhas se preocupem mais com o corpo e adotem comportamentos de risco a fim de se adequarem ao padrão imposto atualmente. No caso das bailarinas, portanto, controlar a alimentação é uma das principais maneiras de alcançarem o corpo exigido para a dança, garantindo assim, mais chances de continuar participando de competições, o que justifica o aumento na prevalência de comportamentos alimentares de risco a partir dos 14 anos.

Entre escolares de Santa Catarina, o comportamento alimentar esteve associado à faixa etária de 10 a 13 anos, no qual adolescentes com estas idades apresentaram 1,54x mais chances de desenvolver algum TA em relação às compreendidas entre 14 e 15 anos (ALVES et al., 2008). Girão (2008) avaliou 90 adolescentes praticantes de *ballet* de Fortaleza e verificou 16,6% de pontuação maior que 21 para o questionário EAT-26. Destas 8,9% apresentavam idades entre 13 e 16 anos. Entretanto, Goldberg (2006) ressalta que a incidência dos transtornos alimentares apresenta dois picos durante a adolescência, o primeiro aos 14 e o segundo aos 18 anos. No entanto, as discrepâncias na prevalência do comportamento alimentar de risco verificadas em diferentes estudos podem estar atreladas a questões culturais, ao índice de desenvolvimento humano das localidades avaliadas e até mesmo a maneira com que se dá a relação ensino-aprendizagem da dança.

É importante ressaltar que a prevalência de comportamento alimentar de risco entre as bailarinas do presente estudo foi de 13,5% no geral e segundo pesquisadores, a taxa de escores positivos para o EAT varia de 6 a 32% entre adolescentes do gênero feminino (DUNKER; FERNANDES; CARREIRA FILHO, 2009; ALVES et al., 2008; GONZÁLEZ-JUÁREZ et al., 2007; SOUZA-KANESHIMA et al., 2006; DUNKER; PHILIPPI, 2003). Benavente et al. (2003) relatam que prevalências de sintomas em torno de 9% são consideradas abaixo da média, indicando uma característica positiva em relação aos TA. Por outro lado, prevalências maiores de 20% são bastante preocupantes.

Segundo Williams (1987), o escore positivo no questionário EAT, ou seja, a probabilidade de a doença desenvolver-se é baixa (somente 0,19), o que significa que em cada 100 escores altos, somente 19 poderão vir a ter realmente a doença. Entretanto, deve-se considerar que um grande período de tempo transcorreu desde a época em que esses índices foram observados e, no entanto, mesmo diante das alterações atuais nos costumes alimentares e a mudança do padrão ideal de beleza, essa probabilidade se mantém para os dias de hoje. Além disso, deve-se enfatizar o aumento de estudos na área que refletem a ocorrência de comportamentos alimentares inadequados e transtornos alimentares em populações diversas, como um acontecimento cada vez mais comum, preocupando as entidades clínicas e os profissionais da saúde.

5.3 Percepção de competência entre bailarinas clássicas e não-clássicas, faixa etária e correlação ao índice de massa corporal

Percepções de competência são os julgamentos que o indivíduo expressa sobre suas habilidades em diferentes domínios e, cada subescala define um fator separado indicando que nesta fase já existe diferenciações claras entre os domínios (HARTER, 1982). Segundo a autora, crianças acima de 8 anos, além de fazer um julgamento discreto sobre suas competências em áreas específicas, também têm construída uma visão sobre seu autoconceito geral.

No presente estudo não se observou diferença entre a percepção de competência relatada pelos grupos de bailarinas avaliadas. Os valores entre a maioria dos domínios variaram entre 2,70 a 3,00, o que permite constatar que as bailarinas em geral, apresentaram percepção de competência moderada, com exceção no domínio aceitação social das bailarinas não-clássicas que apresentaram uma percepção alta. Para o autoconceito, ambos os grupos expressam valores medianos de 3,20 pontos o que indica uma percepção alta (Tabela 8).

Tabela 8. Comparação dos domínios da percepção de competência entre os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas

| | Clássicas (n=123) | | | Não-Clássicas (n=144) | | | P |
|-----------|-------------------|------|------|-----------------------|------|------|-------|
| | Md (Q1-Q3) | Mín | Máx | Md (Q1-Q3) | Mín | Máx | |
| CE | 2,80 (2,50-3,30) | 1,80 | 4,00 | 2,80 (2,50-3,30) | 1,60 | 4,00 | 0,943 |
| AS | 3,00 (2,70-3,30) | 1,40 | 4,00 | 3,20 (2,80-3,40) | 1,50 | 4,00 | 0,351 |
| CA | 2,80 (2,30-3,00) | 1,00 | 4,00 | 2,70 (2,30-3,00) | 1,00 | 4,00 | 0,679 |
| AF | 2,80 (2,30-3,30) | 1,00 | 4,00 | 2,75 (2,40-3,20) | 1,00 | 4,00 | 0,823 |
| CC | 3,00 (2,70-3,20) | 1,40 | 4,00 | 2,80 (2,60-3,30) | 1,80 | 4,00 | 0,600 |
| AG | 3,20 (2,80-3,50) | 1,40 | 4,00 | 3,20 (2,80-3,70) | 1,60 | 4,00 | 0,271 |

Teste "U" de Mann-Whitney; Md= mediana; Q1= 1º quartil; Q3= 3º quartil.

CE= Competência Escolar; AS=Aceitação Social; CA= Competência Atlético; AF= Aparência Física; CC= Conduta Comportamental; AG= Autoconceito

Para complementar os dados descritos, a tabela 9 aponta a proporção das classificações de cada domínio da percepção de competência de acordo com os grupos avaliados.

Tabela 9. Frequência absoluta e relativa dos domínios específicos da percepção de competência para as bailarinas clássicas e não-clássicas

| | Clássicas (n=123) | | | | | | Não-Clássicas (n=144) | | | | | | P |
|-----------|-------------------|------|----------|------|------|------|-----------------------|------|----------|------|------|------|-------|
| | Baixa | | Moderada | | Alta | | Baixa | | Moderada | | Alta | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | |
| CE | 6 | 4,9 | 69 | 56,1 | 48 | 39,0 | 7 | 4,9 | 90 | 62,5 | 47 | 32,6 | 0,353 |
| AS | 5 | 4,1 | 61 | 49,6 | 57 | 46,3 | 3 | 2,1 | 64 | 44,4 | 77 | 53,5 | 0,183 |
| CA | 15 | 12,2 | 80 | 65,0 | 28 | 22,8 | 15 | 10,4 | 95 | 66,0 | 34 | 23,6 | 0,710 |
| AF | 24 | 19,5 | 52 | 42,3 | 47 | 38,2 | 22 | 15,3 | 77 | 53,5 | 45 | 31,3 | 0,751 |
| CC | 4 | 3,3 | 64 | 52,0 | 55 | 44,7 | 5 | 3,5 | 82 | 56,9 | 57 | 39,6 | 0,430 |
| AG | 5 | 4,1 | 52 | 42,3 | 66 | 53,7 | 7 | 4,9 | 56 | 38,9 | 81 | 56,3 | 0,802 |

Qui-Quadrado de Pearson (X^2)

CE= Competência Escolar; AS=Aceitação Social; CA= Competência Atlético; AF= Aparência Física; CC= Conduta Comportamental; AG= Autoconceito

O teste qui-quadrado não demonstrou associação significativa entre as classificações dos domínios de percepção de competência e os grupos de bailarinas. No entanto, percebe-se que para os domínios relacionados à escola, à aceitação social e à conduta comportamental, bem como, o autoconceito, a

prevalência da classificação de baixa percepção de competência foi pequena, não atingindo 5%, o que não acontece para os domínios destinados à avaliação da competência atlética e aparência física, que entre os dois grupos de bailarinas teve prevalência entre 10 e 20% aproximadamente para a classificação baixa. Para ambos os grupos de bailarinas verificaram-se maior prevalência de percepção moderada para os domínios avaliados, exceto para a aceitação social entre as bailarinas não-clássicas, com 53,5% de alta percepção. No domínio autoconceito também foi verificado mais de 50% de bailarinas clássicas e não-clássicas com alta percepção.

Ao buscar dados de outros estudos que avaliaram a percepção de competência de meninas engajadas em modalidades esportivas com rigor estético, Nakashima, Welz e Vieira (2008) relataram encontrar entre atletas de ginástica rítmica de 9 a 12 anos, proporções similares às observadas para a classificação de “alta” percepção de competência em todos os domínios expressos pelo grupo das bailarinas clássicas.

No que diz respeito aos valores de percepção de competência escolar, estes indicam que as bailarinas do presente estudo se vêem moderadamente competentes no desempenho escolar, em atividades intelectuais e sentem-se espertas nos trabalhos em sala de aula. Esses resultados permitem sugerir que mesmo diante do grande número de horas dedicadas às atividades ligadas à dança, as bailarinas são capazes o suficiente para se manterem competentes nas atividades escolares.

Quanto aos achados referentes à aceitação social, os valores medianos indicados pelos grupos apresentaram classificações distintas mesmo não havendo diferenças estatísticas entre os grupos. Estes resultados sugerem que entre as bailarinas não-clássicas a aceitação social é um fator de maior valor, pois se avaliam como tendo um número considerável de amigos, sendo queridas, amigáveis, importantes nos ambientes que se encontram inseridas (HARTER, 1982) e conseqüentemente mais facilidades para se relacionar que em comparação as bailarinas clássicas.

Segundo Marroni (2009), pela própria percepção de competência afetiva, uma criança se sente importante quando chamada a demonstrar uma técnica que realiza bem para ser exemplo para seus colegas, da mesma forma quando é chamada para

realizar um movimento novo. Como evidenciado nos resultados, as bailarinas clássicas demonstraram uma percepção moderada da aceitação social frente à percepção alta das não-clássicas. Considerando o fato de ser exemplo para os demais, é comum que os professores deixem transparecer a preferência por certa bailarina com melhor capacidade física e beleza e conseqüentemente sempre a seleciona para as posições de maior destaque na coreografia, ou para demonstração dos movimentos. No entanto, é fundamental que a criança se sinta competente e esta dificuldade pode ser ultrapassada quando os adultos envolvidos no processo em que se encontra são capazes de expressar *feedbacks* positivos que auxiliaram as crianças na elaboração de critérios para avaliar sua percepção de competência (HARTER, 1978).

O contexto social para a criança é uma referência fundamental quanto à criação de motivações, de valores e normas de conduta na prática de suas atividades motoras e lúdicas (VIEIRA, 2004). Weiss e Ebbek (1996) e Soares, Vieira e Gaion (2007), ressaltam que a comunicação com outros indivíduos significativos para a criança (pais, treinadores, colegas e espectadores); a comparação de capacidades com outros participantes e o alcance de objetivos estabelecidos são oportunidades que contribuem para o desenvolvimento da percepção de competência.

No contexto da dança, principalmente aquele voltado para a competição, é necessário que as correções do professor e dos agentes envolvidos neste processo, não se direcionem apenas para as falhas cometidas pelas bailarinas, mas que contribuam com um número significativo de experiências práticas, associadas ao *feedback* positivo no momento adequado, com avaliações consistentes às atividades propostas, as quais devem ser condizentes aos níveis de desempenho dos aprendizes. Harter (1982) salienta que o *feedback* do adulto significativo como resposta ao desempenho em uma tarefa desempenha um grande papel no desenvolvimento psicológico da criança.

No contexto esportivo, Weiss e Amorose (2005) afirmam que as crianças tendem a modificar suas percepções de competência no momento em que alteraram o conceito que as mesmas possuem de suas habilidades. A partir dos 7 anos a criança já demonstra a necessidade de se comparar com as outras. Dessa forma, o

ambiente educacional pode alterar os níveis de percepção de competência das crianças conforme o tipo de contexto que convivem.

Desta forma, os valores encontrados para a competência atlética das bailarinas denotam em sua maioria, uma percepção classificada como moderada. Esses índices se mostraram semelhantes aos encontrados em amostra de escolares (VIEIRA; VIEIRA; KREBS, 1997; SILVA, 2009). No entanto, Harter (1978) enfatiza que o sentimento de ser capaz ou não, está relacionado ao tempo de prática e às experiências passadas do indivíduo, condições essenciais para que este elabore critérios para avaliar os sucessos e insucessos aumentando a sua competência percebida.

Valentini (2002) ressalta que o fato de sempre ganhar pode favorecer uma percepção positiva da competência atlética, contudo, pode fazer com que o atleta superestime sua percepção de competência pessoal e levar a criança a constantes fracassos frente a tarefas que lhe parecem fáceis, mas, que na realidade, estão acima de suas possibilidades influenciando negativamente a motivação para atividades físicas e esportivas futuras.

Visto a possibilidade de bailarinas, professoras e demais profissionais da área terem a concepção de que a dança é uma atividade exclusivamente artística, não considerando o aspecto físico que envolve essa prática, a baixa percepção deste domínio pode ter ocorrido em função das questões da escala de percepção de competência se voltar para o esporte e atividades motoras em geral e não especificamente à dança. Outra possível justificativa para tal resultado pode estar relacionada ao grande período de dedicação semanal à dança, conseqüentemente minimizando as oportunidades de experienciar atividades físicas variadas. Silva (2009) ressalta que as experiências motoras infantis são importantes na construção das percepções de competência, pois quanto mais a criança experienciar atividades variadas, mais competente se tornará, uma vez que estarão colaborando para a construção de parâmetros avaliativos mais precisos.

Algumas modalidades de dança, como o *ballet*, apresentam características muito similares às verificadas na ginástica artística e rítmica. Neste sentido, o

comportamento relatado entre as bailarinas pode ser similar aos apontados por Mc Auley (1985) ao estudar as causas do sucesso esportivo de ginastas de alto rendimento. O referido estudo relatou que as atletas de sucesso apresentaram uma PC positiva, enquanto as que não conseguiram bons resultados apresentaram PC negativa. Além disso, a percepção de sucesso que as ginastas tiveram acerca de suas performances pode ter sido influenciada pelos meios de avaliação dos juízes e pela colocação final que as atletas recebem (se não ficarem entre as seis primeiras posições ficam fora da área de pontuação), induzindo a um julgamento negativo sobre seu desempenho, mesmo que não tenham cometido erros na execução dos exercícios. Nesse caso, a PC Atlética poderá estar baseada apenas no *status* atingido numa competição e no reconhecimento externo (pais e amigos), e não na sua capacidade técnica, reforçando aspectos extrínsecos da motivação e induzindo o esportista a uma percepção de competência irreal (VALENTINI, 2002; SILVA, 2009).

Outro aspecto examinado neste estudo se ateve ao domínio da aparência física, no qual, independente de ser bailarina clássica ou não-clássica, um percentual maior demonstrou percepção moderada, no entanto, o percentual destinado à classificação baixa se mostrou mais elevado em comparação aos demais domínios da escala. Esses achados demonstram que a população investigada se preocupa com a aparência, o que pode ser justificado pela característica da modalidade em priorizar a forma física, a beleza e a graciosidade que envolve os movimentos. Neste sentido, a pesquisa realizada com bailarinas adultas e jovens universitárias de Educação Física de Portugal, verificou maior receio em relação à aparência física do que com o rendimento físico e a saúde entre as bailarinas. Além disso, neste grupo houve uma tendência em associar preocupação elevada com a aparência física e o controle do apetite talvez por demonstrarem maior sensibilidade à opinião dos outros (COELHO/SILVA; JERÓNIMO, 2002).

A avaliação do domínio referente à conduta comportamental demonstrou que no geral, grande parte das bailarinas demonstrou satisfação com a forma que se comportam. Pensando no contexto em que essas jovens se inserem, pode-se abordar que ainda hoje, em específico o *ballet* clássico, segue um código de normas fundamentado na rigidez e hierarquia de quem ensina e de quem aprende

(ASSUMPÇÃO, 2003). Em função disso, por vontade dos pais ou mesmo por vontade própria, crianças e adolescentes buscam o *ballet* não apenas como uma atividade física ou artística, mas por trabalhar em seu contexto a disciplina, a boa postura e o bom comportamento (qualificações tão valorizadas na sociedade), o ballet é atualmente uma das modalidades mais praticadas e conhecidas.

No entanto, vale frisar que as bailarinas demonstraram uma percepção moderada de suas condutas comportamentais e ao tratar do autoconceito, as bailarinas indicaram que, mesmo diante das insatisfações em alguns aspectos, gostam de si mesmas e incluem referências às características pessoais, como ser bondosa, amigável e prestativa (HARTER, 1980; HARTER, 1982; FIORESE, 1993).

Diferente do observado no teste de associação entre os componentes da percepção de competência e os grupos de bailarinas clássicas e não-clássicas, em relação à faixa etária verificou-se associações significativas com a “aparência física” e “autoconceito” (Tabela 10).

Na classificação “alta”, tanto da aparência física como do autoconceito, há um percentual maior de bailarinas na faixa etária de 10 a 14 anos. Os dados da tabela 10 ainda destacam que a razão de prevalência de bailarinas na faixa etária de 14,01 a 18 anos é 1,20 vezes maior para a baixa percepção da aparência física. Em relação ao autoconceito, nesta faixa etária a razão de prevalência é 1,13 vezes maior para percepção moderada e 1,43 vezes maior para a classificação baixa em relação às bailarinas desta faixa etária que demonstraram alta percepção deste domínio.

Tabela 10. Associação entre a percepção da aparência física e autoconceito e a faixa etária

| | Faixa Etária | | | | RP (IC95%) | P |
|-------------------------|--------------|------|---------------|------|-------------------------|-----------------|
| | 10-14 anos | | 14,01-18 anos | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | | |
| Aparência Física | | | | | | |
| Alta | 61 | 66,3 | 31 | 33,7 | 1,00 | |
| Moderada | 71 | 55,0 | 58 | 45,0 | 1,08 (0,98-1,19) | 0,090 |
| Baixa | 18 | 39,1 | 28 | 60,9 | 1,20 (1,07-1,34) | 0,001** |
| Autoconceito | | | | | | |
| Alto | 97 | 66,0 | 50 | 34,0 | 1,00 | |
| Moderado | 52 | 48,1 | 56 | 52,9 | 1,13 (1,04-1,23) | 0,004** |
| Baixo | 1 | 8,3 | 11 | 91,7 | 1,43 (1,29-1,58) | 0,0001** |

** $P \leq 0,01$ – RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%

Esses achados podem ser justificados de acordo com a ênfase dada por Harter (1992) que sugere que as percepções de competência tendem a ser altas até os oito anos de idade, estabilizando-se até os 12 anos. Com o aumento da idade, a criança adquire mais conhecimento e começa a entender o que acontece ao seu redor, julga mais adequadamente suas habilidades e modifica suas preferências pela origem das informações de suas competências. Na adolescência, as percepções passam a constituir-se das informações advindas da comparação social e avaliação dos pares.

O relato de que entre crianças mais velhas prevalecem níveis menores de percepção de competência também foram diagnosticados por Almeida, Valentini e Berleze (2009) ao avaliarem escolares. Entretanto, é importante destacar que não necessariamente crianças mais velhas são precisas sobre suas competências e que as mesmas podem evidenciar percepções superestimadas similares às observadas na infância. Valentini (2007, 2002b) ressalta que quando a criança e o adolescente subestimam sua competência atual, podem apresentar baixas expectativas para competências futuras, influenciando negativamente os resultados do seu desempenho.

No contexto competitivo da dança, portanto, essas características são muito frequentes, uma vez que o desempenho, a beleza e as atitudes das bailarinas são a todo momento colocados em comparação pelos juízes que adotam critérios rigorosos em suas seleções. Neste sentido, demonstrar percepções subestimadas da aparência física e autoconceito pode comprometer a motivação das bailarinas para se manterem na prática, bem como, pode ser um fator que as impeçam de identificar a real competência e talento para dançar.

Com o objetivo de identificar o domínio da percepção de competência que demonstra maior correlação com o autoconceito das bailarinas clássicas e não-clássicas, na tabela 11 evidencia-se os resultados encontrados.

Tabela 11. Correlação entre os domínios da percepção de competência das bailarinas clássicas e bailarinas não-clássicas

| | Percepção de Competência | Bailarinas Clássicas | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------|---------|----------------|----------------|----------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Bailarinas não-clássicas | 1. Competência Escolar | | 0,340** | 0,267** | 0,205* | 0,523** | 0,412** |
| | 2. Aceitação Social | 0,118 | | 0,260** | 0,167 | 0,278** | 0,428** |
| | 3. Competência Atléticoa | 0,106 | 0,220** | | 0,231* | 0,194* | 0,161 |
| | 4. Aparência Física | 0,207* | 0,257** | 0,113 | | 0,206* | 0,589** |
| | 5. Cond. Comportamental | 0,449** | 0,325** | 0,017 | 0,438** | | 0,325** |
| | 6. Autoconceito | 0,270** | 0,430** | 0,196* | 0,432** | 0,531** | |

* $P < 0,05$ ** $P < 0,01$

Ao traçar as correlações dos domínios da percepção de competência para os dois grupos de bailarinas, verificaram-se correlações positivas de diferentes intensidades entre diversos domínios. Entre as bailarinas clássicas, foram constatadas correlações positivas de ordem moderada entre o componente escolar e a conduta comportamental; o componente escolar e o autoconceito, e a aceitação social e o autoconceito. Entre as subescalas correlacionadas, a aparência física é a que apresenta maior correlação com o autoconceito das bailarinas clássicas ($r=0,589$), permitindo inferir que quanto maior a percepção da aparência física maior será o autoconceito. Por outro lado, a conduta comportamental foi a subescala que mais demonstrou relação com o autoconceito das bailarinas não-clássicas ($r=0,531$). Além desses achados, foi possível observar que a conduta comportamental também

demonstrou relação moderada com o componente escolar ($r=0,449$) e aparência física ($r=0,430$). A relação da aceitação social com o autoconceito de ambos os grupos se mostrou similar. Estes dados permitem supor que as bailarinas estão felizes com suas vidas e que a prática do *ballet* auxilia na conduta comportamental.

Considerando os sentimentos gerados por meio das interações sociais e as influências que as mudanças no ambiente podem exercer sobre um indivíduo, as correlações de maior intensidade entre os domínios da percepção de competência e o domínio autoconceito, permite salientar que os grupos de bailarinas se distinguem. Todavia, o ambiente de prática ou até mesmo questões que excedem a experiência na dança, podem ser considerados fatores que explicam o fato de que entre as bailarinas clássicas, o autoconceito se eleva principalmente em função da percepção da aparência física. A valorização da aparência física é algo de grande destaque entre as bailarinas clássicas, uma vez que, os temas das coreografias possibilitam que a vivência de um mundo encantado com fadas, anjos e duendes. No entanto, Moura (2001) expressa que o *ballet* ainda é muito mistificado nos dias atuais, bem como, um impositor de modelos corporais ditos “padrões”, uma vez que não se pode igualmente ignorar que a educação do *ballet* inclui um padrão físico imposto e a todo o momento lembrado.

Para as bailarinas não-clássicas fica evidente que a conduta comportamental é o domínio de maior relação com o autoconceito. Esses dados se justificam pelas características que envolvem as aulas de dança contemporânea, descritas por Assumpção (2003) que aborda estar presente neste estilo há a idéia de reencontro e descoberta, onde o aluno tem espaço para se expressar de maneira individualizada. Por exemplo, um bailarino que pratica o *ballet* clássico e a dança contemporânea irá se comportar de maneira diferente, se adequando às características e normas de cada estilo. Na dança contemporânea, o ritmo e a forma de realizar o exercício nascem de cada um na tentativa de ajudar a superar as dificuldades através do entendimento e descoberta (ASSUMPÇÃO, 2003). Além do mais, Rogers (2002) enfatiza que a observação do próprio funcionamento e o comportamento de outras pessoas, permite que valores positivos ou negativos para determinadas capacidades sejam adotados.

Neste estudo também foram verificadas as correlações entre os domínios da percepção de competência e o índice de massa corporal de bailarinas clássicas e não-clássicas. Observaram-se correlações de ordem negativa e fraca. Deste modo, no grupo das bailarinas clássicas ficou evidente que quanto maior o IMC menor é a percepção da aparência física ou vice-versa ($r = -0,341$). Entre as bailarinas não-clássicas essa relação foi de intensidade menor ($r = -0,277$) e, além disso, neste grupo de bailarinas também foi verificada uma correlação de $-0,247$ entre o IMC e a conduta comportamental. As correlações entre os demais domínios da percepção de competência e o IMC não foram significativos.

Outros estudos também analisaram a relação entre a percepção de competência e o IMC. Assim como o presente estudo, Silva (2009) relatou correlação significativa (fraca e negativa) entre a aparência física e IMC de escolares do gênero feminino. Já Vieira et al. (2009) ao avaliar crianças de 8 a 10 anos engajadas num programa de natação, não verificaram relação entre a percepção de competência e o índice de massa corporal.

Todavia, os achados do presente estudo podem ser justificados segundo a visão de Carbonneau (1998) ao abordar que no *ballet* clássico a exigência é maior, pois a beleza dos movimentos é caracterizada pela leveza do corpo e seus gestos, sinalizando uma figura longelínea, de braços e pernas finas e longas, confirmando a correlação negativa observada entre o índice de massa corporal e aparência física. Já a dança contemporânea tem como identidade a liberdade e essa característica se aplica à estética dos bailarinos, tanto para a forma física, quanto para a idade dos bailarinos, o que pode explicar o fato da correlação entre o IMC e a aparência física neste grupo demonstrar intensidade menor que a observada no grupo clássico.

5.4 Associação entre a imagem corporal, os comportamentos alimentares de risco e as demais variáveis do estudo

A intenção desse tópico é analisar a relação entre a insatisfação com a imagem corporal, os comportamentos sugestivos de transtornos alimentares, os demais aspectos ligados à prática da dança e a percepção de competência das bailarinas avaliadas.

A tabela 12 expressa os resultados verificados para a associação entre os comportamentos alimentares de risco e a insatisfação com a imagem corporal. Com a utilização da regressão de *Poisson* foi possível identificar que as bailarinas com insatisfação leve da imagem corporal demonstraram 7,32 vezes mais comportamentos sugestivos de transtornos alimentares (com risco) em comparação as que indicaram ausência de insatisfação com a imagem corporal. Entre as classificações com maior grau de insatisfação, a prevalência de comportamentos alimentares de risco torna-se ainda maior, 10,32 entre as bailarinas com classificação “moderada” e 20,88 para a insatisfação “grave” com a imagem corporal.

Tabela 12. Associação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar de risco das bailarinas

| Imagem Corporal | Comportamento Alimentar | | | | RP (IC95%) | P |
|-----------------|-------------------------|------|-----------|------|---------------------------|-----------------|
| | Sem risco | | Com risco | | | |
| | f | % | f | % | | |
| Ausência | 181 | 96,3 | 7 | 3,7 | 1,00 | |
| Leve | 32 | 72,7 | 12 | 27,3 | 7,32 (3,05-17,55) | 0,0001** |
| Moderada | 16 | 61,5 | 10 | 38,5 | 10,32 (4,30-24,80) | 0,0001** |
| Grave | 2 | 22,2 | 7 | 77,8 | 20,88 (9,31-46,8) | 0,0001** |

** $P \leq 0,01$ – RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%

Os achados científicos e os critérios diagnósticos para anorexia e bulimia nervosa propostos pelo *Diagnostic and Statistical Manual, IV edition* (APA, 1994) e pela 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1993) apontam como um dos pontos-chave para o surgimento e desenvolvimento dos TAs a perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma corporal por influência da autoavaliação negativa da autoimagem. No entanto, Bacalhau e Moleiro (2010) concluíram em seu estudo que a suspeita de perturbações do comportamento alimentar não deve se restringir ao cumprimento rigoroso dos critérios definidos para anorexia e bulimia nervosa. Os autores sugerem que para detectar essas perturbações precocemente é preciso observar alguns aspectos, como por exemplo, perda ponderal mesmo que o IMC ainda continue sendo considerado normal, comportamento alimentar inadequado como pular refeições, insatisfação corporal e não gostar de partes do próprio corpo, além de queixas psicossomáticas e ambiente familiar disfuncional.

Assim como no presente estudo, outras pesquisas também verificaram que a insatisfação com a imagem corporal parece ser o fator determinante na manifestação dos transtornos alimentares. Entre escolares adolescentes do sexo feminino, Alves et al. (2008) verificou que a insatisfação com a imagem corporal revelou ser o maior fator de risco para a manifestação dos sintomas de anorexia nervosa, bem como, ser da faixa etária de 10 a 13 anos de idade e estudar em rede pública de ensino.

Neste estudo, as proporções da insatisfação com a imagem corporal entre as bailarinas com comportamentos sugestivos de transtornos alimentares se mostraram estatisticamente associadas. No entanto, mesmo com proporções de insatisfação com a imagem corporal inferior à verificada em outros estudos, relata-se que a razão de prevalência de comportamentos alimentares de risco se eleva conforme a gravidade da insatisfação com a imagem corporal. Esses dados atentam para a necessidade de vigilância constante entre grupos de risco como bailarinas, a fim de evitar o agravamento da insatisfação, bem como, que práticas compensatórias para a redução do peso corpóreo sejam prevenidas reduzindo a possibilidade da instalação de comportamentos alimentares mais graves.

Nunes et al. (2001) ressalta que o efeito da autopercepção do peso corporal mostra uma chance quatro vezes maior para as mulheres que se sentem gordas apresentarem comportamentos alimentares anormais do que as que se sentiam magras ou normais. Entre bailarinos profissionais, a presença de comportamentos de risco para TA foi 2,71 vezes maior entre os que desejavam ter silhueta menor que a usual e 2,64 vezes maior entre aqueles que desejavam ter silhueta menor que a considerada mais saudável, quando comparados com os que estavam satisfeitos com a sua silhueta (RIBEIRO; VEIGA, 2010).

Comparando o presente estudo ao citado anteriormente, num primeiro momento é possível propor que a prevalência dessa associação seja maior entre bailarinas estudantes do presente estudo em comparação aos achados de Ribeiro e Veiga (2010). No entanto, é importante refletir que os instrumentos utilizados para avaliar a imagem corporal se diferem em alguns aspectos e impedem traçar tal suposição. Deve-se ressaltar que ambos os instrumentos buscam verificar a satisfação/insatisfação, no entanto, o BSQ permite verificar o componente afetivo e cognitivo da dimensão atitudinal da imagem corporal, enquanto a escala de silhuetas utilizada por Ribeiro e Veiga (2010), verifica a discrepância entre a percepção do tamanho das dimensões corporais reais e desejadas.

Diante de poucos estudos publicados sobre o assunto utilizando os mesmos instrumentos e mesmo diante dos resultados apresentados neste estudo, é refutável afirmar que o fato de estar engajada na prática sistemática da dança faz com que essas jovens sejam consideradas a população mais vulnerável ao acometimento dessas patologias, uma vez que, mesmo apresentando insatisfações com o corpo, verifica-se uma grande satisfação em dançar.

A tabela 13 ressalta as associações entre as bailarinas que demonstraram insatisfação com a imagem corporal e algumas características observadas ao analisar a anamnese aplicada.

Tabela 13. Associação entre a insatisfação com a imagem corporal e os comportamentos relatados mediante a aplicação da anamnese

| | | Imagem Corporal | | | | RP (IC95%) | P |
|---|-------------|------------------|------|------------------|------|-----------------------------------|-----------------|
| | | Sem insatisfação | | Com insatisfação | | | |
| | | f | % | f | % | | |
| Já teve algum tipo de lesão? | Não | 135 | 82,8 | 28 | 17,2 | 1,00 | 0,0001** |
| | Sim | 53 | 51,0 | 51 | 49,0 | 2,85 (1,93-4,21) | |
| Já tomou ou toma algum remédio para emagrecer? | Não | 184 | 72,7 | 69 | 27,3 | 1,00 | 0,0001** |
| | Sim | 4 | 30,8 | 9 | 69,2 | 2,61 (1,77-3,86) | |
| Sente-se satisfeita com os resultados das competições? | Sim | 174 | 72,2 | 67 | 27,8 | 1,00 | 0,032* |
| | Não | 14 | 53,8 | 12 | 46,2 | 1,66 (1,04-2,63) | |
| Sente-se bem para estudar? | Sim | 169 | 74,4 | 58 | 25,6 | 1,00 | 0,0001** |
| | Não | 19 | 47,5 | 21 | 52,5 | 2,05 (1,41-2,97) | |
| Menarca | Ausência | 76 | 87,4 | 11 | 12,6 | 1,00 | 0,0001** |
| | Presença | 112 | 62,2 | 68 | 37,8 | 2,98 (1,66-5,35) | |
| Treino Semanal | < 10 horas | 89 | 78,8 | 24 | 21,2 | 1,00 | 0,071 |
| | 10-19 horas | 53 | 67,1 | 26 | 32,9 | 1,54 (0,96-2,49) | |
| | ≥ 20 horas | 46 | 61,3 | 29 | 38,7 | 1,82 (1,15-2,87) | |

* $P \leq 0,05$ ** $P \leq 0,01$ - RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%

Conforme a tabela 13, as razões de prevalência demonstradas para as variáveis analisadas foram estatisticamente significativas. As bailarinas que já tiveram algum tipo de lesão demonstraram ter 2,85 vezes mais insatisfação com a imagem corporal. León e Díaz (2004) expressam que os frequentes problemas com o peso corporal e a alta incidência de lesões em bailarinas jovens estão relacionados com

as pressões e os mitos do meio que define o estilo de vida neste grupo. Esses resultados sugerem que em detrimento da insatisfação corporal é provável que as bailarinas estejam com um peso corporal capaz de gerar lesões sobre a estrutura osteomuscular. Além disso, diante da insatisfação com o corpo há a possibilidade das bailarinas terem uma alimentação deficitária de nutrientes, que associada à intensidade dos treinamentos pode levar a ocorrência de lesões. Segundo Bachrach (apud OLIVEIRA et al., 2003) uma significativa restrição energética e perda de peso em curto espaço de tempo produzem diminuição na taxa metabólica basal, além de prejuízos das funções musculoesquelética, cardiovascular, endócrina, termorregulatória, além de dificuldade de atenção e concentração.

A insatisfação com a imagem corporal também foi 2,61 vezes maior entre as que disseram já ter tomado remédio para emagrecer. Na literatura vigente, não foram encontrados estudos que relatassem o uso de medicamentos entre bailarinas. Entretanto, este comportamento demonstra que as bailarinas não só apresentam insatisfações com o corpo, mas buscam meios de sanar algo considerado um problema para a atuação na dança (como no *ballet* clássico) ou até mesmo para a aceitação entre amigos e o próprio bem estar, podendo em alguns casos gerar riscos à própria saúde, principalmente quando não são acompanhadas por profissionais habilitados. Além do uso de medicamentos para emagrecer, por meio do questionário BSQ foi identificado que 21 bailarinas (7,8%) manifestaram a indução do vômito e/ou uso de laxantes para se sentirem magras.

Durante a abordagem das bailarinas para o preenchimento dos questionários, surgiam comentários sobre o uso de remédios. Um caso que merece atenção envolve o relato de uma bailarina que menciona que a escola de *ballet* a qual frequenta se localiza no andar superior a uma farmácia, e que diante do grande volume de remédios comprados pelas bailarinas, a farmácia poderia patrocinar o grupo de dança. Essa afirmação atenta para um fator extremamente importante, que não se refere apenas ao uso de medicamentos para emagrecer, mas também ao uso indiscriminado de outros medicamentos, em que 21% das bailarinas disseram fazer uso de medicamentos analgésicos, antitérmicos e/ou antiinflamatórios.

A prevalência da insatisfação com a imagem corporal foi 1,66 vezes maior entre as bailarinas insatisfeitas com os resultados das competições. Diante dessa relação, a literatura expressa a possibilidade das bailarinas terem o desempenho prejudicado por questões de ordem psicológica. Existem casos de bailarinas que precisam perder peso muito rápido para uma apresentação ou seleção para ingressarem em uma companhia de dança (HAMILTON, 1997). Pujol (2000) complementa que as bailarinas acreditam que o baixo peso leva a um melhor rendimento e se sentem sobre pressão de seus professores que cobram níveis de gordura corporal inferiores a 10%. Diante dos apontamentos da literatura e dos resultados do presente estudo, pode-se inferir que as bailarinas insatisfeitas com os resultados das competições podem direcionar as insatisfações com o corpo para justificar a si próprias, o desempenho insatisfatório nas competições. Em alguns casos, a com insatisfação o corpo é tão frequente que impedem a boa execução de outras tarefas, como por exemplo, os estudos.

A insatisfação com a imagem corporal entre as bailarinas que manifestaram não sentir-se bem para estudar foi 2,05 vezes maior do que as que não relataram tal sentimento. Analisando esta associação, nota-se que a insatisfação com a imagem corporal é um fator que pode interferir nas demais atividades da vida do indivíduo. Neste sentido, o questionário BSQ, é composto por uma questão que aborda se o fato de pensar no físico interfere a capacidade de se concentrar em outras atividades e 68 bailarinas disseram que este é um fator de interferência e dessas 58 responderam que isso acontece raramente ou às vezes e 10 disseram que ocorre frequentemente ou sempre.

Por meio da regressão de *Poisson* foi possível inferir que a prevalência de insatisfação com a imagem corporal entre as bailarinas que já atingiram a maturação sexual é 2,98 vezes maior em comparação às que ainda não tiveram a primeira menstruação. O amadurecimento sexual, ou seja, a passagem do corpo infantil para o corpo adulto, parece ser um fator consistente que tende a tornar principalmente meninas mais insatisfeitas e criteriosas ao realizar uma avaliação corporal. Siegel et al. (1999) ressalta que meninas possivelmente aumentam sua exigência para áreas corporais de acordo com o crescimento, em virtude da cobrança social de um padrão de corpo ideal, próximo à magreza.

Os achados do presente estudo são condizentes com pesquisas realizadas com escolares adolescentes e grupos de dança jazz. Conti, Gambardella e Frutuoso (2005), por exemplo, ao avaliarem adolescentes de uma rede particular de ensino, verificaram que meninas pós-púberes inferiram maior insatisfação quando comparadas às púberes, afirmando a associação entre a insatisfação corporal e fase de maturação sexual. Num grupo de dançarinas de jazz na faixa etária de 13 anos, garotas que tiveram a menarca apresentaram variáveis antropométricas significativamente maiores, além de apresentarem um corpo significativamente “mais gordo” na análise da imagem real da escala de silhuetas, comparado com as meninas que não haviam tido a menarca. No entanto, ambos os grupos desejaram alcançar um mesmo ideal de corpo analisado através da imagem ideal (CAVALHEIRI; ROTH; LOPES, 2009).

Desta forma, é evidente que meninas em fase de crescimento apresentam-se suscetíveis ao desencadeamento da insatisfação corporal. Parece que ser criança implica em uma vivência de maior satisfação corporal, enquanto o amadurecimento sexual, possivelmente é acompanhado de uma carga de cobranças, que tente a tornar uma regra a obtenção de um suposto “corpo ideal”, muitas vezes, quase inatingível (CONTI; GAMBARDELLA; FRUTUOSO, 2005).

Outros dados revelados neste estudo, apontam uma prevalência significativamente maior de insatisfação com a imagem corporal entre as bailarinas com dedicação à dança igual ou maior que 20 horas por semana (RP=1,82; IC95%=1,15-2,87). Este fator sinaliza que com o aumento do treinamento surgem as oportunidades de se profissionalizar e de ter uma carreira de destaque em uma grande companhia o que podem ser agentes potencializadores para o surgimento ou o aumento das insatisfações com o corpo, uma vez que profissionalmente as cobranças para o desempenho tornam-se mais elevadas.

A tabela 14 traz os resultados encontrados para os testes de associações da presença de comportamentos alimentares de risco à ocorrência da menarca e ao uso de remédios para emagrecer.

Tabela 14. Associação entre o comportamento alimentar de risco e a presença da menarca, o uso de medicamentos para emagrecer e a carga horária de treino semanal

| | Comportamento Alimentar | | | | RP (IC95%) | P | |
|-------------------------------|-------------------------|------|-----------|------|-------------------------|----------------|-------|
| | Sem risco | | Com risco | | | | |
| | f | % | f | % | | | |
| Menarca | | | | | | | |
| Ausência | 81 | 93,1 | 6 | 6,9 | 1,00 | | |
| Presença | 150 | 83,3 | 30 | 16,7 | 2,41 (1,04-5,59) | 0,039* | |
| Remédio para emagrecer | | | | | | | |
| Não | 184 | 72,7 | 69 | 27,3 | 1,00 | | |
| Sim | 4 | 30,8 | 9 | 69,2 | 2,91 (1,33-6,34) | 0,007** | |
| Treino Semanal | Sem risco | | Com risco | | TOTAL | | P |
| | f | % | f | % | f | % | |
| < 10 horas | 101 | 89,4 | 12 | 10,6 | 113 | 100 | |
| 10 a 19 horas | 70 | 88,6 | 9 | 11,4 | 79 | 100 | 0,079 |
| ≥ 20 horas | 60 | 80,0 | 15 | 20,0 | 75 | 100 | |

* $P \leq 0,05$ ** $P \leq 0,01$ – RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%

Assim como a associação significativa da insatisfação com a imagem corporal à presença da menarca e ao uso de remédios para emagrecer, a relação dessas características com os comportamentos alimentares de risco também foi evidenciada. De tal modo, a prevalência de comportamento alimentar de risco é 2,41 vezes maior para aquelas que já tiveram a primeira menstruação e 2,91 para as bailarinas que já fizeram ou ainda fazem uso de medicamento para emagrecer.

Ao contrário do observado no presente estudo, Alves et al. (2008) não obtiveram resultados que pudesse afirmar ser a menarca um fator determinante para a presença de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares entre escolares adolescentes do sexo feminino. No entanto, Sampei et al. (2009) encontraram 19,4% de sintomas de anorexia nervosa entre as adolescentes com menarca, proporção esta superior à relatada entre a amostra de bailarinas avaliadas. Ademais, Pereira et al. (2010) atentam para a crescente participação de mulheres na prática regular de atividade física e o interesse da comunidade científica acerca dos seus efeitos na

saúde da praticante. Os mesmos autores ressaltam que no *ballet* clássico se tem desenvolvido a Tríade da Mulher Atleta, que engloba os transtornos alimentares, a amenorréia e a osteoporose. A primeira manifestação da tríade está associada a uma baixa ingestão de energia resultante de comportamentos alimentares inadequados que alteram a secreção dos hormônios que atuam sobre o sistema reprodutor e causam a disfunção menstrual. Os reduzidos níveis de energia deprimem a secreção de estrogênio, causando aumento na taxa de reabsorção óssea conduzindo a progressiva redução na densidade mineral óssea e consequente desenvolvimento da osteoporose (terceiro componente da síndrome). Estes apontamentos, alertam para a necessidade de maior atenção com as adolescentes que já apresentam-se maduras e engajadas em práticas corporais rigorosas, investigando não apenas o comportamento alimentar, mas demais fatores associados.

Outro aspecto analisado neste estudo se refere à relação entre as horas de treino semanal e o comportamento alimentar de risco, no qual não foi relatada associação estatisticamente significativa. No entanto, conforme os dados expressos na tabela 14, a prevalência de comportamento alimentar de risco em relação às horas de treinos semanal foi similar entre as que treinavam menos que 10 horas e entre 10 e 19 horas (aproximadamente 11%), com proporções superiores (20%) entre as bailarinas com treinamento semanal de 20 horas ou mais. É importante ressaltar que esses resultados diferem dos encontrados na associação dessa mesma variável à insatisfação com a imagem corporal. Uma possível explicação para esses achados é que independente do tempo de dedicação à dança e a faixa etária (fatores não associados aos comportamentos alimentares de risco), as bailarinas são induzidas a controlar a ingestão alimentar a fim de manterem o padrão corporal imposto pela modalidade por influência de outros fatores, levando as jovens bailarinas a adotarem uma alimentação de risco. Já a insatisfação com a imagem corporal tende a ser maior conforme as horas de treinamento, talvez por ser um fator diretamente ligado as aulas em que as bailarinas encontram-se a todo momento se relacionando com o próprio corpo por meio dos movimentos e também observando a imagem refletida nos espelhos das salas de aula.

Diferente do observado neste estudo, pesquisadores que se dedicaram a avaliar a relação entre a dedicação à dança e a presença de transtornos alimentares, verificaram que num período de cinco anos, a prática moderadamente intensiva da dança pode conduzir a desordens alimentares e controle precoce do peso corporal (PIGEON et al.,1997). Além disso, Simas e Guimarães (2002) ao realizarem uma revisão bibliográfica consideraram que estudos comprovam a influência negativa da dança sobre a imagem corporal, e as classes de *ballet* parecem encorajar a magreza além dos limites normais, podendo desencadear transtornos alimentares. No entanto, o presente estudo demonstra que independente da carga horária de treinamento, a proporção de comportamento alimentar de risco das bailarinas não se difere estatisticamente, sugerindo que este é um fator que sofre influência de outras variáveis. Annus e Smith (2009), por exemplo, apontam que as aprendizagens sobre a magreza através da dança clássica parecem exercer maior influência sobre o surgimento dos TA do que o tempo dedicado às aulas de dança.

O Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido reconhecido como um importante fator biológico relacionado aos distúrbios da imagem corporal, já que, em ambos os sexos, observam-se uma associação direta e positiva entre estas variáveis, indicando que indivíduos com maior IMC apresentam maiores insatisfações com a própria imagem (CAMPBELL; HAUSENBLAS, 2009). Diante disso as prevalências das bailarinas com presença ou ausência da insatisfação com a imagem corporal e comportamento alimentar de risco diante das classificações do índice de massa corporal estão implícitas na tabela 15.

Tabela 15. Associação entre a insatisfação com a imagem corporal, o comportamento alimentar de risco e o índice de massa corporal das bailarinas

| | IMC (Kg/m ²) | Classificação IMC | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------|------------|----------|----------|----------|-----------|
| | | Média (dp) | Baixo Peso | | Eutrofia | | Sobrepeso |
| | | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| Imagem Corporal¹ | | | | | | | |
| Sem insatisfação (n=188) | 18,09 (2,36) | 23 | 12,2 | 160 | 85,1 | 5 | 2,7 |
| Com insatisfação (n=79) | 20,38 (2,35) | - | - | 72 | 91,1 | 7 | 8,9 |
| Comportamento alimentar² | | | | | | | |
| Sem risco (n=231) | 18,65 (2,58) | 21 | 9,1 | 202 | 87,4 | 8 | 3,8 |
| Com risco (n=36) | 19,52 (2,47) | 2 | 5,6 | 30 | 83,3 | 4 | 11,1 |

¹Qui-Quadrado de *Pearson* ($X^2=14,657$); $P=0,0001$

²Qui-Quadrado de *Pearson* ($X^2= 4,566$); $P= 0,083$
(dp)= Desvio Padrão

Entre as bailarinas que apresentaram insatisfação com a imagem corporal (29,6% do total), nenhuma indicou IMC considerado abaixo do normal, no entanto, 91,1% dessas apresentaram-se eutróficas e 8,9% com sobrepeso. O teste qui-quadrado demonstrou associações significativas entre as variáveis estudadas ($P=0,0001$). No entanto, ao observar a prevalência do IMC entre as bailarinas com comportamentos alimentares de risco, 5,6% estavam abaixo do peso, 83,3% em estado de eutrofia e 11,1% classificadas como sobrepeso. Interessante notar que diferente do observado para a insatisfação com a imagem corporal, o teste estatístico não identificou significância na associação entre comportamento alimentar de risco e índice de massa corporal. No entanto, vale ressaltar que o IMC nem sempre reflete uma medida apurada do índice de gordura e no caso de atletas e bailarinas o alto índice de IMC pode estar direcionado ao maior volume de massa muscular.

Deste modo, esse comportamento pode ter sido relatado em função das bailarinas abaixo do peso não terem demonstrado insatisfação com a autoimagem, mas fazerem uso de uma alimentação restritiva como um meio de “prevenção” ou manutenção do padrão preconizado, visto que, o aumento nas dimensões corporais também é determinante para a questão da aceitação do corpo (MCCABE; RICCIARDELLI, 2005; BEARMAN; MARTINEZ; STICE, 2006), fatores considerados

de forte influência na adoção de dietas restritivas (ALLEN et al., 2008; PIVETTA; GONÇALVES-SILVA, 2010).

Assim como a relação observada neste estudo, Laus, Costa e Almeida (2009) verificaram uma correlação positiva significativa entre IMC e BSQ ($r=0,31$) de escolares adolescentes, indicando que quanto maior o IMC, maior é a insatisfação com a imagem corporal. No entanto, Bosi et al. (2008) ao avaliarem universitárias de educação física não encontraram associação significativa entre as variáveis IMC e insatisfação com a imagem corporal e IMC e comportamento alimentar de risco, porém, os autores relataram que 30% das universitárias que apresentaram insatisfação moderada ou grave da imagem corporal desejavam perder mais de 2 quilos.

Esses achados demonstram que mesmo as bailarinas apresentando peso corporal e estatura adequados, grande parte delas demonstram insatisfações com a imagem corporal e comportamentos alimentares de risco. Acontece que para uma carreira promissora no mundo da dança é necessário estar devidamente dentro dos padrões exigidos pelas grandes companhias. Soares Neto (2004) ressalta que o corpo do bailarino é o principal meio de expressão na dança e essa exposição da forma física induz a busca de um corpo magro e delineado, ou seja, com um baixo percentual de gordura. Neste caso, vale destacar que o presente estudo se limitou a investigar apenas o IMC, pois mesmo este sendo considerado normal, não é capaz de definir as proporções da composição corporal. Porém, no estudo de Toro et al. (2009) o risco para transtorno alimentar entre as bailarinas esteve associado com maior pressão dos técnicos sobre alimentação e performance, com sintomas de depressão, e não com o IMC.

Diante do observado neste estudo cabe ressaltar que a participação de atletas femininas em esportes competitivos cresceu significativamente. Vilardi et al. (2001) relatam que o ambiente esportivo representa uma subcultura que amplia as pressões socioculturais pela magreza e indicam a prevalência de distúrbios alimentares em atletas femininas jovens envolvidas com o esporte e a dança, principalmente aqueles que preconizam magreza e o baixo peso corporal, tais como ginástica olímpica, corridas de longa distância e *ballet*. Desde os primeiros Jogos

Olímpicos, atletas e treinadores buscam uma alimentação especial capaz de aumentar o rendimento físico e melhorar o desempenho. Na atualidade, essa busca ainda persiste e com um elevado grau de desinformação, observado tanto entre atletas e treinadores; e estes por sua vez, assumem praticamente a responsabilidade das dietas dos seus alunos.

Como parte do último objetivo proposto neste estudo, as tabelas a seguir se propuseram a explicitar o grau de associação entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar de risco aos domínios da percepção de competência. Na tabela 16 apresenta-se a razão de prevalência da insatisfação com a imagem corporal apenas em relação aos domínios da percepção de competência que demonstraram significância estatística no teste de associação qui-quadrado.

Tabela 16. Associação entre a insatisfação com a imagem corporal e os domínios de percepção de competência (conduta comportamental, aparência física e autoconceito)

| | Imagem Corporal | | | | RP (IC95%) | P |
|-----------------------------|------------------|------|------------------|------|--------------------------|-----------------|
| | Sem insatisfação | | Com insatisfação | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | | |
| Cond. Comportamental | | | | | | |
| Alta | 87 | 77,7 | 25 | 22,3 | 1,00 | |
| Moderada | 97 | 66,4 | 49 | 33,6 | 1,50 (0,99-2,27) | 0,054 |
| Baixa | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | 2,48 (1,26-4,91) | 0,009** |
| Aparência Física | | | | | | |
| Alta | 80 | 87,0 | 12 | 13,0 | 1,00 | |
| Moderada | 98 | 76,0 | 31 | 24,0 | 1,84 (0,99-3,39) | 0,051 |
| Baixa | 10 | 21,7 | 36 | 78,3 | 6,00 (2,46-10,40) | 0,0001** |
| Autoconceito | | | | | | |
| Alto | 112 | 76,2 | 35 | 23,8 | 1,00 | |
| Moderado | 75 | 69,4 | 33 | 30,6 | 1,28 (0,85-1,92) | 0,229 |
| Baixo | 1 | 8,3 | 11 | 91,7 | 3,85 (2,75-5,38) | 0,0001** |

** $P \leq 0,01$ - RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%

Entre os domínios da escala de percepção de competência apenas a “conduta comportamental” e a “aparência física” demonstraram associações com a insatisfação com a imagem corporal. Verificou-se que entre as bailarinas com baixa percepção para a conduta comportamental, a prevalência foi 2,48 vezes maior que a apresentada pelas bailarinas com insatisfação com a imagem corporal e alta percepção da conduta comportamental. No domínio da aparência física, a prevalência de insatisfação com a imagem corporal entre as bailarinas com “baixa” percepção foi 6 vezes maior que o grupo de referência (bailarinas com presença de insatisfação com a imagem corporal e alta percepção da aparência física).

Em relação à classificação de autoconceito “baixo”, verifica-se que 91,7% das bailarinas demonstraram insatisfação com a imagem corporal. Além disso, a razão de prevalência de insatisfação nessa classificação é 3,85 vezes maior em comparação às bailarinas que também indicaram insatisfação, porém com autoconceito elevado.

Na tabela 17, encontram-se os resultados obtidos para a mesma análise da tabela 16, porém, levando em consideração as bailarinas que apresentaram comportamento alimentar de risco.

Tabela 17. Associação entre o comportamento alimentar de risco e os domínios da percepção de competência (aparência física e autoconceito)

| | Comportamento Alimentar | | | | RP (IC95%) | P |
|-------------------------|--------------------------------|------|------------------|------|--------------------------|-----------------|
| | Sem risco | | Com risco | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | | |
| Aparência Física | | | | | | |
| Alta | 85 | 92,4 | 7 | 7,6 | 1,00 | |
| Moderada | 113 | 87,6 | 16 | 12,4 | 1,63 (0,69-3,80) | 0,259 |
| Baixa | 33 | 71,7 | 13 | 28,3 | 3,71 (1,58-8,68) | 0,002** |
| Autoconceito | | | | | | |
| Alto | 133 | 90,5 | 14 | 9,5 | 1,00 | |
| Moderado | 92 | 85,2 | 16 | 14,8 | 1,55 (0,79-3,05) | 0,199 |
| Baixo | 6 | 50,0 | 6 | 50,0 | 5,25 (2,46-11,17) | 0,0001** |

** $P \leq 0,01$ - RP= razão de prevalência; IC95%= intervalo de confiança de 95%

Ao observar a tabela 17, verifica-se que a razão de prevalência de bailarinas com comportamento alimentar de risco e baixa percepção da aparência física são 3,71 vezes maior do que a prevalência expressa por aquelas que indicaram ter uma percepção alta deste domínio. Para a variável autoconceito, a razão de prevalência de comportamento alimentar de risco entre essas duas classificações é ainda maior (RP=5,25; IC95%=2,46-11,17).

Ao observar as análises das duas últimas tabelas, é possível inferir que a insatisfação com a imagem corporal foi maior entre as bailarinas com baixa percepção da conduta comportamental. No entanto, esta associação não foi verificada entre as bailarinas que apresentaram comportamento alimentar de risco. Chen et al. (2004), infere que crianças e adolescentes que conhecem suas capacidades e dificuldades são mais propensas a regular adequadamente o seu comportamento. Diante dessa afirmação, percebe-se que as bailarinas que apontaram baixa percepção da conduta comportamental, não gostam da maneira como se comportam, sentem dificuldades ou ainda, pensam que seus comportamentos lhe trazem problemas e apresentam também maior insatisfação com a imagem corporal. Essa associação expressa que a imagem corporal não reflete algo somente estático e voltado para a aparência física, mas sim, uma questão ligada às atitudes e comportamentos adotados. Além disso, na adolescência observa-se a formação de novas autopercepções e para o adolescente ser aceito no grupo sua aparência deve estar em conformidade com os padrões da sociedade, o que também inclui comportar-se de modo a parecer interessante aos pares e amigos (FIORESE, 1993).

De acordo com Campana e Tavares (2009), os distúrbios da imagem corporal acontecem tanto na dimensão voltada para a percepção quanto para a atitude, e esta por sua vez engloba a afetividade, crenças e comportamentos. As autoras abordam que são poucos os instrumentos disponíveis para a avaliação do componente comportamental da imagem corporal e que alguns pesquisadores consideram este aspecto uma consequência das distorções afetivas e/ou cognitivas. O questionário utilizado neste estudo para avaliar a imagem corporal permite identificar a insatisfação ou preocupação com o corpo. Desta forma, a associação destas variáveis vem explicitar que além da insatisfação com a imagem, as

bailarinas expressam seus conflitos por meio dos comportamentos. Por meio da escala de percepção de competência, a avaliação da conduta comportamental se dá de maneira geral, porém, não se podem descartar as possibilidades das bailarinas terem expressado certos comportamentos que sinalizam a depreciação corporal por meio da checagem ou evitação de determinadas situações.

Além disso, a insatisfação com a imagem corporal e os comportamentos alimentares de risco estiveram associados tanto ao domínio da aparência física quanto ao autoconceito, indicando especificamente maior prevalência entre as bailarinas com baixa percepção. Entre acadêmicos de ambos os sexos dos EUA e Noruega, tanto a falta como a superproteção parental, falta de compreensão de si mesmo e baixa autoestima estão ligados ao risco aumentado de distúrbios alimentares nesta população (PERRY et al., 2008).

Diante dos achados das associações que apontam maior prevalência de insatisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares de risco entre as bailarinas com índices baixos de percepção da aparência física, torna-se fundamental dar mais atenção aos aspectos psicológicos de bailarinas independente do *status* que a mesma se encontre. Neste sentido, cabe enfatizar os achados de Tiggemann e Slater (2001) ao testarem a teoria da auto-objetivação de Fredrickson e Roberts para verificar os casos de transtornos alimentares num grupo de ex-bailarinos clássicos e graduandos de psicologia. Os autores relataram que os ex-bailarinos demonstraram mais casos de transtornos alimentares e que, mesmo não atuando, ainda se vêem como bailarinos. Sugerem ainda, que praticar esta modalidade desde criança pode desenvolver uma forma persistente de percepção do mundo, uma vez que, entre os ex-bailarinos detectou-se uma via direta e significativa entre a autovigilância e os transtornos alimentares, elucidando que a autovigilância habitual pode gerar impacto sobre os sintomas de transtornos alimentares, independentemente ou não de experimentar a vergonha do corpo ou a ansiedade pela aparência.

Pesquisa similar a referenciada, forneceu evidências da associação entre a participação na dança durante a infância e os comportamentos sugestivos de transtornos alimentares (especialmente bulimia), desejo de emagrecer e menor controle dos impulsos quando adultas. No entanto, os achados não suportam uma

associação entre a dança na infância e depressão, baixa autoestima e insatisfação com o corpo. O papel da participação da dança no risco para uma série de comprometimentos psicológicos pode depender da duração do tempo envolvido em dança, dos objetivos (amadores ou de elite), e do nível de autodeterminação vivida pela bailarina (ACKARD et al., 2004).

6 CONCLUSÃO

Foi alvo de investigação do presente estudo analisar o grau de associação entre atitudes alimentares, a imagem corporal e percepção de competência no contexto competitivo de bailarinas participantes do 18º Passo de Arte/2010. Após analisar os resultados da pesquisa foi possível chegar a algumas conclusões.

As análises comparativas revelaram que entre as bailarinas clássicas há uma tendência em iniciar a prática mais cedo, ter carga de treinamento superior e dimensões corporais menores ao verificado entre as demais bailarinas, bem como, maior ocorrência de dor durante a competição. Esses achados refletem que na prática do *ballet* clássico preza-se por um perfil estético pré-estabelecido desde a fase de aprendizagem e confirma a rigidez existente no processo de ensino, uma vez que, os treinamentos são extensos, principalmente, ao anteceder competições e provocam quadros algícos em grande parte das bailarinas. As cargas horárias de treinamento mostraram-se superiores conforme a idade, porém parte das bailarinas mais novas realiza treinamentos semanais que excedem 20h. Além disso, a realização de treinos com carga horária similar a de bailarinas profissionais relatadas em outros estudos, supõe a inexistência de um critério estabelecido para determinar esse importante aspecto da prática da dança, já que são inúmeros os comprometimentos que a especialização precoce pode gerar sobre o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente e sobre suas capacidades psicomotoras.

Os achados referentes à ocorrência da menarca não refletem atrasos significativos que possam momentaneamente conduzir a sérias complicações ao desenvolvimento maturacional. Contudo, diante dos relatos de baixo peso corpóreo e grande carga de treinamento, preza-se pelas consequências que a associação dos fatores supracitados em casos prolongados pode provocar à saúde reprodutiva dessas jovens, como amenorréia secundária e maior disposição a fraturas e lesões.

A sensação de fadiga, incidência de lesões e uso de medicamentos em geral tiveram maior prevalência entre as bailarinas mais velhas. No entanto, mesmo diante desses empecilhos verificados em meio à experiência na dança sob o contexto competitivo, independente da faixa etária, muitas bailarinas mostram a satisfação com o treinamento e o resultado das competições e a disposição para estudar. A identificação deste perfil sugere que a prática da dança é uma influência positiva para que estas bailarinas busquem a superação de desafios e encontrem prazer ao ter a dança como uma forma de expressar sentimentos.

Quanto à insatisfação com a imagem corporal e os comportamentos alimentares de risco, os índices expressos foram similares entre as bailarinas clássicas e não-clássicas e aos encontrados em outras populações como bailarinas profissionais e escolares do sexo feminino. Estes resultados elucidam que mesmo diante de toda a pressão gerada pela competição e as exigências estéticas da modalidade, grande parte das bailarinas não transferem esses conceitos ao julgar a percepção do próprio corpo. Deve-se ressaltar também que ambas as variáveis demonstraram maior prevalência com o avançar da idade, comportamento este, justificado pela tendência natural do desenvolvimento biológico feminino em ganhar peso e, conseqüentemente, tornar-se um fator limitador para as jovens que almejam seguir uma carreira profissional.

Em paralelo aos índices de insatisfação com a imagem corporal e os comportamentos alimentares de risco considerados normativos para esta idade, as bailarinas demonstraram percepção de competência moderada para a maioria dos domínios. No entanto, uma parcela de bailarinas demonstrou baixa percepção para a competência atlética e aparência física. Esta observação alerta para a importância de uma percepção realista desses domínios a fim de proporcionar uma motivação intrínseca e refletir de forma direta na permanência da prática da dança, já que o bom desempenho físico e a beleza corporal são aspectos extremamente requeridos principalmente pelo *ballet* clássico. Apoiando esse achado, a aparência física demonstrou maior correlação com o autoconceito das bailarinas clássicas, já as não-clássicas, refletem um autoconceito maior quando se percebem competentes em relação aos próprios comportamentos. Todavia, em termos de percepção geral, mais da metade das bailarinas indicaram altos índices de autoconceito. Esses resultados

confirmam que mesmo os grupos de bailarinas, levando em consideração aspectos diferenciados e não sentindo-se altamente competentes nos vários domínios, grande parte das bailarinas sente-se satisfeita consigo mesma e com a forma que conduzem suas vidas.

Os resultados evidenciam que os casos de insatisfação com a imagem corporal estão fortemente associados aos comportamentos alimentares de risco. Além disso, é possível traçar uma linha de acontecimentos e características identificadas que embasam a ocorrência de ambos, uma vez que estas mostraram-se associadas. Sabe-se que o desenvolvimento maturacional feminino é marcado pela presença da menarca e acompanhado do aumento da gordura corporal o que justificam maiores preocupações com o corpo. Consequentemente, a insatisfação por não ter formas corporais condizentes aos padrões considerados ideais, ou a ilusão de não ter, conduz a redução do autoconceito, bem como, uma percepção irreal da aparência física e da conduta comportamental. A fim de se adequar aos padrões corporais impostos, as jovens buscam métodos compensatórios como a utilização de medicamentos para emagrecer. Contudo, a insatisfação com a imagem corporal também esteve atrelada a alguns aspectos referentes à prática da dança, como a ocorrência de lesões, a insatisfação com os resultados das competições e carga horária elevada de treino semanal. Além disso, a insatisfação com o corpo demonstrou influências sobre outras atividades do cotidiano destas adolescentes, como a falta de motivação para os estudos. Evidencia-se que a causa destes comportamentos de risco parecem estar relacionados a múltiplos fatores, psicológicos, biológicos e inclusive socioculturais.

Desta forma, entende-se que mesmo diante da grande satisfação destas jovens em dançar, uma parte não está imune aos problemas que podem se desenvolver associados à rigurosidade desta prática. Portanto, ao propor práticas corporais para esta faixa etária principalmente às orientadas pela estética, verifica-se a necessidade de um planejamento que não foque apenas no desempenho, mas que auxilie o desenvolvimento saudável daqueles que se dedicam, prezando pela vivência prazerosa e a compreensão da maneira como se movimentam e manifestam suas emoções e sentimentos. Além disso, que respeitem as capacidades individuais e possibilitem o envolvimento em atividades motoras

variadas como forma de incentivá-las a se perceberem e tornarem-se competentes em outros aspectos da motricidade.

Em síntese, o questionário de imagem corporal, o teste de atitude alimentar e a escala de percepção de competência demonstraram ser instrumentos importantes na determinação da avaliação de alguns aspectos psicológicos das bailarinas do presente estudo. Sugere-se, assim, que futuros estudos possam investigar com maior ênfase a relação dessas e outras variáveis que parecem influenciar os comportamentos e as vidas de jovens que se dedicam aos diferentes estilos de dança, como a adesão à prática para satisfazer o desejo da mãe, tendência perfeccionista e a intenção de seguir carreira profissional. Que mais informações relevantes possam embasar a elaboração de programas preventivos e de acompanhamento multidisciplinar que visem o equilíbrio entre os componentes da prática, como a melhor maneira de proporcionar o desempenho das habilidades e garantir a saúde e o bem estar das praticantes.

REFERÊNCIAS

Ackard DM, Henderson JB, Wonderlich AL. The associations between childhood dance participation and adult disordered eating and related psychopathology. *J Psychosom Res.* 2004;57:485–90.

Allen A. *Adolescencia y deporte.* Oviedo: Ediciones Nobel, 2000.

Allen JB, Howe BL. Player ability, coach feedback, and female adolescent athlete's perceived competence and satisfaction. *Journal of Sport and Exercise Psychology.* 1998;20:280-99.

Allen KL, Byrne SM, McLean, NJ, Davis EA. Overconcern with weight and shape is not the same as body dissatisfaction: Evidence from a prospective study of pre-adolescent boys and girls. *Body Image.* 2008;5:261–70.

Almeida G, Valentini NC, Berleze A. Percepções de competência: um estudo com crianças e adolescentes do ensino fundamental. *Movimento.* 2009;15(01):71-97.

Alvarenga MS. *Bulimia Nervosa: Avaliação do padrão e comportamento alimentares.* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, FCFFEA-FSP/USP; 2001.

Alves C, Lima RVB. Impacto da atividade física e esportes sobre o crescimento e puberdade de crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 2008;26(4):383-91.

Alves D, Pinto M, Alves S, Mota V, Leirós V. Cultura e imagem corporal. *Motricidade.* 2009;5(1)1-20.

Alves E, Vasconcelos FAG, Calvo MCM, Neves J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24:503-12.

Amaral RKS, Pacheco RC, Navarro F. Perfil nutricional e antropométrico de praticantes de ballet. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva.* 2008;2(7):37-45.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV.* Washington (DC); 1994.

Amorim AC. *Análise da percepção de competência de crianças de 11 e 12 anos praticantes de futsal.* Dissertação (Mestrado em Educação Física) -Piracicaba, São Paulo, Brasil, 2005.

Amorose AJ, Smith PJK. Feedback as a Source of Physical Competence Information: Effects of Age, Experience and Type of Feedback. *J Sport Exerc Psychol.* 2003;25:341-59.

Anderson SJ, Griesemer BA, Johnson MD, et al. Intensive training and sports specialization in young athletes. *Am Acad Pediatr, Comm Sports Med Fit* 2000; 106:154-7.

Annus A, Smith GT. Learning Experiences in Dance Class Predict Adult Eating Disturbance. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2009;17:50–60.

Anshel MH. Sources of Disordered Eating Patterns Between Ballet Dancers and Non-dancers. *J Sport Behav.* 2004; 27(2):115-33.

Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos Alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Supl II):28-31.

Arena SS, Böhme MTS. Federações esportivas e organização de competições para jovens. *R Bras Ci e Mov.* 2004;12(4): 45-50.

Assumpção ACR. O balé clássico e a dança contemporânea na formação humana: caminhos para a emancipação. *Pensar a Prática.* 2003;6:1-19.

Assumpção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl III):29-33.

Ata RN, Ludden AB, Lally MM. The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. *J Youth Adolescence.* 2007;36:1024–37.

Bacalhau S, Moleiro P. Perturbações do comportamento alimentar em adolescentes: o que procurar? *Acta Med Port* 2010; 23: 777-784.

Bachega MI, Goldberg TBL. Medicina do Adolescente: Considerações sobre a adolescência. In: Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina de Botucatu. *Pediatria Clínica.* 1ª ed. Petrópolis: EPUB, 2006. 137-139.

Bandeira, D., Reppold, C., Pluger, D. & Facio, A. (2003). Escala Harter de Auto-Estima: adaptacao para o contexto brasileiro. *Anais do I Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e IX Conferência Internacional de Avaliação Psicológica.* Campinas: IBAP.

Bandeira DR, Arteché AX, Reppold CT. Escala de Autopercepção de Harter para Adolescentes: um estudo de validação. 2008;24(3):341-5.

Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO et al. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27:384–405.

Barros DIM, Oliveira NAL. Anorexia Nervosa. In: Schettino CE, Favero WMD. *Terapêutica em Pediatria.* São Paulo: Editora Atheneu, 2001, p. 125.

Batista CG, Martins EO. A prevalência de dor em bailarinas clássicas. *J Health Sci Inst.* 2010;28(1):47-9.

Baxter-Jones ADG, Helms P, Baines-Preece J, Preece M. Menarche in intensively trained gymnasts, swimmers, and tennis players. *Ann Hum Biol* 1994;21(5):407-15.

Beals KA, Manore MM. The Prevalence and Consequences of Subclinical Eating Disorders in Female Athletes. *Int J Sport Nutr*. 1994; 4:175-95.

Bearman SK, Martinez E, Stice E. The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *J Youth Adolesc*. 2006;35:217–29.

Benavente MD, Morilla FR, Leal CM, Benjumea MVH. Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. *Aten Primaria*. 2003;32:403-9.

Bettle N, Bettle O, Neumärker U, Neumärker KJ. Adolescent ballet school students: their quest for body weight change. *Psychopathology*. 1998;31(3):153-9.

Bighetti F, Santos CB, Santos JE, Ribeiro RPP. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J Bras Psiquiatr*. 2004;53:339-46.

Bittencourt PF. Aspectos posturais e algícos de bailarinas clássicas. [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

Bonci CM, Bonci LJ, Granger LR, et al. National Athletic Trainers' Association Position Statement: Preventing, Detecting, and Managing Disordered Eating in Athletes. *J Athl Train*. 2008;43(1):80–108.

Borges NJBG et al. Transtornos alimentares – quadro clínico. *Medicina, Ribeirão Preto*, 2006;39(3):340-8.

Bosi MLM, Luiz RR, Uchimura KY, Oliveira FP. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):28-33.

Bowker A, Gadbois S, Cornock B. Sports participation and self-esteem: Variations as a function of gender and gender role orientation. *Sex Roles*. 2003;49:47–58.

Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herzog, D., Katzman, D., Kriepe, R. D., Lask, B., Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. L., Marcus, M. D., Madden, S., Nicholls, D., O'Toole, J., Pinhas, L., Rome, E., Sokol-Burger, M., Wallin, U. & Zucker, N. Classification of eating disturbance in children and adolescents: Proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18:79-89. Abstract retrieved July 28, 2010, from Wiley InterScience database.

Byrne S, McLean N. Eating disorders in athletes: A review of the literature. *J Sci Med Sport*. 2001;4(2):145-59.

Cabral S. *Psicomotricidade Relacional: prática clínica e escolar*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

Caetano A, Januário C. Motivação, teoria das metas discentes e competência percebida. *Pensar A Prática*. 2009;12(2):1-12.

Campana ANNB, Tavares MCGCF. Avaliação da imagem corporal: Instrumentos e diretrizes para pesquisa. São Paulo: Phorte, 2009.

Campbell A, Hausenblas HA. Effects of exercise interventions on body image: a meta-analysis. *J Health Psychol*. 2009;14:780-93.

Campos AA. Adaptação Cultural da Escala “Perfil de Auto-Percepção para Crianças”. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

Carbonneau S. A dança no final do século. *Revista eletrônica da USIA*, 1998;3(1). Disponível em: <http://usinfo.state.gov/journals/itsv/0698/ijsp/ij069809.htm>. Acesso em 20 de fev 2009.

Cardoso FL. Similar faces of same-sex sexual behavior: a comparative ethnographical study in Brazil, Turkey, and Thailand. *Journal of Homosexuality*, San Francisco. 2009; 56(4): 457-84.

Cash T. Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. In: Cash T, Pruzinsky T. (Org.) *Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002, p.38-45.

Cash TF. Body image: past, present, and future. *Body Image*. 2004;1:1–5.

Castilho SM. Imagem corporal nos transtornos alimentares: aspectos clínicos e psicopatológicos. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.

Castilho SM. *A imagem corporal*. 1 ed. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2001.

Cataneo C, Carvalho AMP, Galindo EMC. Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, *Locus* de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005;18(1):39-46.

Cavalheiri A, Roth MA, Lopes LFD. Menarca e sua relação com a satisfação e a percepção da imagem corporal de meninas dançarinas de jazz. *Revista Digital - Buenos Aires*. 2009;14(132). [acesso em: 25.10.2010] Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.

Chen X et al. Self-perceptions in Brazilian, Canadian, Chinese and Italian children: Relations with social and school adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, London. 2004;2(28):129-38.

Chumlea WC, Schubert CM, Roche AF, et al. Age at menarche and racial comparison in US girls. *Pediatrics*. 2003 Jan;111(1):110-3.

Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os Transtornos Alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl III):7-12.

Coelho e Silva M, Jerónimo J. Somatotipologia e imagem corporal em bailarinas. *Antropologia Portuguesa.* 2002;(18): 55-70.

Cohen M, Abdalla RJ. Lesões nos esportes: diagnóstico, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

Committee on Sports Medicine and Fitness. Intensive training and sports specialization in Young athletes. *Pediatrics.* 2000;106:154-7.

Conti MA, Cordás TA, Latorre MRDO. A study of the validity and reliability of the brazilian version of the body shape questionnaire (BSQ) among adolescents. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009;9:331-8.

Conti MA, Gambardella AMD, Frutuoso MFP. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e sua relação com a maturação sexual. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2005;15(2):36-44.

Cooper PJ et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eating Disord.* 1987;6:485-94.

Cordás TA. Transtornos Alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiquiatr Clin.* 2004;31(4):154-7.

Cordás TA, Claudino AM. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl III):3-6.

Costa PCG. Escala de Autoconceito no Trabalho: Construção e Validação. *Psic: Teor e Pesq.* 2002 Jan;18(1):075-081.

Crocker PRE, Sabiston CM. Longitudinal Assessment of the Relationship Between Physical Self-Concept and Health-Related Behavior and Emotion in Adolescent Girls. *J Appl Sport Psychol.* 2006;18:185-200.

Currie A, Morse ED. Eating Disorders in Athletes: Managing the Risks. *Clin Sports Med.* 2005; 24:871-83.

Damasceno ML. Análise do comportamento alimentar e imagem corporal de adolescentes da rede pública e privada do município de Ourinhos - SP. [trabalho de conclusão de curso]. Ourinhos: Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos, Curso de Educação Física; 2008.

Damasceno ML. Transtornos alimentares: consequências da busca do corpo magro e desempenho esportivo. *Revista Hórus.* 2010;4(1):254-71.

Damasceno VO, Vianna VRA, Vianna JM, Lacio M, Lima JRP, Novaes JS. Imagem corporal e corpo ideal. *R. bras. Ci e Mov.* 2006;14(1):87-96.

Davison KK, Earnest MB, Birch LL. Participation in Aesthetic Sports and Girls' Weight Concerns at Ages 5 and 7 Years. *Int J Eat Disord.* 2002;31(3):312-7.

Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in Human Behavior.* New York: Plenum. 1985.

De Rose Jr D. A criança, o jovem e a competição esportiva: considerações gerais. In: De Rose Jr D. (organizador). *Esporte e atividade física na infância e na adolescência: uma abordagem multidisciplinar.* Porto Alegre: Artmed, 2002.

Dolto F. *Imagem inconsciente do corpo.* São Paulo: Perspectiva, 2004.

Dore BF. *Prevalência e Fatores Associados à dor em bailarinos profissionais.* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, 2006.

Dore BF, Guerra RO. Sintomatologia dolorosa e fatores associados em bailarinos profissionais. *Rev Bras Med Esporte.* 2007;13(2):77-80.

Dunker KLL, Fernandes CPB, Carreira Filho D. Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(3):156-61.

Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr.* 2003;1:51-60.

Dunton GF, Schneider M, Graham DJ, Cooper DM. Physical Activity, Fitness, and Physical Self-Concept in Adolescent Females. *Pediatr Exerc Sci.* 2006;18:240-51.

Eccles JS, Wigfield A, Harold RD, Blumenfeld P. Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school. *Child Dev.* 1993;64(3):830-47.

Eddy KT, Grange DL, Crosby RD, Hoste RR, Doyle AC, Smyth A, Herzog DB. Diagnostic Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents: How Does DSM-IV-TR Compare to Empirically-Derived Categories? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49:277-87.

Eizaguirre AE, Cabezón AOS de, Alda IO de, Olariaga LJ, Juaniz M. Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences.* 2004;36:321-31.

Epiphanyo EH. Conflitos vivenciados por atletas quanto à manutenção da prática esportiva de alto rendimento. *Rev Estudos de Psicologia, PUC-Campinas.* 2002;19(1):15-22.

Faria L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica.* 2005;4(23):361-71.

Fernandes AER. Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte. [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina; 2007.

Ferrand C, Champely S, Filaire E. The role of body-esteem in predicting disordered eating symptoms: A comparison of French aesthetic athletes and non-athletic females. *Psychology of Sport and Exercise*. 2009;10:373-80.

Ferreira A, Bergamin RA, Gonzaga TL. Correlação entre medidas antropométricas e aceitação pessoal da imagem corporal em bailarinas de dança moderna. *Movimento e Percepção*. 2008;9(12):43-51.

Findlay LC, Bowker A. The Link between Competitive Sport Participation and Self-concept in Early Adolescence: A Consideration of Gender and Sport Orientation. *J Youth Adolescence*. 2009;38:29–40.

Fiorese L. A relação entre a percepção de competência de atletas adolescentes e seus motivos para a prática esportiva. [dissertação] Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria; 1993.

Fisher S. The evolution of psychological concepts about the body. In: Cash TF, Pruzinsky T. *Body images: development, deviance and change*. 1ª ed (The Guilford Press). New York: The Guilford Press, 1990, p. 4-18.

Fleitlich B W et al. Anorexia nervosa na adolescência. *Jornal de Pediatria (Rio J)*. 2000;76(Supl.3):S323-S329.

Freitas NK. Esquema corporal, imagem visual e representação do próprio corpo: questões teórico-conceituais. *Ciências & Cognição*. 2008;13(3):318-24.

Freitas S, Gorestein C, Appolinário JC. Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl III):34-8.

Gallahue D L, Ozmun JC. *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos*. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2005.

Garcia A, Haas AN. *Ritmo e Dança*. Canoas: Ed Ulbra, 2006.

Gardner, H. *A Criança Pré-Escolar: Como Pensa e como pode a Escola Ensiná-la*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, 258p.

Garner et al. EAT-26. *Psychological Medicine*. 1982;12:871-8.

Gillen MM, Lefkowitz ES, Shearer CL. Does body image play a role in risky sexual behavior and attitudes? *J Youth Adolesc*. 2006;35(2):230-42.

Girão ACM. Distúrbios alimentares em adolescentes praticantes de balé e suas repercussões nutricionais. [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Mestrado em Saúde Coletiva, 2008.

Godinho M, Mendes R, Melo F, Barreiros J. Controlo motor e aprendizagem: fundamentos e aplicações. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana, 1999.

Goldberg TBL. Anorexia nervosa e bulimia. In: Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina de Botucatu. *Pediatria Clínica*. 1ª ed. (EPUB). Petrópolis: EPUB, 2006, p. 167-173.

Gonzaga AP, Weinberg C. Transtornos alimentares: uma questão cultural? *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2005;8(1):30-39.

González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Martín CB, Mitja PI, Roy PR, Vázquez TEP. Detección de adolescentes en riesgo de presentar trastornos de la alimentación. *Aten Primaria*. 2007;39:189-94.

Gordon CC, Chumled WC, Roche AF. Stature, recumbent length and weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Editors. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign IL: Human Kinetics books; 1988.

Gould D, Feltz D, Horn T, Weiss M. Reasons for attrition in competitive youth swimming. *Journal of Sports Behavior*. 1982;5:155-65.

Gulak A. Parâmetros fisiológicos, motores e morfológicos de bailarinas clássicas. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Halliwel E, Dittmar H. The role of self-improvement and self-evaluation motives in social comparisons with idealised female bodies in the media. *Body Image*. 2005;2:249–61.

Hamilton L. To your health! *Dance Magazine*, Canadá. fev1997:60-5.

Harrison K, Hefner V. Media exposure, current and future body ideals, and disordered eating among preadolescent girls: A longitudinal panel study. *J Youth Adolesc*. 2006;32:153–63.

Harter S. Effectance Motivation Reconsidered toward a developmental Model. *Human Development*. 1978(21):34-64.

Harter S. *Manual for the Self-perception Profile for Children*. Colorado: University of Denver, 1985.

Harter S. Processes underlying adolescent self-concept formation. In Montemayor (Ed.), *Transition from child to adolescence*. v. 2. Sage Publications, 1990.

Harter S. *The construction of the self. A developmental perspective*. New York. The Guilford Press, 1999.

Harter S. The development of self-representations. In: Handbook of child psychology. 5ª ed, New York, 1998, p. 553-616.

Harter S. The developmental of competence motivacion in the mastery of cognitive and physical skills: Is there still a place for joy? Psychology of motor behavior and sport, (3-29), 1980.

Harter S. The perceived competence scale for children. Child Dev.1982;53:87-97.

Harter S. The Pictorial Scale of Self Perception and Social Acceptance for Young Children. University of Denver, 1984.

Harter S. The relationship between perceived competence, affect, and motivational orientation within the classroom: processes and patterns of change. In: Boggiano AK, Pittman TS. Achievement and Motivation: A social-developmental perspective. Cambridge: University Press, 1992.

Hass AN, Plaza MR, De Rose EH. Estudo antropométrico comparativo entre meninas espanholas e brasileiras praticantes de dança. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2000;2(1):50-7.

Hass AN, Garcia ACD, Bertolletti J. Imagem Corporal e Bailarinas Profissionais. Rev Bras Med Esporte, 2010;16(3):182-5.

Henrique J. Processos Mediadores do Professor e do Aluno: Uma abordagem quali-quantitativa do pensamento do professor, da interação pedagógica e das percepções pessoais do aluno na disciplina de Educação Física. (doutorado). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 2004.

Hoyer WJ, Roodin PA. Adult development and aging. New York: The McGraw-Hill, 2003.

Jaffe K, Worobey J. Mothers' attitudes toward fat, weight, and dieting in themselves and their children. Body Image. 2006;3:113–20.

Jorosky NH, Damasceno ML, Silva CC, Dechechi CJ, Sonoo CN, Goldberg TBL. Associação entre a preocupação com a imagem corporal e transtornos alimentares com o tempo de prática no ballet clássico. Anais do I Simpósio Internacional de Imagem Corporal & Congresso Brasileiro de Imagem Corporal, 9-10 Agosto 2010; Campinas, SP: 2010.

Jowett S, Timson-Katchis M. Social networks in sport: Parental influence on the coach-athlete relationship. Sport Psychologist. 2005;19:267-87.

Karlson KA, Becker CB, Merkur A. Prevalence of Eating Disordered Behavior in Collegiate Lightweight Women Rowers and Distance Runners. Clin J Sport Méd. 2001;11:32–7.

Katch FI, Mcardle WD. *Nutrição, Exercício e Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996. 430 p.

Katzman DK. Medical Complications in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Int J Eat Disord*. 2005;37:S52–S59.

Kelman BB. Occupational hazards in female ballet dancers. Advocate for a forgotten population. *AAOHN J*. 2000;48(9):430-4.

Klug DP, Fonseca PHS. Análise da maturação feminina: um enfoque na idade de ocorrência da menarca. *Revista da Educação Física/UEM*. 2006;17(2):139-47.

Klump KL, Culbert KM. Molecular Genetic Studies of Eating Disorders Current Status and Future Directions. *Curr Dir Psychol Sci*. 2007;16:37-41.

Koutedakis Y, Jamurtas A. The Dancer as a Performing Athlete: Physiological Considerations. *Sports Med*. 2004;34(10):651-661.

Kunz E. *Transformação didático-pedagógica do esporte*. Ijuí: Unijuí, 1994.

Lantz CD, Rhea DJ, Mesnier K. Eating Attitudes, Exercise Identity, and Body Alienation in Competitive Ultramarathoners. *Int J Sport Nutr Exerc Metabol*. 2004;14:406-18.

Laus MF, Costa TMB, Almeida SS. Distorção da imagem corporal em adolescentes: um estudo de comparação entre dois instrumentos. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2009;42(3):358-65.

Le Boulch J. *O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos 6 anos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

Lee JM, Appugliese D, Kaciroti N, Corwyn RF, Bradley RH, Lumeng JC. Weight status in young girls and the onset of puberty. *Pediatrics*. 2007;119:e624-30.

León BH, Díaz ME. Hábitos de vida y salud reproductiva de bailarinas de la Escuela Cubana de Ballet. *MNEME - Revista de Humanidades*. 2004;05(11):56-75.

León HB, Viramontes JA, García CMR, Sánchez MED. Determinación del peso corporal para la estatura de bailarines de ballet y danza moderna y folclórica de Cuba. *An Venez Nutr* 2009;22(2):69-75.

Levine MP, Smolak L. Body image development in adolescence. In: Cash TF, Pruzinsky T. (Eds.), *Body images: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 74-82) New York: Guilford Publications, 2002.

Li Y, Hu X, Ma W, Wu J, Ma G. Body image perceptions among Chinese children and adolescents. *Body Image*. 2005(2);91–103.

Litt IF. Anorexia Nervosa e Bulimia. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Tratado de Pediatria. 16 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 557-9.

Loomba-Albrecht LA, Styne DM. Effect of puberty on body composition. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2009;16:10-15.

Macedo CG. Caracterização do treinamento e do gasto energético de praticantes de dança contemporânea e do ballet clássico. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) – Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2007.

Maia BR, Soares MJ, Gomes A et al. Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(4):322-7.

Maia MAC. Estudo da influência de um programa centrado na dança de salão sobre o desempenho motor de escolares de 8 a 10 anos de idade. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, 2009.

Marroni PCT. Tecido circense: estudo da influência de um programa de intervenção motora no desenvolvimento motor, percepção de competência e ansiedade de crianças. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, 2009.

Martin JB. The Development of Ideal Body Image Perceptions in the United States. *Nutrition Today.* 2010;45(3):98-110.

Martins AF. Bulimia: você tem fome de que? Brasília, DF: IGT na Rede, 3.4., 28 p. (Monografia) - Curso de Especialização em Gestalt Terapia com ênfase no atendimento familiar, IGT na Rede. Brasília, 2007. [acesso em: 06.11.2007] Disponível em: <http://ojs.igt.psc.br/viewarticle.php?id=141>.

Martins DF, Nunes MFO, Noronha APP. Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicol Teor Prat.* 2008;10(2):94-105.

Mataruna L. Imagem Corporal: noções e definições. *Revista Digital - Buenos Aires.* 2004; 10(71). [acesso em: 20.04.2009] Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.

Mc Auley E. Success and Causality in Sport: The Influence of Perception. *Journal of Sport Psychology.* 1985;7:13-22.

McCabe MP, Ricciardelli LA. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence.* 2004;39:145-166.

McCabe MP, Ricciardelli LA. A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behav Res Ther.* 2005;43:653-68.

Mellor D, McCabe M, Ricciardelli L, Merino ME. Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. *Body Image*. 2008(5);205–215.

Minden EG. *The Ballet Companion*. New York: Fireside, 2005. Disponível em: [http://books.google.com.br/books?id=S-RuSzcrBnAC&printsec=frontcover&dq=The+Ballet+Companion&hl=pt-BR&ei=VOGITMjAOcL78AaghaHCAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false]. Acesso: 09.09.2010.

Montardo JL. *Aprendendo a Vida*. [acesso em: 03.04.2010]. Disponível em: <http://planeta.terra.com.br/saude/montardo/desenvolvimento/epensamento2.htm>.

Moreira A. *Basquetebol: sistema de treinamento em bloco – organização e controle*. 2002. 250 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl III);18-23.

Moura KCF. *Essas bailarinas fantásticas e seus corpos maravilhosos: Existe um corpo ideal para dança?* [dissertação] Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: 2001.

Mullan E, Albinson J, Markland D. Children's Perceived Physical Competence at Different Categories of Physical Activity. *Pediatric Exercise Science*. 1997;9:237-42.

Müller ID, Sanfelice GR. Bailarinas e bailarinos: suas realidades e percepções corporais, analisadas sob a ótica do interacionismo simbólico. *Revista Digital*, Buenos Aires. 2009;14(131).

Nakashima FS, Welz A, Vieira LF. Percepção de competência e sua associação com distúrbios de atitudes alimentares e distorção de auto-imagem em atletas de ginástica rítmica. *Anais do Simpósio de Ginástica: Formação e intervenção em foco*; 11 a 13 de setembro de 2008; Maringá: DEF; 2008 p. 109-13.

Nascimento LCZ, Simas JPN. Comportamento alimentar, percepção do peso e imagem corporal das bailarinas clássicas do Studio de Dança do Instituto Estadual de Educação do Município de Florianópolis/SC. *Anais da 58ª Reunião Anual da SBPC*; Julho/2006; Florianópolis, SC. [acesso em: 2009 Jul 09] Disponível em: http://www.sbpcnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo_899.html.

Neumärker KJ, Bettel N, Bettel O, Dudeck U, Neumärker U. The eating attitudes test: Comparative analysis of female and male students at the Public Ballet School of Berlin. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7(1):19–23.

Nicholls DE, Viner RM. Childhood Risk Factors for Lifetime Anorexia Nervosa by Age 30 Years in a National Birth Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48, 791-799.

Nilsson C, Leanderson J, Wiman A, Strender LE. The injury panorama in a Swedish professional ballet company. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2001;9(4):242-6.

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

Oliveira FP et al. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Rev Bras Med Esp.* 2003;9(6):348-56.

Ommundsen Y, Pedersen BH. The role of achievement goal orientations and perceived ability upon somatic and cognitive indices of sport competition trait anxiety. *Scand J Med Sci Sports.* 1999;9:333-43.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993: 351.

Özgen L, Kisaç İ. Drive for thinness, bulimia and body dissatisfaction in Turkish ballet dancers and ballerinas. *Procedia Social and Behavioral Sciences.* 2009;1:2218–21.

Paim MCC, Strey MN. Corpos em metamorfose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações de corpos na atualidade. *Revista Digital Buenos Aires [periódico na Internet].* 2004 Dez [acesso em 2008 Ago 26]; 10(79): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>.

Papaioannou A, Bebetos E, Theodorakis Y, Christodoulidis T, Koul O. Causal relationships of sport and exercise involvement with goal orientations, perceived competence and intrinsic motivation in physical education: A longitudinal study. *Journal of Sports Sciences,* 2006;24(4):367–382.

Paulucci ÉZC, Ferreira A. Corpo e imagem: relações entre medidas antropométricas e aceitação pessoal da imagem corporal em praticantes de jazz de competição. *Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança.* 2009;4(2):53-61.

Pereira ÉF, Graup S, Lopes AS, Borgatto AF, Daronco LSE. Percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis sócio-econômicos na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2009;9(3):253-262.

Pereira IO, Lima AP, Cardoso F, Oliveria GL, Fernandes Filho J, Perini TA. Distorção da imagem corporal e tríade da mulher atleta em bailarinas clássicas. *Revista Digital - Buenos Aires.* 2010;15(149). [acesso em: 25.08.2010] Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.

Perini TA, Oliveira GL, Dantas PMS, Fernandes PR, Fernandes Filho J. Investigação dos componentes da tríade da mulher atleta em ginastas. *Revista da Educação Física/UEM.* 2009a;20(2):225-33.

Perini TA, Vieira RS, Vigário PS, Oliveira GL, Ornellas JS, Oliveira FP. Transtorno do comportamento alimentar em atletas de elite de nado sincronizado. *Rev Bras Med Esporte*. 2009b;15(1):54-7.

Perry JA, Silvera DH, Neilands TB, Rosenvinge JH, Hanssen T. A study of the relationship between parental bonding, self-concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations. *Eating Behaviors*. 2008;9:13–24.

Petroski EL, Velho NM, De Bem MFL. Idade de menarca e satisfação com o peso corporal. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 1999;1(1):30-6.

Pigeon P, Oliver I, Charlet JP, Rochiccioli P. Intensive dance practice. Repercussions on growth and puberty. *Am J Sports Med*. 1997;25(2):243-7.

Pivetta LA, Gonçalves-Silva RMV. Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26:337-46.

Prati SRA, Prati ARC. Níveis de aptidão física e análise de tendências posturais em bailarinas clássicas. *Revista Bras. Cineantropometria e Desempenho Humano*. 2006;8(1):80-7.

Price BR, Pettijohn II TF. The effect of ballet dance attire on body and self-perceptions of female dancers. *Social Behavior And Personality*. 2006;34(8):991-8.

Pujol P. Amenorréia e Esporte. Unidade de Nutrição do Departamento de Fisiologia do Centro de Alto Rendimento San Cugat, Barcelona - FACSM - Nutrição em Pauta, São Paulo, maio/junho 2000; 8(42).

Ramos AM, Neves RLR. A iniciação esportiva e a especialização precoce: à luz da teoria da complexidade – notas introdutórias. *Pensar a prática*. 2008; 11(1): 1-8.

Ravaldi C, Vannacci A, Bolgnesi E, Mancini S, Faravelli C, Ricca V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. *J Psychosom Res*. 2006; 61:529–35.

Reinking MF, Alexander LE. Prevalence of Disordered-Eating Behaviors in Undergraduate Female Collegiate Athletes and Nonathletes. *J Athl Train*. 2005;40(1):47–51.

Ribeiro LG, Veiga GV. Imagem Corporal e Comportamentos de Risco para Transtornos Alimentares em Bailarinos Profissionais. *Rev Bras Med Esporte*, 2010; 16(2):99-102.

Ribeiro MEMAS. Adolescentes preocupadas em conquistar um corpo magro: um estudo sobre discursos produzidos em diários eletrônicos. [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2006.

Ringham R, Klump K, Kaye W, Stone D, Libman S, Stowe S, Marcus M. Eating Disorder Symptomatology Among Ballet Dancers. *Int J Eat Disord*. 2006;39:503–8.

Rogers C. Tornar-se pessoa. São Paulo, Martins Fontes, 2002.

Rudisill ME. Influence of perceived competence and causal dimension orientation on expectations, persistence, and performance during perceived failure. *Research Quarterly of Exercise and Sport*. 1989;60(2):166-75.

Sampei MA, Sigulem DM, Novo NF, Juliano Y, Colugnati FAB. Eating attitudes and body image in ethnic Japanese and Caucasian adolescent girls in the city of São Paulo, Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(2):122-8.

Samulski DM. *Psicologia do esporte: Manual para a Educação Física, Psicologia e Fisioterapia*. Barueri: Manole, 2002.

Santana WC. Uma proposta pedagógica para o futsal na infância. Disponível em: http://www.pedagogiadofutsal.com.br/texto_029.htm. Acesso em: 27 jul. 2005.

Santos E et al. Massa Óssea em pacientes com anorexia nervosa. *RBGO*. 2004;26(1):71-5.

Sassaroli S, Ruggiero GM. The Role of Stress in the Association between Low Self-Esteem, Perfectionism, and Worry, and Eating Disorders. *Int J Eat Disord*. 2005;37:135–141.

Schilder P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

Seidah A, Bouffard T. Being Proud of Oneself as a Person or Being Proud of one's Physical Appearance: What matters for feeling well in adolescence? *Social Behavior and Personality*. 2007;2(35):255-268.

Sidiroupolos M. Anorexia Nervosa: The physiological consequences of starvation and the need for primary prevention efforts. *McGill Journal of Medicine*. 2007;10:20-25.

Siegel JM, Yancey AK, Aneshensel CS, Schler R. Body image, perceived pubertal timing and adolescent mental health. *J Adolesc Health*. 1999;25:155-65.

Silva AH, Bonorino KC. IMC e flexibilidade de bailarinas de dança contemporânea e ballet clássico. *Fit Perf J*. 2008;7(1):48-51.

Silva CC, Teixeira AS, Goldberg TBL. O esporte e suas implicações na saúde óssea de atletas adolescentes. *Rev Bras Med Esporte*. 2003;9:426-32.

Silva CL, Alves PK, Nacif M. Perfil antropométrico e autopercepção da imagem corporal em bailarinas clássicas estudantes e profissionais. *Revista Digital - Buenos Aires*. 2009;14(137) [acesso em: 25.08.2010] Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.

Silva SG. *Imagens do corpo e imagens do eu: Rama Chandran, Sacks e Damásio.* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2007.

Silva RF, Venditti Júnior R, Miller J. Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder: Contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia. *Revista Digital - Buenos Aires.* 2004;10(68). [acesso em: 25.08.2010] Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>.

Silva SR. *Desenvolvimento Motor e a Percepção de Competência: um estudo com crianças entre 8 e 10 anos da rede pública de ensino.* [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, 2009.

Simas JPN, Guimarães ACA. *Ballet clássico e transtornos alimentares.* R. da Educação Física/UEM, Maringá. 2002;13(2):119-26.

Simões RD, Anjos AFP. O ballet clássico e as implicações anatômicas e biomecânicas de sua prática para os pés e tornozelos. *Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas.* 2010;8(2):117-32.

Siqueira DCO. *Corpo, comunicação e cultura: a dança contemporânea em cena.* Campinas: Autores Associados, 2006.
http://books.google.com.br/books?id=xckpe1j2CTkC&printsec=frontcover&dq=Corpo,+comunicação+e+cultura:+a+dança+contemporânea+em+cena&hl=pt-BR&ei=WAqJTJTxCsT38AaNm_nJDQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCsQ6AEwAA#v=onepage&q=Corpo%2C%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20cultura%3A%20a%20dan%C3%A7a%20contempor%C3%A2nea%20em%20cena&f=false

Smolak L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image.* 2004;1:15–28.

Soares AL, Vieira LF, Gaion PA. Análise da Percepção de Competência de Crianças de 10 a 12 anos Praticantes de Basquetebol. *Revista da Educação Física/UEM.* Maringá. 2007;18(supl):5-8.

Soares Neto JFP. Traídos pela devoção: caminhos do adoecer emagrecendo. *Lições de dança,* Rio de Janeiro, n. 4, p. 111-134, 2004.

Souza-Kaneshima AM, Franca AA, Kneube DPF, Kaneshima EM. Ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Sci Health Sci.* 2006;28:119-27.

Stafford DE. Altered hypothalamic-pituitary-ovarian axis function in young female athletes. *Treat Endocrinol.* 2005;4:147-54.

Stefanello JMF. Psicologia do desporto: aplicações e contribuições para o treinamento desportivo de crianças e jovens. In: Silva FM (org.). *Treinamento*

Desportivo: aplicações e implicações. João Pessoa: Editora Universitária, p. 173-201, 2002.

Stewart A et al. Body image perception, satisfaction and somatotype in male and female athletes and non-athletes: results using a novel morphing technique. *Journal of Sports Sciences*. 2003;21:815-23.

Stokić E, Srdić B, Barak O. Body mass index, body fat mass and the occurrence of amenorrhea in ballet dancers. *Gynecol Endocrinol*. April 2005;20(4):195–9.

Storvoll EE, Strandbu A, Wichstrøm L. A cross-sectional study of changes in Norwegian adolescents' body image from 1992 to 2002. *Body Image*. 2005(2);5–18.

Sugawara A, Yanagishita J, Sano A., Wong Y, Le DSNT, Martin JB, Yamamoto S, Sone H. Body Image: International Comparisons: From the Symposium Held at the 15th International Congress of Dietetics. *Nutrition Today*. 2010(45);113-7.

Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clin J Sport Med*. 2004;14(1):25-32.

Tamayo A. Relação entre o autoconceito e a avaliação percebida de um parceiro significativo. *Arq Bras Psicol [online]*. 1985;37(1):88-96.

Tavares MCGCF. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. 1.ed. Barueri, SP: Manole, 2003.

Tedesco DZ, Oliveira J, Pozzobon ME, Sartori D, Folle A. Crescimento físico, composição corporal, consumo calórico e imagem corporal de meninas maturadas atletas e não-atletas. *Movimento & Percepção*. 2008;9:77-95.

Tenenbaum G, Lidor R, Lavyan N, Morrow K, Tonnel S, Gershgoren, A. Dispositional and Task-Specific Social-Cognitive Determinants of Physical Effort Perseverance. *The Journal of Psychology*. 2005;2:139-57.

Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de pesquisa em atividade física. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Tiggemann M, Slater A. A test of objectification theory in former dancers and non-dancers. *Psychol Women Q*. 2001;25:57–64.

Toro J, Guerrero M, Sentis J, Castro J, Puértolas C. Eating Disorders in Ballet Dancing Students: Problems and Risk Factors. *Eur Eat Disorders Rev*. 2009;17:40–9.

Triches RM, Giugliani ERJ. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. *Rev Nutr*. 2007;20(2):119-28.

Vaisman N et al. Weight perception of adolescent dancing school students. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150(2):187-90.

Vale AMO. Comportamento alimentar anormal e práticas inadequadas para o controle de peso entre adolescentes do sexo feminino de Fortaleza. [dissertação]. Ceará: Universidade Federal do Ceará, Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária; 2002.

Valentini NC. A influência de uma intervenção no desempenho motor e na percepção de competência de crianças com atrasos motores. *Revista Paulista de Educação Física*. 2002a;16:61-75.

Valentini NC. Competência Percebida: Considerações para promover a aprendizagem. In: Krebs RJ, Ferreira Neto CA. *Tópicos em desenvolvimento motor na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Editora LECSU, 2007, p. 137-157.

Valentini NC, Villwock G, Vieira LF, Vieira JLL, Barbosa MLL. Validação Brasileira da Escala de Autopercepção de Harter para Crianças. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2010;23(3):411-419.

Valentini NC. Percepções de Competência e Desenvolvimento Motor de meninos e meninas: um estudo transversal. *Movimento (Porto Alegre)*. 2002b;8(2):51-62.

Valentini NC, Toigo AM. *Ensinando Educação Física nas séries iniciais: desafios & estratégias*. 2. ed. Canoas: Unilasalle, 2006.

Van Den Berg P, Paxton SJ, Keery H, Wall M, Guo J, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*. 2007;4, 257–68.

Van Staden A, Myburgh CP, Poggenpoel M. A psycho-educational model to enhance the self-development and mental health of classical dancers. *J Dance Med Sci*. 2009;13(1):20-8.

Verplanken B, Velsvik R. Habitual negative body image thinking as psychological risk factor in adolescents. *Body Image*. 2008;5:133–140.

Vieira JLL, Oliveira LP de, Vieira LF, Vissoci JRN, Hoshino EF, Fernandes SL. Distúrbios de atitudes alimentares e sua relação com a distorção da auto-imagem corporal em atletas de judô do estado do Paraná. *R. da Educação Física*. 2006;17(2):177-184.

Vieira JLL, Vieira LF, Amorim HZ, Amorim AC, Rocha PGM. Distúrbios de atitudes alimentares e sua relação com o crescimento físico de atletas paranaenses de Ginástica Rítmica. *Motriz (Rio Claro)*. 2009a;15(3):552-61.

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*. 2009b;15(6):410-14.

Vieira LF. A Relação entre a Família, o Gênero e os Esportes. *Educação Física e esportes: estudos e proposições*. Maringá, Eduem, 2004.103-116.

Vieira LF. Criança e Prática Esportiva: considerações sobre o processo competitivo. In: Tópicos em desenvolvimento Motor na Infância e Adolescência. In: Krebs RJ, Neto CAF (Eds.) Tópicos em desenvolvimento motor na infância e adolescência. Rio de Janeiro: LECSU, 2007. p. 249-256.

Vieira LF, Botti M, Vieira JLL. Ginástica rítmica – análise dos fatores competitivos motivadores e estressantes da Seleção Brasileira Juvenil. *Acta Sci. Health Sci.*, Maringá, 2005;27(2):207-215.

Vieira LF, Teixeira CA, Silveira JM, Teixeira CL, Oliveira Filho A, Rorato WR. Criança e desempenho motor: um estudo associativo. *Motriz*, 2009;15(4):804-9.

Vieira LF, Vieira JL, Krebs RJ. Análise da percepção de competência no contexto escolar. *Revista Kinesis*, Santa Maria. 1997;15:55-67.

Vieira VCR, Priore SE, Fisberg M. A atividade física na adolescência. *Adolesc. Latinoam.* 2002;3(1):0-0.

Vilardi, TCC, Ribeiro, BG, Soares, EA. Distúrbios nutricionais em atletas femininas e suas inter-relações. *Rev Nutr.* 2001;14(1):61-9.

Vilela JEM et al. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr.* 2004;80(1):49-54.

Weinberg RS, Gould D. Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício. 4a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Weiss MR, Amorose AJ. Children's self-perceptions in the physical domain: Between-and within-age variability in level, accuracy, and sources of perceived competence. *J Sport Exerc Psychol.* 2005;27:226-44.

Weiss MR, Breddemeier J, Shewshuk RM. The dynamics of perceived competence, perceived control, and motivational orientation in youth sport. Human Kinetics Publishers, Inc., 1986, p. 89-101.

Weiss MR, Ebbek V. A criança e o adolescente atleta. Published by Blackwell Science Ltda. Ed. Bar-Or, 1996.

Wentz E, Gillberg IC, Anckarsater H, Gillberg C, Rastam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatr.* 2009;194, 168–174.

World Health Organization. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bull Wld Hlth Org.* 1986;64:929-41.

Williams RL. Use of the eating attitudes test and eating disorder inventory in adolescents. *J Adolesc Health Care.* 1987;8(3):266-72.

Wilmerding MV, McKinnon MM, Mermier C. Body Composition in Dancers. *Journal of Dance Medicine Science.* 2005; 9(1):18-23.

Woods AM, Bolton KN, Graber KC, Crull GS. Chapter 5: Influences of Perceived Motor Competence and Motives on Children's Physical Activity. *Journal of Teaching in Physical Education, Human Kinetics*. 2007;26:390-403.

Zahner L, Dossegger A. Motor Activity-the to Development in Childwood. In L. Z. U. P. C. S. J. S. A. Dossegger; (Ed.) *Active Childwood-Healthy Life*. Basle: Winterthur, 2004.

Zajonz R, Muller B, Valentini NC. A influência de fatores ambientais no desempenho motor e social de crianças da periferia de Porto Alegre. *Revista da Educação Física/UEM, Maringá*. 2008;19(2):159-71.

ANEXOS E APÊNDICES



ANEXO A: Teste de Atitudes Alimentares

EAT-26 TESTES DE ATITUDES ALIMENTARES

Nome:.....

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um X na resposta apropriada. Use a legenda abaixo:

- | | |
|------------------|------------------------------|
| 1- Nunca (N) | 4- Frequentemente (F) |
| 2- Raramente (R) | 5- Muito frequentemente (MF) |
| 3- Às vezes (AV) | 6- Sempre (S) |

POR FAVOR, RESPONDA TODAS AS QUESTÕES

S MF F AV R N

- () () () () () () 1) Costumo fazer dieta.
 () () () () () () 2) Como alimentos dietéticos.
 () () () () () () 3) Sinto-me mal após comer doces.
 () () () () () () 4) Gosto de experimentar novas comidas engordantes.
 () () () () () () 5) Evito alimentos que contenham açúcar.
 () () () () () () 6) Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz, etc).
 () () () () () () 7) Estou preocupada com o desejo de ser mais magra.
 () () () () () () 8) Gosto de estar com o estômago vazio.
 () () () () () () 9) Quando faço exercício penso em queimar calorias.
 () () () () () () 10) Sinto-me extremamente culpada depois de comer.
 () () () () () () 11) Fico apavorada com o excesso de peso.
 () () () () () () 12) Preocupa-me a possibilidade de ter gordura em meu corpo.
 () () () () () () 13) Sei quantas calorias tem os alimentos que como.
 () () () () () () 14) Tenho vontade de vomitar após as refeições.
 () () () () () () 15) Vomito depois de comer.
 () () () () () () 16) Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.
 () () () () () () 17) Passo muito tempo pensando em comida.
 () () () () () () 18) Acho-me uma pessoa preocupada com comida.
 () () () () () () 19) Sinto que a comida controla minha vida.
 () () () () () () 20) Corto minha comida em pedaços pequenos.
 () () () () () () 21) Levo mais tempo que os outros para comer.
 () () () () () () 22) As outras pessoas acham que sou magra demais.
 () () () () () () 23) Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.
 () () () () () () 24) Sinto que os outros me pressionam para comer.
 () () () () () () 25) Evito comer quando estou com fome.
 () () () () () () 26) Demonstro autocontrole em relação à comida.

Fonte: Nunes et al., 2006 (versão traduzida)

Indicativo de Transtorno Alimentar – Igual ou superior a 21 pontos

| Valores das questões | | | | | | |
|----------------------|---|----|---|----|---|---|
| | S | MF | F | AV | R | N |
| Todas | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Questão 04 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO B: Questionário de Imagem Corporal

BSQ - QUESTIONÁRIO DE IMAGEM CORPORAL

Nome:

Peso(kg):.....Estatura(m):.....Idade(anos):.....Cidade:.....

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um X na resposta apropriada. Use a legenda abaixo:

- | | |
|--|--|
| <p>1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes</p> | <p>4- Frequentemente 5- Muito frequentemente 6- Sempre</p> |
|--|--|

Nas últimas 4 semanas:

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 19) Você se sente excessivamente grande e arredondada? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20) Você sente vergonha do seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21) A preocupação diante de seu físico leva-lhe a fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22) Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando seu estômago está vazio? (por exemplo, de manhã) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23) Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de auto-controle? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24) Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25) Você acha injusto que outras meninas sejam mais magras do que você? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26) Você já vomitou para sentir-se mais magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27) Quando acompanhada você fica preocupada em estar ocupando muito espaço? (por exemplo, sentado no sofá ou no banco de um ônibus) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28) Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29) Ver seu reflexo, por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30) Você belisca áreas de seu corpo para ver quanto há de gordura? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31) Você evita situações nas quais as pessoas podem ver seu corpo, por exemplo, vestiários ou banhos de piscina? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32) Você toma laxantes para sentir-se magra? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33) Você fica mais preocupada com sua forma física quando em companhia de outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34) A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Fonte: Cooper et al., 1987

| Avaliação do BSQ | |
|-------------------------|--------------------------|
| Até 80 | Ausência de insatisfação |
| De 80 a 110 | Leve insatisfação |
| De 111 a 140 | Insatisfação moderada |
| Acima de 140 | Alta insatisfação |

ANEXO C: Escala de Percepção de Competência (Crianças)

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE COMPETÊNCIA

NOME: _____ IDADE: _____
 MODALIDADE: _____ NASC.: ____/____/____

| | Totalmente verdadeira para mim | Um pouco verdade para mim | | | Um pouco verdade para mim | Totalmente verdadeira para mim | |
|-----|--------------------------------|---------------------------|--|-----|---|--------------------------------|--------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem que elas são muito boas em seus trabalhos escolares | MAS | Outras pessoas ficam preocupadas se podem fazer o trabalho escolar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem dificuldades para fazer amigos | MAS | Outras pessoas sentem facilidades para fazer amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas fazem muito bem todos os tipos de esportes | MAS | Outras pessoas não sentem que são muito boas quando praticam esportes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são felizes com seu jeito de ser | MAS | Outras pessoas são infelizes com seu jeito de ser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas não gostam freqüentemente do modo que elas se | MAS | Outras pessoas gostam de seu comportamento usualmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são freqüentemente infelizes com | MAS | Outras pessoas são felizes com elas próprias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem que são tão espertas quanto outras pessoas de sua idade | MAS | Outras pessoas não tem certeza se elas são tão espertas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas tem muitos amigos | MAS | Outras pessoas não tem muitos amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas desejam ser melhor nos esportes | MAS | Outras pessoas sentem que elas são boas o suficiente nos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são felizes com sua altura e peso | MAS | Outras pessoas gostariam que seu peso e altura fosse diferente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas fazem geralmente as coisas direito | MAS | Outras pessoas freqüentemente não fazem as coisas direito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Totalmente verdade para mim | Um pouco verdade para mim | | | Um pouco verdade para mim | Totalmente verdade para mim |
|-----|-----------------------------------|---------------------------------|---|-----|--|---|
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas não gostam do modo que suas vidas são conduzidas | MAS | Outras pessoas gostam do modo que suas vidas são conduzidas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são lentas para cumprir seu trabalho escolar | MAS | Outras pessoas podem fazer seu trabalho escolar rapidamente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas gostariam de ter muito mais amigos | MAS | Outras pessoas têm tantos amigos quanto desejam | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas pensam que podem fazer bem alguma nova atividade esportiva que não tenham | MAS | Outras pessoas têm medo de não fazer bem esportes que não tenham | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas desejam ter o corpo diferente | MAS | Outras pessoas gostam de seu corpo como ele é | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas geralmente comportam-se do modo esperado | MAS | Outras pessoas freqüentemente não comportam-se do modo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são felizes com elas próprias | MAS | Outras pessoas freqüentemente não são felizes com elas próprias | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas freqüentemente esquecem o que elas | MAS | Outras pessoas podem lembrar coisas facilmente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas estão sempre fazendo coisas com outras pessoas | MAS | Outras pessoas freqüentemente fazem as coisas por elas próprias | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas sentem que são melhores do que outros de sua idade | MAS | Outras pessoas não sentem que elas podem jogar bem | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas desejam ter aparência física diferente | MAS | Outras pessoas gostam de sua aparência física | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas freqüentemente tem problemas por causa das coisas que fazem | MAS | Outras pessoas freqüentemente não fazem coisas que trazem problemas para ela | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas gostam do tipo de pessoa que são | MAS | Outras pessoas freqüentemente desejam ser outra pessoa | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| | Totalmente verdade para mim | Um pouco verdade para mim | | | Um pouco verdade para mim | Totalmente verdade para mim | |
|-----|-----------------------------------|---------------------------------|--|-----|---|-----------------------------------|--------------------------|
| 25. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas fazem muito bem seu trabalho de classe | MAS | Outras pessoas não fazem muito bem seu trabalho de classe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas desejam que mais pessoas de sua idade gostem dela | MAS | Outras pessoas sentem que a maioria das pessoas de sua idade gostam dela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas em jogos e esportes freqüentemente assistem em vez de | MAS | Outras pessoas freqüentemente preferem jogar do que somente assistir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas desejam que algumas coisas de seu rosto ou cabelo fosse diferente | MAS | Outras pessoas gostam do seu rosto e cabelo do jeito que são | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas fazem coisas que sabem que não deveriam fazer | MAS | Outras pessoas dificilmente fazem coisas que elas sabem que não devem fazer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são muito felizes sendo do modo como elas são | MAS | Outras pessoas desejam ser diferentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas tem problemas para responder as perguntas na escola | MAS | Outras pessoas quase sempre podem responder as perguntas na escola | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas são populares com outros de sua idade | MAS | Outras pessoas não são muito populares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas não fazem muito bem novos esportes | MAS | Outras pessoas são boas ao iniciar novos esportes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas pensam que tem boa aparência | MAS | Outras pessoas pensam que não tem boa aparência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas comportam-se muito bem por si próprias | MAS | Outras pessoas freqüentemente acham difícil comportar-se bem por si próprias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algumas pessoas não são muito felizes com o modo que elas fazem muitas coisas | MAS | Outras pessoas pensam que o modo que elas fazem as coisas está bom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANEXO D: Escala de Percepção de Competência (Adolescentes)

ENTREVISTA – COMO EU SOU

Nome: _____

Você encontrará uma série de frases que servem para descrever a si próprio. Leia a frase completa. Primeiro, decida se a parte da direita ou a da esquerda lhe descreve melhor. Depois, decida qual das duas alternativas do lado escolhido lhe descreve melhor e MARQUE COM UM “X” SOMENTE UM dos quadrados que existem para cada frase.

| | Eu sou realmente assim | Eu sou um pouco assim | | Eu sou um pouco assim | Eu sou realmente assim |
|-----|------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| a) | | | Alguns adolescentes gostam de ir ao cinema em seu tempo livre, | MAS | outros adolescentes não gostam de ir ao cinema em seu tempo livre. |
| 1) | | | Alguns adolescentes acham que são tão inteligentes quanto outros de sua idade, | MAS | outros adolescentes não têm tanta certeza de que sejam tão inteligentes quanto outros de sua idade. |
| 2) | | | Alguns adolescentes acham que é difícil fazer novos amigos, | MAS | para outros é muito fácil fazer novos amigos. |
| 3) | | | Alguns adolescentes têm um bom desempenho em todos os tipos de esporte, | MAS | outros adolescentes acreditam que não sejam bons nos esportes. |
| 4) | | | Alguns adolescentes não estão contentes com sua aparência física, | MAS | outros adolescentes estão contentes com sua aparência física. |
| 5) | | | Alguns adolescentes pensam estar prontos para trabalhar e estudar concomitantemente, | MAS | outros adolescentes acham que ainda não estão prontos para trabalhar e estudar concomitantemente. |
| 6) | | | Alguns adolescentes acham que se estiverem a fim de alguém, serão correspondidos, | MAS | outros adolescentes preocupam-se porque pensam que se estiverem a fim de alguém, não serão correspondidos. |
| 7) | | | Alguns adolescentes geralmente fazem o que é correto, | MAS | outros adolescentes não fazem o que é correto. |
| 8) | | | Alguns adolescentes conseguem fazer amigos(as) íntimos(as), | MAS | outros adolescentes acham difícil fazer amigos(as) íntimos(as). |
| 9) | | | Alguns adolescentes geralmente não estão satisfeitos consigo, | MAS | outros adolescentes estão satisfeitos consigo. |
| 10) | | | Alguns adolescentes acham difícil concluir suas tarefas escolares, | MAS | outros adolescentes concluem suas tarefas mais rapidamente. |
| 11) | | | Alguns adolescentes têm muitos amigos, | MAS | outros adolescentes não têm tantos amigos. |
| 12) | | | Alguns adolescentes pensam que se dariam bem em qualquer esporte novo, | MAS | outros adolescentes não acreditam que se dariam bem em qualquer esporte novo. |

| | Eu sou realmente assim | Eu sou um pouco assim | | Eu sou um pouco assim | Eu sou realmente assim |
|-----|-------------------------------|--|------------|--|-------------------------------|
| 13) | | Alguns adolescentes gostariam que seu corpo fosse diferente, | MAS | outros adolescentes gostam de seu corpo como ele é. | |
| 14) | | Alguns adolescentes acreditam não possuir habilidades suficientes para se sair bem em um emprego, | MAS | outros adolescentes acreditam possuir habilidades suficientes para se sair bem em um emprego. | |
| 15) | | Alguns adolescentes não estão namorando quem eles gostariam, | MAS | outros adolescentes estão namorando quem eles gostariam. | |
| 16) | | Alguns adolescentes geralmente se envolvem em problemas devido às coisas que fazem, | MAS | outros adolescentes geralmente não fazem coisas que lhes tragam problemas. | |
| 17) | | Alguns adolescentes têm um(a) melhor amigo(a) a quem possam contar segredos, | MAS | outros adolescentes não têm um(a) melhor amigo(a) a quem possam contar segredos. | |
| 18) | | Alguns adolescentes não gostam da maneira como estão levando suas vidas, | MAS | outros adolescentes gostam da maneira como estão levando suas vidas. | |
| 19) | | Alguns adolescentes trabalham muito bem em aula, | MAS | outros adolescentes não trabalham muito bem em aula. | |
| 20) | | Alguns adolescentes não inspiram simpatia, | MAS | outros adolescentes inspiram simpatia. | |
| 21) | | Alguns adolescentes acham que praticam esportes melhor do que os outros de sua idade, | MAS | outros adolescentes acham que não praticam tão bem esportes. | |
| 22) | | Alguns adolescentes gostariam que sua aparência fosse diferente, | MAS | outros adolescentes gostam da sua aparência do jeito que é. | |
| 23) | | Alguns adolescentes acreditam que são suficientemente maduros para conseguir um trabalho remunerado, | MAS | outros adolescentes acreditam que não são suficientemente maduros para conseguir um trabalho remunerado. | |
| 24) | | Alguns adolescentes acham que existem jovens de sua idade que gostariam de “ficar” com eles, | MAS | outros adolescentes se preocupam se existem jovens de sua idade que queiram “ficar” com eles. | |
| 25) | | Alguns adolescentes estão satisfeitos com sua forma de agir, | MAS | outros adolescentes não estão satisfeitos com sua forma de agir. | |
| 26) | | Alguns adolescentes gostariam de ter um(a) amigo(a) com quem pudessem contar, | MAS | outros adolescentes já têm um(a) amigo(a) com quem podem contar. | |
| 27) | | Alguns adolescentes estão satisfeitos consigo a maior parte do tempo, | MAS | outros adolescentes não estão satisfeitos consigo a maior parte do tempo. | |

| Eu sou realmente assim | Eu sou um pouco assim | MAS | Eu sou um pouco assim | Eu sou realmente assim |
|------------------------|--|-----|-----------------------|---|
| 28) | Alguns adolescentes têm dificuldades para responder corretamente às perguntas dos professores, | | | outros adolescentes quase sempre respondem corretamente às perguntas dos professores. |
| 29) | Alguns adolescentes são muito conhecidos por pessoas de sua idade, | | | outros adolescentes não são tão conhecidos por pessoas de sua idade. |
| 30) | Alguns adolescentes não se dão bem em esportes ao ar livre, | | | outros adolescentes se dão bem em esportes ao ar livre. |
| 31) | Alguns adolescentes se acham bonitos, | | | outros adolescentes não se acham tão bonitos. |
| 32) | Alguns adolescentes pensam que não fariam muito bem um trabalho remunerado, | | | outros adolescentes acreditam que fariam muito bem um trabalho remunerado. |
| 33) | Alguns adolescentes acreditam que são suficientemente interessantes para conquistar alguém, | | | outros adolescentes receiam não ser suficientemente interessantes para conquistar alguém. |
| 34) | Alguns adolescentes fazem coisas que sabem que não deveriam fazer, | | | outros adolescentes dificilmente fazem coisas que sabem que não deveriam fazer. |
| 35) | Alguns adolescentes acham difícil fazer amigos nos quais possam realmente confiar, | | | outros adolescentes são capazes de fazer amigos nos quais possam realmente confiar. |
| 36) | Alguns adolescentes gostam de ser como são, | | | outros adolescentes muitas vezes gostariam de ser outra pessoa. |
| 37) | Alguns adolescentes acham que são inteligentes, | | | outros adolescentes questionam-se se são inteligentes. |
| 38) | Alguns adolescentes acham que são aceitos por pessoas de sua idade, | | | outros adolescentes desejam que mais pessoas de sua idade os aceitem. |
| 39) | Alguns adolescentes pensam não ser bons esportistas, | | | outros adolescentes pensam ser bons esportistas. |
| 40) | Alguns adolescentes realmente gostam de sua aparência física | | | outros adolescentes gostariam de ter uma aparência física diferente. |
| 41) | Alguns adolescentes acham que são capazes de permanecer num emprego, | | | outros adolescentes acham que não são capazes de permanecer num emprego. |
| 42) | Alguns adolescentes não saem com as pessoas que gostariam de namorar, | | | outros adolescentes saem com as pessoas que eles realmente querem namorar. |

| Eu sou realmente assim | Eu sou um pouco assim | | Eu sou um pouco assim | Eu sou realmente assim |
|-------------------------------|--|------------|--|-------------------------------|
| 43) | Alguns adolescentes geralmente se comportam como o esperado, | MAS | outros adolescentes geralmente não se comportam como o esperado. | |
| 44) | Alguns adolescentes não têm um(a) amigo(a) a quem contar seus pensamentos e sentimentos, | MAS | outros adolescentes têm um(a) amigo(a) quem contar seus pensamentos e sentimentos. | |
| 45) | Alguns adolescentes estão felizes com seu jeito de ser, | MAS | outros adolescentes gostariam de ser diferentes. | |

APÊNDICE A: Caracterização Específica do Treinamento

Caracterização Específica do Treinamento (ANAMNESE)

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nome do grupo: _____ Quanto tempo participa do grupo: _____

Cidade: _____ Estado: _____

1) Considera-se: branca() negra() parda() amarela() Outro: _____

2) Idade que iniciou no *ballet*? ____ anos. Já é profissional? Sim () Não () Há quantos anos? _____ anos.

3) Você treina quantos dias na semana? ____ Quantas horas de treino por dia? ____ horas.
Quantas horas por semana ____ horas

4) Tem intervalo (s) durante o treinamento? Sim () Não ()

5) No (s) intervalo (s) você se alimenta ou bebe algo? Sim () Não ()

6) O que normalmente ingere no (s) intervalo(s): _____

7) Já teve algum tipo de lesão? Sim () Não () De que tipo? Estiramento() Avulsão() Luxação () Distensão() Entorse() Fraturas() Outras lesões? _____

8) Recuperou-se completamente da lesão? Sim () Não () Quanto tempo de repouso? _____

9) A lesão foi recorrente? _____

10) Sente-se sempre bem disposta para treinar? Sim () Não ()

11) Sente ou já sentiu-se fadigada? Sim () Não () Quando? _____

12) Sente atualmente alguma dor? Sim () Não () Qual local? _____

A dor é: _____

13) Utiliza algum medicamento para dor? Sim () Não () Qual? _____

14) Utiliza algum estimulante ou medicamento para treinar? Sim () Não () Qual (is)? _____

15) Qual (is) fator (es) te impedem de treinar? _____

16) Já teve a primeira menstruação? Sim () Não () Data: ____/____/____.

(se sim) 17) Fluxo menstrual é regular? Sim () Não () _____

(se sim) 18) Teve algum período de parada de fluxo? Sim () Não ()

Quando? _____

19) Preocupa-se com peso? Sim () Não () _____

20) Sente-se satisfeita com seu peso corporal? Sim () Não () _____

21) Já tomou ou toma algum remédio para emagrecer? Sim () Não () Qual? _____

22) Utiliza-se de alguma outra medicação? Incluindo contraceptivos orais ou injetáveis?

Sim () Não () Quais? _____

23) Quantas horas de sono por noite? ____ hs.

Após o sono sente-se recuperada? Sim () Não ()

24) Sente-se satisfeita com o treinamento? Sim () Não ()

25) Sente-se satisfeita com os resultados das competições? Sim () Não ()

26) Sente-se bem para estudar? Sim () Não ()

Se desejar complementar algo:

DATA: ____/____/____.

APÊNDICE B: Autorização para realização da pesquisa

Santo André, 26 de maio de 2010.

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio desta, autorizar a mestranda **Mara Laiz Damasceno**, do Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UEM/UEL a realizar a pesquisa intitulada: "**Análise das atitudes alimentares, postura corporal, autoimagem e autoconceito geral de bailarinas**", no 18º Passo de Arte que ocorrerá na cidade de Indaiatuba-SP.



William Romão Costa

Comissão Organizadora



Marisa AP. Pivetta

Presidente do Instituto Passo de Arte

CNPJ: 05.207.430/0001-00

marisa@passodearte.com.br

www.passodearte.com.br

Rua José Bonifacio, 160 – Vila Assunção – Santo André – SP. – CEP. 09030.550

Tel: + 55 11- 4979-5709

APÊNDICE C: Aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



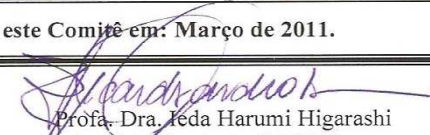
Fundação Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CAAE N°. 0233.0.093.000-10

PARECER N°. 331/2010

| | |
|--|---|
| Pesquisador (a) Responsável: Christi Noriko Sonoo | |
| Centro/Departamento: CCS/ Departamento de Educação Física | |
| Título do projeto: Análise das atitudes alimentares, postura corporal, autoimagem e autoconceito geral de bailarinas. | |
| Considerações: | |
| <p>O presente estudo trata-se de um projeto de mestrado que tem por objetivo analisar o grau de associação entre atitudes alimentares, postura corporal, autoimagem e autoconceito global no contexto competitivo de bailarinas clássicas participantes do 18º Passo de Arte/2010. Visa ainda identificar a presença de distorção da imagem corporal, alterações posturais e transtornos alimentares; verificar o índice de massa corporal e os níveis de autoconceito das bailarinas; verificar os níveis de ansiedade pré-competitiva das bailarinas momentos antes da apresentação; associar os casos de distorção de imagem e transtornos alimentares com o índice de massa corporal; correlacionar a distorção de imagem às alterações posturais e aos níveis das dimensões do autoconceito; associar os indicativos de transtornos alimentares aos indicativos de perfeccionismo; e comparar as variáveis analisadas entre estratos da faixa etária das bailarinas.</p> <p>Para tanto, serão selecionadas 300 bailarinas, dentre os aproximadamente 3000 bailarinos de 9 a 26 anos que participarão do 18º Passo de Arte/2010, divididas em 3 categorias: iniciantes (9 a 13 anos de idade), intermediário (14 a 18 anos de idade) e avançado (acima de 18 anos de idade). Os instrumentos utilizados serão uma anamnese com informações básicas sobre a bailarina e seu treinamento; um questionário para avaliação das variáveis psicológicas; um questionário sobre as atitudes alimentares (EAT-26); um questionário da distorção da imagem corporal (BSQ); uma avaliação da percepção de competência (autoconceito) de acordo com a faixa etária; avaliação antropométrica; avaliação da tendência perfeccionista (MPS); avaliação dos níveis de ansiedade pré-competitiva (CSAI-II); e avaliação postural. Todos os questionários encontram-se em anexo.</p> <p>Há a autorização da presidente do Instituto Passo de Arte para a realização da pesquisa durante o evento.</p> <p>O cronograma prevê atividades entre Março de 2009 e Dezembro de 2010, com coleta de dados entre Julho e Agosto de 2010.</p> <p>O estudo foi orçado em R\$ 1490, 00, constando a declaração de que os pesquisadores arcaram com as despesas.</p> <p>No protocolo de pesquisa consta o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que dá todas as garantias ao sujeito da pesquisa e esclarece os indivíduos sobre os procedimentos aos quais serão submetidos, estando de acordo com a resolução 196/96-CNS. Porém, é importante a inclusão de um espaço para o consentimento também do menor participante da pesquisa e não apenas do responsável por ele.</p> | |
| Parecer: | |
| <p>Considerando o exposto, e tendo em vista a análise ética do protocolo em tela, à luz das prerrogativas fixadas pela Res. 196/96-CNS e suas complementares, considerando não haver se constatado qualquer aspecto que contrarie as normativas éticas vigentes, somos de parecer favorável à aprovação do presente protocolo.</p> | |
| Situação: APROVADO | |
| CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 2/7/2010. | |
| O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: Março de 2011. | |
| <p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n°. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 198ª reunião do COPEP em 2/7/2010.</p> |  Prof. Dra. Jeda Harumi Higarashi Presidente do COPEP |

APÊNDICE D: Termo de Consentimento dos Sujeitos

Departamento de Educação Física – Programa de Pós-Graduação Associado UEM/UEL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS SUJEITOS

Estamos conduzindo uma pesquisa com o objetivo de investigar o impacto do treinamento físico do *ballet* sobre a composição corporal, comportamento alimentar, postura corporal e características psicológicas de bailarinas adolescentes.

Para a realização do trabalho, será necessária a participação das bailarinas matriculadas na Escola Municipal de Bailado de Ourinhos-SP. Na pesquisa será necessário responder a questionários com questões referentes à sua alimentação, preocupação com a forma física, e estratégias para emagrecer. Também será feita uma entrevista com algumas bailarinas e professores. Além disso, será efetuada a avaliação de peso e estatura, dobras cutâneas e avaliação postural.

Informo que durante qualquer momento da coleta dos dados você poderá recusar sua participação na pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo pessoal ou para a pesquisa, e ainda, que estou disponível para qualquer dúvida.

Durante o decorrer e após a conclusão do trabalho, será preservada a sua identidade e dos demais participantes. O trabalho terá a orientação da Profa. Dra. Christi Noriko Sonoo, da Universidade Estadual de Maringá e será desenvolvido pela mestranda Mara Laiz Damasceno.

Caso V. Sa. concorde em participar do estudo solicito seu consentimento preenchendo as informações abaixo:

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações acima e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes ao estudo **CONCORDO** que **minha** **filha** _____ participe da pesquisa.

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável

Assinatura da participante

Eu, Mara Laiz Damasceno, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

Mara Laiz Damasceno Telefone: (14) 9751-7571
Rua São João, 288, Apto 12, Maringá-PR.

Christi Noriko Sonoo Telefone: (44) 3224-4358
Av. Rio Branco, 241, Apto 42, Maringá-PR.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Biblioteca Central – Telefone: (44) 3261-4444.