

FERNANDA BROTO FOLLADOR

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E IMAGEM CORPORAL EM GINASTAS
RÍTMICAS JUVENIS**

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do Curso de Bacharel em Educação Física, do Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.

ORIENTADORA Ms. PAULA GRACIA

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais Aires e Vera, que me trouxeram com todo o amor e carinho a este mundo, dedicaram, cuidaram e doaram incondicionalmente seu sangue e suor em forma de amor e trabalho por mim, despertando e alimentando em minha personalidade, ainda na infância, a sede pelo conhecimento e a importância deste em minha vida.

Ao meu irmão Guilherme, que sempre me apoiou e esteve ao meu lado.

Ao meu namorado Rodrigo, pelo amor incondicional, companheirismo e apoio nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

À Deus que sempre iluminou meus caminhos e me deu forças para ultrapassar todos os obstáculos.

À Universidade Federal do Paraná e a todos os professores do Departamento de Educação Física, que me apoiaram para o meu crescimento e minha formação acadêmica.

À orientadora Paula Gracia Koppe, Ms, pela valiosa orientação, apoio e incentivo, os quais foram indispensáveis para a realização deste trabalho.

À professora Joice Stefanello pelas incansáveis correções deste trabalho, a fim de que tudo fosse realizado da melhor maneira possível

À todos os meus amigos e colegas que me acompanharam nesta jornada.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	v
LISTA DE GRÁFICOS	vi
LISTA DE ANEXOS	vii
RESUMO	viii
RESUMEN.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 OBJETIVOS.....	4
1.1.1 Objetivos Gerais	4
1.1.2 Objetivos Específicos.....	4
1.1.3 Questões Norteadoras	4
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	5
2.1 GINÁSTICA RÍTMICA.....	5
2.1.1 Evolução histórica	5
2.1.2 Características da ginástica rítmica	7
2.1.3 Treinamento desportivo aplicado à ginástica rítmica	9
2.2 CORPO E MODERNIDADE.....	10
2.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES	14
2.3.1 Anorexia nervosa	15
2.3.1 Bulimia nervosa	17
2.3.1 Etiologia dos transtornos alimentares	19
2.4 IMAGEM CORPORAL	21
2.5 TRANSTORNOS ALIMENTARES EM GINASTAS RÍTMICAS.....	22
3 METODOLOGIA	25
3.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO	25
3.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS	25
3.2.1 Antropometria	25
3.2.2 Comportamento alimentar de risco	26
3.2.3 Percepção da imagem corporal	28
3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
4 RESULTADOS.....	30
5 DISCUSSÃO.....	37
REFERÊNCIAS	40

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Caracterização da amostra.....	30
TABELA 02: Resultados da Avaliação do BSQ, EAT 26 e BITE	31
TABELA 03: Respostas sugestivas de comportamento característicos de TCAs	32

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Relação linear e significativa entre o BSQ e o EAT	33
GRÁFICO 02: Relação linear e significativa entre o BSQ e o BITE	34
GRÁFICO 03: Relação linear e significativa entre o IMC e o BSQ	34
GRÁFICO 04: Relação linear e significativa entre o IMC e o EAT	35
GRÁFICO 05: Relação linear e significativa entre o IMC e o BITE	36
GRÁFICO 06: Comparação entre o resultado do BITE de acordo com o IMC das atletas	36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	47
ANEXO II – Eating Attitudes Test.....	49
ANEXO III – Bulimic Investigatory Test Edinburgh.....	51
ANEXO IV – Body Shape Questionnaire.....	55

RESUMO

O ambiente esportivo, em especial a Ginástica Rítmica, pode ser um meio ampliador de pressões socioculturais, motivadas pelo ideal de corpo magro. O presente estudo teve por objetivo investigar padrões de comportamento alimentar inadequado e possíveis distorções da auto-imagem corporal de atletas juvenis de Ginástica Rítmica. Foram avaliadas 14 atletas de alto nível deste esporte ($13,1 \pm 0,8$ anos), pertencentes a dois centros de treinamento da cidade de Curitiba, Paraná. A avaliação de atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação e o controle de peso foram realizados pelo Eating Attitudes Test (EAT-26), a existência de comportamentos sugestivos de bulimia nervosa pelo Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) e o grau de insatisfação com a imagem corporal pelo Body Shape Questionnaire (BSQ). Esses são instrumentos de auto-avaliação e foram usados na versão em português. As atletas apresentaram uma massa corporal total de $46,5 \pm 7,12$ Kg, uma estatura de $1,54 \pm 0,67$ m, um percentual de gordura corporal (%) $17,8 \pm 3,64$ e um índice de massa corporal (IMC) de $19,3 \pm 1,6$ Kg/m². O BSQ apontou que 57% das atletas apresentam distorção da imagem corporal, mesmo estando com valores para gordura corporal dentro dos padrões esperados para idade e sexo. O BITE apontou 28,5% das ginastas com padrão alimentar não usual na escala de sintomas, sem apresentar, no entanto, resultado clínico significativo para bulimia nervosa. O EAT-26 apontou 78,5% de resultados positivos para atividades patológicas que contribuem para o desenvolvimento de anorexia nervosa. A presente investigação também revelou uma correlação significativa entre os testes BSQ, EAT-26 e BITE, além de uma relação destes testes com o IMC das ginastas. Os resultados encontrados na análise sugerem a presença de sintomas que não caracterizam, precisamente, a bulimia ou a anorexia nervosa, mas ressaltam a necessidade de avaliação e vigilância mais criteriosa da existência de TCAs e seus precursores no ambiente da Ginástica Rítmica, como forma de prevenção.

Palavras-chave: Transtorno do comportamento alimentar, distorção da imagem corporal, ginástica rítmica.

RESUMEN

El Ambiente deportivo, en especial la Gimnasia Rítmica, puede ser un medio amplificador de presiones socioculturales, motivadas por el ideal del cuerpo magro. El presente estudio tuvo por objetivo investigar padrones de comportamiento alimentario inadecuado y posibles distorsiones de la imagen corporal de atletas juveniles de Gimnasia Rítmica. Fueron evaluadas 14 atletas de alto nivel de este deporte ($13,1 \pm 0,8$ años), pertenecientes a dos centros de entrenamiento de la ciudad de Curitiba, Paraná. La evaluación de actitudes y comportamientos relacionados con la nutrición y el control del peso fue desarrollada bajo el Eating Attitudes Test (Test de Actitudes Nutricionales, EAT-26), la existencia de los comportamientos indicadores de bulimia nerviosa, a través del Bulimic Investigatory Test Edinburgh (Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo – BITE) y el grado de insatisfacción con la imagen corporal por el médio del test Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Forma Corporal, BSQ), que son instrumentos de autoevaluación, utilizados, en este caso, en una versión de lengua portuguesa. Las atletas presentaron una masa corporal total de $46,5 \pm 7,12$ Kg, una estatura de $1,54 \pm 0,67$ m, un porcentual de grasa corporal (%G) $17,8 \pm 3,64$ y um índice de masa corporal (IMC) de $19,3 \pm 1,6$ Kg/m². El test BSQ apuntó que 57% de las atletas presenta distorción de la imagen corporal, mismo estando com valores para grasa corporal dentro de los padrones esperados para la edad y el sexo. El test BITE apuntó 28,5% de las gimnastas com um padron alimentario no usual em la escala de sintomas, sin presentar, todavia, resultado clínico significativo para bulimia nerviosa. El test EAT-26 apuntó 78,5% de resultados positivos para actividades patológicas, que contribuyen para el desarrollo de anorexia nerviosa. La presente investigación también reveló una significativa correlación entre los tests BSQ, EAT-26 e BITE, así como una relación de estos tests com el IMC de las gimnastas. Los resultados encontrados em la análisis sugieren la presencia de sintomas que no caracterizan, precisamente, una bulimia o anorexia nerviosa, pero indican la necesidad de una evaluación y una vigilancia más criteriosa de la existencia de TCAs y de sus precursores em el ambiente de la Gimnasia Rítmica, como forma de prevención.

Palabras clave: Transtorno del comportamiento alimentario, distorción de la imagen corporal, gimnasia rítmica.

1. INTRODUÇÃO

A Ginástica Rítmica, como modalidade esportiva essencialmente feminina que se fundamenta na expressividade artística, encanta pelo fato de aliar a arte potencial do movimento expressivo do corpo, à técnica da utilização de aparelhos a ela característicos, com a interpretação de uma música. É um esporte completo, que motiva pela competição e desejo de chegar à perfeição (MOLINARI, 2001). Visa desenvolver o corpo em sua totalidade, exigindo de cada movimento, um alto grau de habilidade atlética. Uma ginasta rítmica deve possuir concomitantemente diversas habilidades como força, energia, flexibilidade, agilidade, destreza e resistência, fundamentais ao aprimoramento do virtuosismo técnico e à harmonia do movimento (VIEBIG *et al.*, 2006).

As ginastas de competição são selecionadas através de determinadas características corporais, como: ombros baixos e estreitos, abdômen e pélvis estreitos, coluna reta e membros inferiores mais longos que os membros superiores, e submetidas a planos alimentares especiais, de forma a evitar qualquer aumento de peso (SILVA *et al.*, s.d.). Considerando que o peso corporal influencia substancialmente a resistência e os índices de força, as ginastas revelam-se “elegantes”, uma vez que retratam um biotipo longilíneo e de reduzido peso corporal (WEIMANN, 2000). Jastrjemskaia e Titov (1999) ressaltam ainda que as ginastas têm que apresentar um corpo atlético, tornando muito importante a manutenção de um peso corporal atrativo. Para estas ginastas, a manutenção do reduzido peso corporal e de uma reduzida porcentagem de massa gorda, torna-se crucial para o sucesso neste desporto (BORGEN; OSEID, 1990)

Dessa forma, a supervalorização da estética e do baixo peso corporal, fundamentais para a formação de atletas de elite, se tornam poderosos elementos de pressões sociais pela busca do peso ideal e principalmente pressões associadas à busca de elevadas performances na Ginástica Rítmica (JOHNSON, 1994).

Na medida em que o esporte consiste numa subcultura que possivelmente amplifica as pressões socioculturais para a magreza (STRIEGLE-MOORE *et al.*,

1986), as atletas são mais suscetíveis de sofrer desordens alimentares que não atletas (SUNDGOT-BORGEN, 1994).

As ginastas rítmicas, por exemplo, que são submetidas a uma supervalorização da estética e a manutenção diária do peso corporal, delimitada pela estreita relação entre imagem corporal e desempenho físico, estão particularmente vulneráveis à instalação de transtornos alimentares compulsivos (OLIVEIRA *et al.*, 2003). Quando adolescentes, momento em que as preocupações com o corpo se intensificam ainda mais pelas alterações fisiológicas e psicológicas inerentes a esta fase puberal, maiores as chances de desenvolvimento de sentimentos de inferioridade e desajuste relativamente ao seu corpo (VASCONCELOS, 1995).

Os transtornos alimentares compulsivos compreendem a anorexia, caracterizada por grande restrição alimentar auto-imposta a fim de obter perda exagerada de peso e a bulimia nervosa, que apresenta como principal característica episódios de ingestão alimentar incontrolável, seguidos por algum tipo de purgação, causando danos importantes à saúde e ao desempenho atlético (McLEAN *et al.*, 2001; COBB *et al.*, 2003).

“A maioria das atletas que querem perder peso, não apresentam conhecimentos suficientes sobre nutrição e métodos apropriados de controle ponderal e não seguem uma orientação ou supervisão [...]” (VILARDI *et al.*, 2001, p. 63). Uma pesquisa realizada por Rosen e Hough (1988), verificou que a maioria dos treinadores estabeleciam medidas de controle de peso para as suas atletas, mesmo sabendo muito pouco sobre nutrição e sua relação com o rendimento. Observou-se, ainda, que 75% das ginastas que foram advertidas por seus treinadores para perderem peso, apresentaram comportamento patológico de controle de peso corporal. Da mesma forma, Loosli *et al.* (1986), em um estudo realizado com ginastas adolescentes, caracteriza como inadequados os conhecimentos nutricionais por parte das ginastas.

Sendo assim, o conhecimento sobre uma alimentação adequada, que deve incluir tanto os treinadores, quanto as próprias ginastas, é fundamental para a manutenção da saúde e para um ótimo desempenho esportivo. A alimentação

balanceada aliada à atividade física pode otimizar o potencial energético de crescimento e desenvolvimento (JUSWIAK *et al.*, 2000).

Um outro aspecto que deve ser levado em consideração está no fato de como a ginasta percebe a sua imagem corporal, pois as atletas decidem perder ou ganhar peso, consoante a percepção deste (DAVIS, 1997). Dessa forma, é necessário que a ginasta conheça as dimensões do próprio corpo, evitando que ela garanta hábitos alimentares levando-se em consideração o grau de preocupação que a atleta sente com a forma de seu corpo, o que pode gerar uma autodepreciação devida à aparência física e à sensação de estar gorda, sem que a ginasta esteja, de fato, fora dos padrões de magreza impostos pelo esporte em questão (COOPER *et al.*, 1987).

A população de modo geral e, em especial o seguimento focado no presente estudo (ginastas e seus treinadores), precisam ser esclarecidos quanto aos comportamentos de risco que precedem a instalação de transtornos alimentares compulsivos, para que possam ser diagnosticados precocemente e combatidos, impedindo-se assim, a instalação de graves quadros de transtornos alimentares compulsivos e de distorções na auto-imagem corporal. Concomitante a isso, prevenir o aparecimento de disfunções orgânicas de todas as ordens, como atraso puberal, deficiência de micronutrientes, desidratação, irregularidade menstrual, alterações ósseas e maior incidência de lesões.

Neste sentido, este estudo vem por complementar as bibliografias já existentes na área, uma vez que não são encontradas pesquisas que correlacionem a Ginástica Rítmica com o consumo alimentar das atletas, a propensão para o desenvolvimento de transtornos alimentares e a alteração da percepção corporal.

No âmbito dessa investigação, a exigência corporal de ideal magro aumenta a prevalência para o desenvolvimento de transtornos alimentares compulsivos e da insatisfação com a imagem corporal entre as atletas em fase puberal da Ginástica Rítmica competitiva da cidade de Curitiba?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Investigar padrões de comportamento alimentar inadequados e possíveis distorções de auto-imagem corporal entre atletas juvenis da Ginástica Rítmica competitiva.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar atitudes e comportamentos alimentares relacionados ao desenvolvimento de distúrbios alimentares de jovens praticantes de GR.

Identificar o grau de satisfação com a imagem corporal de jovens praticantes de GR.

Analisar as características de composição corporal de jovens praticantes de Ginástica Rítmica.

1.1.3 Questões Norteadoras

01: O padrão de magreza adotado pela Ginástica Rítmica pode acarretar em comportamentos sugestivos de transtornos alimentares em ginastas?

02: As ginastas rítmicas acabam não se alimentando da maneira correta devido ao rigoroso controle de peso corporal?

03: O controle e a disciplina corporal intensa podem estar relacionados com auto-imagem corporal distorcida e comportamento alimentar de risco?

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A GINÁSTICA RÍTMICA

2.1.1 Evolução Histórica

“Como sugere o próprio nome, a Ginástica Rítmica tem suas raízes nos estudos sobre o ritmo como fonte geradora de movimentos corporais“ (LAFFRANCHI, 2001, p. 5). Busca-se ainda, sobre a origem ideológica desta modalidade, no ballet e na ginástica natural, sendo que esta última torna-se ponto de partida para os estudos de Jean-Jacques Rousseau (LLOBET, 1998).

A teoria de Rousseau acerca do princípio da atividade física associada ao ritmo tem como pressuposto o desenvolvimento técnico e prático da ginástica para a educação infantil (LAFFRANCHI, 2001). Juntamente com Rousseau, outros filósofos da época, como Basedow, Salzman, Pestalozzi, Guts Muths, entre outros do momento, seguiram a mesma linha de estudo, e deram forma ao que se converteu em uma das tendências mais importante na história da Educação Física, denominada Ginástica Natural (LLOBET, 1998)

Foi por meio dos trabalhos de Guts Muths (1759-1839), considerado o “pai da ginástica”, que se obteve o desenvolvimento das atividades ginásticas relacionadas ao fortalecimento do indivíduo, e também com o objetivo de proporcionar saúde e a preparação para a guerra (LAFFRANCHI, 2001). Na opinião deste filósofo, os exercícios realizados devem resultar em uma sensação agradável ao praticante, além de desenvolver a pessoa por completo (LLOBET, 1998).

O lado artístico da Ginástica Rítmica teve suas raízes lançadas por Delsarte (1811-1871), que caracterizou o seu trabalho pela busca da expressão dos sentimentos através dos gestos corporais. Dalcroze (1865-1950), pedagogo suíço e professor de música, iniciou a prática de exercícios rítmicos como meio de desenvolvimento da sensibilidade musical através dos movimentos do corpo. Realizou diversos estudos fisiológicos dos quais concluiu a existência da íntima relação entre a harmonia dos movimentos e seu dinamismo, entre o equilíbrio e os diversos estados do sistema nervoso central, exercendo ampla influência na formação de escolas de dança e no desenvolvimento da Educação Física (LAFFRANCHI, 2001, p. 5).

Posteriormente, surge o sistema de ginástica expressiva, desenvolvido por Bode (1881-1971), aluno de Dalcroze. Apregoava que o mais importante era o fluir do movimento e seu caráter natural e integral (LAFFRANCHI, 2001). Desenvolveu-se então, um sistema cuja finalidade era demonstrar através dos movimentos, os diversos estados emocionais do indivíduo e somou-se a isto, a música, a utilização dos aparelhos com a finalidade de ornamentar a apresentação e as características. Foi Bode, considerado o criador da Ginástica Rítmica, quem estabeleceu os fundamentos básicos da mesma, os quais até hoje são considerados importantes e seguidos (MOLINARI, 2004). "Suas teorias são fundamentadas no princípio da contração e relaxamento, que é a própria essência do movimento humano e forma a unidade do ritmo corporal" (LAFFRANCHI, 2001, p. 5). Quanto ao espaço, explorou as direções e planos em todas as suas possibilidades, o que constitui a base da variação dos deslocamentos na ginástica rítmica atual. Introduziu a ginástica de expressão e o trabalho em grupos, destacando a colaboração e harmonia das participantes (MOLINARI, 2004).

Duncan (1878-1929), seguidora de Bode, adaptou o sistema à dança e o levou a antiga União Soviética e lá iniciou o ensino desta nova atividade como esporte independente e com manifestações competitivas (MOLINARI, 2004). O alemão Medau estudou os exercícios rítmicos e iniciou a introdução de aparelhos como a bola, as maçãs e o arco, dando o primeiro passo para a utilização dos aparelhos nos exercícios femininos (MOLINARI, 2004).

Em 1962 a Federação Internacional de Ginástica, fundada em 1881, reconhece a Ginástica Rítmica como um esporte independente adquirindo a denominação de Ginástica Moderna. Em 1966, outros dois aparelhos são introduzidos à prática da Ginástica, a fita e as maçãs (MOLINARI, 2004). "Mais tarde, em 1975, passa a ser denominada Ginástica Rítmica Desportiva, honrando suas raízes primárias e estabelecendo definitivamente sua característica como modalidade competitiva" (LAFFRANCHI, 2001, p. 6).

No princípio não existiam regras claramente definidas para regulamentar a pontuação do esporte, porém, com o passar dos anos e com a evolução prática desportiva, o Código de Pontuação que hoje rege o esporte, consolidou-se com o

aumento do número de regras e aperfeiçoamento do sistema de pontuação (LAFFRACHI, 2001).

A Ginástica Rítmica tornou-se um esporte olímpico oficial em 1984, somente com competições individuais. Nos Jogos Olímpicos de Atlanta, em 1996, incluiu-se as competições de conjunto (MOLINARI, 2004).

No Brasil, a atual Ginástica Rítmica teve várias denominações diferentes, tais como Ginástica Moderna, Ginástica Rítmica Moderna, etc. Todas elas, porém, tiveram um objetivo comum: caracterizar uma forma de trabalho corporal com base nos movimentos orgânicos e naturais que procurasse explorar as qualidades estéticas e rítmicas da mulher, praticada a mãos livres e aparelhos (LAFFRANCHI, 2001, p. 7).

“Esta forma renovadora de trabalho chegou ao Brasil através da professora austríaca Magareth Frohlich, que ministrou aulas em São Paulo nos anos de 1953 e 1954” (LAFFRANCHI, 2001, p. 7).

Analisando a Ginástica Rítmica desde seu início, pode-se observar a característica de buscar o útil através do belo, levando as mulheres à prática de uma atividade física que se identifica com a sua feminilidade e que traz benefícios para a sua formação integral (LAFFRANCHI, 2001).

2.1.2 Características da Ginástica Rítmica

A Ginástica Rítmica é conceituada como a busca do belo, uma explosão de talento e criatividade, em que a expressão corporal e o virtuosismo técnico se desenvolvem juntos, desenvolvendo um conjunto harmonioso de movimento e ritmo. Como desporto, a Ginástica Rítmica é uma modalidade esportiva essencialmente feminina, que requer um alto nível de aprimoramento de certas qualidades físicas, com exigências de rendimento elevadas, objetivando à perfeição técnica da execução de movimentos complexos com o corpo e com os aparelhos (LAFFRANCHI, 2001).

Caracteriza-se por substituir os movimentos mecânicos pelos orgânicos, os métricos pelos rítmicos e os de força pelos dinâmicos. A leveza, o ritmo, a fluência e a dinâmica trazem amplas possibilidades de se desenvolver a agilidade, a flexibilidade, a graça e a beleza dos movimentos (MOLINARI, 2004).

[...] Visa desenvolver o corpo em sua totalidade, fundamentada no aprimoramento dos movimentos naturais do ser humano, no aperfeiçoamento de suas capacidades psicomotoras, no desenvolvimento das qualidades físicas e do ritmo, podendo também ser considerada como uma forma de trabalho físico, artístico e expressivo (MOLINARI, 2004, p. 1).

A Ginástica Rítmica exige um alto nível de coordenação, exatidão e ambição das atletas (RÓBEVA; RANKÉLOVA, 1991). Simetria e bilateralidade são fundamentais pra o êxito, porém, sem esquecer-se do aspecto artístico, pois os aspectos físicos e técnicos podem ser suplantados por uma interpretação subjetiva quando avaliados por árbitros de Ginástica Rítmica, já que parte artística da ginástica envolve a expressividade corporal e o acompanhamento musical (MOLINARI, 2004).

“Os elementos corporais podem ser realizados em várias direções, planos, com ou sem deslocamentos, em apoio sobre um ou dois pés, coordenados com movimentos de todo o corpo” (MOLINARI, 2004, p. 3). Fazem parte dos elementos corporais obrigatórios para o esporte, andar, correr, saltar, saltitar, balancear, circunduzir, girar, equilibrar, ondular, executar pré-acrobáticos, lançar e recuperar (MOLINARI, 2004).

Existem dois tipos de competição na Ginástica Rítmica: individual, caracterizada pela participação de uma só ginasta, e conjunto, com equipes formadas por seis ginastas, sendo uma delas reserva (LOURENÇO, 1998).

Os elementos corporais são a base indispensável dos exercícios individuais e de conjunto, que devem ser aliados ao manejo de aparelhos da ginástica, que são a bola, cujo elemento específico são a flexibilidade e as ondas, a corda, que tem como característica os saltos e saltitos, as maçãs, que exige como elemento característico o equilíbrio, a fita, que tem os pivots como elemento principal, e o arco, que deve envolver todos os tipos de elementos, que entrelaçados, devem criar uma dinâmica única com tamanha fluência que se confundem, dando a impressão de serem um só (LOURENÇO, 1998).

2.1.3 Treinamento Desportivo Aplicado à Ginástica Rítmica

O treinamento desportivo é abordado como um conjunto de meios e procedimentos utilizados para se conduzir uma ginasta ao desenvolvimento pleno de suas capacidades físicas, técnicas e psicológicas, visando à máxima performance durante as competições (LAFFRANCHI, 2001).

“Este processo organizado deve ser conduzido com base em princípios científicos para garantir modificações orgânicas que influenciarão significativamente na capacidade de rendimento da ginasta” (LAFFRANCHI, 2001, p. 11).

Determina-se a forma física, a técnica e a psicológica com a máxima eficiência que uma ginasta ou conjunto podem adquirir, através da performance. Por outro lado, esta performance está associada à capacidade individual de absorver o treinamento aplicado à Ginástica Rítmica, como também a condição inata da ginasta de possuir uma predisposição genética para tal. Para formar campeãs nesse esporte, é necessário que a ginasta possua corpo, mente e aptidões psicomotoras essenciais para a prática do esporte. Assim, grandes performances só serão alcançadas quando se aliar o treinamento mais completo e eficiente ao indivíduo mais adequado (LAFFRANCHI, 2001).

[...] O treinamento desportivo aplicado à Ginástica Rítmica, envolve inúmeros fatores e múltiplas situações de trabalho que são desenvolvidos com base no relacionamento humano. Trata-se então, de realizar um árduo trabalho em que as emoções humanas e as relações interpessoais estão sendo resolvidas de forma absolutamente decisivas. Como em todo trabalho em grupo, deve-se constantemente zelar pela harmonia e respeito entre as partes envolvidas e cabe ao técnico oferecer esta base sólida de relacionamento, pois ele é visto como um centro de referência para as suas ginastas (LAFFRANCHI, 2001, p. 11).

O treinamento objetiva a obtenção do maior rendimento possível, sendo importante identificar e mobilizar o potencial de cada indivíduo para propiciar o seu aprimoramento. E para obter o alto nível da performance, a ginasta deve se submeter a cargas elevadas de treinamento, por meio de um trabalho disciplinado em que a prática do esporte passa a fazer parte do seu estilo de vida (LAFFRANCHI, 2001).

Os objetivos do treinamento vão além das vitórias em competições, pois não se trabalha somente com uma máquina de formar campeãs, formam-se, na realidade, pessoas mais saudáveis física e mentalmente. Então, passa-se a trabalhar sob a perspectiva de mais três objetivos, os psicomotores, que visam ao desenvolvimento dos fatores condicionantes da performance, como as qualidades físicas e a maestria técnica da execução dos elementos corporais e dos aparelhos, os cognitivos, que visam proporcionar a aprendizagem dos conteúdos de ordem técnica e tática do desporto, e os afetivos, que envolvem o desenvolvimento dos fatores emocionais da ginasta que são determinantes de uma ótima performance (LAFFRANCHI, 2001).

2.2 CORPO E MODERNIDADE

O corpo é um objeto privilegiado para se entender as conexões presentes entre a ordem social e a biológica, expressando as relações existentes entre o indivíduo e a sociedade. O corpo pode, deste modo, desempenhar diferentes funções, variando de acordo com a cultura (VASCONCELOS *et al*, 2004).

A construção dos sentidos e significados atribuídos ao corpo, na sociedade contemporânea, não se assemelha aos mesmos sentidos que apresentavam em épocas anteriores. Assim, para compreender como as atitudes e simbolismos em relação ao corpo foram desenvolvidos se faz necessária uma breve volta histórica. Pensar o corpo na atualidade, nos remete à estética corporal, estética aqui utilizada como um termo repleto de percepções específicas, oriundas de informações que possuem, no corpo e rosto humanos, objetos privilegiados deste tipo de percepção (NAHOUM-GRAPPE, 1991).

Os cânones da beleza feminina e o ideal de mulher sofreram transformações, desde o final da Idade Média, até o termo da Idade Moderna. (VASCONCELOS *et al*, 2004). “De esbelta à roliça e de natural à pintada, a silhueta e os rostos femininos foram correspondendo às diferentes condições de dieta, de estatuto e riquezas, dando origem a novos padrões de aparência e gosto, a novos ideais de beleza e de erotismo” (GRIECO, 1991, p. 81).

No período do Renascimento, ao contrário da Idade Média, a beleza feminina ganha um novo valor. Agora esta é reconhecida como um reflexo, um sinal exterior e visível de uma bondade interior e invisível. A beleza física deve ser agora exteriorizada, não simbolizando mais um trunfo perigoso, mas antes um atributo necessário como preditor de caráter moral e social. Passou a ser fundamental ter como atributo a beleza, que passa a ser uma obrigação, pois a fealdade era agora um indicador claro de inferioridade social (VASCONCELOS *et al.*, 2004, p. 70).

O corpo representava um espelho íntimo de cada pessoa e que deveria ficar à mostra para todos. “A beleza seguia um determinado modelo, e as mulheres entregavam-se a grandes cuidados e despesas, para que sua aparência se adequasse aos padrões, que se mantiveram praticamente inalterados no primeiros tempos da Idade Moderna” (GRIECO, 1991, p. 85).

Segundo Grieco (1991), as mudanças começam a surgir principalmente na questão da higiene física e aparência pessoal, já no século XVI, quando então passam a dar maiores vistosidades às partes do corpo que se apresentavam descobertas, como o rosto, as mãos. A literatura da época já apontava para uma preocupação com a aparência e a forma física.

Na Europa do século XVI, a relação do indivíduo com o corpo era caracterizada por um certo puritanismo e vergonha, em relação a sua aparência e sexualidade, ao mesmo tempo em que há um “culto da beleza” e uma redescoberta do nu, influenciado pelo renascimento italiano, há uma preferência pela perfeição física e espiritual. Neste período, o ideal de beleza física feminina é um corpo mais roliço, de ancas largas e seios grandes, opondo-se ao ideal feminino da época medieval, caracterizado por um corpo estreito de ancas e de seios pequenos. No século XVI, a beleza feminina deveria, portanto, condizer com um modelo que era imposto, na maioria das vezes, pelos homens, que impunham assim de maneira implícita os seus critérios de beleza, e que continuou a impor nos séculos seguintes (GRIECO, 1991).

Tal padrão de corpo irá prevalecer até finais do século XVIII, quando ocorre, então, uma mudança do padrão de estética física, aliada a uma mudança nos hábitos alimentares. Nos séculos XVI e XVII, a culinária europeia é marcada por uso nas preparações de manteiga, da nata e dos doces. A gordura, enquanto alimento e enquanto constituinte do corpo, era até então percebida como algo

saudável, uma característica atribuída aos ricos, enquanto a magreza, ao contrário, era um sinal de falta de saúde, de pouca beleza e principalmente sinal de pobreza (GRIECO, 1991).

Porém, no século XVIII, o que ocorre é uma mudança na percepção da gordura, seja nos ingredientes e preparações ou como componente do corpo. O que se registra é uma mudança na estética feminina, um gosto pré-romântico pela graça e pela simplicidade, explicitada principalmente por uma figura esguia e lânguida, que simbolizava uma delicadeza de sentimentos e uma sensibilidade expressos pela sua fisionomia que, deste modo, ditaram o tom para o padrão de beleza feminina no início do século XIX e ao conceito romântico e feminilidades (GRIECO, 1991).

No século XIX, há uma definição do campo político, a sociedade civil se apresenta com uma consistência particular, há agora uma distinção entre público e privado, há uma tentativa de estabelecer uma equivalência entre as esferas e os sexos (VASCONCELOS *et al.*, 2004).

No início do século XX, o estatuto do corpo continuava a depender do meio social. Os trabalhadores valorizavam a força física, o vigor e a resistência, portanto, a aparência física tinha uma representação social importante, porém, não se mostrava o corpo. No entreguerra (1918-1938), dá-se início à exposição do corpo. Este período representa para a burguesia uma época de liberação do corpo onde é travada uma outra relação entre o físico e as roupas. Não há mais visível relação ao vestuário feminino. Sem as cintas e corpetes, entram em cena as calcinhas e sutiãs. As roupas se encurtam, as pernas são valorizadas pelas meias (VASCONCELOS *et al.*, 2004, p. 73).

A dietética começa então a despontar como um elemento chave para se obter ou manter a forma desejada. Muitos alimentos são então abolidos dos cardápios, pois são apontados como causadores de males à saúde e à forma física. Os produtos dietéticos passam a desempenhar papel principal no esforço para a manutenção de um corpo esguio, sem barriga. Era necessário estar atento aos sinais do corpo (VINCENT, 1987).

Assim, a magreza torna-se em um ideal feminino moderno. Passa a ser representada e glorificada como um sinal externo de sucesso. As mulheres de todo o mundo ocidental passam a ter uma obsessão por uma imagem corporal de ideal magro (HIGONNET, 1991).

Segundo Araújo (1997, p. 75), " é possível localizarmos nas representações do corpo, transformações devido a mudanças culturais. Portanto, as mudanças que ocorrem na sociedade têm conseqüências diretas na forma como as pessoas percebem seu corpo."

O processo de valorização do corpo através dos tempos acompanha de certa forma, a valorização/ desvalorização da imagem de uma época para outra. Atualmente as sociedades ocidentais estão vivendo sob o ideal da magreza e da boa forma física. Este padrão vem se impondo especialmente para as mulheres, nas quais a aparência física representa uma importante medida de valor pessoal (VILLAÇA; GÓES, 1998; MORGAN; AZEVEDO, 1998).

Em razão da moda, de uma imagem cultural mediada pelos interesses de uma classe dominante, que estabelece qual é o corpo bonito, qual o corpo feio, o corpo está sendo emoldurado conforme os esquemas culturais de beleza, em função de criar corpos esculpivamente maravilhosos, que a sociedade competitiva na qual vivemos, aprova. Este ideal de corpo imposto pela nossa sociedade e veiculado pela mídia leva as pessoas, em especial as mulheres, a uma insatisfação crônica com seus corpos (ARAÚJO, 1997; ANDRADE; BOSI, 2003).

Hoje em dia observamos um processo de construção da imagem caquética feminina materializada nas manequins que, a partir da década de 60 até os tempos atuais, vêm assumindo medidas cada vez menores. Este culto ao corpo magro está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social (ANDRADE; BOSI, 2003).

Atualmente os discursos sobre o corpo falam do corpo saudável, do corpo liberado, do corpo bonito. Na verdade, há uma avalanche de propagandas que oferecem receitas para se obter o corpo almejado, induzindo as pessoas a certas práticas corporais e estabelecendo um padrão hegemônico do que seria o corpo saudável e de aparência bonita (ARAÚJO, 1997)

Portanto, a representação social que a mulher tem do seu corpo, está diretamente relacionada com o momento histórico em que ela está vivendo. A sociedade competitiva em que vivemos nega a função biológica do corpo e, embora tenha um discurso de modernidade, e maior liberdade de expressão para o corpo, investindo-se de sexualidade, trata esse corpo como objeto de consumo e de lucro, transformando-o em propriedade privada, destruindo os sentidos

eróticos do corpo e os substituindo pela relação de posse (ARAÚJO, 1997, p. 81).

O atual padrão de corpo imposto pela sociedade está contribuindo com o aumento das doenças narcísicas, pois o corpo passa a ser o canteiro de rituais obsessivos que levam os indivíduos a negarem suas necessidades básicas, praticando dietas restritivas, jejuns prolongados e rígidos controles sobre a dieta alimentar. Esta busca desesperada pelo corpo ideal, faz com que o mesmo, seja tratado como um objeto (ANDRADE; BOSI, 2003).

2.3 TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares são freqüentemente considerados quadros clínicos ligados à modernidade. "São caracterizados por comportamento alimentar anormal e distorções cognitivas relacionadas com alimentação e peso, que resultam em efeitos adversos no estado nutricional, complicações clínicas e prejuízos à saúde. Constituem síndromes comportamentais, cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São descritos como transtornos e não como doenças por terem etiopatogenia desconhecida. As duas principais entidades nosológicas são: anorexia nervosa e bulimia nervosa" (SAITO; FAGUNDES, 2004, p. 1-2).

De um modo geral, o pensamento falho e doentio das pessoas portadoras dessas patologias se caracteriza por uma obsessão pela perfeição do corpo. Na realidade, trata-se de uma "epidemia de culto ao corpo". Essa "epidemia" se multiplica numa população patologicamente preocupada com a perfeição do corpo e que está sendo afetada por alterações psíquicas caracterizadas por distúrbios na representação pessoal do esquema corporal (BALLONE, 2005, p. 1).

Tanto na anorexia, quanto na bulimia, a baixa auto-estima e a insatisfação com a imagem corporal são fatores de risco, levando a um indevido julgamento de si mesmo baseado na forma física, cuja avaliação encontra-se comprometida por uma distorção da percepção da auto-imagem, debilitada por práticas inadequadas de controle de peso e comportamentos alimentares anormais (ANDRADE; BOSI, 2003).

2.3.1 Anorexia Nervosa

O termo *anorexia* deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (ausência, privação) (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

A Anorexia Nervosa é uma síndrome psicossomática que se caracteriza pelo medo exacerbado de engordar, levando à redução voluntária e drástica da ingestão alimentar com perda progressiva e desejada de peso corporal, caquexia, inanição e, não raro, à morte, tendo como manifestações físicas: amenorréia, hiperatividade, bulimia, bradicardia, vômitos e lanugo (NUNES *et al.*, 1998).

Compreende-se também, numa perspectiva mais ampla, a perversa relação de expressivas alterações somáticas, como acentuada perda ponderal e amenorréia, com uma série de desconcertante de distúrbios psicológicos como ansiedade, depressão, fobias, compulsões, preocupação obsessiva e atitudes de repulsa em relação aos alimentos e à função de comer, percepção distorcida da imagem e sensações corporais como fome, fadiga e tamanho do corpo, além de um precário sentido de autonomia e deficiência pessoal (CRISP *et al.*, 1976; MONTEIRO *et al.*, 1990).

Segundo o atual sistema classificatório para transtornos mentais (DMS-IV, 1995, p. 511), “o indivíduo com anorexia nervosa mantém um peso corporal abaixo de um nível normal mínimo para sua idade e altura” (Critério A). Essa classificação oferece uma orientação para determinar quando um indivíduo alcança o limiar para um peso abaixo do esperado. Ela sugere que o indivíduo pese menos que 85% do peso considerado normal para sua idade e altura. Uma orientação alternativa e algo mais rígido (usada nos Critérios de Diagnóstico para pesquisas da CID-10), exige que o indivíduo tenha um índice de massa corporal (IMC) igual ou inferior a $17,5\text{kg/m}^2$.

Existem dois tipos de apresentação clínica da doença: primeiro as pacientes apenas empregam comportamentos restritivos associados à dieta (tipo restritivo), no outro grupo (tipo purgativo) ocorrem episódios de compulsão alimentar e/ou comportamentos mais perigosos, como os vômitos auto-induzidos, o abuso de laxativos e de diuréticos (DMS-IV, 1995, p. 512-513).

É freqüente também a prática de exercícios físicos, sendo que as pacientes chegam a realizar exercícios físicos exaustivos com o objetivo de queimar calorias e perder peso. Há uma ausência completa de inquietação com sua condição física com desconhecimento dos riscos (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

A doença invariavelmente começa com um período de perda de peso resultante de uma doença física, ou de uma dieta que a paciente iniciou em razão de um excesso de peso real ou imaginário e geralmente desenvolve-se em meninas adolescentes caracterizando-se por uma procura incansável pela magreza (CÓRDAS, 1993).

Quando falamos de peso imaginário, estamos nos referindo a um dos aspectos mais intrigantes e graves da doença: a avaliação grosseiramente distorcida do seu tamanho corporal. A distorção da imagem corporal é tão impressionante que mulheres anoréxicas com 30 ou 40 quilos, ou seja, em grave estado de desnutrição, com aparência cadavérica, descrevem-se como tendo quadris enormes ou coxas muito grossas ou ainda uma barriga “indecente”. Portanto, dentro desta lógica particular, acreditam que o regime deve proceder, e passam o dia com uma dieta sem praticamente nenhum aporte calórico (CÓRDAS, 1993).

Várias complicações médicas podem surgir em decorrência da desnutrição e dos comportamentos purgativos, tais como anemia, alterações endócrinas, osteoporose e alterações hidroeletrólíticas (especialmente hipocalemia, que pode levar a arritmia cardíaca e morte súbita), dentre outras. A associação dos transtornos alimentares com outros quadros psiquiátricos é bastante freqüente, especialmente com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e/ou transtorno de personalidade, mesclando os seus sintomas com os da condição básica e complicando a evolução clínica (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000, p. 28).

Quando o estado físico agrava-se a ponto de ameaçar a vida das pacientes, a internação torna-se uma opção desesperada para realimentá-las, em geral contra a vontade. As pacientes tentam de toda maneira desviar a intenção da equipe médica. Livram-se das comidas que são obrigadas a comer quando não estão sendo observadas, fazem marchas forçadas pelos corredores do hospital e, quando proibidas de praticar atividades físicas claramente dirigidas à perda de

peso, executam dezenas de abdominais deitadas no leito para “perder a barriga” (CÓRDAS, 1993).

“Sem dúvida, poucos problemas psiquiátricos podem ser reconhecidos de maneira tão simples e clara, e ao mesmo tempo causar tamanho desconcerto e estranheza, quanto à anorexia nervosa” (CÓRDAS, 1993, p. 20).

2.3.2 Bulimia Nervosa

A Bulimia Nervosa compreende surtos de ingestão maciça e compulsiva de alimentos, seguidos de vômitos e abuso de laxantes e/ou diuréticos. As manifestações físicas da bulimia nervosa são quase sempre devidas aos surtos de ingestão rápida e compulsiva de alimentos, à repetição constante dos vômitos autoprovocados e ao uso abusivo de diuréticos e/ou laxativos. Vários distúrbios gastrintestinais, alguns deles sérios e, mesmo, potencialmente fatais, são descritos na literatura como dilatação gástrica aguda, inclusive com a possibilidade de ruptura, hipertrofia de parótidas, desgaste do esmalte dentário, esofagite, ruptura esofagiana, esvaziamento gástrico anormal e síndrome do cólon irritável (RIBEIRO *et al.*, 1998).

Atualmente os critérios diagnósticos da bulimia nervosa são alvos de vários questionamentos. Existe um consenso na literatura quanto à necessidade da presença da “compulsão alimentar” para o diagnóstico da bulimia nervosa, mas não quanto à sua definição e frequência (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). O DSM-IV (1995) descreve a compulsão com base em dois aspectos:

- 1) Ingestão em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de duas horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares e;
- 2) Sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar que ou quanto está comendo).

A primeira característica encontrada em pessoas com bulimia nervosa é a sensação de total perda de controle alimentar, ou seja, comportamento representado por uma ingestão compulsiva de grandes quantidades de alimento em um período muito curto de tempo (episódio bulímico). A segunda característica é o comportamento compensatório voltado para o controle do peso corporal (CÓRDAS, 1993).

De acordo com o DSM-IV (1995), a técnica compensatória mais comum é indução de vômito após um episódio de compulsão periódica. Este método purgativo é empregado por 80% a 90% dos indivíduos com bulimia nervosa. Os efeitos imediatos do vômito incluem alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso. Em alguns casos o vômito torna-se um objetivo em si mesmo, de modo que a pessoa come em excesso para vomitar ou vomita após ingerir uma pequena quantidade de alimento. Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos, jejum de um ou mais dias, e prática excessiva de exercício na tentativa de compensar o comer compulsivo.

A bulimia nervosa pode ser dividida em dois subtipos para distinguir a presença ou ausência do uso regular de métodos purgativos como meio de compensar uma compulsão periódica. O tipo purgativo que descreve apresentações nas quais o indivíduo se envolveu regularmente na auto-indução de vômito ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual. E o tipo sem purgação que descreve apresentações nas quais o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas durante o episódio atual (DSM-IV, 1995, p. 518).

Atenção especial deve ser dada à ocorrência de transtornos de personalidade e de abuso de substâncias no diagnóstico dos pacientes com bulimia nervosa. O uso indiscriminado de álcool e de psicoestimulantes são descritos, mas também podemos encontrar o abuso múltiplo de substâncias (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

O início dos problemas pode ocorrer dos últimos anos da adolescência até os 40 anos ou mais, mas geralmente surge por volta dos 20 anos de idade. Outra característica é o fato da maior parte das pessoas com bulimia nervosa ser do sexo feminino (CÓRDAS, 1993).

2.3.3 Etiologia dos Transtornos Alimentares

“Os transtornos alimentares têm uma etiologia multifatorial, ou seja, são determinados por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo complexo, para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença” (MORGAN *et al.*, 2002, p. 18). Classicamente, distinguem-se os fatores predisponentes, precipitantes e os mantenedores dos transtornos alimentares (COOPER, 1995). Os fatores predisponentes são aqueles que elevam a chance de aparecimento dos transtornos alimentares. Os fatores que precipitam a doença marcam o aparecimento dos sintomas dos transtornos alimentares. Finalmente, os fatores mantenedores determinam se o transtorno vai ser perpetuado ou não (MORGAN *et al.*, 2002).

Os fatores predisponentes individuais incluem traços como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão. Há uma relação entre anorexia nervosa e transtornos da personalidade obsessiva-compulsiva e transtornos da ansiedade. A tendência à obesidade pode ser fator predisponente, mediado por uma tendência a fazer dieta. Abuso sexual leva a vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos em geral, sendo um fator de risco não-específico (SIGMAN, 2002; FAINBURN; HARRISON, 2003; MORGAN *et al.*, 2002)

“Fatores hereditários incluem estudos genéticos, em concordância em torno de 55% em gêmeos monozigóticos e 5% em gêmeos dizigóticos. Esses achados sugerem uma significativa hereditariedade na anorexia nervosa” (FAINBURN; HARRISON, 2003, p. 4). “Em outro estudo, parentes de primeiro grau de indivíduos com anorexia nervosa apresentaram uma chance 11 vezes maior de desenvolver o transtorno do que parentes de indivíduos saudáveis”(MORGAN *et al.*, 2002, p. 4).

Como fator sócio-cultural, o padrão de beleza veiculado pelos meios de comunicação pelo convívio social parece exercer um efeito essencial e marcante sobre as mulheres, levando ao ideal cultural de magreza (GRIFFIN; BERRY, 2003; MORGAN *et al.*, 2002). “Pertencer a um grupo de profissionais como atletas, bailarinas, modelos e nutricionistas reforçam a demanda por um corpo muito

magro, aumentando o risco para os transtornos alimentares” (MORGAN *et al.*, 2002, p. 4).

A dieta para emagrecer é o fator precipitante mais constante nos transtornos alimentares, sendo um comportamento comum nas sociedades ocidentais ou ocidentalizadas, onde predomina o ideal da magreza (MORGAN *et al.*, 2002). Porém, tanto a anorexia nervosa quanto a bulimia nervosa também podem ser precedidas por uma maior frequência de eventos estressores quando comparadas a controles normais (WELCH *et al.*, 1997). Eventos envolvendo uma desorganização da vida ou uma ameaça à integridade física (doença, gravidez, abuso sexual e físico) são mais frequentes em indivíduos com bulimia nervosa do que em controles e podem ter um papel desencadeador do transtorno por reforçar sentimentos de insegurança e inadequação (WELCH *et al.*, 1997)

Por último, o estudo dos fatores mantenedores da doença inclui o papel das alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão alimentar e purgação, que tendem a perpetuar o transtorno. Muitas vezes, os fatores que mantêm o problema alimentar são diferentes daqueles que foram responsáveis pelo seu desenvolvimento inicial. A privação alimentar leva, sabidamente, a alterações físicas e psicológicas, sendo que muitas características dos pacientes com transtorno alimentar são resultado – e não causa – do ciclo vicioso desencadeado pela desnutrição (MORGAN *et al.*, 2002).

Fatores psicológicos, interpessoais e culturais também atuam perpetuando o transtorno. Não se pode esquecer, por exemplo, dos aspectos reforçadores produzidos pelo sucesso em controlar o peso - tão valorizados culturalmente - em indivíduos que costumam vivenciar sentimentos de baixa auto-estima e sensação de falta de controle sobre a própria vida (MORGAN *et al.*, 2002).

2.4 IMAGEM CORPORAL

Schilder (1994, p. 11) conceitua a imagem corporal como “a figuração de nossos corpos formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”.

Nesse processo, a construção da imagem corporal, depende dos sentidos humanos (principalmente visão, tato e propriocepção) que dão informações importantes sobre o desenho/silhueta do corpo, além de interferirem diretamente no controle da postura, no tônus muscular e na organização espacial do ser humano no mundo. A imagem corporal está imbricada com essas percepções relacionadas ao corpo, portanto, o ser humano constrói a visão do eu e da imagem do seu corpo intimamente associados, ambos dependentes do desenvolvimento do sistema sensorial/neurológico, da percepção e de relações sociais/culturais (ADAMI *et al.*, 2005).

De acordo com Costa (1999), o ser humano recorre ao corpo como critério para a formação de sua identidade. Esta está intrinsecamente associada com o conceito de si próprio e é influenciável pelas interações entre o ser e o meio em que vive, envolvendo aspectos cognitivos, afetivos, sociais/culturais e motores . O processo de construção/ desenvolvimento do corpo está relacionado, nas diversas fases da existência humana, às concepções determinantes da cultura e sociedade. Dessa forma, existe uma grande influência cultural sobre a imagem do corpo, o que pode gerar aspectos viesados relacionados ao universo corporal (ADAMI *et al.*, 2005).

Na sociedade atual, o culto à magreza está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social. Este ideal de corpo perfeito preconizado pela sociedade em que vivemos e veiculado cotidianamente pela mídia, leva as mulheres, sobretudo na faixa adolescente, a uma insatisfação crônica com seus corpos, ora se odiando por alguns quilos a mais, ora adotando dietas altamente restritivas e exercícios físicos extenuantes como forma de compensar as calorias ingeridas a mais, na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente (KUTSCKA, 1993).

Os limites físicos, psíquicos e sociais do indivíduo são desrespeitados, e acaba se afastando os benefícios que a imagem corporal pode proporcionar ao mesmo, de se conhecer a realidade em que vive e produzir, assim, diagnósticos que possibilitem melhorar sua vida. Perde-se um verdadeiro sentido estético, o qual beneficia à saúde e à qualidade de vida, e parte-se para um sentido estético estereotipado e alienante, que evade da formação de seres humanos emancipados (ADAMI *et al.*, 2005).

A insatisfação crônica com a imagem corporal, entre outros fenômenos, exemplifica o insidioso percurso que tende a colocar a mulher em uma busca militante pela beleza. Na verdade, estabelece-se, assim, na esfera da subjetividade, um autêntico conflito contra uma certeza que nos é inalienável: nossos limites humanos (MINERBO *et al.*, 1997).

É crescente o interesse pelo tema imagem corporal, uma vez que as pessoas têm a sua identidade ligada a essa imagem estereotipicamente perfeita, muitas vezes, confundindo-a com sua verdadeira identidade. A preocupação com a aparência está instituída na nossa sociedade e, sendo tão preponderante, leva as pessoas a se preocuparem excessivamente com ela. Contudo essa preocupação excessiva com a aparência pode desencadear distorções na imagem corporal e estas por sua vez podem estar associadas a diversos transtornos psiquiátricos entre eles os alimentares.

2.5 TRANSTORNOS ALIMENTARES EM GINASTAS RÍTMICAS

A prática regular de exercício físico está relacionada a benefícios para a saúde. Por outro lado, a inatividade física e um estilo de vida sedentário estão associados a fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de certas condições médicas, como doença coronariana ou outras alterações coronarianas. Em oposição aos aspectos positivos relacionados à prática racional e regular da atividade física, muitos indivíduos podem praticar exercício de uma forma inadequada e excessiva, que passará então a causar prejuízos para a saúde do mesmo (ASSUNÇÃO *et al.*, 2002).

Os prejuízos a saúde podem ocorrer devido ao desconhecimento em relação às especificidades que a prática esportiva impõe. Algumas atletas acabam comprometendo a própria saúde esforçando-se para alcançarem ou manterem uma meta inadequada de peso corpóreo, com um percentual de gordura corporal tão abaixo quanto possível. Atenção especial deve ser dada às atletas adolescentes, pois é nesta fase que ocorre um rápido desenvolvimento fisiológico, neurológico e psicológico, estando suas necessidades de nutrientes ainda mais aumentadas pelo treinamento físico intenso, estresse e ansiedade gerada pelas competições (VILARDI *et al.*, 2001, p. 62).

Esportes que preconizam o baixo peso corporal e supervalorizam a estética, utilizando-a como critério para a obtenção de bons resultados em competições - como ocorre, por exemplo, na ginástica artística, ginástica rítmica, natação sincronizada, corrida e no balé -, têm sido indicados, por pesquisas realizadas nessa área, como os de maior incidência de TCA e de comportamentos considerados precursores de TCA (LOPIANO; ZOTOS, 1992; ZUCKER, 1985):

A estreita relação entre imagem corporal e desempenho físico faz com que as atletas da ginástica rítmica sejam um grupo particularmente vulnerável à instalação desses transtornos, tendo em vista a ênfase dada ao controle de peso (ROSEN; HOUGH, 1988, TANGJIER; SUNDGOT-BORGEN, 1991).

O peso corporal influencia substancialmente a resistência e os índices de força, e, uma vez que as ginastas devem revelar-se elegantes aos olhos espectadores, torna-se crucial a manutenção de um corpo longilíneo e de reduzido peso corporal (WEIMANN, 2000).

Jastrjemskaia e Titov (1999) realçam ainda que as ginastas devem apresentar um corpo atlético, tornando muito importante a manutenção de um peso corporal atrativo, isso porque em competições, a perfeição técnica e a graciosidade são dois dos aspectos importantes para a classificação. A impressão causada pela ginasta às juízes é extremamente importante, sendo apenas possível às ginastas mais talentosas e que atendam às exigências estéticas do esporte obter os melhores resultados.

Estudos recentes citam a influência exercida pelos treinadores, patrocinadores e familiares, por meio de seus comentários relativos ao peso e à forma das atletas, como um poderoso elemento de instalação de comportamentos alimentares anormais. Sabe-se, ainda, que a adoção de dietas restritivas em idade

precoce, sobretudo, se essa prática se dá sem a supervisão de um profissional, pode desencadear TCA, causando danos importantes à saúde e, por conseguinte, ao desempenho atlético (MCLEAN *et al.*, 2001, COBB *et al.*, 2003).

3. METODOLOGIA

3.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com 14 atletas de Ginástica Rítmica, do sexo feminino, entre 12 e 15 anos de idade, pertencentes à categoria juvenil de duas das mais representativas instituições deste esporte em alto nível na cidade de Curitiba, no estado do Paraná.

Cada uma das três equipes de Ginástica Rítmica, embora submetidas a diferentes tipos de treinamentos, têm por objetivo a participação em campeonatos estaduais de grande porte e campeonatos nacionais, por isso seguem o mesmo regulamento em termos de obrigatoriedades técnicas, formulado pelo Comitê Brasileiro de Ginástica (CBG).

Os treinos duram em média 4 horas e acontecem 4 vezes por semana, excluindo apenas terças, quintas-feiras e domingos. Nas três instituições onde os treinos são ministrados, as aulas abrangem, mesmo que diferentemente, visto que cada uma tem suas particularidades, o treinamento físico geral (aulas de chão e de barra) e o específico (obrigatoriedades técnicas com ou sem o uso de aparelhos específicos da Ginástica Rítmica, que são a bola, a corda, o arco, as fitas e as maçãs).

Antes do início da pesquisa, obteve-se a autorização de cada um dos coordenadores das instituições ginásticas, e as atletas que aceitaram participar da pesquisa, preencheram, juntamente com seus respectivos pais, o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1).

3.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

3.2.1 Antropometria

As ginastas foram submetidas à avaliação antropométrica para análise da composição corporal, sendo realizadas as seguintes medidas: espessura de dobras cutâneas em milímetro (tricipital, subscapular) através de um compasso da

marca *Harpender*®. Para este procedimento, todas as medidas foram realizadas no lado direito do corpo, com o indivíduo em pé, com o braço relaxado ao lado do corpo (McARDLE, KATCH; KATCH, 1992; MAUD; FOSTER, 1995). Foram feitas 3 medidas de cada uma das pregas cutâneas, admitindo-se a média destas. Os valores das dobras cutâneas foram expressos em milímetros (mm). A massa corporal foi obtida através de uma balança do tipo digital da marca *Plenna*®, com precisão de 100 gramas e capacidade de 150 quilogramas (Kg). As atletas foram avaliadas utilizando apenas top e “shorts”. Os valores de massa corporal foram expressos em quilogramas (Kg) (MAUD; FOSTER, 1995). A estatura foi avaliada através de um estadiômetro da marca *Seca*®, com precisão de 0,1 centímetros (cm), estando as ginastas em posição ereta e sem calçados. Os resultados foram expressos em metros (m).

A partir das medidas obtidas, foram calculados diversos parâmetros, sendo considerados na presente análise: o percentual de gordura corporal (%G) obtido através da estimativa da densidade corporal, a massa corporal magra [massa corporal total – massa corporal de gordura, Kg], e o índice de massa corporal [IMC = massa corporal total/ estatura², Kg/ m²]. A estimativa da gordura corporal do grupo avaliado foi feita a partir da estimativa da densidade corporal obtida pela equação de Slaughter *et al.* (1988).

3.2.2 Comportamento alimentar de risco

Para avaliar as atitudes e os comportamentos típicos de pacientes com anorexia nervosa e o índice de gravidade de preocupações que caracterizam os Transtornos Alimentares Compulsivos, adotou-se o *Eating Attitudes Test (EAT-26)* (GARNER; GARFINKEL, 1979) (ANEXO 2) em sua versão em português (NUNES *et al.*, 1994). O EAT-26 é um instrumento de auto-relato, reconhecido internacionalmente, empregado para avaliar e identificar padrões alimentares anormais, sendo também útil no acompanhamento da evolução de casos clínicos. O instrumento consta de 26 itens, com seis opções de resposta: *sempre*, *muito*

frequente, frequentemente, algumas vezes, raramente e nunca, realizando a análise fatorial destes itens em três aspectos:

Fator 1: Dieta - os primeiros 13 itens que refletem recusa patológica às comidas de alto teor calórico e preocupações com a forma física;

Fator 2: Bulimia nervosa - os seis itens seguintes, que refletem pensamentos sobre comida e atitudes bulímicas;

Fator 3: Controle oral - os últimos sete itens, que refletem o autocontrole em relação à comida e reconhecem pressões sociais no ambiente para ganhar peso.

A avaliação das respostas no EAT-26 é feita atribuindo-se três escores para cada item em que foi marcada a resposta anoréxica mais extrema ("sempre" ou "nunca"), dois escores para a segunda resposta mais extrema e um escore para a terceira mais extrema; as demais respostas não são pontuadas. Aplicado o instrumento, os escores obtidos em cada questão do EAT-26 são somados e computados para cada pessoa avaliada. Caso o total de escores encontrado seja maior que 21, o EAT-26 é considerado positivo (EAT-26⁺) e confirmada a presença de atitudes alimentares patológicas e risco para o desenvolvimento de TCA.

Os autores que desenvolveram o EAT-26 utilizaram um ponto de corte (*cut-off*) de 20 escores. No presente estudo foi adotado o *cut-off* de 21 pontos, pois este apresenta sensibilidade e especificidade altamente satisfatórios (MANN et al., 1983; JOHNSON-SABINE *et al.*, 1988) e por estar sendo adotado por outros autores nacionais (NUNES, 1997; ASSUNÇÃO *et al.*, 2002), o que permite comparações entre os resultados.

Para avaliar a presença de comportamentos bulímicos e a intensidade destes foi adotado o *Bulimic Investigatory Test Edinburgh – BITE* (ANEXO 3) (HENDERSON; FREEMAN, 1987) em sua versão traduzida para o português (CORDAS; HOCHGRAF, 1993). Trata-se de um questionário auto-aplicável, composto de 33 questões e duas subescalas, sendo uma voltada para SINTOMAS e a outra para a GRAVIDADE dos mesmos. Essas escalas são descritas abaixo segundo Cordás (1993).

A escala de SINTOMAS oferece três grupos de escores:

- Alto (20 pontos ou mais): é considerado um escore elevado com presença de comportamento alimentar compulsivo e grande possibilidade de preencher critérios diagnósticos para bulimia nervosa pelo DSM-III-R (WASHINGTON, 1994).
- Médio (10 a 19 pontos): sugere padrão alimentar não usual e, em geral, não estão presentes todos os critérios para bulimia. Pessoas com resultados entre 15 e 19 podem representar tanto um grupo subclínico de indivíduos com alimentação compulsiva, bulímicos em estágio inicial ou bulímicos em recuperação - devem ser seguidos de entrevista diagnóstica com especialistas.
- Baixo (abaixo de 10 pontos): dentro de limites de normalidade.

A escala de GRAVIDADE do BITE é constituída pelos itens 6, 7 e 27 do instrumento e mede a gravidade do comportamento compulsivo pela frequência de atitudes, sendo analisada para os casos em que a pontuação na escala de sintomas é superior a 10, ramificando-se em três estágios:

- Alto (escore \geq 10 pontos): indicam alto grau de gravidade, podendo apontar a presença de vômito psicogênico ou abuso de laxante sem comportamento compulsivo, e devem ser seguidos de entrevista diagnóstica com especialistas.
- Moderado (entre cinco e nove pontos): são considerados clinicamente significativos e devem ser seguidos de entrevista diagnóstica com especialistas.
- Baixo (até cinco pontos): resultado clinicamente não significativo.

3.2.3 Percepção da imagem corporal

Para avaliar a insatisfação com a imagem corporal utilizou-se o *Body Shape Questionnaire-BSQ* (ANEXO 4), validado por COOPER *et al.*, 1987, que mede o grau de preocupação com a forma do corpo, a autodepreciação devida à aparência física e à sensação de estar gorda. Segundo Cordás e Neves (1999), o questionário distingue dois aspectos específicos da imagem corporal: a exatidão da estimativa do tamanho corporal e os sentimentos em relação ao corpo (insatisfação ou desvalorização da forma física). O instrumento consta de 34 itens, com seis opções de respostas: 1) *nunca*, 2) *raramente*, 3) *às vezes*, 4) *frequentemente*, 5) *muito frequente*, 6) *sempre*. De acordo com a resposta

marcada, o valor do número correspondente à opção feita é computado como ponto para a questão (por exemplo: *nunca* vale um ponto). O total de pontos obtidos no instrumento é somado e o valor é computado para cada avaliado. A classificação dos resultados é feita pelo total de pontos obtidos e reflete os níveis de preocupação com a imagem corporal. Obtendo resultado menor ou igual a 80 pontos, é constatado um padrão de normalidade e tido como **ausência** de distorção da imagem corporal. Resultado entre 81 e 110 pontos é classificado como **leve** distorção da imagem corporal; entre 111 e 140 é classificado como **moderada** distorção da imagem corporal; e acima de 140 pontos a classificação é de presença de **grave** distorção da imagem corporal.

3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

A caracterização da amostra foi realizada através da estatística descritiva, utilizando-se média e desvio padrão. Os dados foram testados através de Kolmogorov-Smirnovz, apresentando-se paramétricos.

Para determinar o grau de associação entre as variáveis, utilizou-se a correlação de Pearson, com nível de significância estipulado em $p \leq 0,05$.

Para comparar os dados qualitativos em relação ao IMC, utilizou-se o teste T-student, com nível de significância $p \leq 0,05$.

4. RESULTADOS

Na tabela 1 estão apresentados os valores médios de idade, estatura, massa corporal total, percentual de gordura, massa corporal magra e índice de massa corporal (IMC) do grupo de ginastas rítmicas avaliadas. Com relação ao IMC, as ginastas encontram-se na faixa de corte considerada adequada, assim como em relação ao percentual de gordura que se apresentou entre 15,01 e 25%, faixa de normalidade para crianças e adolescentes de 7 a 17 anos de acordo com o British Journal of Nutrition (1990).

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variáveis	Média ± DP	n
Idade (anos)	13,14 ± 0,86	14
Estatura (m)	1,54 ± 0,67	14
Massa corporal total (Kg)	46,5 ± 7,12	14
Percentual de gordura corporal (%)	17,86 ± 3,64	14
Massa corporal magra (Kg)	38,33 ± 4,87	14
IMC (Kg/m ²)	19,35 ± 1,66	14

Analisando-se os resultados médios e os desvios padrões do grupo de ginastas para o Body Shape Questionnaire (BSQ), o Eating Attitudes Test (EAT 26) e o Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE), apresentados na tabela 2, constata-se que, dos três instrumentos aplicados, apenas o BITE apresentou média dentro dos limites da normalidade para sintomas de transtornos compulsivos alimentares. No BSQ foi obtida uma média de 90,3, que caracteriza uma leve distorção por parte das ginastas na imagem corporal. Quanto ao EAT atingiu-se a média de 29 pontos, caracterizando a presença de atitudes alimentares patológicas e risco para o desenvolvimento de transtornos compulsivos alimentares, já que o ponto de corte para a normalidade é de 21 pontos.

A análise dos resultados individuais para o EAT 26 permitiu constatar a frequência de 78,5% de resultados positivos para atitudes patológicas ou de risco para o desenvolvimento de anorexia nervosa entre as ginastas estudadas (tabela 2).

O BITE constatou que 28,5% das atletas obtiveram, na escala de sintomas, escores entre 10 e 19. Esses resultados expressam um padrão alimentar não-usual, indicando a presença de comportamento alimentar de risco (tabela 2). A aplicação da escala de gravidade do BITE evidenciou que, apesar de essas ginastas apresentarem padrão alimentar anormal, o resultado ainda não é clinicamente significativo para bulimia nervosa.

Pela análise do BSQ, foi constatado que 57% das ginastas apresentam distorção da auto-imagem corporal, sendo que desse total, 14,2 % das atletas apresentam grave distorção, 21,4% moderada distorção e 21,4% leve distorção da imagem corporal com relação à exatidão da estimativa do tamanho corporal e insatisfação ou desvalorização da forma física (tabela 2).

Tabela 2. Resultados da Avaliação do BSQ, EAT 26 e BITE

Instrumentos	Escore Médio ± DP (n=14)	% Ginastas (n=14)
BSQ	90,3 ± 34,2	
GRAVE distorção da imagem corporal		14,2%
MODERADA distorção da imagem corporal		21,4%
LEVE distorção da imagem corporal		21,4%
AUSÊNCIA de distorção da imagem corporal		42,8%
EAT 26	29 ± 10	
Positivo		78,5%
Dentro dos limites da normalidade		21,4%
BITE	8,5 ± 4,7	
<u>Escala de sintomas</u>		
ALTO		0%
MÉDIO		28,5%
BAIXO ou dentro dos limites da normalidade		71,4%
<u>Escala de gravidade</u>		
(Aplicado nos casos em que foram encontradas alterações na escala de sintomas)		
ALTO grau de gravidade		0%
MODERADO: clinicamente significativo		0%
BAIXO: clinicamente não significativo		100%

O presente estudo também permitiu revelar freqüência expressiva na prática de comportamentos alimentares anormais no grupo de ginastas considerado na análise. Esses hábitos podem representar o desenvolvimento de síndromes parciais de transtornos compulsivos alimentares, sendo caracterizados

como comportamentos alimentares de risco e consideravelmente anormais. Destacam-se na tabela 3, algumas questões do BITE, nas quais verifica-se a preocupação com o controle de peso e o uso de restrições alimentares, especialmente o hábito do jejum, que são incompatíveis com a atividade física.

Tabela 3. Respostas sugestivas de comportamento característicos de TCAs

Questões	Ginastas (%)
Sentimento em relação ao peso:	
MUITO GORDO	7,14%
GORDO	28,5%
MÉDIO	50%
ABAIXO DO PESO	14,2%
MUITO ABAIXO DO PESO	0%
Medo (pavor) de engordar	78,5%
Ingestão de grandes quantidades de comida e muito rapidamente	28,5%
Prática de jejum por um dia inteiro	14,2%
Hábito de ingerir alimentos quando não observada	57,1%
Preocupação com a falta de controle sobre a alimentação	57,1%
Sentimento de culpa ao ingerir alimentos	78,5%
Pensamento obsessivo por comida	50%
Questões selecionadas do BITE que retratam práticas alimentares e atitudes emocionais	

Analisando os dados simultaneamente, foram encontrados graus de associação entre algumas variáveis.

O coeficiente de correlação entre o BSQ e o EAT mostrou uma correlação positiva ($r = 0,746$) e significativa ($p = 0,002$), ou seja, as ginastas que têm disfunção no comportamento alimentar, também tendem a ter distorção na sua auto-imagem corporal (gráfico1).

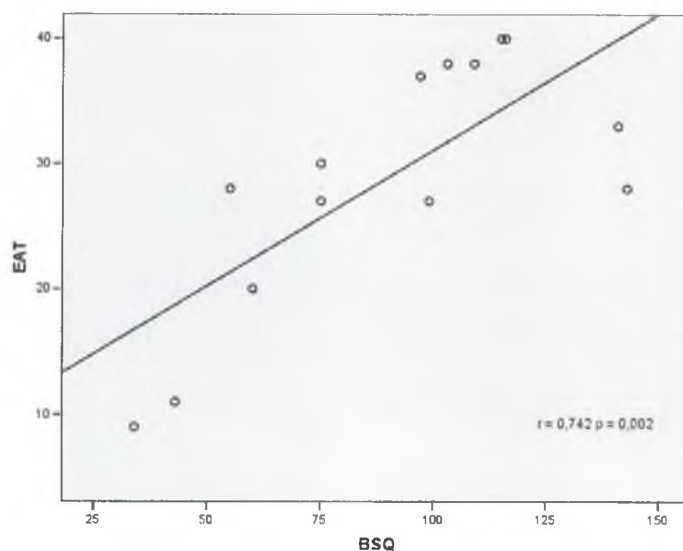


Gráfico 1: Relação linear e significativa entre o BSQ e o EAT

O mesmo acontece com a correlação entre o BSQ e o BITE, que resultou em um coeficiente de correlação ($r = 0,685$) estatisticamente significativo ($p = 0,007$), mostrando que as atletas que têm uma maior distorção na sua imagem corporal, apresentam uma maior tendência a desenvolver comportamentos sugestivos de bulimia (gráfico 2).

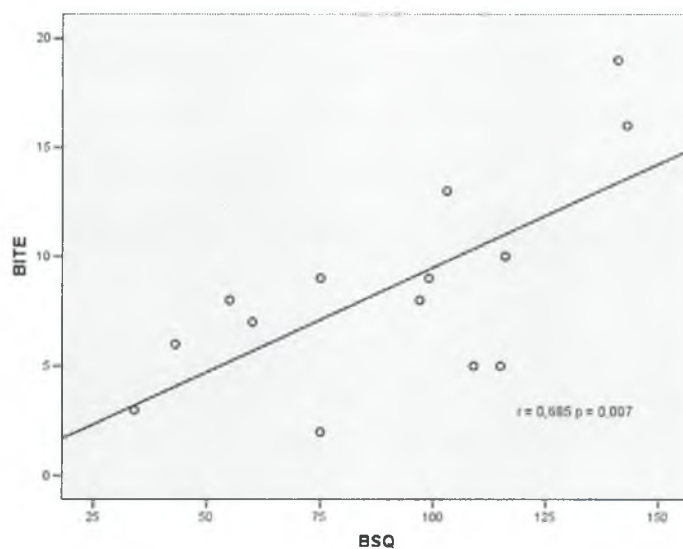


Gráfico 2: Relação linear e significativa entre o BSQ e o BITE

O IMC quando correlacionado com o BSQ resultou em um coeficiente de correlação positivo ($r = 0,675$) e significativo ($p = 0,008$), demonstrando que quanto maior o IMC, maior a tendência em desenvolver distorções na auto-imagem corporal (gráfico 3).

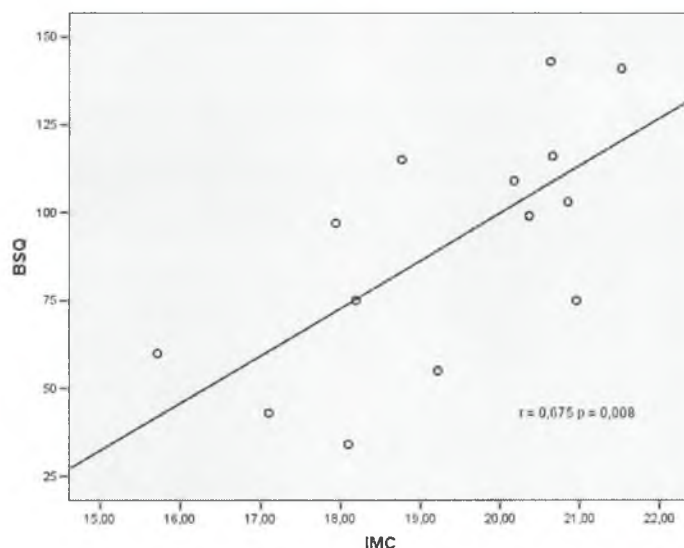


Gráfico 3: Relação linear e significativa entre o IMC e o BSQ

Isso também acontece quando se correlaciona o IMC com o EAT, encontrando-se um valor de $r = 0,563$ ($p = 0,036$), demonstrando que quanto maior o IMC das ginastas, maior a sua tendência em desenvolver transtornos alimentares compulsivos (gráfico 4).

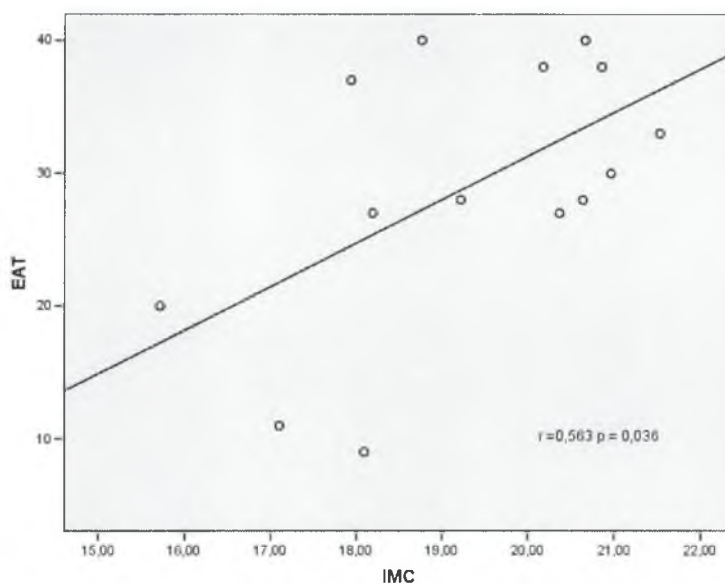


Gráfico 4: Relação linear e significativa entre o IMC e o EAT

Ao se correlacionar o IMC com o BITE, verificou-se um coeficiente de correlação positivo ($r = 0,760$) e significativo ($0,002$), portanto, quanto maior forem os valores do IMC, maiores as chances de as atletas virem a desenvolver comportamentos bulímicos (gráfico 5). Com estes dados ainda pode-se verificar que as atletas que apresentam um valor de IMC menor ou igual a 20 encontram-se dentro do escore normal do BITE, enquanto as atletas com o IMC acima de 20 já alcançam um escore médio dentro do mesmo questionário (gráfico 6).

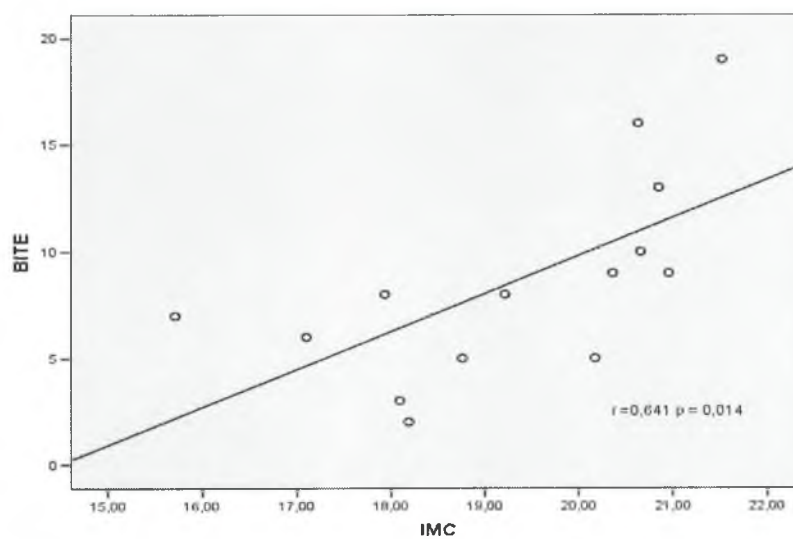


Gráfico 5: Relação linear e significativa entre o IMC e o BITE

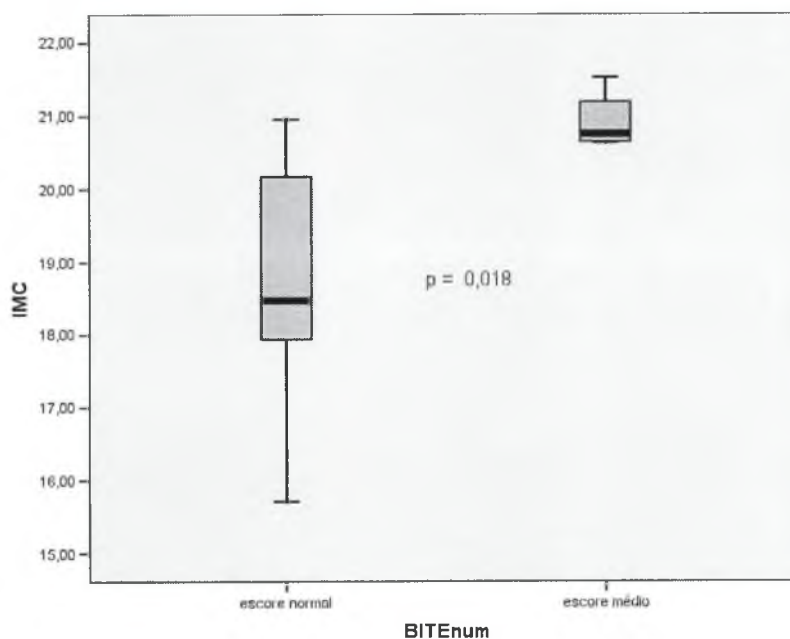


Gráfico 6: Comparação entre o resultado do BITE de acordo com o IMC das atletas

5. DISCUSSÃO

Os dados obtidos através da amostra estudada, revelam que as ginastas apresentam idade média de 13,14 anos. Do total de atletas analisadas, 92,8% apresentaram-se eutróficas em relação ao indicador Índice de Massa Corpórea para Idade (IMC/I). O IMC também revelou-se importante nessa pesquisa, uma vez que teve relação com outras variáveis analisadas, como o BSQ, o EAT e o BITE e o percentual de gordura das atletas. Isso quer dizer que, quanto maior o IMC das ginastas, maior os resultados positivos para distorções na imagem corporal e comportamento alimentar anormal.

Um estudo realizado com atletas adolescentes de Ginástica Rítmica, com idade média de 13,02 anos, sobre a satisfação com a imagem corporal e a propensão para desordens alimentares, também inferiu que as meninas que obtiveram IMC mais elevados foram as que apresentaram menor satisfação com a imagem corporal (ROMA; LEBRE; VASCONCELOS, 2003).

Dessa forma, o IMC no presente estudo, pode ser considerado como um forte preditor da satisfação com a imagem corporal, bem como estar relacionado com a forma com a qual as ginastas se alimentam, uma vez que as atletas decidem perder ou ganhar peso, consoante a percepção do seu próprio corpo (ROMA; LEBRE; VASCONCELOS, 2003).

Com relação aos índices Altura para Idade (A/I) e Peso para Altura (P/I), segundo padrão de referência para adolescentes no National Center of Health Statistics (NCHS), todas as atletas se encontram entre os percentis 10 e 97, sendo classificadas como eutróficas (NCHS, 2000).

Embora tenham apresentado-se, em sua maioria, eutróficas em relação aos indicadores avaliados, 28,5% das atletas estudadas apresentaram valores de percentual de gordura baixos de acordo com o British Journal of Nutrition (1990). Vale ressaltar, porém, que nenhuma das atletas ultrapassou a faixa considerada adequada para os valores de gordura corpórea, estando, dessa forma, de acordo com as diretrizes sugeridas da composição corporal para esporte, saúde e aptidão, na faixa de corte considerada como saúde ótima (FOSS; KETEVIAN, 2000).

Em contraposição a esse estudo, com respeito à condição corporal, uma pesquisa efetuada com atletas com idade média de 14 anos, praticantes de Ginástica Rítmica de um clube da cidade de São Paulo, Viebig *et al* (2000) encontraram um percentual médio de gordura de 12,2%, bem abaixo dos 19,3% constatados no presente estudo. Por outro lado, em um outro estudo realizado com atletas de nado sincronizado, entre 11 e 17 anos, Viebig *et al* (2005) observaram um valor médio de percentual de gordura corporal de 22,6%, superior ao presente estudo.

Ainda, Guedes (1994), analisando o perfil corporal de adolescentes não atletas, residentes em Londrina (Paraná), encontrou um valor médio de 21,79% de gordura corpórea, superior aos valores observados nas ginastas desta pesquisa, mas não tão discrepante, uma vez que comparadas adolescentes atletas com sedentárias.

As estimativas de transtornos compulsivos alimentares (TCAs) em atletas oscilam entre 15 e 62%, sendo mais acentuada em esportes estéticos como o balé, o fisiculturismo, a patinação artística e a ginástica (McARDLE, KATCH, KATCH, 2000; SUNDGOT-BORGEN, 1993). No presente estudo, a porcentagem de atletas que apresentaram comportamento alimentar anormal e distorção na auto-imagem corporal foi de 54,5%, sendo destes 57% de insatisfação com a imagem corporal, subdivididas em grave, moderada e leve distorção corpórea, 78,5% de comportamentos típicos de pacientes com anorexia nervosa e 28,5% de presença de comportamento bulímico, estes porém, sem sintomas de gravidade significativamente clínicos.

Em contraposição a este estudo, uma pesquisa realizada sobre o comportamento alimentar e a imagem corporal de atletas femininas, com idade média de 20 anos, não sinalizou para a presença de anorexia ou bulimia nervosa, apesar de ter apontado a presença de preocupação com o peso corporal associada à leve distorção da imagem corporal. Uma possível explicação para essa diferença entre este e o presente estudo está no fato de a pesquisa ter sido realizada com atletas que não competem no alto nível esportivo, além de

praticarem modalidades esportivas julgadas de menor risco para TCAs, ou seja, em que a estética corporal não é o fator predominante (OLIVEIRA *et al.*; 2003).

Dessa forma, o resultado encontrado na presente pesquisa, evidencia a preocupação que as ginastas sentem em relação ao peso, já que este é um critério para a obtenção de bons resultados em competições (VIEBIG *et al.*; 2000). Vale ressaltar, porém, que a adoção de dietas restritivas em idade precoce, sobretudo na adolescência, fase em que ocorre um rápido desenvolvimento fisiológico, neurológico e psicológico, pode desencadear transtornos alimentares, causando danos importantes à saúde e, por conseguinte, ao desempenho atlético (McLEAN *et al.*; 2001; COBB, 2003).

O presente estudo também revelou uma relação entre os testes BSQ, EAT e BITE, o que quer dizer que o diagnóstico positivo para algum dos instrumentos aplicados, pode prever o resultado do outro. Como foi o caso das correlações encontradas no presente estudo, em que a alteração do comportamento alimentar ocorreu concomitantemente com a distorção da imagem corporal.

Dessa forma, as ginastas representam uma população especialmente suscetível ao desenvolvimento de TCAs, já que o desporto em questão consiste numa subcultura que possivelmente amplifica as pressões socioculturais para a magreza (STRIEGLE-MOORE *et al.*; 1986). Aliada às pressões sociais e culturais, surgem também as pressões associadas a elevadas performances, já que a manutenção do reduzido peso corporal e de uma reduzida porcentagem de massa de gordura, é algo imperativo para o sucesso na Ginástica Rítmica (BORGEN; OSEID, 1990).

6 CONCLUSÃO

As ginastas, em geral, sofrem muita pressão tanto por parte dos treinadores quanto da sua própria consciência. Para se ter um bom desempenho na GR é preciso vários requisitos, e o mais importante deles é o corpo que deve ser magro, esguio, flexível e forte para a melhora do desempenho e para corresponder à estética preconizada pelo esporte, que também se constitui num fator imperativo de sucesso.

Os resultados apontados no presente estudo sinalizam para a presença de comportamentos sugestivos de anorexia para a grande maioria das atletas, sendo que uma pequena porção delas também apresenta tendência a desenvolver bulimia. A pesquisa também evidenciou a presença de preocupação com o peso corporal associado leve, moderada e grave distorção da imagem corporal e à prática de dietas restritivas. Essas práticas podem ser consideradas como síndromes parciais de TCA e, quando associadas a exercícios físicos extenuantes, como é o caso da GR, são fatores de risco, cuja detecção precoce pode impedir a instalação futura dos quadros graves de TCA.

Fica claro, dessa forma, que as ginastas comprometem a própria saúde esforçando-se para alcançarem ou manterem uma meta inadequada de peso corpóreo, decorrente do desconhecimento sobre nutrição. Sendo assim, devem ser fornecidas informações quanto à nutrição ideal à atleta praticante de GR, além de treinadores e familiares, para garantir a adoção de hábitos alimentares adequados para a manutenção da saúde, que exerçam efeitos positivos sobre o desempenho intelectual e esportivo dos atletas.

Ressalta-se ainda, a importância de outros estudos que auxiliem na no direcionamento e compreensão desse tema, que envolve aspectos antropológicos, sociológicos, econômicos, históricos, biopsíquicos e epidemiológicos, exigindo, portanto, um olhar interdisciplinar que integre essas diferentes dimensões.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, F; FERNANDES, T. C; FRAINER, D. E. S; OLIVEIRA, F. R. **Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física.** Efdeportes, revista digital, Buenos Aires, ano 10, n 83, abril, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DMS-IV.** Washington, 1994.
- ANDRADE, A; BOSI, M. L. M. **Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino.** Revista de Nutrição. Campinas, v. 16, n. 1, p. 117-125, jan/mar. 2003.
- APPOLINÁRIO, J. C; CLAUDINO, A. M. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 22, suppl. 2, p. 28-31, dec. 2000.
- ARAÚJO, L. D. S. **Querer/Poder Amamentar. Uma questão de Representação?** Paraná. Editora UEL: 1997.
- ASSUNÇÃO, S. S. M; CORDÁS, T. A; ARAÚJO, L. A. S. B; **Atividade física e transtornos alimentares.** Ver Psiq Clín, 29:4-13, 2002.
- BALLONE, G. J. **Transtornos Alimentares.** in. PsiqWeb, Internet. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, Acesso em 28 de maio de 2007.
- BORGEN, M. S; OSEID, M. D; **Eating disorders and menstrual function in norwegian female elite athletes.** The Norwegian University of Sports and Physical Education. Sports, MEDICINE AND Health. Elsevier Science Publishers, 1990.
- BRITISH JOURNAL OF NUTRITION. **Valores de IMC para crianças e adolescentes de 07 a 17 anos.** V. 63; nº 2, 1990.
- COBB, K. L; BACHRACH, L. K; GREENDALE, G; MARCUS, R; NEER, R. M; NIEVES, J; et al. **Disordered eating, menstrual irregularity, and bone mineral density in female runners.** Med Sci Sports Exercise, p. 35:711-9, 2003.
- COOPER, P. J; TAYLOR, M; COOPER, Z; FAIRBURN, C G; **The development and validation of the Body Shape Questionnaire.** Int J Eat Disors, 6:485-94, 1987.

COOPER Z. **The development and maintenance of eating disorders.** In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. **Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook.** New York: The Guilford Press; p. 199-206, 1995.

CÓRDAS, T. A. **Quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia e bulimia.** In: **Fome de cão. Quando o medo de ficar gordo vira doença: Anorexia, Bulimia, Obesidade.** São Paulo: Maltese, 1993.

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

CORDÁS, T. A; NEVES, J. E. P; **Escalas de avaliação de transtornos alimentares.** Revista de Psiquiatria Clínica, 26:41-8, 1999.

COSTA, J. F. **O humanismo ameaçado.** Jornal do Brasil. Rio de Janeiro, caderno B, p. 1, jan, 1999.

CRISP, A. H; PALMER, R. L; KALUCY, R. S; **How common is anorexia nervosa? A prevalence study.** Br J Psychiatry, London, v. 128, p. 549-554, 1976.

DAVIS, C; **Body image, Exercise, and Eating Behaviours.** In K. Fox (Ed.), **The Physical Self – From Motivation to Well-Being – Human Kinetics,** Champaign, pp. 143-173, 1997

FAIBURN, C.G.; HARRISON, P.J. - **Eating disorders.** Lancet, v. 361, p. 407-416, 2003.

FOSS, M. L., KETEYIAN, S. J. **Bases Fisiológicas do Exercício e do Esporte.** 6 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2000.

GARNER, D; GARFINKEL, P; **Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa.** Psychol Med, 9:273-9, 1979.

GRIECO, S. F. M. **O corpo, aparência e sexualidade.** In G. Duby & M. Perrot (Orgs). **História das mulheres no Ocidente 3: Do Renascimento à Idade Moderna.** Porto, Portugal: Edições Afrontamento, pp 71-120, 1991.

- GRIFFIN, J.; BERRY, E.M. - **A modern day holy anorexia? Religious language in advertising and anorexia nervosa en the West.** Eur J Clin Nutr, v. 57, p. 43-51, 2003.
- GUEDES, D. P. **Composição corporal: princípios, técnicas e aplicações.** 2ªed; Ceitec, 1994.
- HENDERSON, M; FREEMAN, C. P. L; **A Self-Rate Scale for Bulimia: the BITE.** British Journal of Psychiatry, 150:18-24, 1987. Versão para o português: CORDÁS, T. A; HOCHGRAF, P. B. O; **“BITE”:** Instrumento para avaliação da **Bulimia Nervosa: Versão para o português.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 42(3): 141-144, 1993.
- HIGONNET, A. **Mulheres, imagens e representações.** In G. Duby & M. Perrot (Orgs). **História das mulheres no Ocidente 5: O século XX.** Portugal: Edições Afrontamento, 3º ed, pp 403-434, 1991.
- JASTRJEMSKAIA, N; TITOV, Y; **Rhythmics Gymnastics – hoop, ball, clubs, ribbon, rope.** Human Kinetics. Champaign, 1999.
- JOHNSON, M; **Eating Disorders in active and athletic women.** Clinics in Sports Medicine, 13, pp.355-369, 1994.
- JOHNSON-SABINE, E; WOOD, K; PATTON, G; MANN, A; WAKELING, A; **Abnormal eating attitudes in London schoolgirls. A prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires.** Psychol Med, 18:615-22, 1988.
- JUSWIAK, C.R; PASCHOAL, V; LOPEZ, F. A; **Nutrição e atividade física.** Jornal de Pediatria, v.7 (supl.3), 2000.
- KUTSCKA, H.J. **O consumo do belo.** In: CORDÁS, T.A. Fome de cão. Quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade. São Paulo : Maltese, 1993. p.103-110.
- LAFFRANCHI, B; **Treinamento Desportivo Aplicado à Ginástica Rítmica.** Londrina, Unopar, 2001.
- LLOBET, A. C; **Gimnasia Rítmica Deportiva – Teoria e Práctica.** Barcelona, Paidotribo, 1998.

- LOOSLI, A. R; BENSON, J; GILLIEN, D. M; BOURDET, K; **Nutrition habits and knowledge in competitive adolescent female gymnasts.** *The physician and Sportsmedicine*, v.14, nº8, p. 118-130, 1986.
- LOPIANO, D. A; ZOTOS, C. **Modern athletics, the pressure to perform.** In: Brownell KD, Rodin J, Wilmore JH, editors. *Eating, body weight and performance in athletes: disorders of modern society.* Philadelphia: Lea and Febiger, p. 275-92, 1992.
- LOURENÇO, M. R. A; **O Brasil Descobre a GRD.** *Revista Cultural Fonte*, 1998.
- MANN, A. H; WAKELING, A; WOOD, K; MONCK, E; DOBBS, R; SZMULLER, G; **Screening of abnormal attitudes and psychiatric morbidity in unselected population of 15-year old schoolgirls.** *Psychol Med*, 13:573-80, 1983.
- MAUD, P. J; FOSTE, C; **Physiological Assessment of Human Fitness.** Champaign: Human Kinetics, 296p, 1995.
- MCARDLE, E. W. D; KATCH, F. I; KATCH, V. L. **Essentials of exercise physiology.** 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
- MCARDLE, W. D; KATCH, F. L; KATCH, V; **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano.** 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 510p, 1992.
- MCLEAN, J. A; BARR, S. I; PRIOR, J. Y. C; **Dietary restraint, exercise, and bone mineral density in young women: are they related?** *Med Sci Sports Exercise*, p. 33:1292-6, 2001.
- MINERBO, M., KHOURI, M.G., AJZENBERG, R., GRUNBERG, S. **Beleza feminina: um tema da clínica contemporânea.** *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v.31, n.3, p.809, 1997.
- MOLINARI, A. M. P; **Ginástica Rítmica: Esporte, História e Desenvolvimento.** Cooperativa do Fitness. 2004. Disponível em site: www.cdof.com.br/esportes4.htm. Acesso em 06 de maio 2007.
- MONTEIRO, S. P. C; SANTOS, J. E; PESSA, R. P; **Como diagnosticar e tratar anorexia nervosa e bulimia.** *Rev Bras Med*, Rio de Janeiro, v.47, p.155-169, 1990.

- MORGAN, C. M; AZEVEDO, A. M. C. **Aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares.** *Psychiatry On-line Brazil*. São Paulo, v.3, n. 2. 1998.
- MORGAN, C. M; VECCHIATTI, I. R; NEGRÃO, A. B. **Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 24, suppl. 3, p. 18-23, dec. 2002.
- NAHOUM-GRAPPE, V. **A mulher Bela.** In G. Duby & M. Perrot (Orgs). **História das mulheres no Ocidente 3: Do Renascimento à Idade Moderna.** Porto, Portugal: Edições Afrontamento, pp 121-140, 1991.
- NCHS - **National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention** [homepage on the Internet]. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, 2000 *CDC Growth Charts: United States*; Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts>.
- NUNES, M. A. A; APPOLINÁRIO, J. C; ABUCHAIM, A. L. G; COUTINHO, W. **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre: Artmed, 1998.
- NUNES et al. **Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-27, mar, 2001.
- OLIVEIRA, F. P; BOSI, M. L. M; VIGÁRIO, P. S; VIEIRA, R. S. **Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas.** *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Niterói, v. 9, n. 6, p. 348-356, nov/dec. 2003.
- RIBEIRO, R. P. P; SANTOS, P. C. M; SANTOS, J. E; **Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosa.** *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v.31, p. 41-53, 1998.
- RÓBEVA, N; RANKÉLOVA, M. **Escola de Campeãs: Ginástica Rítmica Desportiva.** São Paulo: Editora Ícone, 1991.
- ROMA, F; LEBRE, E; VASCONCELOS, O. **A satisfação com a imagem corporal e a propensão para as desordens alimentares em praticantes de ginástica rítmica.** Livro de Resumos do II Congresso Internacional Mulheres, Desporto – Agir para a mudança. Porto, Portugal, 16, 2003.

- ROSEN, L. W; HOUGH, D. O; **Pathogenic weight-control behaviors os female college gymnasts.** The Physician and Sportsmedicine, v.16, nº9, p. 141-144, 1988.
- SAITO, J. T.; FAGUNDES, U. N. **Anorexia Nervosa.** The Electronic Journal of Pediatric Gastrosterology, Nutrition and Liver Diseases. São Paulo, v. 8, n. 3, set. 2004.
- SHILDER, P. **A imagem do corpo - as energias construtivas da psique.** São Paulo. Martins Fontes, 1994.
- SIGMAN, G.S. - **Eating disorders in children and adolescents.** *Pediatr Clin N Am*, v. 50, p. 1139-1177, 2003.
- SILVA, M. R; EUNICE, L; ALMEIDA, M. D. V; **Composição corporal de ginastas.** Universidade do Porto, fcnaup, fcdef.
- STRIEGEL-MOORE, R.; SILBERSTEIN, L.; RODIN, J; **Toward and understanding of risk factors for bulimia.** *American Psychologist*, 41, pp. 246-263, 1986.
- SUNDGOT-BORGEN, J.**Prevalence of eating disorders in elite female athletes.** *Int J Sport Nutr*, 3:29-34, 1993.
- SUNDGOT-BORGEN, J; **Risk and trigger factors for the development of eating desorders in female elite athletes.** *Medicine and Science in Sports and Exercise*, pp. 414-419, 1994.
- TANGJIER, F; SUNDGOT-BORGEN, J. **Influence of body weight reduction on maximal oxygen uptake in female athletes.** *Scand J Med Sci Sports*, p. 1:141-6, 1991.
- VASCONCELOS, N; SUDO, I; SUDO, N. **Um peso na alma: O corpo Gordo e a Mídia.** *Revista mal-estar e subjetividade*, Fortaleza, v. 4, n °1, p. 65-93, março, 2004.
- VASCONCELOS, O. **A Imagem Corporal no Período Peripubertário. Comparação de Três Grupos Étnicos numa perspectiva Biocultural.** Dissertação apresentada para provas de doutoramento no ramo de Ciências do Desporto, especialidade de Antropologia do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto, FCDEF-UP, 1995.

- VIEBIG, R.F.; MORALIS, J.V.C.; SILVA, J.R. **Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de atletas de nado sincronizado da cidade de São Paulo.** *Nutrição Brasil*, 2005; 4(3).
- VIEBIG, R. POLPO, A. N; CORRÊA, P. H; **Ginástica Rítmica na infância e adolescência: características e necessidades nutricionais.** *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 10, nº94, março, 2006.
- VIEBIG, R. F; TAKARA, C. H; LOPES, FREITAS, T. **Estudo antropométrico de ginastas rítmicas adolescentes.** *Revista Digital – Buenos Aires – ano 11, nº 99 – 2006.*
- VILARDI, C. C; RIBEIRO, B. G; SOARES, E. de A; **Distúrbios nutricionais em atletas femininas e suas inter-relações.** *Ver. Nutr.*, Campinas, 14(1): 61-69, jan.abr., 2001.
- VILLAÇA, N; GOÉS, F. **Em nome do corpo.** Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- VINCENT, G. **História da vida privada da 1ª guerra a nossos dias.** São Paulo: Companhia das Letras, vol 5, pp13-154, 1987.
- WASHINGTON, D. C, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, **Diagnostic and statistical manual of mental disorder.** American Psychiatric Press, 4ed, 1994.
- WEIMANN, E; et al; **Peripubertal perturbations in elite gymnasts caused by sport specific training regimes and inadequate nutritional intake.** *Int J Sports Med.* Abril, 21 (3):210 – 5, 2000.
- WELCH, S. L; DOLL, H. A; FAINBURN, C. G. **Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study.** *Psychol Med*;27(3):515-22, 1997.
- ZUCKER, P. **Eating disorders in young athletes: a round table.** *Phys Sportsmed*, p. 13:89-106, 1985.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Eu, Fernanda Broto Follador, acadêmica do curso de Bacharelado em Educação Física, do Departamento de Educação Física, do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, estou desenvolvendo o projeto de conclusão de curso sobre “O Comportamento Alimentar e a Imagem Corporal de Ginastas Rítmicas Juvenis”.

Para que esse estudo seja realizado, preciso que o(a) senhor(a) consista que sua filha participe de uma entrevista realizada e esclarecida por mim, que consistirá no preenchimento de três questionários, um recordatório alimentar e aferição da composição corporal, garantindo que não será possível a sua identificação e todas as informações serão mantidas em sigilo, sendo utilizadas apenas para esse estudo. Os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados e/ou apresentados com objetivo específico.

Sua filha, ao participar desse estudo, receberá esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, podendo realizar questionamentos a qualquer momento (a respeito da pesquisa e sua participação) e que não sofrerá nenhum risco de dano significativo.

O direito e total liberdade de se recusar a participar dessa pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo algum, será respeitado. Seguindo esses mesmos critérios éticos, e para maiores informações, solicito a gentileza de que o(a) senhor(a) preencha a autorização abaixo.

Dessa forma e na ciência das informações acima:

Eu, _____, responsável por _____, autorizo-a a participar deste estudo, sendo a sua participação inteiramente voluntária e que está livre para em qualquer fase da pesquisa se recusar a participar da mesma, retirando seu consentimento, sem que haja nenhuma penalização ou prejuízo ao seu cuidado, assino este termo na presente data.

Nome a assinatura do responsável: _____

Data ____ / ____ /2007.

Tel. Para contato: (41)9906-4689 (Fernanda)/ (41) 9917-4056 (Ms. Paula Gracia)

ANEXO II

ANEXO III

4. Você conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está de dieta?

sim não

5. Você já ficou sem comer por um dia inteiro?

sim não

*6. Se já ficou sem comer por um dia inteiro, com que frequência isso acontece?

dias alternados(5) de vez em quando(2)

2 a 3 vezes por semana(4) somente 1 vez(1)

1 vez por semana(3)

*7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?

x dia	Nunca	De vez em quando	1x/sem.	2 a 3x/sem.	Diariamente	2 a 3x/sem.	5 ou +
tomar comprimidos	0	2	3	4	5	6	7
tomar diuréticos (remédio que aumenta a mixão)	0	2	3	4	5	6	7
tomar laxantes (remédio que aumenta a defecação)	0	2	3	4	5	6	7
vômitos	0	2	3	4	5	6	7

8. A sua 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 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 costuma comer mais quando se sente desconfortável?
 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. 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 episódios, eles ocorrem só quando está sozinho (a)?
 sim não
- *27. Se você tem esses episódios, qual a frequência?
 quase nunca (1) 1 vez por mês (2)
 uma vez por semana (3) 2 a 3 vezes por semana (4)
 diariamente (5) 2 a 3 vezes por dia (6)
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 (o)?
 sim não
30. Você já comeu escondido (a)?
 sim não
31. Você poderia considerar o seu consumo alimentar como normal?
 sim não
32. Você se considera alguém que come compulsivamente?
 sim não
33. Seu peso varia mais que 2,5 quilogramas em uma semana?
 sim não

ANEXO IV

IMAGEM CORPORAL – BSQ

Nome: _____

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado.

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

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