

BALLET CLÁSSICO E TRANSTORNOS ALIMENTARES

CLASSIC BALLET AND EATING DISORDERS

Joseani Paulini Neves Simas*
Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães**

RESUMO

O ballet clássico, com sua preocupação excessiva com a estética corporal, pode promover em seus praticantes transtornos alimentares como a anorexia nervosa e a bulimia. Este estudo de revisão tem a finalidade de analisar os transtornos alimentares em bailarinos clássicos. Analisando-se o referencial teórico consultado, conclui-se que vários estudos vêm demonstrando um aumento da incidência de transtornos alimentares. A influência da mídia e da imagem da mulher magra como o ideal, deve ser considerada na etiologia dos transtornos alimentares. No ballet clássico a busca do perfeccionismo, alta expectativa, pressão por parte dos instrutores e familiares e a instabilidade emocional podem levar a tais transtornos. Estudos comprovam que a dança influencia negativamente a imagem corporal e que as classes de ballet parecem encorajar a magreza além de limites normais, podendo desencadear distúrbios alimentares.

Palavras-chave: Ballet clássico. Distúrbios alimentares.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares, na forma como se apresentam hoje em dia, emergem das pesquisas epidemiológicas como doenças relativamente modernas e predominantemente ocidentais.

As sociedades ocidentais contemporâneas vivem atualmente sob o ideal da magreza e da boa forma física, cujo padrão se impõe especialmente para as mulheres, nas quais a aparência física representa uma importante medida de valor pessoal.

Embora a aparência física seja um elemento fundamental da imagem da mulher em diversas épocas e culturas, a extrema magreza nem sempre foi o ideal almejado. Na tentativa de documentar a evolução do padrão de beleza em direção à magreza, Garner *et al.* (1980) compararam as medidas de peso e forma corporal de modelos de capa central da revista Playboy e participantes do concurso para Miss América, ao longo de 20 anos (1959-1978). Demonstraram que houve uma progressiva mudança nos padrões de beleza feminina de uma figura do tipo violão em direção a

uma figura marcadamente mais magra, um tipo mais andrógino.

O impacto deste padrão no comportamento revela-se no desejo generalizado, especialmente entre as mulheres, por um corpo mais magro. A discrepância entre o peso real e o ideal leva a um estado de constante insatisfação com o próprio corpo e as dietas para perder peso tornam-se extremamente freqüentes. Surge assim um campo fértil para o desenvolvimento dos transtornos alimentares.

De fato, estudos longitudinais revelam que dietas para emagrecer são com freqüência um dos precursores do desenvolvimento dos transtornos alimentares. HSU (1996) sugere que

a prevalência dos transtornos alimentares parece aumentar na mesma proporção que a prevalência dos comportamentos relacionados à dieta.

Patton (1992) encontrou um risco para estes transtornos até oito vezes maior entre indivíduos em dieta.

* Mestranda em Educação Física – UFSC/CDS, Professora colaboradora – UDESC/CEFID.

** Professora efetiva – UDESC/CEFID, Mestre em Educação Física -UFSC/CDS.

Por outro lado é importante salientar que a etiologia dos transtornos alimentares é hoje concebida como multidimensional e inúmeros outros fatores parecem mediar o impacto da cultura no comportamento individual, entre eles as vulnerabilidades psicológica e biológica.

O *ballet* clássico, com sua preocupação excessiva com a estética corporal, pode promover em seus praticantes transtornos alimentares como a anorexia nervosa e a bulimia. Segundo Schafle (1996), a busca do perfeccionismo, alta expectativa, pressão por parte dos instrutores e familiares e a instabilidade emocional podem levar aos transtornos alimentares.

Neste sentido, este estudo de revisão tem a finalidade de analisar os transtornos alimentares presentes no *ballet* clássico, como também caracterizar o *ballet* clássico e os transtornos alimentares.

BALLET CLÁSSICO

Desde a origem das sociedades é através da dança e do canto que o homem se afirma como membro de uma comunidade (GARAUDY, 1980).

A dança nasceu com a própria humanidade e, segundo Bambirra (1993), os mais antigos documentos elaborados pelos homens, encontrados nas cavernas, mostram passos de dança, seja nas pinturas seja nos desenhos talhados na própria pedra.

O *ballet* clássico é o desenvolvimento e a transformação da dança primitiva, que se baseava no instinto, em uma dança formada de passos diferentes, de ligações, de gestos e de figuras previamente elaborados para um ou mais participantes (DI DONATO, 1994).

A prática do *ballet* clássico permite desenvolver e enriquecer as qualidades do homem, e neste contexto Achcar (1998), diz que a beleza corporal, a visão, a precisão, a coordenação, a flexibilidade, a tenacidade, a imaginação e expressão constituem a essência do ensino do *ballet*.

Uma aula de *ballet* sempre se inicia com exercícios de barra. Segundo Cosentino (1985), a barra serve de apoio para a execução dos exercícios que darão aos bailarinos segurança, apoio, leveza, musculatura adequada e

conhecimento dos demais passos e movimentos técnicos. Após os exercícios da barra começam os exercícios de centro, onde se executam exercícios baseados nas atividades já feitas na barra, porém sem o auxílio desta, visando a um melhor equilíbrio do bailarino. Na parte final da aula, vêm os *port de bras*, que são movimentos de braços combinados com movimentos de cabeça e dorso, sem esquecer a respiração, que deve ser trabalhada com harmonia e consciência. E como se fosse uma despedida, faz-se uma série de movimentos chamados de reverências.

A maioria das participantes de *ballet*, segundo Schafle (1996), é constituída por iniciantes. Em geral, elas freqüentam as aulas uma ou duas vezes por semana e o nível médio de intensidade varia conforme a escola. A estudante iniciante recebe aulas em sapatilhas macias de couro ou lona. As aulas para iniciantes concentram-se nas posições básicas dos pés e dos braços, no controle do tronco e na rotação externa apropriada. É enfatizado o desenvolvimento da força, da coordenação e da graça.

A mesma autora cita que nos níveis intermediários das classes de *ballet* existem menos participantes. As classes são freqüentadas de 3 a 5 vezes por semana e os níveis de intensidade são aumentados. As meninas começam a trabalhar na ponta dos pés e ambos os sexos começam a aumentar a altura e a complexidade dos saltos e dos giros, assim como a realizar atitudes mais avançadas, ou posições de equilíbrio. À medida que o nível de perícia aumenta, a freqüência das classes também aumenta e podem passar a ser incluídas sessões de verão com professores desconhecidos e dias de dança mais longos que o habitual. Conseqüentemente, as tentativas de aumentar a rotação externa (*en dehors*) e a flexibilidade podem aumentar desproporcionalmente ao nível de perícia da estudante.

Nos níveis avançados, a introdução do trabalho na ponta dos pés constitui a primeira etapa, no sentido de separar as bailarinas sérias daquelas que desejam ou que poderão ser capazes de dançar apenas com finalidade recreativa. A partir da primeira classe, a barra e os exercícios de centro no *ballet* destinam-se a fortalecer os pés e sua extremidade inferior como preparo para o trabalho na ponta dos pés. A força e o nível da técnica devem ser os

critérios para decidir quando é possível dançar na ponta dos pés (SCHAFLE, 1996).

O ensino da técnica do uso da sapatilha de ponta é muito importante, e o professor tem obrigação de saber quando a criança deve começar a utilizar a sapatilha, o que deve ocorrer não é só na idade certa, mas também observando-se a maturação da criança (HANKIN, 1997).

Desta forma, a imagem corporal acaba fazendo parte da rotina do ballet clássico - sustentação, equilíbrio, sapatilhas de ponta – e um corpo magro é um constante na vida do bailarino, apesar de não se terem dados científicos de que para dançar seja necessário estar magro.

É importante que o ser humano aceite o seu corpo como ele é, em sua materialidade, e não exclusivamente através das impressões. Há necessidade de amar o corpo ou ter por ele uma consideração positiva ou, pelo menos, reconhecê-lo, aceitá-lo, e nunca reprová-lo por ele ser como é (SALZER, 1982).

O treinador (professor) e os pais não devem insistir demais para que o bailarino tenha o biotipo “ideal” para dançar. Dependendo da faixa etária, eles devem ter a responsabilidade de orientar e incentivar, esclarecendo dúvidas que podem surgir, principalmente no que se refere à alimentação dos bailarinos, tendo o cuidado de não excluí-los das competições, festivais e mostras de dança em função do seu peso.

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Pesquisas epidemiológicas têm demonstrado que as taxas de prevalência de anorexia nervosa e bulimia nervosa giram em torno de 0.5% e 1%, respectivamente (HSU, 1996; FAIRBURN; BEGLIN, 1990). Estes transtornos são, ainda hoje, raros e não há evidência de que tenham atingido proporções epidêmicas. No entanto, vários estudos vêm consistentemente demonstrando um aumento da sua incidência nas sociedades industrializadas do Ocidente entre os 50 e os 80 anos, quando parecem ter atingido um platô (HSU, 1996).

A bulimia nervosa só foi reconhecida como uma entidade nosográfica na década de 70, e ainda há poucas informações sobre sua

incidência ou sobre padrões de seu crescimento. A história da anorexia nervosa, por sua vez, é mais antiga e melhor documentada. Inúmeros estudos apontam para um aumento substancial na incidência do transtorno a partir dos anos 30, particularmente entre mulheres da faixa de 15 a 24 anos de idade.

Os trabalhos epidemiológicos também fornecem informações relevantes sobre a distribuição dos transtornos alimentares. Estes são claramente mais prevalentes entre mulheres do que entre homens, numa proporção de dez por um (HSU, 1996). Embora se acredite que ocorram mais freqüentemente entre indivíduos da raça branca, existem vários estudos demonstrando sua ocorrência em outros grupos raciais (DAVIS; YAGER, 1992). Em relação ao nível socioeconômico, os transtornos alimentares têm sido classicamente associados aos estratos mais altos da sociedade. Recentemente, no entanto, diversos autores têm questionado esta relação e demonstrado que ela não é tão consistente quanto se pensava.

Pesquisadores também têm investigado a prevalência do desejo de emagrecer, o nível de insatisfação com o corpo, a história de dieta e outros comportamentos que visam à perda de peso em diversas populações norte-americanas e européias (HSU, 1996). De modo geral confirma-se a impressão de que atualmente muitas mulheres fazem dieta e sentem-se insatisfeitas com o seu corpo, mesmo quando não estão acima do peso normal. Há evidências de que estes comportamentos têm se manifestado cada vez mais cedo, inclusive em pré-púberes e crianças (HILL *et al.*, 1992).

Anorexia

Para Morris (1997) e DSM-IV (2000), os critérios que definem a anorexia nervosa são: distúrbio da imagem corporal, medo intenso de ficar obeso, ausência de mais de 3 menstruações consecutivas, perda de pelo menos 15% do peso corporal original e recusa em manter o peso corporal acima do mínimo normal para a idade.

A taxa de prevalência de pacientes com anorexia é de 1% e, destes, cerca de 90% são em mulheres. A doença acomete mais freqüentemente classes sociais mais elevadas. A anorexia surge, em 45% dos casos, após dieta de emagrecimento; em 40% por ocasião de uma

situação competitiva. Algumas profissões ligam esbeltez com realizações, e populações especiais (notavelmente bailarinas e modelos) demonstraram ter um risco incomumente alto para o desenvolvimento de transtornos alimentares. A incidência de anorexia nervosa parece ter aumentado nas últimas décadas (DSM-IV, 2000).

Para Flaherty (1995) a incidência de alguns sintomas de anorexia nervosa tornou-se muito comum no Estados Unidos e em outros países ao longo da última década, particularmente entre mulheres jovens (aproximadamente 95% de todos os indivíduos afetados são mulheres). Existem picos de incidência, pois 85% dos pacientes desenvolvem esta doença entre os 13 e os 20 anos de idade. O aumento recente da incidência de anorexia nervosa sugere que a superênfase sobre a magreza em nossa sociedade é fator importante na patogênese.

Neste sentido a anorexia nervosa, segundo o DSM-IV (2000), parece ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza.

Segundo Morris (1997), a média de idade da manifestação de anorexia nervosa é 15 anos, embora a curva de idade apresente dois picos: o primeiro aos 13 anos, quando as modificações da puberdade fazem com que a adolescente se volte para sua imagem corporal; e o segundo aos 17-18 anos, quando se torna iminente o estresse associado à separação familiar.

Segundo Flaherty (1995), não existe um causa conhecida para este transtorno. Hipóteses têm sugerido como causas o evitamento fóbico de alimentos, resultante de incapacidade para tolerar as tensões sexuais e sociais da puberdade, disfunção hipotalâmica e um defeito no controle do *feedback* negativo nos receptores dopaminérgicos centrais. Uma outra explicação possível é a de que a anorexia possa ser uma apresentação atípica de um transtorno afetivo.

Para Morris (1997), a atleta que desenvolve um transtorno alimentar é com frequência a filha “perfeita”. É uma pessoa muito empreendedora, perfeccionista e com pouca auto-estima; embora geralmente se destaque na parte acadêmica e atleta, raramente satisfaz-se com sua *performance*. De fato, as características que

predispõem à anorexia nervosa são as consideradas como desejáveis por muitos treinadores.

De acordo com Mahan (1994), a influência da mídia e da imagem da mulher magra como o ideal deve ser considerada na etiologia dos distúrbios alimentares. Para a maioria das mulheres, a aquisição deste ideal significa regime e até mesmo passar fome para conseguir um peso corpóreo que não é compatível com sua biologia básica.

De acordo DSM-IV (2000), existem os seguintes subtipos de anorexia nervosa: (1) *tipo restritivo*: este subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso é conseguida principalmente através de dietas, jejuns ou exercícios excessivos. Durante o episódio atual, esses indivíduos não se envolveram com regularidade em compulsões periódicas ou purgações; (2) *tipo compulsão periódica/purgativa*: este subtipo é usado quando o indivíduo se envolveu regularmente em compulsões periódicas ou purgações (ou ambas) durante o episódio atual. A maioria dos indivíduos com anorexia nervosa que comem compulsivamente também fazem purgações mediante vômitos auto-induzidos ou uso indevido de laxantes e diuréticos. Comparando-se indivíduos com anorexia nervosa do tipo restritivo com indivíduos do tipo compulsão periódica/purgativa, estes estão mais propensos a ter outros problemas de controle dos impulsos, a abusar de álcool ou outras drogas, a exibir maior instabilidade do humor e a ser sexualmente ativos.

Quando seriamente abaixo do peso, o DSM-IV (2000) relata que muitos pacientes com anorexia nervosa manifestam sintomas depressivos, tais como humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia e interesse diminuído por sexo. Muitos dos aspectos depressivos podem ser secundários às seqüelas fisiológicas e clínicas da desnutrição.

Segundo Flaherty (1995) e Morris (1997), os principais sinais da anorexia nervosa são: perda significativa de peso, hiperatividade, imagem corporal distorcida, pele áspera e seca, pêlos finos nas costas e extremidades, atrofia do tecido mamário, bradicardia, hipotermia, baixa pressão sanguínea, afinamento dos cabelos, anormalidades eletrocardiográficas associadas,

anormalidades neurológicas, anemia e atrofia da mucosa vaginal.

No que diz respeito aos critérios diagnósticos o DSM-IV (2000) cita alguns:

- recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado);
- medo intenso de ganhar peso ou se tornar gordo mesmo com o peso abaixo do normal.
- perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
- nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos;
- no tipo restritivo, o paciente não se envolve regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação;
- no tipo compulsão periódica/purgativo: o paciente se envolve regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação.

Bulimia

Wolinsky e Hickson (1996) definem bulimia como episódio recorrente de ingesta descontrolada, geralmente seguido por uma purgação. O vômito, o abuso de laxantes e o exercício intenso são métodos de purgação frequentemente utilizados para aliviar a culpa e evitar o ganho de peso.

De acordo com Mahan (1994), a bulimia é vista hoje em indivíduos de famílias de classe média. A ocorrência desta síndrome é muitas vezes reforçada por uma cultura na qual o corpo esguio é muito valorizado, ao mesmo tempo em que a alimentação é utilizada como recreação, bem como para sobrevivência e saúde.

Em amostras clínicas e populacionais, pelo menos 90% dos pacientes com bulimia nervosa são mulheres, o que também ocorre na anorexia nervosa. Alguns dados sugerem que os homens com bulimia nervosa têm maior prevalência de obesidade pré-mórbida do que as mulheres com

o transtorno. A bulimia começa ao final da adolescência ou início da idade adulta (DSM-IV, 2000).

Morris (1997) informa não haver evidências conclusivas que sustentem a sugestão de que as atletas sejam mais propensas à bulimia do que as não-atletas. O que se mostra evidente é que as atletas são tão propensas a esses transtornos quanto as não-atletas. Alguns estudos de esportes que enfatizam a magreza (ginástica, esportes de salão e de campo, mergulho, ballet, voleibol) encontraram maior incidência de transtorno alimentar.

Pouco se conhece a respeito das causas da bulimia nervosa. Talvez exista um modelo onde múltiplas causas devem interagir para o surgimento da doença, incluindo aspectos socioculturais, psicológicos, individuais e familiares, neuroquímicos e genéticos (DSM-IV, 2000).

Flaherty *et al.* (1995) afirmam que não existe uma causa provada para a bulimia. Uma história familiar de transtorno de humor sugere uma apresentação atípica de um transtorno afetivo. A natureza súbita e incontrolável dos episódios de abuso alimentar levanta a possibilidade de uma epilepsia psicomotora ou outras convulsões parciais complexas.

Os seguintes subtipos, de acordo com DSM-IV (2000), podem ser usados para especificar a presença ou ausência regular de métodos purgativos como meio de compensar uma compulsão periódica:

- Tipo Purgativo: este subtipo descreve apresentações nas quais o paciente se envolve regularmente na auto-indução de vômito ou no uso indevido de laxantes e diuréticos durante o episódio atual.
- Tipo Sem Purgação: este subtipo descreve apresentações nas quais o paciente usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolve regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes e diuréticos durante o episódio atual.

É considerado bastante difícil fazer um diagnóstico preciso de um caso de bulimia, pois os bulímicos fazem segredo e negam seus problemas. Os sinais físicos manifestam-se já com a doença avançada ou não ocorrem. Como

o peso está frequentemente dentro dos limites normais, torna-se difícil obter evidências objetivas da doença. Estudos demonstram que menos de um terço dos bulímicos com peso normal discutem seus problemas com um profissional.

Mas de acordo com DSM-IV (2000), são alguns os critérios diagnósticos da bulimia:

- Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:
 - ingestão, em um período limitado de tempo (por exemplo, dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares;
 - um 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 o que ou quanto está comendo).
- Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.
- No tipo purgativo, o paciente envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes e diuréticos.
- No tipo sem purgação, o paciente 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.

ESTUDOS RECENTES

As restrições de peso corporal e gordura corporal em praticantes de vários esportes – ginastas, dançarinas e corredoras – mantêm tipicamente um corpo muito magro por razões

estéticas e ou atléticas (WOLINSKY; HICKSON, 1996).

Com relação à imagem corporal, Lewis e Scannell (1995) estudaram o relacionamento entre imagem do corpo e os estilos de dança e constataram que a dança possui uma influência negativa na imagem corporal.

Esta relação pode ser encontrada também no estudo de Pierce e Daleng (1998), que investigaram a imagem corporal e a possível distorção da imagem corporal entre 10 bailarinas de uma companhia de balé profissional, comparando o corpo atual e ideal, e verificaram que há uma distorção da imagem corporal entre elas.

Sobre o peso corporal, Vaisman *et al.* (1996) concluíram que o peso inferior ao normal pode ser mais prevalente entre praticantes de *ballet* em idade escolar do que entre não praticantes, e constataram que a atmosfera das classes de *ballet* pode encorajar a magreza além dos limites normais. Parece que os professores de balé têm um papel significativo neste processo, desta forma sugere-se que médicos e nutricionistas estejam envolvidos com as escolas de *ballet*.

Complementando, num estudo, Bettel *et al.* (1998) constataram que bailarinas buscam alcançar pesos abaixo do normal.

As restrições de peso corporal podem ser uma causa direta dos distúrbios de ingestão, e um único evento ou comentários do treinador ou de um colega de equipe pode disparar um problema. Uma observação descuidada pode se arraigar profundamente na mente de uma anoréxica ou bulímica potencial (WOLINSKY; HICKSON, 1996).

Neste sentido, Garner *et al.* (1998) enfatizam que certos atletas, particularmente das práticas desportivas que enfatizam a magreza, correm o risco de desenvolver transtornos alimentares.

Num estudo de Archinard *et al.* (1994), constatou-se que o treinamento da dança pode estar associado aos distúrbios alimentares.

As características destes distúrbios foram descritas no estudo Abraham (1996), que constatou que o baixo peso corporal e a amenorréia são duas das características de anorexia nervosa.

Num estudo longitudinal de cinco anos, Pigeon *et al.* (1997) verificaram que a prática da

dança moderadamente intensiva pode conduzir a desordens alimentares e controle precoce do peso corporal.

Com respeito ao estado nutricional de bailarinas, Lopez-Varela *et al.* (1999) verificaram o efeito da dieta no estado nutritivo de bailarinas e constaram que as bailarinas podem ter um estado nutricional danificado, como consequência de uma diminuição nos parâmetros antropométricos e imunológicos.

A prevenção e a educação das bailarinas tanto por parte dos pais e dos instrutores e profissionais da área irão ajudar a mostrar os problemas que podem vir a ocorrer se estas bailarinas fizerem uso incorreto da alimentação, mostrando inclusive que isso pode levar a problemas de ordem fisiológica e psicológica e até à morte.

CONCLUSÕES

Mediante a análise dos tópicos abordados neste estudo e com base no referencial teórico consultado, conclui-se que:

- Estudos vêm demonstrando um aumento da sua incidência dos transtornos alimentares.

- A influência da mídia e da imagem da mulher magra como o ideal deve ser considerada na etiologia dos transtornos alimentares.
- No *ballet* clássico a busca do perfeccionismo, a pressão por parte dos instrutores e familiares e a instabilidade emocional podem levar a transtornos alimentares.
- A imagem corporal faz parte da rotina da dança e um corpo magro é um constante na vida do bailarino.
- Os critérios que definem a anorexia nervosa são o distúrbio da imagem corporal, medo intenso de ficar obeso, amenorréia, perda de peso corporal original e recusa em manter o peso corporal acima do mínimo normal para a idade.
- Já os critérios que definem bulimia são os episódios recorrentes de ingesta descontrolada, vômito, o abuso de laxantes e o exercício intenso.
- Estudos comprovam que a dança influencia negativamente a imagem corporal, e as classes de *ballet* parecem encorajar a magreza além de limites normais, podendo desencadear transtornos alimentares.

CLASSIC BALLET AND EATING DISORDERS

ABSTRACT

Classic ballet with its extreme aesthetic concern can promote eating disorders such as nervous anorexia and bulimia. This review has the purpose of analyzing the eating disorders in classical dancers. Analyzing theoretical references one concludes that several studies have shown an increase in the incidence of eating disorders. The influence of the media and the image of lean woman as the ideal must be considered in the etiology of the eating disorders. In classical ballet the search for perfectionism, high expectation, pressure on the part of the family and instructors and the emotional instability can lead to eating disorders. Studies show that the dance has a negative influence on the corporal image and that ballet classes seem to encourage slimness beyond normal limits, which may trigger eating disorders.

Key words: Classic ballet. Eating disorders.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, S. Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. *Psychopathology*, Switzerland, v. 29, no. 4, p. 223-239, 1996.

ACHCAR, D. *Ballet: uma arte*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.

ARCHINARD, M. et al. Dance training and eating disorders. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, Switzerland, v. 145, no. 2, p. 23-27, 1994.

BAMBIRRA, W. *Dançar & sonhar: a didática do ballet infantil*. Belo Horizonte: Del Rey, 1993.

BETTLE, N. et al. Adolescent ballet school students: their quest for body weight change. *Psychopathology*, Switzerland, v. 31, no. 3, p. 153-159, 1998.

COSENTINO, E. *Escola clássica do ballet*. Porto Alegre: Oficinas Gráficas da Livraria do Globo, 1985.

DAVIS, C. E.; YAGER, J. Transcultural aspects of eating disorders: a critical literature review. *Cult Med Psychiatry*, [United States], v. 16, p. 377-394, 1992.

DI DONATO, S. História da dança. *Revista Dançar*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 10, 1994.

DSM-IV. *Manual de diagnóstico e estatístico da Associação Norte Americana de Psiquiatria: transtornos alimentares* (classificação internacional). 2000. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/dsm/dsm/html>>. Acesso em: 4 jul. 2001.

FAIRBUM, C. G.; BEGLIN, S. J. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, [United States], n. 147, p. 401-408, 1990.

- FLAHERTY, J.A. **Psiquiatria: diagnósticos e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- GARAUDY, R. **Dançar a vida**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- GARNER, D. M. et al. Cultural expectations of thinness in women. **Psychol Rep**, [United States], v. 47, p. 483-491, 1980.
- GARNER, D. M. et al. Eating disorders among athletes. Research and recommendations. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**, [United States], v. 7, no. 4, p. 839-857, 1998.
- HANKIN, T. Facilitating discovery: student-centered teaching strategies in the technique class. **JOPERD**, [United States], v. 68, no. 1, p. 36-38, 1997.
- HILL, A. J. et al. Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. **Br J Clin Psychol**, [United States], v. 31, no. 1, p. 95-105, 1992.
- HSU, L. K. Epidemiology of the eating disorders. Psychiatry. **Clin North Am**, [United States], v. 19, p. 681-700, 1996.
- LEWIS, R. N.; SCANNELL, E. D. Relationship of body image and creative dance movement. **Percept Mot Skills**, [United States], v. 81, no. 1, p. 155-160, 1995.
- LOPEZ-VARELA, S. et al. Effect of the diet on the nutritional status of ballerinas: immunologic markers. **Nutr Hosp**, Spain, v. 14, no. 5, p. 184-190, 1999.
- MAHAN, L.K. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 1994.
- MONTE, J. J. O. **Psicomotricidade, maturação e crescimento**. Curitiba: Clineuro, 1989.
- MORRIS, M. B. **Segredos em medicina desportiva: respostas necessárias ao di-a-dia em certos centros de treinamento, na clínica, em exames orais e escritos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- PATTON, G. C. Eating disorders: antecedents, evolution and course. **Ann Med**, [United States], v. 24, p. 281-285, 1992.
- PIERCE, E. F.; DALENG, M. L. Distortion of body image among elite female dancers. **Percept Mot Skills**, [United States], v. 87, no. 3, p. 769-770, 1998.
- PIGEON, P. et al. Intensive dance practice. Repercussions on growth and puberty. **Am J Sports Med**, [United States], v. 25, no. 2, p. 243-247, 1997.
- SALZER, J. **A expressão corporal: uma disciplina da comunicação**. São Paulo: DIFEL, 1982.
- SCHAFLE, M. D. **Segredos em medicina desportiva: respostas necessárias ao dia-a-dia em centros de treinamento, na clínica em exames orais e escritos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- VAISMAN, N. et al. Weight perception of adolescent dancing school students. **Arch Pediatr Adolesc Méd**, [United States], v. 150, no. 2, p. 187-190, 1996.
- WOLINSKY, J.; HICKSON, J. F. **Nutrição no exercício e no esporte**. São Paulo: Roca, 1996.

Recebido em Julho de 2002
Revisado em Outubro de 2002
Aceito em Novembro de 2002

Endereço para correspondência: Joseani Paulini Neves Simas, Av. Trompowsky, n.227, apto 1201, Centro – Florianópolis – SC – Brasil, Cep: 88015-300. E-mail: joseanisimas@yahoo.com.br ou **Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães**, Rua Amaro Antônio Vieira, 2008 – Bl 10/204, Itacorubi – Florianópolis – SC – Brasil, Cep: 88034-101. E-mail: nanaguim@terra.com.br