

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO

LENA GUIMARÃES RIBEIRO

**COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS
ALIMENTARES EM BAILARINOS PROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Nutrição.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gloria Valeria da Veiga

**Rio de Janeiro
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Ribeiro, Lena Guimarães

Comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais / Lena Guimarães Ribeiro – Rio de Janeiro: UFRJ/ INJC, 2007. xii, 96 f. 31 cm.

Orientadora: Gloria Valeria da Veiga

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Instituto de Nutrição Josué de Castro/ Programa de Pós-graduação em Nutrição, 2007.

Referências bibliográficas: f. 91-95.

1. Transtornos alimentares - epidemiologia. 2. Anorexia nervosa. 3. Bulimia nervosa. 4. Estado nutricional 5. Imagem corporal. 6. Adulto. I. Veiga, Gloria Valeria da. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Programa de Pós-Graduação em Nutrição. III. Título.

Lena Guimarães Ribeiro

**COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM
BAILARINOS PROFISSIONAIS**

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2007.

Aprovada por:

Prof^a. Dr^a. Marle Alvarenga
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Vera Cristina Magalhães
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Rosângela Alves Pereira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Gloria Valeria da Veiga
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Aos meus queridos Lucia, Paulo Ribeiro e Paulo Rodrigues que me ofereceram todas as oportunidades para que eu chegasse até aqui e ao meu marido Américo e meu filho Kauai pelo apoio, compreensão e paciência durante esta jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por colocar pessoas tão especiais no meu caminho.

À professora Gloria Valeria da Veiga, por acreditar em mim e por toda experiência e conhecimento transmitidos.

À professora Rosângela Alves Pereira, pela revisão e valiosas contribuições.

Às professoras Vera Magalhães e Avany Fernades, pelas importantes sugestões feitas durante o exame de qualificação.

À Marle Alvarenga, por participar da banca examinadora contribuindo com sua experiência prática e científica em transtornos alimentares.

Ao estatístico Paulo Borges, pelas orientações na análise estatística dos dados.

À professora Vera Lucia Valente, pelo importante incentivo no início desta jornada.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Nutrição do Instituto de Nutrição Josué de Castro-UFRJ, pelos conhecimentos e experiência transmitidos ao longo do curso.

Aos funcionários do Instituto de Nutrição Josué de Castro-UFRJ, pelo carinho e dedicação.

À Júlia Elba, pela inestimável ajuda na fase inicial deste projeto.

À Gabriela dos Santos, pela colaboração e companheirismo durante a coleta e digitação dos dados.

À Izabel Vargas, pela ajuda, paciência e conhecimentos transmitidos durante a digitação dos dados.

À Raquel Maranhão e Marina Antunes, pela colaboração na digitação dos dados.

Às amigas Úrsula Viana, Taís Lopes e Camila Estima, pelo companheirismo.

Aos bailarinos que participaram e aos funcionários da instituição onde este estudo foi realizado, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

À todos meus amigos e familiares que estiveram ao meu lado durante este caminho.

RESUMO

RIBEIRO, Lena Guimarães. **Comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais.** Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

As exigências físicas impostas pela profissão fazem dos bailarinos clássicos um grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA). O presente trabalho teve como objetivo verificar a frequência de comportamentos de risco para TA e sua associação com variáveis antropométricas, socioeconômicas e demográficas e com a percepção da imagem corporal em bailarinos clássicos profissionais. Foram avaliados 61 bailarinos profissionais (39 mulheres e 22 homens) representantes da elite do balé clássico nacional. Para avaliação dos comportamentos de risco para TA foram usadas as versões em português do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) e do *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE). A avaliação da percepção da imagem corporal foi feita com base na Escala de Silhuetas de Stunkard. Foram aferidos peso e estatura para cálculo do índice de massa corporal ($IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$) e foi realizada bioimpedância elétrica para avaliação da composição corporal. Foram calculadas as médias e desvios-padrão e frequências das variáveis. A associação entre comportamentos de risco para TA e as variáveis estudadas foi avaliada pela razão de prevalência (RP) e seus intervalos de confiança (IC) de 95%. Dezenove participantes (31,1%) apresentaram comportamentos de risco para TA e 50,8% dos bailarinos mostraram-se insatisfeitos com sua silhueta usual desejando ter uma silhueta menor. A presença de comportamentos de risco para TA foi maior entre os bailarinos que moravam sozinhos (RP=3,13, IC 95%=1,16-8,48), possuíam percentual de gordura corporal acima (RP=4,04, IC 95%=1,42-11,47) ou abaixo (RP=3,57, IC 95%=1,04-12,24) da média esperada para bailarinos e entre os que desejavam possuir silhueta menor que a auto percebida como usual (RP=2,71, IC 95%=1,02-7,18) ou que a considerada mais saudável (RP=2,64, IC 95%=1,20-5,80). Conclui-se que a frequência de comportamentos de risco e de insatisfação corporal entre os bailarinos é alta e que as exigências físicas da profissão podem contribuir para este achado.

Palavras chave: transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa, imagem corporal, estado nutricional, bailarinos.

ABSTRACT

RIBEIRO, Lena Guimarães. **Risk behaviors for eating disorders in professional ballet dancers**. Rio de Janeiro, 2007. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Classical ballet dancers are in more risk to develop eating disorders (ED) due the physical exigencies imposed by the career. The aim of this study was asses the frequency of risk behaviors ED and their association with anthropometric, socioeconomic and demographic variables and with body image perception in professional classical ballet dancers. Sixty-one professional dancers (39 women and 22 men) who represent the national classical ballet elite were assessed. Portuguese versions of Eating Attitudes Test (EAT-26) and Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) were used to evaluate the risk behaviors for ED. The Stunkard's standard silhouettes were used to assess the body image perception. The height and weight were measured to calculate the body mass index ($BMI = \text{weight}/\text{height}^2$) and body composition was evaluated through the bioelectrical impedance. Means, standard-deviation and the frequencies of the variables were calculated. The association was evaluated through the prevalence ratio (PR) and respective 95% confidence interval (CI). Risk behaviors for ED was found in 31,1% of dancers and 50,8% was dissatisfied with your usual silhouette wanting to have a smaller one. The frequency of this behaviors was higher in dancers who lived alone (PR=3,13, CI=1,16-8,48), were above (RP=4,04, CI=1,42-11,47) or below (RP=3,57, CI=1,04-12,24) of the percent body fat expected to dancers and who wanted have the silhouette smaller than the usual (RP=2,71, CI=1,02-7,18) or that considered healthier (RP=2,64, CI=1,20-5,80). It can be conclude that the risk behaviors and body dissatisfaction among ballet dancers were high and the physical demands of the profession can contribute to this find.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, body image, nutritional status, dancers.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

	Pág
Quadro 1 Critérios diagnósticos para anorexia nervosa e bulimia nervosa pelo DSM-IV e pela CID-10.....	17
Quadro 2 Diferenças clínicas entre anorexia nervosa e bulimia nervosa.....	20
Quadro 3 Pontos de corte de percentual de gordura corporal (%GC), segundo médias esperadas para bailarinos.....	40
Quadro 4 Pontos de corte de percentual de gordura corporal (%GC) para população em geral.....	41
Tabela 1 (1º artigo) Médias, desvios-padrão (DP) e frequências das variáveis estudadas em bailarinos clássicos profissionais segundo o sexo - Rio de Janeiro, 2006.	60
Tabela 2 (1º artigo) Médias e desvios-padrão (DP) da pontuação no <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT) e no <i>Bulimic Investigatory Test Edinburgh</i> (BITE) e frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos clássicos profissionais segundo sexo - Rio de Janeiro, 2006	62
Tabela 3 (1º artigo) Razão de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC) de 95% para presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares segundo as variáveis estudadas em bailarinos clássicos profissionais – Rio de Janeiro, 2006.....	63
Tabela 4 (1º artigo) Razão de prevalência ajustada (RP) entre a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares e média de gordura corporal esperada para bailarinos e situação de moradia em bailarinos clássicos profissionais – Rio de Janeiro, 2006.....	65
Tabela 1 (2º artigo) Médias e desvios-padrão (DP) das variáveis investigadas segundo sexo – Rio de Janeiro, 2006.....	83
Tabela 2 (2º artigo) Médias e desvios-padrão (DP) da pontuação no <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT) e no <i>Bulimic Investigatory Test Edinburgh</i> (BITE) e frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA) em bailarinos clássicos profissionais segundo sexo - Rio de Janeiro, 2006.....	84
Tabela 3 (2º artigo) Distribuição das silhuetas auto percebidas pelos bailarinos como usual, mais saudável e desejada, segundo o sexo-Rio de Janeiro, 2006.....	85
Tabela 4 (2º artigo) Frequências das silhuetas desejadas em relação às silhuetas auto percebidas como usual e mais saudável por bailarinos clássicos profissionais segundo o sexo e faixa etária - Rio de Janeiro, 2006.....	86
Tabela 5 (2º artigo) Razão de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC) de 95% para presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares segundo silhuetas desejadas em bailarinos clássicos profissionais – Rio de Janeiro, 2006.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS

AN	Anorexia nervosa
BIA	Bioimpedância
BITE	<i>Bulimic Investigatory Test Edinburgh</i>
BN	Bulimia nervosa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
DP	Desvio-padrão
DSM-IV	<i>Diagnóstic and Statistical Manual, IV edition</i>
EAT	<i>Eating Attitudes Test</i>
%GC	Percentual de gordura corporal
IC	Intervalo de confiança
IMC	Índice de massa corporal
MLG	Massa livre de gordura
OR	<i>Odds ratio</i>
RP	Razão de prevalência
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TA	Transtornos alimentares
TASOE	Transtornos alimentares sem outra especificação
TCAP	Transtorno de compulsão alimentar periódica
WHO	<i>World Health Organization</i>

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi desenvolvida dentro da linha de pesquisa Epidemiologia Nutricional do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Este trabalho aborda a questão dos comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA) em um grupo específico, os bailarinos, considerado de alto risco para ocorrência destes comportamentos.

Fazem parte deste trabalho os seguintes itens: introdução, revisão da literatura, objetivos, material e métodos, resultados e conclusões.

Os resultados e a discussão são apresentadas na forma de 2 manuscritos: “Fatores associados a comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais” e “Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais”.

Ao final da dissertação são apresentadas as conclusões e as referências bibliográficas no estilo Vancouver.

A revisão da literatura procurou mostrar a problemática dos transtornos alimentares entre os bailarinos. Vários estudos mostram estes indivíduos como grupo de risco para ocorrência de TA, porém, raramente, os caracterizam de maneira a elucidar as motivações que levam os bailarinos a terem atitudes alimentares inadequadas. Conhecer melhor como os TA, bem como os comportamentos de risco para sua ocorrência, se manifestam nos bailarinos é fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realmente efetivas para este grupo.

O grupo estudado pode ser considerado como representante da elite do balé clássico nacional, uma vez que o estudo foi realizado dentro da principal companhia de balé clássico do país que conta com profissionais vindos de diversos estados brasileiros.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1. Transtornos alimentares: critérios diagnósticos e definições.	16
2.2. Epidemiologia dos transtornos alimentares.	21
2.3. Etiologia dos transtornos alimentares.	24
2.4. Transtornos alimentares em homens	26
2.5. Transtornos alimentares em bailarinos.....	27
3. OBJETIVOS.....	31
3.1. Objetivo geral.....	31
3.2. Objetivos específicos	31
4. MATERIAL E MÉTODOS	32
4.1. Casuística	32
4.2. Treinamento e estudo piloto	32
4.3. Coleta de dados.....	33
4.3.1. Avaliação antropométrica.....	34
4.3.2. Avaliação da composição corporal.....	35
4.3.3. Aferição dos dados demográficos, socioeconômicos e referentes à atividade profissional.....	36
4.3.4. Avaliação da percepção da imagem corporal.....	37
4.3.5. Avaliação de comportamentos de risco para transtornos alimentares.....	37
4.4. Controle da qualidade de preenchimento dos questionários e elaboração do banco de dados.....	39
4.5. Definição das variáveis de estudo	39

4.6. Plano de análise dos dados	42
4.7. Considerações éticas	43
5. RESULTADOS (artigos científicos)	44
Manuscrito 1: FATORES ASSOCIADOS A COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM BAILARINOS PROFISSIONAIS.....	44
Manuscrito 2: IMAGEM CORPORAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM BAILARINOS PROFISSIONAIS.....	69
6. CONCLUSÕES	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	96
Anexo I Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
Anexo II Questionário para avaliação das variáveis socioeconômicas, demográficas, referentes à profissão e imagem corporal (planilha de Stunkard).	
Anexo III <i>Eating Attitudes Test</i> (EAT-26).	
Anexo IV Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE).	
Anexo V Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) ou distúrbios da conduta alimentar são síndromes comportamentais que afetam, principalmente, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo incorrer em prejuízos psicológicos, sociais e no aumento de morbidade e mortalidade (HAY, 2002; CLAUDINO, BORGES, 2002; CORDÁS, 2004; CORDÁS et al., 2004).

Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, IV edition*) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição), ressaltam dois TA principais: a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Esses transtornos acham-se intimamente relacionados apresentando psicopatologia comum que envolve preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo mórbido de engordar), que leva os indivíduos a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inadequados para alcançarem o corpo idealizado. São descritos também transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) que são os quadros atípicos (parciais) de AN e BN e o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) (CLAUDINO, BORGES, 2002; CORDÁS, 2004).

A etiologia destes distúrbios é complexa envolvendo uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo a predispor, precipitar e/ou manter os TA (MORGAN et al., 2002).

A incidência de TA dobrou nos últimos 20 anos coincidindo com o aumento da ênfase na magreza feminina como padrão de beleza (DUNKER, PHILIPPI, 2003). Apesar da incidência de TA ser maior nas mulheres, a incidência em

homens vem aumentando e já corresponde à cerca de 10% do total de TA (SANTOS et al., 1990; RIBEIRO et al., 1998).

O diagnóstico dos TA é complexo e exige uma avaliação completa envolvendo exames clínicos e físicos feitos por profissional médico especializado. Entretanto, com o aumento de sua importância epidemiológica, foram elaborados diversos instrumentos para rastrear indivíduos com sintomas característicos de TA.

Os questionários auto-aplicáveis são fáceis de administrar, eficientes, econômicos e deixam o indivíduo menos inibido em revelar comportamentos considerados inadequados. Questionários auto-aplicáveis como o *Eating Attitudes Test* (EAT) e o *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) vêm sendo empregados em diversos estudos possibilitando comparações transculturais em relação às condutas alimentares das populações estudadas (NUNES et al., 1994; CORDÁS, NEVES, 1999; FREITAS et al., 2002).

Os TA estão associados a diversas complicações clínicas graves como distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos e alterações endócrinas. Estas complicações são decorrentes, principalmente, da severa perda de peso e dos métodos compensatórios inadequados utilizados para controle do peso, (ASSUNÇÃO, CABRAL, 2002).

Grupos como bailarinas, ginastas, patinadoras artísticas, modelos e fisiculturistas são considerados de risco para o desenvolvimento de TA (JANOUT, JANOUTOVÁ, 2004). Particularmente as bailarinas, devido à grande preocupação com a aparência e a forma física e à constante pressão para manterem um baixo peso, são bastante vulneráveis ao problema (THOMAS et

al., 2005) que também já se estende aos bailarinos do sexo masculino (MELIN, ARAÚJO, 2002; WELTZIN et al., 2005).

Diversos estudos demonstram que sintomas e comportamentos relacionados aos TA, como amenorréia (BROOKS-GUNN et al., 1987; BRAISTED et al., 1985) baixo peso (ABRAHAM, 1996b), distorção da imagem corporal (BRAISTED et al., 1985) baixo percentual de gordura corporal (ABRAHAM, 1996b) ingestão alimentar abaixo das recomendações (EVERS, 1987) e uso de estratégias inadequadas para controle do peso (BRAISTED et al., 1985; RAVALDI et al., 2003; ABRAHAM, 1996b) são mais freqüentes em bailarinas, quando comparadas ao grupo controle.

Tendo em vista os danos físicos, psicológicos e sociais que os TA causam, é de grande importância identificar indivíduos com sintomas desta enfermidade nos grupos mais susceptíveis. Dentre esses se encontram os bailarinos para os quais é importante direcionar ações preventivas e de controle do problema, envolvendo não só esses profissionais, mas também os seus instrutores e familiares.

Sendo assim, foi realizado este estudo que se propôs a avaliar a freqüência de comportamentos de risco para TA em bailarinos profissionais de uma instituição pública do município do Rio de Janeiro. O conhecimento do comportamento e das atitudes alimentares dos bailarinos, bem como sua relação com variáveis antropométricas, socioeconômicas, demográficas e com a percepção da imagem corporal, permitirá o desenvolvimento de ações de educação nutricional voltadas para este grupo específico a fim de esclarecer e desmistificar crenças e práticas alimentares errôneas dentro das necessidades e realidade da profissão.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Transtornos alimentares: critérios diagnósticos e definições.

Os critérios diagnósticos para os TA são definidos por dois sistemas classificatórios de transtornos mentais, o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, IV edition*) e a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição). O Quadro 1 mostra os critérios diagnósticos segundo o DSM-IV e a CID-10 para AN e BN.

Quadro 1 – Critérios diagnósticos para anorexia nervosa e bulimia nervosa pelo DSM-IV e pela CID-10.

DSM-IV	CID-10
ANOREXIA NERVOSA	
Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal (>85% do esperado).	Perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC<17,5 kg/m ²)
Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso.	Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam. Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o).
Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso.	Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como perda do interesse e potência sexual. E atraso no desenvolvimento puberal.
Amenorréia por 3 ciclos consecutivos.	* vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes.
Subtipos: 1. restritivo (dieta e exercícios apenas) 2. compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta e exercícios)	
BULIMIA NERVOSA	
Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle).	Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida.
Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros.	Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos). Diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea).
Freqüência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses.	Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável.
Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação.	
Diagnóstico de AN ausente.	
Subtipos: 1. Purgativo: vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas. 2. Não-purgativo: apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica.	

Quadro compilado de Claudino e Borges, 2002.

A AN é caracterizada por uma restrição dietética auto-imposta, com um padrão alimentar bizarro e acentuada perda de peso, alterações estas que estão associadas a um temor intenso de engordar, à inadequada percepção corporal e a uma sensação de incompetência para lidar com o alimento. A doença geralmente tem início com um jejum progressivo no qual, primeiramente, não são consumidos os alimentos considerados calóricos, estendendo-se posteriormente a outros tipos de alimentos (RIBEIRO et al., 1998, APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000; CLAUDINO, BORGES, 2002). O termo anorexia (falta de apetite) não é o mais adequado do ponto de vista psicopatológico já que não ocorre uma perda real do apetite, ao menos nos estágios iniciais da doença, e sim a negação deste e o desejo de controle obsessivo do corpo (CORDÁS, 2004). Segundo o DSM-IV, existem dois subtipos clínicos de AN, o restritivo, que se limita à dieta e exercícios, e o purgativo que, além de dieta e exercícios, conta com a presença de episódios de compulsão e/ou purgação (CLAUDINO, BORGES, 2002; CORDÁS, 2004).

A BN é caracterizada por uma ingestão excessiva de alimentos acompanhada de sensação de perda de controle. É também característica da BN a preocupação excessiva com o peso e com a imagem corporal que leva ao uso de métodos compensatórios inadequados para controle do peso tais como vômitos auto-induzidos, uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite, prática de dietas restritas e de exercícios físicos em excesso (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000; CLAUDINO, BORGES, 2002; CORDÁS, 2004). Diferente da AN do tipo purgativo, os pacientes com BN, na maioria dos casos (70%), conseguem manter o peso dentro da faixa de normalidade ou podem estar discretamente abaixo

(15%) ou até acima do peso (15%) (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000). A BN também difere da AN subtipo purgativo pela ausência do desejo incontrolável de emagrecer. Também não são tão freqüentes a ausência de ciclos menstruais e a distorção da imagem corporal como na AN (CORDÁS et al., 2004). O Quadro 2 mostra as diferenças entre AN e BN, segundo Cordás et al. (2004).

Quadro 2 – Diferenças clínicas entre anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Anorexia Nervosa	Bulimia nervosa
Vômitos no subtipo purgativo ou bulímico.	Vômitos auto-induzidos no subtipo purgativo ou bulímico.
Abuso de diuréticos e laxantes no subtipo purgativo ou bulímico.	Abuso de laxantes e diuréticos no subtipo purgativo.
Perda de peso grave.	Menor perda de peso, peso normal ou acima do normal.
Grave distorção da imagem corporal.	Quando existe, é menos acentuada.
Maior incidência aos 16 anos.	Maior incidência aos 20 anos.
Negam fome.	Referem fome.
Mais introvertidos.	Mais extrovertidos.
O comportamento alimentar é considerado normal pelo paciente, e o desejo de controle de peso, justo e adequado.	O comportamento é motivo de vergonha, culpa, e há desejo de ocultá-lo.
Sexualmente inativos.	Mais ativos sexualmente.
Amenorréia.	Menstruação variando de irregular à normalidade.
Traços obsessivos de personalidade podem estar presentes.	Traços histriônicos e <i>boderline</i> podem estar presentes.
Co morbidade com doenças afetivas e transtornos ansiosos.	Co morbidade com doenças afetivas e abuso de álcool e drogas
Impulsividade no subtipo purgativo.	Impulsividade

Quadro compilado de Cordás et al., 2004.

A AN e BN atípicas (CID-10) ou transtorno alimentar não especificado (DSM-IV) são síndromes parciais da AN e da BN. Constituem quadros clínicos que não atendem a todos os critérios diagnósticos. Entretanto, devido a freqüente evolução destes quadros parciais para quadros completos de TA, deve-se buscar o diagnóstico precoce destas síndromes parciais (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000).

A necessidade de se discriminar indivíduos obesos com compulsão alimentar daqueles sem compulsão e dos bulímicos levou à descrição de uma nova síndrome, o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). O TCAP tem como característica episódios recorrentes de compulsão alimentar, definida como a perda de controle levando à ingestão de grande quantidade de alimento em um curto espaço de tempo, delimitado em torno de duas horas no máximo. Entretanto, não são utilizados métodos compensatórios subseqüentes a esses episódios, como ocorre na BN, e a maioria dos indivíduos com este transtorno é obesa (CLAUDINO, BORGES, 2002).

2.2. Epidemiologia dos transtornos alimentares.

Segundo Hay (2002), os transtornos psiquiátricos, entre eles os TA, serão um dos principais problemas de saúde pública no século 21.

O aumento da importância epidemiológica dos TA nos últimos anos gerou maior interesse dos profissionais de saúde, bem como da mídia e da população, impulsionando assim o crescimento de estudos epidemiológicos nesta área. Entretanto, a grande complexidade do correto diagnóstico de TA dificulta a realização de estudos epidemiológicos de base populacional (CORDÁS et al.,

2004), que poderiam fornecer mais informações sobre a real magnitude do problema e sua evolução ao longo do tempo. Por outro lado, os poucos estudos existentes utilizaram populações de estudo com diferentes características e metodologias distintas, o que dificulta a comparação entre diferentes populações. (PINZON, NOGUEIRA, 2004).

A prevalência de AN entre as mulheres oscila de 0,5% a 3,7% (YAGER et al., 2000). Os picos de incidência da AN ocorrem aos 14 e aos 17 anos (MARCH, COHEN, 1990), no entanto, tem-se observado casos com início na infância e após os 40 anos (CORDÁS et al., 2004).

A BN, normalmente, tem início mais tardio que a AN, ocorrendo no final da adolescência e no início da idade adulta (CORDÁS et al., 2004), tendo prevalência de 1,1% a 4,2% entre as mulheres (YAGER et al., 2000).

As prevalências de AN e BN podem ser ainda maiores se forem consideradas as síndromes parciais. Estas chegam a ser cinco vezes mais freqüentes que as síndromes completas e comumente evoluem para tal (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000).

Os TA apresentam distribuição por sexo bastante assimétrica, com apenas 10% dos casos ocorrendo entre os homens. Esta diferença pode ser atribuída aos fatores biológicos e culturais que estão envolvidos na etiologia dos TA, porém, a maior dificuldade no diagnóstico de TA nos homens também pode explicar as diferenças encontradas (MELIN, ARAÚJO, 2002). Melin e Araújo (2002) relatam que vários fatores contribuem para diminuir o diagnóstico de TA em homens. Entre eles estão os motivos que levam os homens a fazer dieta, como evitar doenças crônicas, que podem parecer razoáveis não despertando preocupações da família e até dos profissionais de saúde, além disso, os

instrumentos usados para investigar TA não contêm questões representativas de preocupações masculinas. Outra dificuldade é a falta de uma manifestação clínica nos homens semelhante à amenorréia das mulheres, utilizada como um dos critérios diagnósticos pelo DSM-IV.

Os TA eram vistos como distúrbios característicos de indivíduos da raça branca e pertencentes às classes socioeconômicas média e alta. Entretanto, tem sido observado que os TA, bem como os sintomas sugestivos de sua presença, podem ocorrer em qualquer classe social (HAY, 1998; CORDÁS et al., 2004; MAGALHÃES, 2005; FERREIRA, 2006) e sua prevalência tem aumentado inclusive em países onde era considerado raro, como no Japão (YAGER et al., 2000).

Estudo de base populacional (n=3001) realizado na Austrália com homens e mulheres acima de 15 anos aplicou os critérios diagnósticos do DSM-IV e observou prevalência de 0,3% de BN e 1% de TCAP, sendo que 3,2% dos indivíduos apresentavam episódios regulares de compulsão alimentar e 1,6% praticavam jejum ou recorriam à dieta restritiva regularmente (HAY, 1998).

No Brasil, Nunes et al. (2001), utilizando o EAT-26 e o BITE, encontraram 30,2% de comportamento alimentar de risco e 11,3% de comportamento alimentar anormal entre 513 mulheres de 12 a 29 anos da zona urbana de Porto Alegre. Dunker e Philippi (2003) encontraram 21,1% de meninas com presença de padrões alimentares anormais, avaliados pelo EAT-26, entre 279 estudantes de 15 a 18 anos de uma escola particular de São Paulo. Em estudo com 32 adolescentes (média de idade de $15,0 \pm 1,4$ anos) do Rio de Janeiro, Oliveira et al. (2003) encontraram freqüência de 21,8% de meninas com padrão alimentar não usual, avaliado pelo BITE. Magalhães (2005), utilizando o EAT e o BITE,

encontrou 33,4% de comportamento sugestivo de TA em estudo com 512 universitárias (média de idade de $21,5 \pm 5,12$ anos) do Rio de Janeiro.

O envolvimento em atividades profissionais que exigem padrões rígidos de forma e/ou peso corporais aumenta a chance de desenvolver TA. Bailarinos (RAVALDI et al., 2003; JANOUT, JANOUTOVÁ, 2004), modelos (JANOUT, JANOUTOVÁ, 2004) e atletas (SUNDGOT-BORGEN, TORSTVEIT, 2004), principalmente, ginastas (JANOUT, JANOUTOVÁ, 2004), fisiculturistas (RAVALDI et al., 2003), e patinadores (JANOUT, JANOUTOVÁ, 2004) são considerados grupos de risco para o desenvolvimento de TA. A prevalência de TA em atletas oscila de 5 a 22% para os homens e de 16 a 42% para as mulheres, dependendo da modalidade esportiva (SUNDGOT-BORGEN, TORSTVEIT, 2004).

2.3. Etiologia dos transtornos alimentares.

Os TA são determinados por uma série de fatores etiológicos que interagem entre si de maneira complexa. Os fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares que contribuem para o modelo multifatorial da etiologia dos TA podem ser agrupados em fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores dos TA (HETHERINGTON, 2000; MORGAN et al., 2002; CORDÁS et al., 2004).

Os fatores predisponentes são aqueles que aumentam a chance de aparecimento do TA. Esses fatores podem ser categorizados em 3 grupos: individual, familiar/hereditário e sociocultural (HETHERINGTON, 2000; MORGAN et al., 2002).

Entre os fatores individuais podem-se destacar os traços de personalidade como obsessividade, perfeccionismo, passividade, introversão (AN), impulsividade, instabilidade afetiva (BN) e baixa auto-estima ou auto-avaliação negativa (AN e BN). Tendência à obesidade, alterações em vias noradrenérgicas e da serotonina e experiências adversas, como abuso sexual, também constituem fatores predisponentes individuais (MORGAN et al., 2002).

Os principais fatores predisponentes familiares estão relacionados à presença de parentes com TA e a padrões negativos de interação familiar (MORGAN et al., 2002).

Os fatores predisponentes socioculturais estão relacionados ao padrão de beleza atual, onde ser magra significa ter competência, sucesso, autocontrole e ser atraente sexualmente. Segundo Dunker e Philippi (2003) os fatores socioculturais são os grandes impulsionadores do aumento da prevalência de TA que vem sendo observada nos últimos anos. O padrão de beleza que vem sendo imposto pela mídia leva os indivíduos a buscarem, a qualquer preço, a magreza, indissociável da beleza nos dias atuais, chegando a extremos patológicos, como os TA (ALVARENGA, 2004). Pertencer a grupos de risco, como bailarinos, também é um importante fator predisponente sociocultural (MORGAN et al., 2002).

Os fatores precipitantes são aqueles que marcam o aparecimento dos sintomas dos TA. O fator precipitante mais comum é a prática de dieta para emagrecer. Eventos estressores que envolvam desorganização da vida ou ameaça à integridade física como doença, gravidez e abuso sexual também podem precipitar os TA (HETHERINGTON, 2000; MORGAN et al., 2002).

Os fatores mantenedores são aqueles que determinam se o transtorno vai ser perpetuado ou não. Esses fatores correspondem às alterações fisiológicas e psicológicas provocadas pela desnutrição e/ou pelos episódios de compulsão/purgação. Os fatores que mantêm o TA muitas vezes não são os mesmos que levaram ao seu aparecimento (HETHERINGTON, 2000; MORGAN et al., 2002).

2.4. Transtornos alimentares em homens

Entre os homens é cada vez mais freqüente a vigorexia, que corresponde ao desejo exagerado de aumento da massa muscular (ASSUNÇÃO, 2002). Entretanto, a AN, a BN, e o TCAP, assim como nas mulheres, são os TA mais comumente observados (BOERNER, et al., 2004), embora em homens estes transtornos apresentem algumas peculiaridades. Os homens, em geral, demonstram menos insatisfação com o corpo e distorção da imagem corporal, relatam maior preocupação com a forma física do que com o peso, usam menos laxantes e pílulas para emagrecer, e a atividade física em excesso é o principal mecanismo de controle do peso (MELIN, ARAÚJO, 2002; WELTZIN et al., 2005).

Um importante fator de risco para o desenvolvimento de TA em homens, principalmente a BN, é a homossexualidade. Em estudo realizado por Carlat et al. (1997) com 135 homens com TA, 42% dos que apresentavam BN eram homossexuais ou bissexuais e 58% entre os que apresentavam AN não tinham interesse sexual há um ano.

Behar et al. (2003) avaliaram a presença de sintomas de TA em mulheres com diferentes identidades de gênero, tais como: feminina, masculina, andrógina

ou neutra. Os autores constataram que a feminilidade era o traço principal da identidade de gênero das mulheres com TA, o que leva à reflexão do porque a homossexualidade é um fator de risco para o desenvolvimento de TA em homens e parece ser fator de proteção para mulheres. Entretanto, segundo Melin e Araújo (2002), os TA também acometem homens heterossexuais que muitas vezes não procuram tratamento por considerarem os TA como uma doença feminina fazendo com que os homossexuais estejam super representados em amostras clínicas.

Os estudos que incluem homens usam instrumentos de diagnóstico que foram desenvolvidos e validados com populações femininas. Apesar das características clínicas entre homens e mulheres serem semelhantes, as preocupações e motivações que levam os homens a desenvolverem um TA são diferentes, e a maioria dos instrumentos utilizados para investigar os TA não abordam estas questões, o que resulta em pontuações menores em homens (CARLAT et al., 1997; MELIN, ARAÚJO, 2002; BOERNER et al., 2004).

Segundo Boerner et al. (2004), os instrumentos de avaliação de TA usados atualmente podem também ser empregados na população masculina, mas a interpretação dos resultados deve levar em conta as limitações destes instrumentos na avaliação do problema em homens.

2.5. Transtornos alimentares em bailarinos.

Assim como nos esportes, a dança exige diversos elementos necessários a sua execução, como força, alongamento muscular e condicionamento cardiorespiratório, sendo considerada, portanto uma atividade atlética

(KOUTEDAKIS, JAMURTAS, 2004). Bailarinos profissionais são ainda mais exigidos fisicamente e necessitam conciliar performance atlética e padrão estético de beleza e leveza (SUNDGOT-BORGEN, TORSTVEIT, 2004; THOMAS et al., 2005). O alcance destes objetivos, na maioria das vezes, é feito com muito sacrifício já que a minoria dos bailarinos possui características físicas favoráveis à dança graças a fatores genéticos. A maioria dos bailarinos alcança os padrões corporais exigidos para prática do balé através de exercícios e dieta (KOUTEDAKIS, JAMURTAS, 2004).

Em estudo realizado por Janout e Janoutová (2004) na República Checa com 54 bailarinas com idade entre 13 e 26 anos foram encontradas maiores freqüências de sintomas de TA, avaliados pelo EAT-40, em bailarinas quando comparadas a estudantes universitárias não atletas (grupo controle). As bailarinas também apresentaram maior freqüência de índice de massa corporal ($IMC = \text{peso}/\text{estatura}^2$) abaixo de $17,5 \text{ kg/m}^2$, considerado um indicador de baixo peso (WHO, 1995).

Em estudo realizado na Itália com 113 bailarinas não profissionais, 54 mulheres praticantes de ginástica, 44 homens fisiculturistas não competitivos e 105 mulheres e 30 homens não atletas, estes últimos considerados como grupo controle, Ravaldi et al. (2003), utilizando o *Eating Disorder Examination* (EDE-12), encontraram maior prevalência de TA entre as bailarinas (AN 1,8%, BN 2,7%, TASOE 22,1%), seguidas das praticantes de ginástica (AN 2,6%, TASOE 18%).

Abraham (1996b), em estudo com 60 bailarinas australianas, constatou que estas apresentavam menor peso e gordura corporal em relação a estudantes da mesma faixa etária, e que 2/3 das jovens usavam, pelo menos, um método de

controle do peso. Estratégias de controle do peso como jejuar e restringir o consumo de certos alimentos, também foram relatadas por Braisted et al. (1985) em estudo realizado com 45 bailarinas com idade entre 12 e 21 anos. Neste mesmo estudo as bailarinas apresentaram características e comportamentos típicos de TA com maior frequência que o grupo controle formado por adolescentes não atletas entre 14 e 16 anos (n=44). Foram encontradas diferenças significativas para presença de baixo peso ($p<0,05$), distorção da imagem corporal ($p<0,005$), episódio de compulsão alimentar ($p<0,005$) e amenorréia ($p<0,02$), sendo a frequência destes sintomas sempre maior entre as bailarinas.

Brooks-Gunn et al (1987), em estudo realizado com 55 bailarinas com média de idade de 24,7 anos, observaram a presença de amenorréia (5 meses ou mais) em 19% da amostra e menarca tardia (14 anos ou mais) em 56%. Considerando que a ingestão alimentar deficiente, típica dos TA, é uma das causas da amenorréia e da menarca tardia (SABATINI, 2001) é provável que a baixa ingestão alimentar estivesse contribuindo para ocorrência destes sintomas nestas bailarinas.

Evers (1987), ao comparar universitárias bailarinas (n=21) e não bailarinas (n=29), observou que o percentual de indivíduos que consumiam menos que 2/3 da recomendação de energia (Recommended Dietary Allowance-RDA) era significativamente maior entre as bailarinas (28,6% x 10,3%).

Homens que praticam atividades profissionais que valorizam o corpo magro e exigem desempenho físico, como balé, estariam em maior risco de desenvolver TA do que os homens em geral, sendo importante a inclusão desses nos estudos sobre TA.

É importante ressaltar que os bailarinos além de fazerem parte de um grupo reconhecido como de risco para o desenvolvimento de TA, também estão suscetíveis a todos os outros fatores etiológicos comuns a toda população, principalmente as mulheres mais jovens.

Na literatura revisada os estudos encontrados sobre TA em bailarinas foram todos realizados em países desenvolvidos, não tendo sido encontrado nenhum estudo realizado no Brasil ou com bailarinos do sexo masculino, o que justifica a realização deste trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Descrever a frequência de comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, como anorexia nervosa e bulimia nervosa, e fatores associados em bailarinas e bailarinos clássicos profissionais da cidade do Rio de Janeiro.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o grupo estudado quanto às variáveis antropométricas, de composição corporal, relacionadas à profissão, demográficas e socioeconômicas.
- Verificar a associação de comportamentos de risco para TA com as variáveis investigadas.
- Avaliar a percepção da imagem corporal dos bailarinos.
- Estimar a associação de comportamentos de risco para TA com a insatisfação com a imagem corporal.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Casuística

Este estudo é do tipo transversal e foi realizado em uma instituição pública da cidade do Rio de Janeiro. Esta instituição foi escolhida devido ao alto nível de seus bailarinos, que representam a elite do balé clássico nacional.

A instituição conta com 79 bailarinos clássicos profissionais, sendo 50 mulheres e 29 homens. Foram considerados elegíveis aqueles que estavam exercendo sua atividade de bailarino, na instituição, no momento da coleta de dados. Foram então excluídos do estudo aqueles em licença médica (n= 5), as mulheres grávidas (n=2) e 1 bailarino que encontrava-se de licença para dançar no exterior, chegando assim a 71 bailarinos elegíveis. Dez indivíduos (4 mulheres e 6 homens) não aceitaram participar da pesquisa, sendo a falta de tempo o principal motivo citado para recusa. O número final de participantes foi de 61 indivíduos (14,1% de perda), 39 mulheres e 22 homens.

4.2. Treinamento e estudo piloto

Foram realizadas duas sessões de treinamentos com as duas avaliadoras de campo (a autora deste projeto e uma aluna do curso de graduação em Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro). As avaliadoras foram treinadas para aferição de todas as medidas antropométricas e padronização de todos os procedimentos para abordagem dos participantes. Os treinamentos foram

realizados no Laboratório de Avaliação Nutricional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Foi realizado um estudo piloto em uma academia de balé onde foi testada toda a metodologia a ser empregada.

4.3. Coleta de dados

Antes de iniciar a coleta de dados foi realizada uma reunião com os bailarinos onde foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (Anexo I).

A coleta de dados foi realizada em 3 etapas:

1ª etapa:

- Abordagem e assinatura do Termo de Consentimento.
- Agendamento da primeira avaliação.
- Entrega das orientações para realização da bioimpedância.

2ª etapa:

- Realização da bioimpedância elétrica.
- Aferição do peso e da estatura.
- Auto-preenchimento do questionário com informações sobre variáveis socioeconômicas, demográficas, referentes à profissão e de imagem corporal.
- Agendamento do próximo encontro.

3ª etapa:

- Auto-preenchimento dos questionários para investigação dos comportamentos de risco para TA.

Após completarem todas as etapas cada bailarino recebeu o resultado e interpretação de sua avaliação nutricional.

A coleta de dados foi realizada no próprio local de trabalho no período de julho a setembro de 2006. A jornada diária dos bailarinos constava de aulas de cerca de 1 hora com intervalo de 15 minutos até início dos ensaios, que duravam, em média, 4 horas.

4.3.1. Avaliação antropométrica

Foram aferidas as medidas de peso e estatura segundo técnica proposta por Gordon et al. (1988) sempre pela manhã, antes das atividades de aulas e ensaios.

O peso foi aferido em balança eletrônica e portátil plataforma PPS, com capacidade até 150 kg e variação de 50 g. Os bailarinos foram pesados com o mínimo de vestimentas e descalços. Considerando a alta precisão da balança eletrônica, o peso foi aferido apenas uma vez.

A estatura foi aferida com o uso de um antropômetro portátil, amplitude de 200 cm e variação de 0,1 cm. Para aferição da estatura os bailarinos ficaram descalços, com os calcanhares juntos, e encostados ao antropômetro e com a cabeça no plano horizontal de Frankfür. Foram realizadas duas mensurações, admitindo-se variação máxima entre as duas de 0,5 cm, tomando-se a média como estimativa da estatura. Quando ultrapassado este valor, as duas medidas

eram desconsideradas e repetiam-se os procedimentos para duas novas mensurações.

Com as medidas de peso e estatura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) definido como o peso em kg dividido pela estatura em metros elevada ao quadrado ($IMC = \text{peso}/\text{estatura}^2$). É sabido que o IMC não é um bom índice para avaliação de atletas visto as diferenças de composição corporal deste grupo (HEYWARD, STOLARCZYK, 2000), porém o objetivo de seu uso foi apenas fazer uma avaliação com base nos cortes propostos pela *World Health Organization* (WHO) e verificar a frequência de bailarinos em cada uma das categorias. Além disso, um dos critérios para diagnóstico da AN pela CID-10 é o $IMC \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$.

4.3.2. Avaliação da composição corporal

Foi feita com base na bioimpedância elétrica (BIA), pelo sistema braço-à-perna, utilizando-se um analisador de gordura corporal RJL *system* modelo 101Q. Os bailarinos foram previamente orientados a seguir um protocolo na véspera e no dia da realização da BIA que consistia nas seguintes orientações: nas 12 horas antes da avaliação não realizar atividade física, não ingerir café e bebidas alcoólicas, manter boa hidratação, não fazer restrição de líquidos, não fazer sauna e não usar diuréticos e/ou laxantes,

Os participantes foram posicionados deitados em uma maca, com as pernas afastadas e os braços em paralelo afastados do tronco. Foi feita higiene cutânea com álcool nos locais destinados a colocação dos eletrodos. Foram colocados dois conjuntos de dois eletrodos em quatro terminais. O primeiro conjunto foi colocado no membro superior direito, sendo o 1º terminal colocado no ponto

médio da linha imaginária no dorso do pulso, entre a proeminência distal do rádio e da ulna. O 2º terminal foi colocado na mesma direção na linha metafalangial-proximal da mão. O segundo conjunto foi colocado no membro inferior direito, sendo seu 1º terminal colocado na região anterior do tornozelo, no ponto médio de sua linha imaginária entre o maléolo medial e o lateral e o 2º terminal na mesma direção na linha metafalangial-proximal do pé.

Com a utilização deste instrumento foram obtidos os valores de resistência e reactância. Para o cálculo da massa livre de gordura (MLG) foram utilizadas as equações para atletas sugeridas por Heyward e Stolarczyk (2000):

Mulheres: $MLG \text{ (kg)} = 0,73 (AL^2/R) + 0,16 (PC) + 2,0$ (HOUTKOOOPER et al., 1989)

Homens: $MLG \text{ (kg)} = 1,949 + 0,701 (PC) + 0,186 (AL^2/R)$ (OPPLIGER et al., 1991)

Sendo, AL= altura (cm); PC= peso corporal (kg); R= resistência (Ohms).

Após obtenção do valor da MLG foi calculada a gordura corporal (GC), por diferença (GC = Peso Corporal - Massa Livre de Gordura) e então o percentual de gordura corporal (%GC).

4.3.3. Aferição dos dados demográficos, socioeconômicos e referentes à atividade profissional

Com base em questionário fechado e auto-preenchível (Anexo II) foram coletados os seguintes dados: data de nascimento, sexo, estado civil, com quem

mora, renda mensal, número de pessoas sustentadas com esta renda, escolaridade, tempo de prática do balé e tempo como bailarino profissional.

4.3.4. Avaliação da percepção da imagem corporal

Para avaliação da percepção da imagem corporal foi utilizada a Escala de Silhuetas de Stunkard (1983) (Anexo II) que consiste em uma escala composta por um conjunto de 9 silhuetas, para cada sexo, dispostas e numeradas da menor para a maior. Este método se mostrou válido para o uso em brasileiros e capaz de distinguir indivíduos com TA dos controles (SCAGLIUSI et al., 2006). A escala foi apresentada aos bailarinos, que deveriam escolher a silhueta que melhor representava: 1) sua silhueta usual, 2) a silhueta que gostariam de ter e 3) a silhueta que julgavam ser a mais saudável.

4.3.5. Avaliação de comportamentos de risco para transtornos alimentares

Para avaliar a presença de comportamentos de risco para TA foram utilizados 2 questionários:

A) *Eating Attitudes Test* (EAT-26) (Anexo III). Originalmente este instrumento, elaborado por Garner e Garfinkel (1979), era composto por 40 itens (EAT-40). Em 1982 ele foi reduzido a 26 questões por Garner et al. Esta nova escala revelou-se mais simples e econômica na sua aplicação. Neste estudo foi utilizada a versão em português, traduzida e adaptada por Nunes et al. (1994). Este questionário auto-aplicável pode ser utilizado para a detecção de casos clínicos em populações de alto risco para TA e na identificação de indivíduos com

preocupações anormais com a alimentação e o peso (NUNES et al., 1994). O questionário é dividido em três subescalas referentes à: 1) dieta, 2) bulimia e preocupação com o alimento e 3) controle oral. Cada uma das 26 questões possui 6 possibilidades de resposta. O indivíduo deve escolher apenas uma opção por questão recebendo a seguinte pontuação de acordo com a opção escolhida: Nunca (0), raramente (0), às vezes (0), freqüentemente (1), muito freqüentemente (2) e sempre (3), com exceção para a questão número 4 onde a pontuação 3 é dada para opção “nunca” seguindo-se a pontuação inversa até o valor 0 para a opção “sempre”. Os indivíduos que obtiveram escore superior a 20 (EAT+) foram considerados como susceptíveis ao desenvolvimento de TA (“presença de padrões alimentares anormais”) (GARNER et al., 1982; NUNES et al., 1994).

B) *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) (Anexo IV). O *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* foi desenvolvido por Henderson e Freeman (1987) e traduzido e adaptado para o português por Cordás e Hochgraf em 1993. Este questionário, também auto-aplicável, é formado por 33 questões com opções de resposta “sim” e “não”. É composto de 2 subescalas, de sintomas e de gravidade. A primeira avalia a presença de sintomas bulímicos e a segunda a intensidade destes sintomas. A obtenção de escore ≥ 20 na escala de sintomas indica “comportamento de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia” e escore entre 10 e 19 “sugere padrão alimentar não usual”. Foram considerados BITE + aqueles que obtiveram pontuação ≥ 10 . (CORDÁS, HOCHGRAF, 1993).

Estudo com universitárias do Rio de Janeiro mostrou que as versões em português destes dois questionários apresentam boa reprodutibilidade das aferições (MAGALHÃES, MENDONÇA, 2005).

4.4. Controle da qualidade de preenchimento dos questionários e elaboração do banco de dados

Logo após a entrega dos questionários era feito o controle de qualidade, verificando-se a presença de dados incompletos. Caso houvesse ausência de informação era solicitado ao participante que relese a pergunta não respondida e que completasse a questão anteriormente deixada em branco.

Os dados coletados foram duplamente digitados utilizando-se o programa Epi-info versão 6.04 (DEAN et al., 1996). Foram estabelecidos mecanismos de restrição de entradas de dados e utilizado o recurso “*Validate*” para evitar possíveis erros de digitação.

4.5. Definição das variáveis de estudo

Na análise descritiva foram utilizadas as seguintes variáveis:

- a) Presença de comportamentos de risco para TA: “sim” (EAT e/ou BITE positivo) e “não”.
- b) Variáveis relacionadas à percepção da imagem corporal.
 - Silhueta desejada em relação à auto percebida como usual, categorizada em: igual, maior e menor.
 - Silhueta desejada em relação à auto percebida como mais saudável, categorizada em: igual, maior e menor.
 - Afastamento em pontos da silhueta desejada em relação à silhueta usual.

Na análise de associação da silhueta desejada com comportamentos de risco para TA foram consideradas as categorias igual (referência) e menor (risco)

eliminando-se a categoria maior por ser pouco freqüente. Aqueles que desejavam ter silhueta menor que a auto percebida como usual foram considerados insatisfeitos com sua imagem corporal.

c) Variáveis indicadoras do estado nutricional.

- IMC: analisado como variável contínua e em 3 categorias; $<18,5$ kg/m², $18,5$ kg/m² - $24,9$ kg/m² e $\geq 25,0$ kg/m² (WHO, 1995). Na análise de associação com TA esta variável foi categorizada em $\geq 18,5$ kg/m² (referência) e $< 18,5$ kg/m² (risco).

- %GC: analisado como variável contínua e como duas variáveis categóricas da seguinte forma:

a) abaixo da média, dentro da média e acima da média para bailarinos como mostra o Quadro 3. Na análise de associação com TA foi considerada como referência a categoria “dentro da média”.

b) abaixo dos valores normais, dentro da normalidade e acima dos valores normais propostos para população em geral, como mostra o Quadro 4. Na análise de associação com TA esta variável foi categorizada em: abaixo dos valores normais (risco) e não abaixo dos valores normais (referência), que englobou as categorias dentro da normalidade e acima dos valores normais, devido a baixa freqüência desta última categoria.

Quadro 3. Pontos de corte de percentual de gordura corporal (%GC), segundo médias esperadas para bailarinos.

Classificação	%GC bailarinas	%CG bailarinos
Abaixo da média	<13	<8
Média*	13-20	8-14
Acima da média	>20	>14

* Média do %GC encontrado em estudos com bailarinos (Heyward, Stolaczyk,, 2000).

Quadro 4. Pontos de corte de percentual de gordura corporal (%GC) para população em geral.

Classificação	%GC Mulheres	%CG Homens
Abaixo do normal	<20	<12
Normal	20-30	12-20
Acima do normal	>30	>20

Fonte: Bray et al., 1998.

d) Variáveis demográficas e socioeconômicas.

Estas variáveis foram categorizadas segundo a mediana devido ao pequeno tamanho e homogeneidade da amostra, oferecendo assim maior robustez na análise estatística dos dados.

- Idade: foi calculada em anos completos até a data da coleta dos dados, sendo analisada como variável contínua e categorizada segundo a mediana; < 35 anos e \geq 35 anos.
- Estado civil: categorizado em solteiro(a), casado(a)/união estável e separado(a)/divorciado(a)/viúvo(a). Na análise de associação estas categorias foram agrupadas em casado (referência) e não casado (risco).
- Com quem mora: categorizado em sozinho e acompanhado (a).
- Renda familiar per capita em salários mínimos (valor do salário mínimo do período da coleta de dados R\$ 350,00): analisada como variável contínua e categorizada segundo a mediana; > 6,5 salários e \leq 6,5 salários.
- Escolaridade: categorizada em Ensino superior completo ou não e Ensino médio completo. Devido à exigência de Ensino Médio (2º grau) completo para inserção na instituição estudada não houve categoria inferior a esta.

e) Variáveis relacionadas à atividade profissional.

- Tempo como bailarino profissional: analisada como variável contínua e categorizada segundo a mediana; < 16 anos e ≥ 16 anos.

- Idade que iniciou a prática de balé: analisada como variável contínua e categorizada segundo a mediana; ≤ 8 anos e > 8 anos.

4.6. Plano de análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base nos softwares: *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 13.0 e R versão 2.4.1 (2006).

Foram calculadas as médias e desvios-padrão e freqüências das variáveis, sendo utilizado o teste t de *Student* para comparar médias e o teste qui-quadrado para comparar as freqüências entre os grupos. A força da associação entre comportamentos de risco para TA e as variáveis antropométricas, demográficas, socioeconômicas e relacionadas à profissão foi avaliada com base na razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% utilizando-se a regressão de Poisson. Na análise multivariada, para obtenção da RP ajustada, foi usada a regressão de Poisson com o procedimento *stepwise* (passo a passo) que consiste na retirada uma a uma das variáveis com menor relevância para o modelo. Foram introduzidas neste modelo as variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p < 0,20$, sendo mantidas no modelo final as que apresentaram $p < 0,05$.

4.7. Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro através do parecer 12/2005, processo 39/2005 de 04 de abril de 2006 (Anexo V).

Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde (Anexo I) onde objetivos e procedimentos da pesquisa eram informados. Cada participante ficou com uma cópia do Termo no qual constavam os telefones dos pesquisadores e do Comitê de Ética para o esclarecimento de qualquer dúvida. Os resultados individuais da avaliação nutricional foram entregues a todos os participantes sendo esclarecidas as dúvidas apresentadas por eles.

5. RESULTADOS (artigos científicos)

Manuscrito 1: FATORES ASSOCIADOS A COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM BAILARINOS PROFISSIONAIS.

Este manuscrito será submetido ao International Journal of Eating Disorders.

Resumo

Objetivo: Verificar a frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA) e fatores associados em bailarinos profissionais. **Método:** Foram estudados 61 bailarinos, 39 mulheres e 22 homens, de uma instituição representante da elite do balé clássico brasileiro. Foram utilizadas as versões em português dos questionários *Eating Attitudes Test* (EAT-26) e do *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE). Investigou-se a associação dos comportamentos de risco para TA com as variáveis antropométricas, de composição corporal, demográficas, socioeconômicas e relacionadas à profissão com base na razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) pela regressão de Poisson. **Resultados:** Verificou-se a presença de comportamentos de risco em 31,1% dos bailarinos, sem diferença entre os sexos. A frequência dos comportamentos de risco para TA foi maior entre aqueles que encontravam-se acima (RP=4,04; IC 95%=1,42-11,47) ou abaixo (RP=3,57; IC 95%=1,04-12,24) do percentual de gordura corporal esperado para profissão e naqueles que moravam sozinhos (RP=3,13; IC 95%=1,16-8,48). **Conclusão:** A frequência de comportamentos de risco para TA encontrada foi elevada e as exigências estéticas profissionais podem estar contribuindo para o problema.

Palavras-chave: transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa, estado nutricional, bailarinos.

Abstract

Objective: Identify the frequency of risk behaviors to eating disorders (ED) and associated factors in professional ballet dancers. **Method:** Sixty-one dancers, 39 women and 22 men, of an institution who represent the Brazilian classical dancers elite took part in this study. The Brazilians versions of the Eating Attitudes Test (EAT-26) and Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) questionnaires were used. The association of risk behaviors to ED with anthropometric, body composition, demographic, socioeconomic and professional related variables was investigated by prevalence ratio (PR) and confidence interval 95% (CI) using Poisson regression. **Results:** The presence of risk behaviors was observed in 31,1% of dancers. No difference between sex was verified for risk behaviors to ED. The frequency of risk behaviors was higher in dancers who were above (PR=4,04; CI 95%=1,42-11,47) or below (PR=3,57; CI 95%=1,04-12,24) of the percent of body fat expected to ballet dancers and who lived alone (PR=3,13; IC 95%=1,46-8,48). **Conclusion:** The frequency of risk behaviors for eating disorders in this study was high. The esthetical professional demands can be contributing to occurrence of this problem.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, nutritional status, ballet dancers.

Introdução

A grande preocupação com a aparência e a forma física e a constante pressão para manterem um baixo peso faz dos bailarinos um grupo de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) (JANOUT, JANOUTOVÁ, 2004).

A dança requer elementos necessários a sua execução, como força, alongamento muscular e condicionamento cardiorespiratório, sendo considerada, portanto, uma atividade atlética. Bailarinos profissionais são ainda mais exigidos fisicamente necessitando conciliar alto nível de técnica e desempenho atlético e padrão estético de beleza e leveza. Poucos são aqueles que possuem, naturalmente, estas características físicas impostas pela profissão. A maioria alcança os padrões através de muito esforço, combinando exercícios e dieta (KOUTEDAKIS, JAMURTAS, 2004), que, muitas vezes, podem ser feitos de maneira imprópria (SUDI et al., 2004).

O uso de métodos inadequados para o controle do peso pode levar à conseqüências negativas, não só para a performance atlética, mas também para saúde, incluindo perda de massa magra e prejuízo das funções imune e endócrina (SUDI et al., 2004). Nas atletas, principalmente de elite, onde se incluem as bailarinas profissionais, pode-se observar a ocorrência da tríade da mulher atleta como conseqüência da busca pelos padrões físicos exigidos, sendo esta síndrome composta pela presença de TA, amenorréia e osteopenia (SABATINI, 2001).

Ao longo dos anos, diversos estudos demonstraram que sintomas e comportamentos relacionados aos TA, como amenorréia (BRAISTED et al., 1985;

BROOKS-GUNN et al., 1987), baixo peso (ABRAHAM, 1996; JANOUT, JANOUTOVÁ, 2004), distorção da imagem corporal (BRAISTED et al., 1985), baixo percentual de gordura corporal (ABRAHAM, 1996), ingestão alimentar abaixo das recomendações (EVERS, 1987) e uso de estratégias inadequadas para controle do peso (BRAISTED et al., 1985; ABRAHAM, 1996; RAVALDI et al., 2003) são mais freqüentes em bailarinas, quando comparadas ao grupo controle. Embora os TA acometam mais comumente as mulheres, os bailarinos do sexo masculino também podem ser considerados como grupo de risco para o desenvolvimento de TA visto a excessiva preocupação com a forma corporal e desempenho físico gerada por esta profissão (MELIN, ARAÚJO, 2002).

A presença de atitudes alimentares inadequadas em bailarinos clássicos profissionais pode ser ainda mais evidente pelos seguintes aspectos. Este grupo além de estar suscetível aos fatores de risco comuns à população em geral, principalmente as mulheres mais jovens (altamente vulneráveis às exigências estéticas que cultuam a magreza como padrão de beleza), está ainda em maior risco em virtude do padrão estético e desempenho físico exigidos pela profissão que geram constante pressão e competitividade. Desta forma, a sintomatologia dos TA, em geral, cessa com o término da carreira (SUDI et al., 2004; THOMAS et al., 2005).

As peculiaridades da ocorrência de TA, bem como de comportamentos de risco, neste grupo específico precisam ser mais bem estudadas, a fim de se realizar ações mais objetivas de prevenção, diagnóstico e tratamento nesta população, principalmente para aqueles subgrupos de maior risco. Não foram encontrados no Brasil estudos sobre TA envolvendo bailarinos clássicos profissionais. O objetivo deste estudo foi verificar a freqüência de

comportamentos de risco para o desenvolvimento de TA, tais como anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN), e sua associação com variáveis antropométricas, demográficas, socioeconômicas e relacionadas à própria profissão em bailarinas e bailarinos clássicos profissionais do Rio de Janeiro.

Métodos

Foi realizado um estudo do tipo transversal, em uma instituição representante da elite do balé clássico brasileiro. Esta instituição conta com 79 bailarinos, 50 mulheres e 29 homens, e foram considerados elegíveis todos aqueles que estivessem exercendo sua atividade de bailarino, na instituição, no período da coleta de dados, realizada de julho a setembro de 2006. Foram excluídos do estudo aqueles em licença médica (n= 5), as mulheres grávidas (n=2) e um bailarino que encontrava-se de licença para dançar no exterior, totalizando 71 bailarinos elegíveis. Dez indivíduos não aceitaram participar da pesquisa, sendo o número final de participantes de 61 indivíduos (14,1% de perda).

Para avaliar a presença de comportamentos de risco para TA foram utilizadas a versão em português traduzida e adaptada por Nunes et al. (1994) do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) e a versão em português desenvolvida por Cordás e Hochgraf (1993) do *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE). O resultado com base no EAT foi classificado como positivo (EAT+) para a presença de padrões alimentares anormais quando era obtida pontuação superior a 20 e com base no BITE (BITE+) para presença de padrão alimentar não usual quando era obtida pontuação maior ou igual a 10. Foi avaliada a frequência de indivíduos com

EAT+ e BITE+ e a presença de comportamentos de risco para TA foi considerada positiva quando era obtido EAT e/ou BITE positivo.

Foram aferidos peso e estatura, segundo técnica proposta por Gordon et al. (1988), utilizando-se balança eletrônica com capacidade de até 150 kg e variação de 50 g e estadiômetro com amplitude de 200 cm e variação de 0,1 cm. Com essas medidas foi calculado o Índice de Massa Corporal ($IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$) e classificou-se os bailarinos segundo os pontos de corte propostos pela WHO (1995): $< 18,5 \text{ kg/m}^2$; $18,5 \text{ kg/m}^2$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$ e $> 24,9 \text{ kg/m}^2$. O uso do IMC não teve como objetivo avaliar o estado nutricional, pois é sabido que este não é um bom índice para avaliação de atletas visto as diferenças de composição corporal deste grupo (HEYWARD, STOLARCZYK, 2000), porém o objetivo de seu uso foi apenas fazer uma avaliação com base nos cortes propostos pela *World Health Organization* (WHO) e verificar a frequência de bailarinos em cada uma das categorias. Além disso, um dos critérios para diagnóstico da AN pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição) é o $IMC \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$.

A avaliação da composição corporal foi feita usando bioimpedância elétrica, pelo sistema braço-à-perna, com analisador RJL *system* modelo 101Q. Para o cálculo da massa livre de gordura (MLG) foram utilizadas equações próprias para atletas propostas por Houtkooper et al. (1989) para mulheres e por Oppliger et al. (1991) para homens. O percentual de gordura corporal (%GC) foi obtido por diferença.

A classificação quanto ao %GC foi feita segundo a média esperada para bailarinos (13% a 20%, para mulheres; 8% a 14%, para homens) (HEYWARD, STOLARCZYK, 2000) e segundo valores de normalidade propostos por Bray et al. (1998) para a população em geral (20% a 30%, para mulheres; 12% a 20%,

para homens). Verificou-se a frequência de indivíduos acima e abaixo destes valores. Como apenas um indivíduo foi classificado como tendo %GC acima da faixa considerada normal para a população em geral essa categoria foi agrupada à categoria de normalidade sendo esta variável trabalhada como dicotômica (abaixo do normal e não abaixo do normal) na análise bivariada. Na análise multivariada a variável %GC segundo valores esperados para bailarinos foi avaliada como variável *dummy* (variável indicadora).

Através de questionário fechado auto preenchido foram obtidas as seguintes variáveis aqui apresentadas com as respectivas categorias de análise para avaliação da associação com os comportamentos de risco para TA: Idade (abaixo ou acima da mediana 35 anos), com quem mora (mora sozinho ou não), estado civil (casado ou não casado), renda mensal percapita (abaixo ou acima da mediana 6,5 salários), escolaridade (ensino superior e ensino médio), tempo como bailarino profissional (abaixo ou acima da mediana 16 anos) e idade de início da prática de balé (abaixo ou acima da mediana 8 anos). Estas variáveis foram categorizadas segundo a mediana devido ao pequeno tamanho da amostra, proporcionando assim maior robustez à análise estatística dos dados.

Para análise dos dados foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 13.0 e o programa R versão 2.4.1 (2006). Foram calculadas as médias e desvios-padrão e frequências das variáveis, sendo utilizado o teste t de Student para comparar médias e o teste qui-quadrado para comparar as frequências entre os grupos. A força da associação entre a presença de comportamentos de risco para TA e as variáveis investigadas foi avaliada com base na razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% utilizando-se a regressão de Poisson, também utilizada na

análise multivariada, para obtenção da RP ajustada. Para esta análise foi usado o procedimento *stepwise* (passo a passo) que consiste na retirada, uma a uma, das variáveis com menor relevância para o modelo. Foram introduzidas no modelo as variáveis que, na análise bivariada apresentaram valor de $p < 0,20$ e foram retidas as que apresentaram $p < 0,05$.

Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Antes do início da coleta de dados todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde objetivos e procedimentos da pesquisa eram informados.

Resultados

Foram avaliados 61 indivíduos, 22 (36,1%) homens e 39 (63,9%) mulheres.

A caracterização dos bailarinos quanto as variáveis investigadas é apresentada na Tabela 1. Homens apresentaram IMC e MLG, significativamente, maiores ($p < 0,001$) do que as mulheres (22,7 kg/m² vs 19,4 kg/m² e 61,8 kg vs 41,8 kg, respectivamente) enquanto que as mulheres apresentaram média maior ($p < 0,001$) de %GC (18,2% vs 9,7%). Nenhum homem apresentou IMC < 18,5 kg/m², enquanto que 13 mulheres (33,3%) estavam abaixo deste valor. Entre estas, 3 encontravam-se abaixo do IMC 17,5 kg/m², ponto de corte proposto pela CID-10 como um dos critérios diagnósticos para AN. Maior percentual ($p = 0,004$) de homens (95,5%) do que de mulheres (61,5%) apresentou %GC abaixo dos valores considerados normais para a população em geral e apenas uma mulher encontrava-se acima. Quando considerada a média de %GC esperada para

bailarinos, 14 mulheres (35,9%) e nenhum homem estavam acima deste valor ($p=0,001$).

Foi observado maior percentual de mulheres do que de homens casados (59,0% vs 13,3%, $p=0,001$) ou que moravam com alguém (92,3% vs 68,2%, $p=0,015$). As mulheres iniciaram a prática de balé, em média, mais cedo que os homens (6,9 anos vs 16,6 anos, $p<0,001$) (Tabela 1).

Não houve diferença entre homens e mulheres quanto às médias de pontos obtidos no EAT e no BITE; 11,5% ($n=7$) dos avaliados apresentaram “padrões alimentares anormais” (EAT+) e 29,5% ($n=18$) apresentaram “padrão alimentar não usual” (BITE+), sendo que 2 mulheres (3,3%) obtiveram pontuação ≥ 20 no BITE que caracteriza a presença de “comportamento alimentar compulsivo”. Dezenove (31,1%) participantes apresentaram presença de comportamentos de risco para TA, ou seja, obtiveram resultado positivo em, pelo menos, um dos dois questionários, não havendo diferença por sexo. Com base no BITE observou-se maior frequência de respostas positivas para as questões relacionadas à prática de jejum, medo excessivo de engordar e uso de alguma estratégia para auxiliar na perda de peso, sem diferença significativa entre os sexos, embora para este último a frequência entre as mulheres tenha sido cerca de três vezes maior do que para os homens (30,8% vs 9,1%, $p=0,053$) (Tabela 2).

Não houve diferença na frequência de comportamentos de risco para TA segundo sexo, faixa etária, estado civil, com quem mora, renda, escolaridade, tempo como bailarino profissional e idade de início da prática de balé, assim como quanto aos valores de IMC e %GC propostos para a população em geral. Todavia, a frequência de comportamentos de risco para TA foi 3,27 vezes maior entre aqueles que estavam acima ou abaixo da média de %GC esperada para

bailarinos, quando comparada àqueles que estavam dentro da média, embora a significância estatística só tenha sido encontrada para aqueles que estavam acima da média (IC 95%=1,18-9,00) (Tabela 3).

Na análise multivariada foram retidas no modelo final as variáveis %GC segundo a média esperada para bailarinos e com quem o indivíduo mora. Maior frequência de comportamentos de risco para TA foi observada entre os que moravam sozinhos (RP=3,13, IC 95%= 1,16-8,48) e continuou a ser observada entre aqueles que estavam acima (RP=4,04, IC 95%=1,42-11,47) ou abaixo (RP=3,57, IC 95%=1,04-12,24) da média de %GC esperada para bailarinos.

Discussão

A frequência de comportamentos de risco para TA encontrada neste estudo (31,1%) foi inferior à encontrada em estudo de base populacional com 513 mulheres de 12 a 29 anos da zona urbana de Porto Alegre, onde 41,5% das participantes apresentaram o problema (NUNES et al., 2001). A presença apenas de mulheres jovens e o tamanho da amostra bastante superior podem ter contribuído para a maior frequência observada no estudo citado. A frequência encontrada nos bailarinos foi maior do que a observada em estudo com 12 atletas do sexo feminino (20 ± 2 anos) do Rio de Janeiro, no qual não foram encontrados comportamentos anormais com base no EAT e 16,7% com base no BITE (OLIVEIRA et al., 2003), entretanto, o referido estudo avaliou atletas não profissionais e incluiu modalidades que não são de maior risco para TA (JANOUT, JANOUTOVÁ, 2004), como handebol, futebol e voleibol, o que pode ter colaborado para a menor frequência encontrada.

Contra-pondo-se ao consenso de que os TA acometem mais as mulheres e as faixas etárias mais jovens (YAGER et al., 2000), neste estudo não foi encontrada diferença na presença de comportamentos de risco para TA segundo sexo e faixa etária, entretanto, o uso de alguma estratégia para auxiliar na perda de peso foi cerca de três vezes mais freqüente entre as mulheres. Em estudo de base populacional realizado na Austrália a prevalência de comportamentos alimentares de risco como o hábito de fazer dieta e jejum foi maior entre as mulheres e nos mais jovens, entretanto, a autora ressaltou que a ocorrência de TA em mulheres mais velhas, na faixa dos 40 anos, e em homens foi maior do que o esperado e que esses grupos precisam ser mais bem estudados (HAY, 1998). Em se tratando do presente estudo, a não associação dos comportamentos de risco para TA com a faixa etária pode estar relacionada ao fato de que não foram analisados bailarinos abaixo de 18 anos, faixa esta de maior risco (HAY, 1998), e também a possibilidade de que a profissão de bailarino seja, por si só, um fator de risco que se sobrepõe ao sexo e à idade.

Segundo Boerner et al. (2004), os instrumentos de rastreamento de TA, embora elaborados e validados em amostras compostas apenas por mulheres, podem ser utilizados em homens, visto que as manifestações dos TA são similares entre os sexos; entretanto, devido às diferenças nos fatores que levam ao desenvolvimento dos TA nos homens estes alcançariam pontuação menor nesses questionários, mas isto não foi observado neste estudo. Sendo assim, é possível que, se os instrumentos utilizados neste estudo fossem mais adequados aos homens, estes poderiam apresentar pontuação maior do que as encontradas, o que ressalta o quanto bailarinos profissionais do sexo masculino podem estar em risco para o desenvolvimento de TA.

Assim como no estudo realizado na Austrália (HAY, 1998), variáveis socioeconômicas como renda e escolaridade não influenciaram na ocorrência de comportamentos de risco para TA. Embora a investigação de tal associação no presente estudo possa estar prejudicada devido à homogeneidade dos indivíduos quanto a essas variáveis, os resultados encontrados corroboram com os autores que afirmam que os TA não são mais considerados como característicos das classes sociais mais altas (CORDÁS et al., 2004; MAGALHÃES, 2005; FERREIRA, 2006).

O tempo de atividade como bailarino profissional e a idade de início da prática de balé não influenciaram na presença de comportamentos alimentares de risco. Thomas et al. (2005) ressaltam que a ocorrência de TA não se deve apenas aos fatores de risco provenientes da profissão, mas também a conjunção destes com fatores de risco individuais, como o estado civil. A prática de dieta restritiva e de jejum já foi observada como mais freqüente entre aqueles que não eram casados, ou não viviam com companheiro (HAY, 1998). Em estudo com 135 homens com TA foi observado que 73% destes eram solteiros (CARLAT et al., 1997). No presente estudo não foi encontrada associação entre o estado civil relatado pelos participantes e a presença de comportamentos de risco para TA. No entanto, a presença de comportamentos de risco foi mais freqüente entre aqueles que moravam sozinhos. Segundo Hay (1998) a presença do parceiro poderia inibir a prática de dietas extremamente restritivas e jejum e viver com alguém pode atuar como mecanismo de promoção da auto-estima e provê suporte psicológico, sendo estes os motivos para que ser casado seja fator de proteção para comportamentos alimentares de risco e, conseqüentemente, para TA. No entanto, estes aspectos benéficos podem existir independentes do estado

civil. Morar com outro familiar ou amigo também pode trazer tais benefícios. Outro aspecto a ser considerado é que muitos indivíduos que se dizem solteiros vivem com companheiro(a), mas não são oficialmente casados, como ocorre nos casais homossexuais. Sendo assim, seria mais apropriado que os estudos abordassem com quem os participantes moram e não qual seu estado civil.

A média de %GC encontrada neste estudo para as mulheres (18,2%) é semelhante à descrita para bailarinas gregas profissionais (19,4%) (YANNAKOULIA et al., 2000) e para pacientes com anorexia nervosa do tipo bulímica (19,0%) em estudo realizado por Sunday e Halmi (2003). A média de %GC observada para os homens (9,7%) encontra-se dentro do descrito para bailarinos do sexo masculino (5-15%) (HEYWARD, STOLARCZYK, 2000; KOUTEDAKIS, JAMURTAS, 2004).

Estar ou não dentro da faixa de %GC considerada normal para a população em geral não apresentou associação com a presença de comportamentos de risco para TA. Entretanto, a presença destes comportamentos foi mais freqüente entre os que estavam abaixo ou acima da média esperada para bailarinos. Uma possível causa para esta diferença é que para os bailarinos o que norteia o corpo desejado são os padrões da profissão, muito mais exigentes que os impostos para sociedade em geral.

A relação entre o estado nutricional, manifestado pelo peso e composição corporal, e os TA é complexa, já que as alterações podem ser tanto fator de risco como consequência dos TA. Este estudo, devido ao seu desenho transversal, não permite estabelecer relação de causa e efeito, porém permite levantar a hipótese de que aqueles que encontram-se acima do %GC esperado para bailarinos apresentam maior freqüência de comportamentos de risco visto a

preocupação em alcançar o padrão físico da profissão. Já aqueles que encontram-se abaixo da média esperada teriam seu estado nutricional comprometido como consequência dos comportamentos de risco para TA.

A não diferença na ocorrência de comportamentos de risco para TA entre homens e mulheres observada entre os bailarinos deve ser mais bem estudada um vez que na população em geral as mulheres apresentam muito mais comportamentos de risco e TA que os homens (HAY, 1998; YAGER et al., 2000).

Este estudo não teve como objetivo diagnosticar TA, mas sim rastrear a ocorrência de comportamentos de risco para sua ocorrência, que por si só são altamente prejudiciais e muitas vezes evoluem para os TA. Também não houve a pretensão de se estabelecer modelos de causa e efeito, visto a natureza transversal do estudo, e sim detectar subgrupos que possam estar em maior risco para ocorrência de TA dentro de uma população já considerada de risco. O número reduzido de participantes, resultando na grande amplitude dos IC, pode ter dificultado a detecção de alguns subgrupos de risco.

É importante ressaltar que para bailarinos, a preocupação em ter um corpo magro e esguio que, de um modo geral desencadeia todo o processo de evolução dos TA, vai além da obsessão estética que caracteriza o problema na população em geral, mas está, principalmente, vinculada a busca de melhor desempenho profissional. Ter um corpo magro e esguio faz parte das exigências estéticas da profissão que podem gerar o quadro descrito como Anorexia Atlética (SUDI et al., 2004) o qual tenderia a cessar com o final da carreira esportiva.

Desta forma, acredita-se que no grupo de bailarinos os TA não devam ser diagnosticados, tratados e prevenidos da mesma forma que é feito na população em geral. As peculiaridades da ocorrência de TA nos bailarinos devem ser mais

bem estudadas para que ações preventivas, instrumentos de rastreamento e formas de tratamento sejam desenvolvidos especificamente para este grupo visando atender as necessidades e realidade da profissão.

Tabela 1. Médias, desvios-padrão (DP) e freqüências das variáveis estudadas em bailarinos clássicos profissionais segundo o sexo – Rio de Janeiro, 2006.

Variáveis	Total	Homens (n=22)	Mulheres (n=39)	p-valor ¹
Idade (anos)				
Média (DP)	36,8(10,53)	38,0 (10,99)	36,1(10,34)	0,498
≥ 35 anos - n (%)	30 (49,2)	12 (54,5)	18 (46,2)	
< 35 anos - n (%)	31 (50,8)	10 (45,5)	21 (53,8)	0,529
Índice de Massa Corporal – IMC (kg/m²)				
Média (DP)	20,6 (2,34)	22,7 (1,76)	19,4 (1,68)	<0,001
< 18,5 - n (%)	13 (21,3)	0	13 (33,3)	
18,5 - 24,9 - n (%)	44 (72,1)	19 (86,4)	25 (64,1)	0,004*
> 24,9 - n (%)	4 (6,6)	3 (13,6)	1 (2,6)	
Massa Livre de Gordura - MLG (kg)				
Média (DP)	49,0(10,52)	61,8 (4,18)	41,8 (4,07)	<0,001
Percentual gordura corporal - %GC				
Média (DP)	15,2 (5,76)	9,7 (1,56)	18,2 (4,88)	<0,001
Percentual gordura corporal segundo valores de normalidade propostos para população em geral²				
Abaixo do normal - n (%)	45 (73,8)	21 (95,5)	24 (61,5)	
Normal - n (%)	15 (24,6)	1 (4,5)	14 (35,9)	0,015*
Acima do normal - n (%)	1 (1,6)	0	1 (2,6)	
Percentual gordura corporal segundo média esperada para bailarinos³				
Abaixo da média - n (%)	7 (11,5)	2 (9,1)	5 (12,8)	
Dentro da média - n (%)	40 (65,6)	20 (90,9)	20 (51,3)	0,003*
Acima da média - n (%)	14 (23,0)	0	14 (35,9)	
Mora sozinho				
Não - n (%)	51 (83,6)	15 (68,2)	36 (92,3)	0,015
Sim - n (%)	10 (16,4)	7 (31,8)	3 (7,7)	

Continuação tabela 1

Variáveis	Total	Homens (n=22)	Mulheres (n=39)	p-valor ¹
Estado civil				
Casado / União estável - n (%)	26 (42,6)	3 (13,6)	23 (59,0)	<0,001*
Solteiro - n (%)	27 (44,3)	17 (77,3)	10 (25,6)	
Separado/Divorciado/Viúvo-n (%)	8 (13,1)	2 (9,1)	6 (15,4)	
Renda mensal percapita (n° de salários mínimos)†				
Média (DP)	7,9 (4,47)	7,0 (3,76)	8,4 (4,80)	0,288
> 6,5 - n (%)	26 (52,0)	7 (41,2)	19 (57,6)	0,202
≤ 6,5 - n (%)	25 (49,0)	11 (61,1)	14 (42,4)	
Escolaridade†				
Ensino superior completo ou não - n (%)	36 (60,0)	13 (61,9)	23 (59,0)	0,825
Ensino médio completo - n (%)	24 (40,0)	8 (38,1)	16 (41,0)	
Tempo como bailarino profissional (anos)				
Média (DP)	17,8(8,93)	18,0 (8,49)	17,7 (9,28)	0,922
≥ 16 - n (%)	32 (52,5)	12 (54,5)	20 (51,3)	0,806
< 16 - n (%)	29 (47,5)	10 (45,5)	19 (48,7)	
Idade que iniciou a prática de balé (anos)				
Média (DP)	10,4(5,58)	16,6 (3,78)	6,9 (2,65)	<0,001
> 8 - n (%)	29 (47,5)	22 (100)	7 (17,9)	<0,001
≤ 8 - n (%)	32 (52,5)	0 (0)	32 (82,1)	

¹ Teste qui-quadrado para freqüências e teste t de *Student* para médias.

² Faixa de normalidade de %GC para população em geral: mulheres, 20% a 30%; homens, 12% a 20%.

³ Média de %GC esperada para bailarinos: mulheres, 13% a 20%; homens, 8% a 14%.

* Partição do qui-quadrado: IMC < 18,5 p= 0,006; %GC abaixo do normal p= 0,004, %GC normal p=0,006; %GC dentro da média para bailarinos p= 0,002, %GC acima da média para bailarinos p=0,001; casado/união estável p= 0,001, solteiro p< 0,001.

† Não foi possível obter dados de renda de 10 indivíduos (4 homens e 6 mulheres) e de escolaridade para 1 homem.

Tabela 2. Médias e desvios-padrão (DP) da pontuação no *Eating Attitudes Test* (EAT) e no *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) e frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA) em bailarinos clássicos profissionais segundo sexo – Rio de Janeiro, 2006.

Variáveis	Total		Homens (n=22)		Mulheres (n=39)		p-valor*
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Pontuação no EAT	12,0	8,1	11,4	8,0	12,4	8,2	0,647
Pontuação no BITE	7,4	5,4	7,2	4,1	7,5	6,0	0,830
	N	%	n	%	n	%	p-valor**
Presença de padrões alimentares anormais (EAT+)	7	11,5	3	13,6	4	10,3	0,691
Presença de padrão alimentar não usual (BITE+)	18	29,5	6	27,3	12	30,8	0,774
Presença de comportamentos de risco para TA (EAT+ ou BITE+)	19	31,1	7	31,8	12	30,8	0,932
Comportamentos mais frequentes^o							
Prática de jejum ¹	13	21,3	7	31,8	6	15,4	0,132
Medo excessivo de engordar ²	44	72,1	15	68,2	29	74,4	0,605
Uso de estratégias ³ para auxiliar na perda de peso	14	23,0	2	9,1	12	30,8	0,053

* Teste t de *Student*

** Teste qui-quadrado

^o Avaliados pelo BITE

¹ “Você já jejuou por um dia inteiro?”

² “O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora?”

³ Comprimidos, diuréticos, laxantes e/ou vômitos

Tabela 3. Razão de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC) de 95% para presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares segundo as variáveis estudadas em bailarinos clássicos profissionais – Rio de Janeiro, 2006.

Variáveis	N	n (%)	RP ¹	IC 95%	p-valor
Sexo					
Masculino	22	7 (31,8)	1,00		
Feminino	39	12 (30,8)	0,97	0,38-2,46	0,944
Faixa etária (anos)					
≥ 35	30	8 (26,7)	1,00		
< 35	31	11 (35,5)	1,33	0,54-3,31	0,539
Índice de Massa Corporal – IMC (kg/m²)					
< 18,5	13	1 (7,7)	0,20	0,03-1,50	0,117
18,5 - 24,9	44	17 (38,6)	1,00		
> 24,9	4	1 (25,0)	0,65	0,09-4,86	0,672
Percentual gordura corporal segundo valores de normalidade propostos para população em geral²					
Não abaixo do normal	16	8 (50,0)	1,00		
Abaixo do normal	45	11 (24,4)	0,49	0,20-1,22	0,124
Percentual gordura corporal segundo média esperada para bailarinos³					
Abaixo da média	7	4 (57,1)	3,27	0,96-11,16	0,059
Dentro da média	40	7 (17,5)	1,00		
Acima da média	14	8 (57,1)	3,27	1,18-9,00	0,022
Mora sozinho					
Não	51	13 (25,5)	1,00		
Sim	10	6 (60,0)	2,35	0,89-6,19	0,083
Estado civil					
Casado / União estável	26	7 (26,9)	1,00		
Não casado	35	12 (34,3)	1,27	0,50-3,23	0,611
Renda mensal percapita (n° de salários mínimos)†					
> 6,5	26	6 (23,1)	1,00		
≤ 6,5	25	7 (28,0)	1,21	0,41-3,61	0,728
Escolaridade†					
Ensino superior completo ou não	36	10 (27,8)	1,00		
Ensino médio completo	24	8 (33,3)	1,20	0,47-3,04	0,700

Continuação tabela 3

Variáveis	N	n (%)	RP ¹	IC 95%	p-valor
Tempo como bailarino profissional (anos)					
≥ 16	32	10 (31,3)	1,00		
< 16	29	9 (31,0)	0,99	0,40-2,44	0,988
Idade que iniciou a prática de balé (anos)					
> 8	29	11 (37,9)	1,00		
≤ 8	32	8 (25,0)	0,66	0,27-1,64	0,370

¹ Regressão de Poisson

² Faixa de normalidade de %GC para população em geral: mulheres, 20% a 30%; homens, 12% a 20%.

³ Média de %GC esperada para bailarinos: mulheres, 13% a 20%; homens, 8% a 14%.

† Não foi possível obter dados de renda para 4 homens e 6 mulheres e de escolaridade para 1 homem.

Tabela 4. Razão de prevalência ajustada (RP) entre a presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares e média de gordura corporal esperada para bailarinos e situação de moradia em bailarinos clássicos profissionais – Rio de Janeiro, 2006.

Variáveis	RP ¹	IC 95%	p-valor
Percentual gordura corporal segundo média esperada para bailarinos			
Abaixo da média	3,57	1,04 - 12,24	0,043
Dentro da média	1,00		
Acima da média	4,04	1,42 - 11,47	0,009
Mora sozinho			
Não	1,00		
Sim	3,13	1,16 - 8,48	0,025

¹ Regressão de Poisson

² Média de %GC esperada para bailarinos: mulheres, 13% a 20%; homens, 8% a 14%.

Referências

Abraham S. Eating and Weight controlling behaviours of young ballet dancers. *Psychopathology* 1996;29:218-222.

Boerner LM, Spillane NS, Anderson KG, Smith GT. Similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures. *Eating Behaviors* 2004;5:209-222.

Braisted JR, Mellin L, Gong EJ, Irwin CE. The adolescent ballet dancer. Nutritional practices and characteristics associated with anorexia nervosa. *J Adolesc Health Care* 1985;6:365-371.

Bray GA, Bouchard C, James WPT. Definitions and proposed current classification of obesity. In: Bray GA, Bouchard C, James WPT, editors. *Handbook of Obesity*. New York : Marcel Dekker, 1998, p. 25.

Brooks-Gunn J, Warren MP, Hamilton LH. The relation of eating problems and amenorrhea in ballet dancers. *Med Sci Sports Exerc* 1987;19:41-44.

Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1127-1132.

Cordás TA, Hochgraf PO. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa-versão para o português. *J Bras Psiquiatr* 1993;42:141-144.

Cordás TA, Salzano FT, Rios SR. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: Philippi ST, Alvarenga, M, editores. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole, 2004, p. 39-62.

Evers CL. Dietary intake and symptoms of anorexia nervosa in female university dancers. *J Am Diet Assoc* 1987;87:66-68.

Ferreira JES. Comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes de escolas públicas de Niterói - RJ [dissertação]. Mestrado: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

Gordon CC, Chumlea WC, Roche AF. Stature, Recumbent Length and Weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Illinois:Human Kinetics Books, 1988.

Hay P. The epidemiology of eating disorder behaviors: an australian community-based survey. *Int J Eat Disord* 1998;23:371-382.

Heyward VH, Stolarczyk LM. *Avaliação da composição corporal aplicada*. Barueri:Manole, 2000.

Houtkooper LB, Going SB, Westfall CH, Lohman TG. Prediction of fat-free body corrected for bone mass from impedance and anthropometry in adult females. *Med Sci Sports Exerc* 1989;21:39.

Janout V, Janoutová G. Eating disorders risk groups in the Czech Republic: cross-sectional epidemiologic pilot study. *Biomed Papers* 2004;148:189-193.

Koutedakis Y, Jamurtas A. The dancer as a performing athlete. *Sports Med* 2004;34:651-661.

Magalhães VC. Comportamento sugestivo de transtorno alimentar: um estudo com universitárias recém-ingressas em uma instituição pública no município do Rio de Janeiro [tese]. Doutorado: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

Melin P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2002;24:73-76.

Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL* 1994;6:7-10.

Nunes MA, Olinto MTA, Barros FC, Comey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23:21-27.

Oliveira FP, Bosi MLM, Vigário OS, Vieira RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Rev Bras Med Esporte* 2003;9:348-356.

Oppliger RA, Nielsen DH, Hoegh JE, Vance CG. Bioelectrical impedance prediction of fat-free mass for high school wrestlers validated. *Med Sci Sports Exerc* 1991;23:73.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Genebra. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 351-1993.

Ravaldi C, Vannaci A, Zucchi T, Mannucci E, Cabras PL, Boldrini M et al. Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology* 2003;36:247-254.

Sabatini S. The female athlete triad. *Am J Med Sci* 2001;322:193-195.

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows, Rel. 11.0.1.2001. Chicago: SPSS Inc. 2001.

Sudi K, Öttl K, Payerl D, Baumgartl P, Tauschmann K, Müller W. Anorexia Athletica. *Nutrition* 2004;20:657-661.

Sunday SR, Halmi KA. Energy intake and body composition in anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior* 2003;78:11-17.

Thomas JJ, Keel PK, Heatherton TF. Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. *Int J Eat Disord* 2005;38:263-268.

World Health Organization Expert Committee. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series, no. 854. Geneva: WHO, 1995, p.263-344.

Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J et al. Practice guideline for treatment of patients with eating disorders. Second edition. In: American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium 2000. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.

Yannakoulia M, Keramopoulos A, Tsakalacos N, Matalas AL. Body composition in dancers: the bioelectrical impedance method. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:228-234.

Manuscrito 2: IMAGEM CORPORAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA
TRANSTORNOS ALIMENTARES EM BAILARINOS PROFISSIONAIS.

Este manuscrito será submetido ao Medicine Science in Sports and Exercise

Resumo

Objetivo: Avaliar a percepção da imagem corporal e sua associação com comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA) em bailarinos profissionais. **Método:** Foram estudados 61 bailarinos (39 mulheres e 22 homens) de uma instituição representante da elite do balé clássico brasileiro. A avaliação dos comportamentos de risco para TA foi feita com base nas versões em português dos questionários *Eating Attitudes Test* (EAT-26) e *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) e a Escala de Silhuetas de Stunkard foi utilizada para avaliação da percepção da imagem corporal. A força da associação entre as variáveis foi avaliada com base na razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. **Resultados:** Trinta e um bailarinos (50,8%) gostariam de ter a silhueta menor que a auto percebida como usual. A presença de comportamentos de risco para TA foi 2,71 vezes maior (IC 95%=1,02-7,18) entre os que desejavam ter silhueta menor que a usual e 2,64 vezes maior (IC 95%=1,20-5,80) entre aqueles que desejavam ter silhueta menor que a considerada mais saudável, quando comparados aos que estavam satisfeitos com a sua silhueta. **Conclusão:** A alta frequência de insatisfação com o corpo encontrada pode estar colaborando para ocorrência de comportamentos de risco para TA neste grupo.

Palavras-chave: transtornos alimentares, anorexia nervosa, bulimia nervosa, imagem corporal, bailarinos.

Abstract

Objective: Evaluate the body image perception and your association with risk behaviors for eating disorders (ED) in professional ballet dancers. **Method:** Sixty-one dancers (39 women and 22 men) who represent the Brazilian classical ballet elite, were assessed. The Portuguese versions of Eating Attitudes Test (EAT-26) and Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) questionnaires were used to evaluate de risk behaviors for ED and Stunkard´s standard silhouettes were used to assess the body image perception. Association between variables was evaluated through the prevalence ratio (PR) and respective 95% confidence interval (CI). **Results:** Thirty-one dancers (50,8%) would like to have smaller silhouette than the usual. The presence of risk behaviors for ED was 2,71 times higher (CI 95%=1,02-7,18) among whose would like to have smaller silhouette than the usual and 2,64 times higher (CI=1,20-5,80) among whose would like to have smaller silhouette than these considered healthier. **Conclusion:** The high frequency of body dissatisfaction can be collaborating for occurrence of risk behaviors for ED in this group.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, body image, ballet dancers.

Introdução

Bailarinos são, reconhecidamente, um grupo de alto risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (TA) devido às rigorosas exigências de desempenho físico e estética corporal necessários para o exercício da profissão (MELIN, ARAÚJO, 2002; JANOUT E JANOUTOVÁ, 2004; SUDI et al., 2004), principalmente para os bailarinos de elite (SUNDGOT-BORGEN, TORSTVEIT, 2004; THOMAS et al., 2005). Essas exigências incluem valores de índice de massa corporal ($IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$) e percentual de gordura corporal (%GC) abaixo dos valores encontrados para a população em geral (JANOUT E JANOUTOVÁ, 2004; KOUTEDAKIS, JAMURTAS, 2004) e contribuem para a insatisfação com a imagem corporal, uma vez que apenas a minoria dos bailarinos consegue se manter, naturalmente, dentro destes padrões. Segundo Saikali et al. (2004), embora a insatisfação com a imagem corporal possa estar presente em outros quadros psiquiátricos é nos TA que seu papel sintomatológico e prognóstico é mais relevante.

A imagem corporal é a figura do nosso próprio corpo que formamos em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para cada indivíduo (SAIKALI, 2004). O processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado por uma série de fatores como sexo, idade, mídia, bem como pela relação com crenças, valores e atitudes inseridos em uma cultura (DAMASCENO et al., 2005), como o meio profissional dos bailarinos onde o corpo magro e esguio é altamente valorizado.

A percepção da imagem corporal pode ser mais importante na determinação de comportamentos de risco para transtornos alimentares do que o próprio peso

(LAUTENBACHER, 1992; NUNES et al., 2001), ou seja, mesmo bailarinos magros podem apresentar insatisfação com a imagem corporal e, conseqüentemente, comportamentos de risco para TA.

A alta freqüência de insatisfação com o corpo e o desejo de ter um corpo mais magro entre pessoas eutróficas é descrita para a população como um todo, principalmente entre as mulheres (NUNES et al., 2001; BULIK et al., 2001; FIATES, SALLES, 2004; DAMASCENO et al., 2005; KAKESHITA, ALMEIDA, 2006), o que pode ser ainda mais acentuado entre os bailarinos, favorecendo a ocorrência de TA. As complicações clínicas decorrentes, principalmente, da inadequada perda de peso e do uso de métodos compensatórios presentes nos TA (ASSUNÇÃO, CABRAL, 2002), além de comprometerem a saúde podem levar ao afastamento das atividades profissionais, uma vez que estas dependem de perfeita condição física.

O objetivo deste estudo foi avaliar a insatisfação com a imagem corporal e sua associação com a presença de comportamentos de risco para TA em bailarinos clássicos profissionais do Rio de Janeiro. Diante da escassez de trabalhos sobre o assunto no Brasil este estudo poderá trazer subsídios para a conscientização de bailarinos e instrutores quanto à importância de uma relação saudável com a imagem corporal para a prevenção de TA.

Métodos

Foi realizado um estudo do tipo transversal, em uma instituição representante da elite do balé clássico brasileiro. Entre os 79 bailarinos (50 mulheres e 29 homens) que exerciam a profissão na instituição, no período da coleta de dados,

realizada de julho a setembro de 2006, cinco estavam em licença médica, duas estavam grávidas e um encontrava-se de licença para dançar no exterior, sendo excluídos do estudo, totalizando 71 bailarinos elegíveis. Dez indivíduos não aceitaram participar da pesquisa, sendo o número final de participantes de 61 indivíduos (14,1% de perda).

Para avaliar a presença de comportamentos de risco para TA foi utilizada a versão em português, traduzida e adaptada por Nunes et al. (1994), do *Eating Attitudes Test* (EAT-26) e a versão em português desenvolvida por Cordás e Hochgraf (1993) do *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE). O resultado com base no EAT foi classificado como positivo (EAT+) para a presença de padrões alimentares anormais quando era obtida pontuação maior que 20 e com base no BITE (BITE+) para presença de padrão alimentar não usual quando era obtida pontuação maior ou igual a 10. Neste estudo foi considerada presença de comportamentos de risco para TA quando era obtido EAT e/ou BITE positivo.

Para avaliação da percepção da imagem corporal foi utilizada a Escala de Silhuetas de Stunkard (1983) onde são apresentadas nove silhuetas, para cada sexo, com diferentes tamanhos corporais, numeradas da menor para a maior. Esta escala foi considerada uma medida válida da imagem corporal em brasileiros, tendo boa correlação com o IMC e com a insatisfação corporal e também mostrou-se capaz de distinguir indivíduos controles de indivíduos com TA (SCAGLIUSI et al., 2006). Os bailarinos foram solicitados a assinalar: 1) sua silhueta usual, 2) a silhueta que desejava ter e 3) a silhueta que ele julgava ser a mais saudável. Foram então calculadas a diferença entre o número da silhueta que representava a usual e o número da que foi referida como desejada (usual - desejada) e a diferença entre o número da silhueta considerada mais saudável e

o número da referida como desejada (mais saudável - desejada). Foram então criadas as seguintes variáveis:

- Afastamento em pontos da silhueta desejada em relação à silhueta usual.
- Silhueta desejada em relação à auto percebida como usual, categorizada em: igual, maior e menor.
- Silhueta desejada em relação à auto percebida como mais saudável, categorizada em: igual, maior e menor.

Aqueles que desejavam ter silhueta menor que a auto percebida como usual foram considerados insatisfeitos com sua imagem corporal. Devido à baixa frequência na categoria “maior” esta foi excluída na análise da associação com comportamentos de risco para TA.

Investigou-se a frequência da percepção da imagem corporal por sexo e faixa etária (abaixo ou acima da mediana 35 anos).

Estimou-se o IMC e a composição corporal dos bailarinos. O peso foi aferido com balança eletrônica com capacidade até 150 kg e variação de 50g e a estatura foi medida usando estadiômetro com amplitude de 200 cm e variação de 0,1 cm, segundo técnica proposta por Gordon et al. (1988). A composição corporal foi estimada através da bioimpedância elétrica, sistema braço-à-perna. Para o cálculo da massa livre de gordura (MLG) foram utilizadas equações próprias para atletas, segundo Houtkooper et al. (1989) para mulheres e Oppliger et al. (1991) para homens. O %GC foi obtido por diferença.

Investigaram-se com base em questionário fechado e auto preenchido as seguintes variáveis contínuas: tempo como bailarino profissional; idade de início da prática de balé, escolaridade (categorizada em ensino médio completo e ensino superior completo ou não) e Idade (categorizada em abaixo e acima da

mediana 35 anos). Esta variável foi categorizada segundo a mediana devido ao pequeno tamanho da amostra, proporcionando assim maior robustez à análise estatística dos dados. Devido ao fato de a escolaridade mínima para ingresso na instituição ser o ensino médio completo não houve categorias de escolaridade inferiores a esta.

Para análise dos dados foi utilizado o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0. Foram calculados as médias e desvios-padrão e freqüências das variáveis, sendo utilizado o teste qui-quadrado para comparar as freqüências e o teste *t de Student* para comparar médias. A força da associação entre a presença de comportamentos de risco para TA e a insatisfação com a silhueta auto percebida como usual foi avaliada com base na razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% sendo considerado $p < 0,05$ para significância estatística. A fim de se confirmar a associação entre a silhueta desejada e a presença de comportamentos de risco para TA, foram calculadas as *odds ratio* (OR) e OR ajustada pelas variáveis sexo, faixa etária e IMC.

Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Antes do início da coleta de dados todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde objetivos e procedimentos da pesquisa eram informados.

Resultados

Entre os bailarinos investigados 22 eram homens e 39 eram mulheres. Todos os participantes possuíam ensino médio (2º grau) completo, já que esta é uma exigência para ingresso na instituição, sendo que 60,0% tinham ensino superior (completo ou não), sem diferença segundo o sexo.

Na Tabela 1 são mostradas as características dos bailarinos estudados. As mulheres iniciaram a prática de balé, em média, mais cedo (6,9 anos vs 16,6 anos, $p < 0,001$) e apresentaram média de %GC maior (18,2% vs 9,7%, $p < 0,001$) que os homens. Maiores médias de IMC (22,7 kg/m² vs 19,4 kg/m², $p < 0,001$) e MLG (61,8 kg vs 41,8 kg, $p < 0,001$) foram observadas entre os homens.

Não houve diferença entre homens e mulheres quanto às médias de pontos obtidos no EAT e no BITE; 11,5% (n=7) dos avaliados apresentaram “padrões alimentares anormais” (EAT+) e 29,5% (n=18) apresentaram “padrão alimentar não usual” (BITE+), sendo que 2 mulheres (3,3%) obtiveram pontuação ≥ 20 no BITE que caracteriza a presença de “comportamento alimentar compulsivo”. Dezenove (31,1%) participantes apresentaram presença de comportamentos de risco para TA, ou seja, obtiveram resultado positivo em, pelo menos, um dos dois questionários, não havendo diferença por sexo (Tabela 2).

Para 95,1% (n=58) dos bailarinos a silhueta auto percebida como usual está entre as silhuetas 1 e 4. Apenas 1 bailarino apontou silhueta > 4 como a considerada mais saudável. Quarenta e seis bailarinos (75,4%) apontaram como desejada a silhueta número 1 ou 2. Entretanto, maior proporção de mulheres desejava ter silhueta 1 ou 2 quando comparadas aos homens (92,3% vs 45,5%, $p < 0,001$) enquanto maior proporção de homens desejava ter a silhueta número 3

ou 4 (54,5% vs 7,7%, $p < 0,001$). Nenhum dos bailarinos escolheu como desejada silhueta acima de 4 (Tabela 3).

Metade dos bailarinos (50,8%) gostaria de ter a silhueta menor que a auto percebida como usual independente do sexo e faixa etária. Mais de 1/3 dos bailarinos (36,1 %) gostariam de ter silhueta menor do que a considerada mais saudável, também independente do sexo, mas este desejo foi mais freqüente entre os mais jovens (54,8% vs 16,7%, $p = 0,002$), enquanto que o desejo de ter a mesma silhueta que a considerada mais saudável foi mais freqüente entre os mais velhos (80,0% vs 41,9%, $p = 0,002$) (Tabela 4).

Entre os bailarinos que desejavam ter silhueta menor que a auto percebida como usual 16 (26,2%) gostariam de ter uma silhueta a menos, 14 (23,0%) gostariam de ter duas silhuetas a menos e 1 (1,6%) gostaria de ter três silhuetas a menos, sem diferença por sexo.

A presença de comportamentos de risco para TA foi 2,71 vezes maior ($p = 0,026$) entre os que desejavam ter silhueta menor que a usual e 2,64 vezes maior ($p = 0,012$) entre aqueles que desejavam ter silhueta menor que a considerada mais saudável, quando comparados aos que não apresentavam insatisfação com a imagem corporal (Tabela 5). Não houve mudança desta associação após ajuste pelas variáveis sexo, faixa etária e IMC (OR=4,12; IC 95%=1,14-14,89; OR ajustada=5,96; IC 95%= 1,25-28,57 para os que desejavam ter silhueta menor que à auto percebida como usual e OR=4,29; IC 95%=1,33-13,85; OR ajustada=4,58; IC 95%=1,19-17,70 para os que desejavam ter silhueta menor que à auto percebida como mais saudável).

Discussão

Segundo Alvarenga (2004) o corpo tornou-se objeto de consumo e a magreza sinônimo de beleza, valor e realização. A imagem que o indivíduo cria de seu corpo é muitas vezes, para ele, mais legítima que o próprio corpo, tendo importante participação na determinação de comportamentos de risco para TA (NUNES et al., 2001). Os bailarinos, principalmente as mulheres, também estão expostos à pressão social do culto à magreza, entretanto, o padrão físico imposto pela profissão é ainda mais rígido. Ao se alcançar o grau de bailarino profissional é necessário manter o alto nível da técnica e a constante melhora do desempenho. A manutenção de excelente qualidade física torna-se a necessidade básica dos profissionais deste gabarito que precisam, incansavelmente, equilibrar preparo físico, força, leveza e expressões dramáticas (LEAL, 1998). Frente a tantas exigências físicas os bailarinos profissionais podem se sentir insatisfeitos com seus corpos buscando métodos inadequados para alcançar aquilo que desejam, prejudicando sua saúde e carreira.

No presente estudo, metade dos bailarinos gostaria de ter um corpo mais magro. A parcela significativa de indivíduos, principalmente entre os mais jovens e entre as mulheres, que desejava ter silhueta menor que a que considerava mais saudável indica que o desejo de ter silhueta menor do que a usual, provavelmente, não está ligado a questões de saúde e sim de estética. Entre pacientes com anorexia nervosa o desejo de ter silhueta menor que a considerada mais saudável está ligado à patologia (SCAGLIUSI et al., 2006), entretanto, entre os bailarinos, as exigências físicas da profissão podem estar impulsionando este desejo.

As silhuetas mais escolhidas como desejadas (silhuetas 1 e 2) no presente estudo foram menores do que as observadas em estudo realizado no Brasil com praticantes de caminhada de Juiz de Fora/MG (DAMASCENO et al., 2005) e em estudo realizado com gêmeos e seus familiares nos Estados Unidos (BULIK et al., 2001). Nestes estudos também foi utilizada a Escala de Silhuetas de Stunkard (1983) para avaliar a imagem corporal e observou-se que as silhuetas 3 e 4 foram as mais desejadas por mulheres e homens, respectivamente. Estes resultados reforçam que o padrão corporal magro exigido para bailarinos de ambos os sexos pode ter um efeito ainda maior na insatisfação corporal dos mesmos.

No presente estudo a silhueta 4 foi escolhida por apenas 11,5% (27,3% dos homens e 2,6% das mulheres) dos bailarinos como a desejada e nenhum indivíduo escolheu silhueta superior a 4, que foi estabelecida como ponte de corte para magreza no estudo de Bulik et al. (2001), mostrando que todos os bailarinos estudados desejavam silhuetas correspondentes à magreza.

A insatisfação com o próprio corpo pode ser um fator precipitante dos TA contribuindo, juntamente com outros fatores etiológicos, para o seu início (HETHERINGTON, 2000). No presente estudo, a frequência de comportamentos de risco para TA foi mais que o dobro entre os que estavam insatisfeitos e desejavam silhueta menor quando comparados aos que se sentiam satisfeitos com a imagem corporal. Estes achados concordam com estudo realizado com 513 mulheres de 12 a 19 anos de Porto Alegre onde observou-se que entre as mulheres com IMC normal, mas que se sentiam gordas, 66% apresentavam comportamento alimentar de risco ou anormal, enquanto que entre as que sentiam-se magras apenas 14,8% apresentavam este tipo de comportamento,

mostrando como a percepção do corpo pode ser mais influente que o próprio peso na ocorrência de comportamentos de risco para TA (NUNES et al., 2001).

Em estudo com 186 indivíduos praticantes de caminhada de Juiz de Fora/MG observou-se que o tipo físico considerado ideal pelas mulheres era aquele com 20,5% de GC e IMC de 20,0kg/m² e para os homens era aquele com 9,8% de GC e IMC de 23,1kg/m² (DAMASCENO et al., 2005). Estes valores encontram-se acima das médias encontradas para os bailarinos deste estudo, que apesar disto mostram-se insatisfeitos com seu corpo, indicando o quanto o tipo físico almejado por eles é bastante rigoroso. As médias de IMC encontradas no presente estudo para homens e mulheres apresentam-se dentro da faixa de eutrofia proposta pela *World Health Organization* (WHO). As médias de %GC encontram-se abaixo da faixa de normalidade proposta por Bray et al.(1998), entretanto, estão dentro da média esperada para bailarinos (HEYWARD, STOLARCZYK, 2000).

Em tempos de culto a magreza é comum que os indivíduos, mesmo eutróficos, sintam-se insatisfeitos com seus corpos que não estão dentro deste padrão de beleza tão severo (NUNES et al., 2001; BULIK et al., 2001; FIATES, SALLES, 2004; DAMASCENO et al., 2005; KAKESHITA, ALMEIDA, 2006). Entretanto, essa alta frequência de insatisfação entre os bailarinos é preocupante uma vez que estes já possuem corpos bastante magros e o desejo de perder ainda mais peso pode estimular a prática de comportamentos de risco para TA.

Pode-se concluir que, mesmo possuindo corpos magros, com baixo %GC, muitos bailarinos estão insatisfeitos com seu corpo e desejam ser mais magros devido ao rígido padrão estético exigido nesta profissão. Considerando, então, a profissão de bailarino como importante fator de risco para ocorrência de TA a prevenção deste problema torna-se ainda mais difícil já que o desejo de se

manter na profissão é, para muitos, mais forte que o desejo de ser saudável. Mais estudos são necessários para se conhecer as peculiaridades dos TA nestes indivíduos tornando as ações preventivas mais eficientes.

Tabela 1. Médias e desvios-padrão (DP) das variáveis investigadas segundo sexo – Rio de Janeiro, 2006.

Variáveis	Total		Homens (n=22)		Mulheres (n=39)		p-valor*
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Idade	36,8	10,53	38,0	10,99	36,1	10,34	0,498
Tempo como bailarino profissional	17,8	8,93	18,0	8,49	17,7	9,28	0,922
Idade de início da prática de balé	10,4	5,58	16,6	3,78	6,9	2,65	<0,001
Índice de Massa Corporal - IMC (kg/m²)	20,6	2,34	22,7	1,76	19,4	1,68	<0,001
Percentual de Gordura Corporal - %GC	15,2	5,76	9,7	1,56	18,2	4,88	<0,001
Massa livre de gordura - MLG (kg)	49,0	10,52	61,8	4,18	41,8	4,07	<0,001

* Teste *t* de Student

Tabela 2. Médias e desvios-padrão (DP) da pontuação no *Eating Attitudes Test* (EAT) e no *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) e frequência de comportamentos de risco para transtornos alimentares (TA) em bailarinos clássicos profissionais segundo sexo – Rio de Janeiro, 2006.

Variáveis	Total		Homens (n=22)		Mulheres (n=39)		p-valor*
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Pontuação no EAT	12,0	8,1	11,4	8,0	12,4	8,2	0,647
Pontuação no BITE	7,4	5,4	7,2	4,1	7,5	6,0	0,830
	N	%	n	%	n	%	p-valor**
Presença de padrões alimentares anormais (EAT+)	7	11,5	3	13,6	4	10,3	0,691
Presença de padrão alimentar não usual (BITE+)	18	29,5	6	27,3	12	30,8	0,774
Presença de comportamentos de risco para TA (EAT+ ou BITE+)	19	31,1	7	31,8	12	30,8	0,932

* Teste t de *Student*

** Teste qui-quadrado

Tabela 3. Distribuição das silhuetas auto percebidas pelos bailarinos como usual, mais saudável e desejada, segundo o sexo – Rio de Janeiro, 2006.

HOMENS (n=22)						
Silhueta escolhida¹	Usual		Mais saudável		Desejada	
	n	%	n	%	n	%
1 ou 2	7	31,8	8	36,4	10	45,5
3 ou 4	14	63,6	13	59,1	12	54,5
≥ 5	1	4,5	1	4,5	0	0
MULHERES (n=39)						
Silhueta escolhida¹	Usual		Mais saudável		Desejada	
	n	%	n	%	n	%
1 ou 2	22	56,4	24	61,5	36	92,3
3 ou 4	15	38,5	15	38,5	3	7,7
≥ 5	2	5,1	0	0	0	0
p-valor*	homens vs mulheres 0,159		0,092		<0,001*	

¹ Usada Escala de Silhuetas de Stunkard.

² Teste qui-quadrado

* Partição do qui-quadrado: silhueta 1 ou 2 p<0,001; silhueta 3 ou 4 p<0,001

Tabela 4. Frequências das silhuetas desejadas em relação às silhuetas auto percebidas como usual e mais saudável por bailarinos clássicos profissionais segundo o sexo e faixa etária – Rio de Janeiro, 2006.

Variáveis	Total	Homens (n=22)	Mulheres (n=39)	p-valor ¹
	n (%)	n (%)	n (%)	
Silhueta desejada em relação à silhueta auto percebida como usual²				
Igual	24 (39,3)	11 (50,0)	13 (33,3)	0,233
Menor	31 (50,8)	8 (36,4)	23 (59,0)	
Maior	6 (9,8)	3 (13,6)	3 (7,7)	
Silhueta desejada em relação à silhueta auto percebida como mais saudável²				
Igual	37 (60,7)	15 (68,2)	22 (56,4)	0,062
Menor	22 (36,1)	5 (22,7)	17 (43,6)	
Maior	2 (3,3)	2 (9,1)	0	
Variáveis	≥ 35 anos (n=30)	< 35 anos (n=31)	p-valor ¹	
	n (%)	n (%)		
Silhueta desejada em relação à silhueta auto percebida como usual²				
Igual	12(40,0)	12(38,7)	0,230	
Menor	17(56,7)	14(45,2)		
Maior	1(3,3)	5(16,1)		
Silhueta desejada em relação à silhueta auto percebida como mais saudável²				
Igual	24(80,0)	13(41,9)	0,007*	
Menor	5(16,7)	17(54,8)		
Maior	1(3,3)	1(3,2)		

¹ Teste qui-quadrado

² Usada Escala de Silhuetas de Stunkard.

* Partição do qui-quadrado: igual p=0,002; menor p=0,002.

Tabela 5. Razão de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC) de 95% para presença de comportamentos de risco para transtornos alimentares segundo silhuetas desejadas em bailarinos clássicos profissionais – Rio de Janeiro, 2006.

Variáveis	N	n	%	RP	IC 95%	p-valor ¹
Silhueta desejada em relação à silhueta auto percebida como usual²						
Igual	24	4	16,7	1,00		
Menor	31	14	45,2	2,71	1,02-7,18	0,026
Silhueta desejada em relação à silhueta auto percebida como mais saudável²						
Igual	37	7	18,9	1,00		
Menor	22	11	50,0	2,64	1,20-5,80	0,012

¹ Teste qui-quadrado

² Usada Escala de Silhuetas de Stunkard.

Referências

Alvarenga M. A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo. In: Philippi ST, Alvarenga, M, editores. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri:Manole; 2004. p. 2-20.

Assunção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. Rev Bras Psiquiatr 2002;24:29-33.

Bray GA, Bouchard C, James WPT. Definitions and proposed current classification of obesity. In: Bray GA, Bouchard C, James WPT, editors. Handbook of Obesity. New York : Marcel Dekker, 1998, p. 25.

Bulik CM, Wade TD, Heath AC, Martin NG, Stunkard AJ, Eaves LJ. Relation body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. International Journal of Obesity. 2001; 25:1517-24.

Cordás TA, Hochgraf PO. O “BITE”: instrumento para avaliação da bulimia nervosa-versão para o português. J Bras Psiquiatr 1993;42:141-144.

Damasceno VO, Lima JRP, Vianna JM, Vianna VRA, Novaes JS. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. Rev Bras Med Esporte 2005;11:181-186.

Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Rev Nutr Campinas 2001;14:3-6.

Gordon CC, Chumlea WC, Roche AF. Stature, Recumbent Length and Weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois:Human Kinetics Books, 1988.

Hetherington MM. Eating disorders: diagnosis, etiology, and prevention. Nutrition. 2000;16(7):547-51.

Heyward VH, Stolarczyk LM. Avaliação da composição corporal aplicada. Barueri:Manole, 2000.

Houtkooper LB, Going SB, Westfall CH, Lohman TG. Prediction of fat-free body corrected for bone mass from impedance and anthropometry in adult females. Med Sci Sports Exerc 1989;21:39.

Janout V, Janoutová G. Eating disorders risk groups in the Czech Republic: cross-sectional epidemiologic pilot study. Biomed Papers 2004;148:189-193.

Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre o índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. Rev Saúde Pública 2006;40:497-504.

Koutedakis Y, Jamurtas A. The dancer as a performing athlete. *Sports Med* 2004;34:651-661.

Lautenbacher S, Thomas A, Roscher S, Strian F, Pirke KM, Krieg JC. Body size perception and body satisfaction in restrained and unrestrained eaters. *Behav Res Ther* 1992;30:243-250.

Leal M. A preparação física na dança. Rio de Janeiro: Sprint; 1998.

Melin P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2002;24:73-76.

Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL* 1994;6:7-10.

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;23:21-27.

Oppliger RA, Nielsen DH, Hoegh JE, Vance CG. Bioelectrical impedance prediction of fat-free mass for high school wrestlers validated. *Med Sci Sports Exerc* 1991;23:73.

Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfo BM, Cordás A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin* 2004;31:164-166.

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows, Rel. 11.0.1.2001. Chicago: SPSS Inc. 2001.

Stunkard A, Sorensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety et al (ed). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. Raven Press: New York; 1983.

Sudi K, Öttl K, Payerl D, Baumgartl P, Tauschmann K, Müller W. Anorexia Athletica. *Nutrition* 2004;20:657-661.

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

Thomas JJ, Keel PK, Heatherton TF. Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. *Int J Eat Disord* 2005;38:263-268.

World Health Organization Expert Committee. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series, no. 854. Geneva: WHO, 1995, p.263-344.

6. CONCLUSÕES

- A presença de comportamentos de risco para TA nos bailarinos foi elevada e é preocupante, visto que pode causar danos à saúde e evoluir para quadro completo.
- Aqueles que não estão dentro do padrão de gordura corporal esperado para a profissão e os que residem sozinhos são os que estão em maior risco.
- A ausência de associação da presença de comportamentos de risco para TA com sexo e faixa etária e a associação com o padrão de %GC exigido para profissão sugerem que a profissão, nestes indivíduos, é o principal fator de risco para o desenvolvimento de TA.
- A percepção de insatisfação com a imagem corporal foi elevada e mostrou-se associada com o risco de desenvolvimento de TA entre os bailarinos.
- Tendo em vista as peculiaridades dos fatores que, possivelmente, desencadeiam os TA em bailarinos, é necessário que formas específicas de abordagem do problema neste grupo sejam desenvolvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham S. Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. *Psychopathology* 1996a;29:223-229.

Abraham S. Eating and Weight controlling behaviours of young ballet dancers. *Psychopathology* 1996b;29:218-222.

Alvarenga M. A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo. In: Philippi ST, Alvarenga, M, editores. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri:Manole; 2004. p. 2-20.

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

Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22:28-31.

Assunção CL, Cabral MD. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:29-33.

Assunção SSM. Dismorfia muscular. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:81-82.

Behar RA, Barrera MC, Michelotti JC. Características clínicas e identidad genérica em subtipos de transtornos de la conducta alimentaria. *Rev. Méd. Chile* 2003;131:748-758.

Boerner LM, Spillane NS, Anderson KG, Smith GT. Similarities and differences between women and men on eating disorder risk factors and symptom measures. *Eating Behaviors* 2004;5:209-222.

Braisted JR, Mellin L, Gong EJ, Irwin CE. The adolescent ballet dancer. Nutritional practices and characteristics associated with anorexia nervosa. *J Adolesc Health Care* 1985;6:365-371.

Bray GA, Bouchard C, James WPT. Definitions and proposed current classification of obesity. In: Bray GA, Bouchard C, James WPT, editors. *Handbook of Obesity*. New York : Marcel Dekker, 1998, p. 25.

Brooks-Gunn J, Warren MP, Hamilton LH. The relation of eating problems and amenorrhea in ballet dancers. *Med Sci Sports Exerc* 1987;19:41-44.

Bulik CM, Wade TD, Heath AC, Martin NG, Stunkard AJ, Eaves LJ. Relation body mass index to figural stimuli: population-based normative data for Caucasians. *International Journal of Obesity*. 2001; 25:1517-24.

Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. *Am J Psychiatry* 1997;154:1127-1132.

Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:7-12.

Cordás TA, Hochgraf PO. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa-versão para o português. *J Bras Psiquiatr* 1993;42:141-144.

Cordás TA, Neves JE. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev. Psiqu Clin* 1999;26. Edição Especial.

Cordás TA, Salzano FT, Rios SR. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: Philippi ST, Alvarenga, M, editores. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole, 2004, p. 39-62.

Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiqu Clin* 2004;31:154-157.

Damasceno VO, Lima JRP, Vianna JM, Vianna VRA, Novaes JS. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev Bras Med Esporte* 2005;11:181-186.

Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH. *Epi Info, version 6.04: A Word Processing Database and Statistics Program for Epidemiology on Microcomputers*. Atlanta: Center for Control and Prevention; 1994.

Dunker KLL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Rev Nutr* 2003;16:51-60.

Evers CL. Dietary intake and symptoms of anorexia nervosa in female university dancers. *J Am Diet Assoc* 1987;87:66-68.

Ferreira JES. Comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes de escolas públicas de Niterói - RJ [dissertação]. Mestrado: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr Campinas* 2001;14:3-6.

Freitas S, Gorenstein C, Appolinário JC. Instrumentos de avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:34-38.

Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: a index of the symptoms of anorexia nervosa. *Physiological Medicine* 1979;9:273-279.

Garner DM, Olmsted MP, Boher Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Physiological Medicine* 1982;12:871-878.

Gordon CC, Chumlea WC, Roche AF. Stature, Recumbent Length and Weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois:Human Kinetics Books, 1988.

Hay PJ. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. Rev Bras Psiquiatr 2002;24:13-17.

Hay P. The epidemiology of eating disorder behaviors: an australian community-based survey. Int J Eat Disord 1998;23:371-382.

Henderson M, Freeman CPL. A self-rating scale for bulimia: the BITE. Br J Psychiatry 1987;150:18-24.

Hetherington MM. Eating disorders: diagnosis, etiology, and prevention. Nutrition 2000;16:547-551.

Heyward VH, Stolarczyk LM. Avaliação da composição corporal aplicada. Barueri:Manole, 2000.

Houtkooper LB, Going SB, Westfall CH, Lohman TG. Prediction of fat-free body corrected for bone mass from impedance and anthropometry in adult females. Med Sci Sports Exerc 1989;21:39.

Janout V, Janoutová G. Eating disorders risk groups in the Czech Republic: cross-sectional epidemiologic pilot study. Biomed Papers 2004;148:189-193.

Kakeshita IS, Almeida SS. Relação entre o índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. Rev Saúde Pública 2006;40:497-504.

Koutedakis Y, Jamurtas A. The dancer as a performing athlete. Sports Med 2004;34:651-661.

Lautenbacher S, Thomas A, Roscher S, Strian F, Pirke KM, Krieg JC. Body size perception and body satisfaction in restrained and unrestrained eaters. Behav Res Ther 1992;30:243-250.

Leal M. A preparação física na dança. Rio de Janeiro: Sprint; 1998.

Magalhães VC. Comportamento sugestivo de transtorno alimentar: um estudo com universitárias recém-ingressas em uma instituição pública no município do Rio de Janeiro [tese]. Doutorado: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. Rev Bras Epidemiol 2005;8:236-245.

March M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:112-117.

Melin P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2002;24:73-76.

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

Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Revista ABP-APAL* 1994;6:7-10.

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;23:21-27.

Oliveira FP, Bosi MLM, Vigário OS, Vieira RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Rev Bras Med Esporte* 2003;9:348-356.

Oppliger RA, Nielsen DH, Hoegh JE, Vance CG. Bioelectrical impedance prediction of fat-free mass for high school wrestlers validated. *Med Sci Sports Exerc* 1991;23:73.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre:Artes Médicas, 1993.

Pinzon V, Nogueira FC. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin* 2004;31:158-160.

Ravaldi C, Vannaci A, Zucchi T, Mannucci E, Cabras PL, Boldrini M et al. Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology* 2003;36:247-254.

R Development core team. R: A language and environment for statistical computing. R foundation for Statistical computing. Viena, Áustria 2006.

Ribeiro RPP, Santos PCM, Santos JE. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. *Rev Med Ribeirão Preto* 1998;31:45-53.

Sabatini S. The female athlete triad. *Am J Med Sci* 2001;322:193-195.

Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfio BM, Cordas A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clin* 2004;31:164-166.

Santos PCM, Ribeiro RPP, Santos JE. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: como diagnosticar e tratar. *Rev Med Ribeirão Preto* 1990;47:155-169.

Scagliusi FB, Alvarenga M, Polacow VO, Cordas TA, Queiroz GKO, Coelho D et al. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite* 2006;47:77-82.

SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows, Rel. 11.0.1.2001. Chicago: SPSS Inc. 2001.

Stunkard A, Sorensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety et al (ed). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. Raven Press: New York; 1983.

Sudi K, Öttl K, Payerl D, Baumgartl P, Tauschmann K, Müller W. Anorexia Athletica. *Nutrition* 2004;20:657-661.

Sunday SR, Halmi KA. Energy intake and body composition in anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior* 2003;78:11-17.

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

Thomas JJ, Keel PK, Heatherton TF. Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: Examination of environmental and individual risk factors. *Int J Eat Disord* 2005;38:263-268.

Weltzin TE, Weisensel N, Franczyk D, Klitz C, Bean P. Eating disorders in men: update. *The Journal of Men's Health & Gender* 2005;2:186-193.

World Health Organization Expert Committee. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series, no. 854. Geneva: WHO, 1995, p.263-344.

Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J et al. Practice guideline for treatment of patients with eating disorders. Second edition. In: *American Psychiatric Association practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium 2000*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.

Yannakoulia M, Keramopoulos A, Tsakalacos N, Matalas AL. Body composition in dancers: the bioelectrical impedance method. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:228-234.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde)

Propósitos do estudo: Na instituição onde você trabalha como bailarino(a) será realizada uma pesquisa para avaliar atitudes alimentares de bailarinos(as) profissionais bem como seus hábitos alimentares, percepção da imagem corporal e estado nutricional. Será um estudo no qual constará de preenchimento de questionários sobre consumo e atitudes alimentares e percepção da imagem corporal, aferição do peso e estatura por meio de balança eletrônica e antropômetro, respectivamente, e avaliação da composição corporal através de bioimpedância. A técnica da Bioimpedância para avaliação do percentual de gordura corporal consiste na passagem de uma corrente elétrica leve, imperceptível e indolor, com duração de 30 segundos, através de eletrodos colocados nas mãos e nos pés. A coleta dos dados será realizada na própria instituição onde você trabalha, sem prejuízo das suas atividades.

Riscos: a participação no estudo não implica em nenhum risco para a saúde do(a) participante.

Benefícios: a informação obtida com este estudo poderá ser útil cientificamente e de ajuda para outros. Além disso, você terá acesso ao diagnóstico quanto ao seu estado nutricional e quanto à qualidade da sua alimentação.

Privacidade: Qualquer informação obtida nesta investigação será confidencial. Os dados individuais obtidos nesta pesquisa serão fornecidos somente para a pessoa que participou do estudo. Os dados científicos resultantes poderão ser apresentados em congressos e publicados em revistas científicas, sem a identificação dos participantes e da instituição envolvida. A participação neste estudo será totalmente voluntária e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar por qualquer motivo, sem nenhum risco de penalização. A qualquer momento poderá ser contatado o responsável pela pesquisa (Gloria Valeria da Veiga) para maiores esclarecimentos sobre o estudo, e informações decorrentes dele, e estas informações serão oferecidas prontamente, no telefone 2562-6595 do Instituto de Nutrição da UFRJ. A qualquer momento, se julgar necessário, você poderá também contatar os membros do Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ (CEP/NESC), através dos telefones 2598-9328 e 2598-9271, o qual avaliou o projeto.

Diante das informações acima, concordo em participar do estudo “Hábitos alimentares e estado nutricional de bailarinos profissionais” conduzido pela equipe de pesquisadores da UFRJ

Nome e assinatura do(a) participante

Data: ____/____/____

Prof^a. Gloria Valeria da Veiga
Responsável pela pesquisa

ANEXO II

QUESTIONÁRIO

Caro(a) bailarino(a),

Vamos fazer várias perguntas relacionadas a sua saúde, dieta e atividade física. Você está livre para responder o que quiser, mas pedimos que responda com sinceridade. As respostas deste questionário serão para uso exclusivo da equipe de pesquisadores e não haverá divulgação nominal das mesmas.

Obrigado pela sua participação!

1.ID: _____ (Não preencher)

2.Data da Avaliação: ____/____/____

I - Dados de Identificação

3. Nome: _____ 4. Sexo 1 M 2 F

5. Data de nascimento: ____ / ____ / ____

6. Telefone de casa: _____ 7. Telefone celular: _____

8. Endereço: _____

9. Bairro: _____

II – Informações sobre Alimentação

10. Você tem conhecimentos sobre alimentação saudável? Onde você aprendeu? (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 Sim, em casa com seus pais

2 Sim, na escola, com professores

3 Sim, com amigos

4 Sim, com profissionais de saúde como médicos, nutricionistas ou enfermeiros

5 Sim, através de programas de televisão, jornais e revistas

6 Não tenho conhecimentos sobre alimentação.

11. Na sua opinião, a sua alimentação é saudável?

1 Sim 2 Não

12. Você já fez dieta para PERDER peso? (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 Sim, já fiz dieta por conta própria para perder peso

2 Sim, já fiz dieta com orientação de um profissional para perder peso

3 Não (Se respondeu Não, pular para 14)

13. Qual dessas opções MAIS leva você a fazer dieta para PERDER peso? (MARCAR APENAS 1 OPÇÃO)

1 Ficar mais bonito(a)

2 Poder comprar roupas da moda

3 Ter mais saúde

4 Ser mais aceito(a) socialmente

5 Estar dentro dos padrões da minha profissão

6 Outra(s). 13.1 Qual (is)? _____

14. Você já fez dieta para GANHAR peso? (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 Sim, já fiz dieta por conta própria para ganhar peso

2 Sim, já fiz dieta com orientação de um profissional para ganhar peso

3 Não (Se respondeu Não, pular para 16)

15. Qual dessas opções MAIS leva você a fazer dieta para GANHAR peso? (MARCAR APENAS 1 OPÇÃO)

- 1 Ficar mais bonito(a)
2 Poder comprar roupas da moda
3 Ter mais saúde
4 Ser mais aceito(a) socialmente
5 Estar dentro dos padrões da minha profissão
6 Outra(s). 15.1 Qual (is)? _____

16. Você utiliza produtos dietéticos (“diet ou light”) como refrigerantes, sucos, doces, gelatinas, etc.?

- 1 Sim, na maior parte das vezes
2 Sim, às vezes
3 Raramente
4 Não (Pule para 18)

17. Qual o principal motivo para você utilizar produtos dietéticos? (RESPONDA APENAS UMA OPÇÃO)

- 1 Manter ou reduzir o peso
2 São mais saudáveis
3 Outro 17.1 Qual? _____

18. Na maior parte das vezes o leite que você bebe é: (RESPONDA APENAS UMA OPÇÃO)

- 1 Leite desnatado 4 Não bebo leite
2 Leite semidesnatado 5 Não sei informar
3 Leite integral

19. Na maior parte das vezes, o suco de fruta que você bebe é: (RESPONDA APENAS UMA OPÇÃO)

- 1 Natural da fruta 4 Em pó
2 Natural de garrafa 5 Não bebo suco de fruta
3 Natural de caixinha 6 Não sei informar

20. Na maioria das vezes o que você usa para adoçar sucos, leite, café com leite, vitaminas ou achocolatados, etc ?

- 1 Açúcar 2 Adoçante artificial 3 Não adoço com nada (Se marcou o número 3 pular para 22)

21. Os líquidos que você bebe ficam :

- 1 Muito doces 2 Pouco doces 3 Mais ou menos doces

22. Você detesta algum alimento?

- 1 Sim 22.1 Qual(is)? _____
2 Não

23. Existe algum tipo de alimento que te faça mal (alergia, diarreia, enjôos, etc)?

- 1 Sim 23.1 Qual(is)? _____
2 Não

24. No horário de intervalo no trabalho você, na maior parte das vezes .. (RESPONDA APENAS UMA OPÇÃO)

- 1 Não come nada 3 Compra lanche
2 Come lanche que leva de casa

25. Faça um X ao quadro de frequência com que você faz as seguintes refeições e o local onde são feitas com mais frequência:

REFEIÇÕES	Todos os dias	5 a 6 vezes na semana	3 a 4 vezes na semana	1 a 2 vezes na semana	Nunca ou quase nunca	LOCAL
Desjejum (café da manhã)	()	()	()	()	()	() Em casa () Na lanchonete ou restaurante () No trabalho () Outros () No trabalho, mas leva de casa
Colação (lanche entre café e almoço)	()	()	()	()	()	() Em casa () Na lanchonete ou restaurante () No trabalho () Outros () No trabalho, mas leva de casa
Almoço (comida)	()	()	()	()	()	() Em casa () Na lanchonete ou restaurante () No trabalho () Outros () No trabalho, mas levo de casa
Almoço (lanche ao invés de comida)	()	()	()	()	()	() Em casa () Na lanchonete ou restaurante () No trabalho () Outros () No trabalho, mas levo de casa
Lanche (entre almoço e jantar)	()	()	()	()	()	() Em casa () Na lanchonete ou restaurante () No trabalho () Outros () No trabalho, mas levo de casa
Jantar (comida)	()	()	()	()	()	() Em casa () Na lanchonete ou restaurante () No trabalho () Outros () No trabalho, mas levo de casa
Jantar (lanche ao invés de comida)	()	()	()	()	()	() Em casa () Na lanchonete ou restaurante () No trabalho () Outros () No trabalho, mas levo de casa
Ceia (lanche após o jantar)	()	()	()	()	()	() Em casa () Na lanchonete ou restaurante () No trabalho () Outros () No trabalho, mas levo de casa

III- Informações sobre Atividade Física

26. Há quanto tempo você é bailarino(a) profissional? _____

27. Quantos dias por semana você trabalha como bailarino(a) nesta instituição? _____

28. Quantas horas por dia você trabalha como bailarino(a) nesta instituição? (soma das horas de aulas, ensaios e apresentações por dia) _____

29. Com que idade começou a praticar balé? _____

30. Além de sua atividade como bailarino(a) você trabalha em outro lugar?

1 Sim 2 Não (Se respondeu Não, pular para 33)

31. Se você trabalha em outro lugar, o que você faz? _____

32. Quantas horas por semana trabalha neste outro serviço? _____

33. Além de sua atividade como bailarino(a) nesta instituição você pratica ou praticou outro tipo de atividade física nos últimos 3 meses?

1 Sim 2 Não (Se respondeu Não, pular para 35)

34. assinale que tipo de atividade física você faz (ou fez nos últimos 3 meses):

IV- Informações sobre a família

Tipo de exercício		Quantas vezes por semana? (A)	Quantos minutos por vez? (B)
34.1	<input type="checkbox"/> Corrida		
34.2	<input type="checkbox"/> Caminhada		
34.3	<input type="checkbox"/> Futebol		
34.4	<input type="checkbox"/> Voleibol		
34.5	<input type="checkbox"/> Basquete		
34.6	<input type="checkbox"/> Natação		
34.7	<input type="checkbox"/> Andar de bicicleta		
34.8	<input type="checkbox"/> Ginástica localizada		
34.9	<input type="checkbox"/> Ginástica aeróbica		
34.10	<input type="checkbox"/> Handebol		
34.11	<input type="checkbox"/> Dança (excluída a que você exerce nesta instituição)		
34.12	<input type="checkbox"/> Musculação		
34.13	<input type="checkbox"/> Lutas (capoeira, judô, Karatê, etc.)		
34.14	<input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____		

35. Em geral, qual a renda mensal total da sua família, incluindo salários, aposentadorias, pensões e outras fontes de renda. R\$ _____

36. Quantas pessoas são sustentadas com esta renda? _____ pessoas.

37. Com quem você mora?

- 1 Sozinho(a)
 2 Com os pais
 3 Companheira(o)
 4 Outro. Quem? _____

38. Qual seu estado civil?

- 1 Solteiro(a)
 2 Casado(a)/União estável
 3 Separado(a)/Divorciado(a)
 4 Viúvo(a)

39. Você tem filhos?

- 1 Sim 39.1 Quantos? _____ 39.2 Qual a idade deles? _____
 2 Não

40. Você estuda?

- 1 Sim
2 Não (Se respondeu Não, pular para 42)

41. Em que curso e série se encontra? _____

42. Qual o seu grau de escolaridade?

- 1 Ensino médio* completo 4 Pós-graduação incompleta
2 Ensino superior incompleto 5 Pós-graduação completa
3 Ensino superior completo

*Médio (antigo 2º grau)

43. Qual o peso, a altura e a idade dos seus familiares?

FAMILIAR	SEXO	Peso (Kg)	Estatura (m)	Idade (anos)	Você o (a) considera com o peso:
43.1 Mãe	-----				()Abaixo do normal ()Normal ()Acima do normal
43.2 Pai	-----				()Abaixo do normal ()Normal ()Acima do normal
43.3 Irmão (ã)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				()Abaixo do normal ()Normal ()Acima do normal
43.4 Irmão (ã)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				()Abaixo do normal ()Normal ()Acima do normal
43.5 Irmão (ã)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				()Abaixo do normal ()Normal ()Acima do normal
43.6 Irmão (ã)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				()Abaixo do normal ()Normal ()Acima do normal
43.7 Irmão (ã)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				()Abaixo do normal ()Normal ()Acima do normal
43.8 Irmão (ã)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				()Abaixo do normal ()Normal ()Acima do normal

V- Informações sobre saúde

44. Você usa ou já usou medicamentos para perder peso? (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1 Sim, por conta própria.
2 Sim, com orientação de um profissional.
3 Não.

45. Você usa ou já usou medicamentos para ganhar peso? (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

- 1 Sim, por conta própria.
2 Sim, com orientação de um profissional.
3 Não.

46. Você está usando algum medicamento (por qualquer motivo)?

- 1 Sim 46.1 Qual(is)? _____
2 Não

47. Você utiliza algum tipo de suplemento alimentar (vitaminas, minerais, shakes, aminoácidos, etc.)?

- 1 Sim 47.1 Qual(is)? _____
2 Não

48. Com que idade você teve sua primeira menstruação? _____ (SÓ PARA AS MULHERES, HOMENS PULAR PARA A 53)

49. Quando foi sua última menstruação?

- 1 Entre 1 e 30 dias atrás
 2 Entre 1 e 3 meses atrás
 3 Entre 3 e 5 meses atrás
 4 Há mais de 5 meses

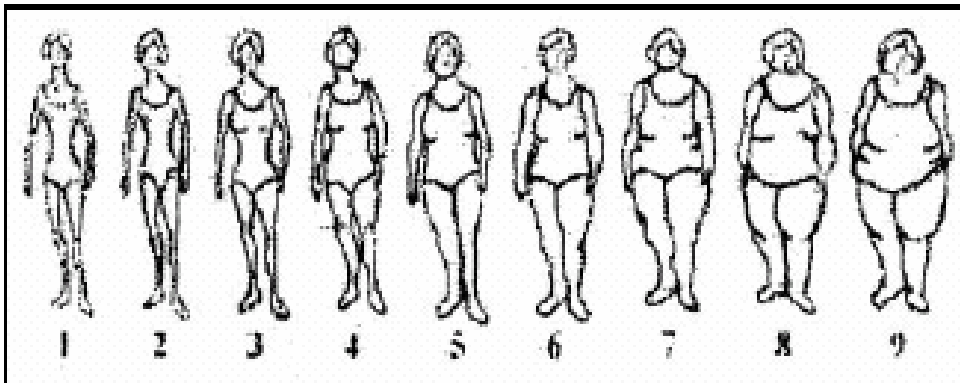
50. Você faz uso de anticoncepcional oral?

- 1 Sim 2 Não

51. Você está amamentando?

- 1 Sim 2 Não

52. Por favor, observe as silhuetas abaixo:



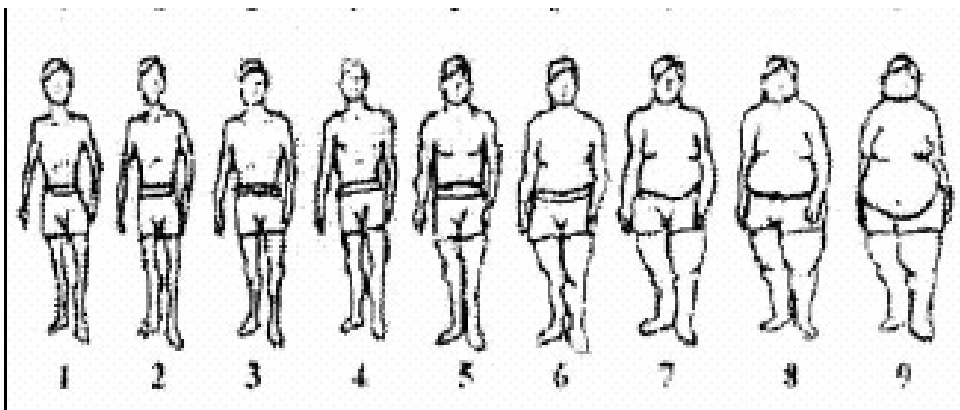
Agora responda (escolher apenas um número para cada item),

52.1 Qual destas silhuetas melhor representa sua aparência usual? _____

52.2 Qual destas silhuetas melhor representa a aparência que você gostaria de ter? _____

52.3 Qual destas silhuetas você considera mais saudável? _____

53. Por favor, observe as silhuetas abaixo (SÓ PARA OS HOMENS):



Agora responda (escolher apenas um número para cada item),

53.1 Qual destas silhuetas melhor representa sua aparência usual? _____

53.2 Qual destas silhuetas melhor representa a aparência que você gostaria de ter? _____

53.3 Qual destas silhuetas você considera mais saudável? _____

ANEXO III - Eating Attitudes Test (EAT)

NOME: _____ Id: _____ (não preencher) DATA: ___/___/___

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

ANEXO IV - Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE)

NOME: _____ Id: _____ (não preencher) DATA: ___/___/___

Considerando os últimos 3 meses...

1. Você tem um padrão de alimentação diário regular? () sim () não
2. Você segue uma dieta rígida? () sim () não
3. Você se sente fracassado(a) quando quebra sua dieta uma vez? () sim () não
4. Você conta as calorias de tudo que come, mesmo quando não está de dieta? () sim () não
5. Você já jejuou por um dia inteiro? () sim () não
6. Se já jejuou, qual a frequência? () dias alternados () 2 a 3 vezes por semana () 1 vez por semana () de vez em quando () somente 1 vez
7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso? Marque com X a opção que é a sua realidade.

	Nunca	De vez em quando	1X/semana	2 a 3X/semana	diariamente	2 a 3X/dia	5 ou mais X/dia
Tomar comprimidos	()	()	()	()	()	()	()
Tomar diuréticos	()	()	()	()	()	()	()
Tomar laxantes	()	()	()	()	()	()	()
Vômitos	()	()	()	()	()	()	()

8. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida? () sim () não
9. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida? () sim () não
10. Você come sem parar até ser obrigado(a) a parar por sentir-se mal fisicamente? () sim () não
11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida? () sim () não
12. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando está sozinho(a)? () sim () não
13. Você sempre pode parar de comer quando quer? () sim () não
14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar? () sim () não
15. Quando você se sente ansioso(a), tende a comer muito? () sim () não
16. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora? () sim () não
17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)? () sim () não
18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares? () sim () não
19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come? () sim () não
20. Você se volta para a comida para avaliar algum tipo de desconforto? () sim () não
21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição? () sim () não
22. Você engana os outros sobre quanto come? () sim () não
23. O quanto você come é determinado pela fome que sente? () sim () não
24. Você já teve episódios exagerados de alimentação? () sim () não
25. Se sim, esses episódios deixaram você se sentindo mal? () sim () não
26. Se você tem esses episódios, eles ocorrem só quando está sozinho(a)? () sim () não
27. Se você tem esses episódios, qual a frequência?
 - () quase nunca () uma vez por mês
 - () uma vez por semana () 2 a 3 vezes por semana
 - () Diariamente () 2 a 3 vezes por dia
28. Você iria até as últimas conseqüências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?()sim() não
29. Se você come demais, você se sente muito culpado(a)? () sim () não
30. Você já comeu escondido(a)? () sim () não
31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais? () sim () não
32. Você se considera alguém que come compulsivamente? () sim () não
33. Seu peso flutua mais que 2,5 Kg em uma semana? () sim () não

ANEXO V
APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
NUCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER 12/2005

PROCESSO Nº. 39/2005

Projeto de pesquisa: **"TRANSTORNOS ALIMENTARES EM BAILARINAS PROFISSIONAIS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO"**

Pesquisador: GLÓRIA VALÉRIA DA VEIGA

O Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolveu APROVAR o presente projeto.

Informamos que o CEP está a disposição do pesquisador para quaisquer esclarecimento ou orientação que se façam necessários no decorrer da pesquisa.

Lembramos que o pesquisador deverá apresentar relatório da pesquisa no prazo de um ano a partir desta data.

Cidade Universitária, 04 de abril de 2006.

Marisa Palácios
Coordenadora CEP/NESC

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)