

Culto ao corpo e (*al cuerpo y*) comportamentos alimentares anormais entre estudantes de medicina

Cult of the body and abnormal eating behaviors among medical students

Maria Lúcia Bosi

Psicóloga, Professora titular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsic.php/138954

Recepción: 22/9/2014 - Aprobación: 17/12/2014
Primera edición, www.siicsalud.com: 19/1/2015

Enviar correspondencia a: Maria Lúcia Bosi,
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do
Ceará, 60170020, Fortaleza, Brasil
malubosi@ufc.br



+ Especialidades médicas relacionadas,
producción bibliográfica y referencias
profesionales de la autora.

Abstract

Introduction: *Eating disorders (ED) are a public health problem closely linked to dissatisfaction with body image. It is known that the cult of beauty ideals associated to thinness presents itself increasingly as a central issue for health among different social groups, including the group focused on this analysis.*
Objective: *The growing prevalence of disorders related to body image and eating among undergraduate students in health, particularly among medicine students, signals the need for reflection on this issue, considering its genesis and the possible outcomes on the assistance level.*
Results/Discussion: *In this scenario, the current curriculum of medical schools, aligned with the foundations of biomedical model, emphasizes on the biological dimension to the detriment of social and symbolic ones, operating a worrying exclusion of subjectivity in the training process. Medical schools, it seems, do not fully enable future physicians to diagnosis ED and neither protect themselves from the risk of developing them. More than that, it does not establish a basis to an effective care, and we have to remember that the task of diagnosis is the responsibility of this professional segment.*
Conclusions: *Thus, the training process needs to be revised, taking into account that future doctors can often be invisible carriers of such disorders, among other mental health problems. Thus, it becomes evident the need for spaces for reflection and profound discussion on this formation at the interface with the context of action in which aesthetic values predominate over those related to health; values which themselves, not rarely are hostages and multipliers.*

Key words: eating behaviour, medical education, public health, body image, undergraduate students

Resumo

O presente artigo resgata a (*rescata la*) elevada e crescente prevalência de comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar (*de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario*) (TCA) e de insatisfação com a (*y de insatisfacción con la*) imagem corporal entre estudantes da área da saúde e (*del área de la salud y*), em particular, de medicina, como fenômenos que sinalizam a necessidade de reflexão e produção científica, tanto relativa à sua gênese (*que señalan la necesidad de una reflexión sobre su génesis*) como a seus desfechos (*sus resultados*). Sabe-se que o culto a ideais de beleza vinculados à magreza apresenta-se (*la delgadez se presenta*), de forma cada vez mais expressiva, como uma questão central (*como un tema central*) que transversaliza diferentes segmentos sociais, dentre eles o (*entre ellos el*) grupo aqui focalizado, disputando prioridade com a saúde. Nesse cenário, o atual (*En este escenario, el actual*) modelo formador das escolas médicas, com sua concepção de homem, corpo e natureza alinhada aos cânones da (*alineada con los cánones de la*) biomedicina, acentua a dimensão biológica em detrimento da social e simbólica, operando uma exclusão preocupante da subjetividade, inclusive a do (*del*) educando. Noutras (*En otras*) palavras, a formação universitária em medicina parece não estar contribuindo para que os futuros profissionais de saúde sequer discriminem e se protejam (*incluso discriminen y se protejan*) do risco de desenvolver TCA cujos (*cuyos*) diagnósticos, de outra parte, serão de sua (*serán de su*) competência futura. A formação destes profissionais precisa ser revista levando-se em conta (*revisada teniendo en cuenta*) que estes podem ser, muitas vezes, portadores invisíveis (*muchas veces, portadores involuntarios*), que necessitam de espaços de reflexão e discussão aprofundadas sobre o contexto em que atuarão, no qual (*en el que actuarán, en el que*) predominam valores relacionados à estética em detrimento daqueles relacionados à saúde, valores esses dos quais eles próprios são reféns (*de los cuales ellos mismos son referentes*).

Palabras chave: comportamento alimentar, educação médica, saúde coletiva, imagem corporal, estudantes de graduação

Introdução

Nas (*En las*) sociedades ocidentais modernas, o culto ao corpo e a (*el culto al cuerpo y la*) preocupação com o peso corporal apresenta-se, de forma cada vez mais expressiva, como uma questão central que transversaliza (*como una cuestión clave que atraviesa*) diferentes segmentos sociais, disputando prioridade ante outros aspectos e, não raro, distanciando-se de um cuidado com a saúde. Tal postura se expressa, na esfera da saúde, como produção subjetiva consequente às (*con las*) disputas mercadológicas que se estabelecem no (*en el*) contexto social. Conforme amplamente documentado, a chamada indústria da magreza e da beleza gera (*la llamada industria de la delgadez y la belleza genera*) lucros incalculáveis para os mais diversos

grupos econômicos estabelecendo um consórcio promissor do qual (*del cual*) participam a indústria alimentar (sobretudo a diet e light e de suplementos); os laboratórios e sua intensa produção de anabolizantes; a indústria têxtil; a tecnologia médico-estética, dentre outras, que, com forte amparo no suporte midiático desencadeiam processos complexos, nos planos objetivo e subjetivo.

Nesse âmbito (*En este contexto*), cabe destacar o fascínio exercido (*la fascinación que ejerce*) sobre vários segmentos, em especial o feminino, levando à busca (*motivando la búsqueda*) constante e obstinada por um corpo socialmente considerado belo e, no limite, perfeito segundo ditames hegemônicos, meta, (*bello y, en el límite de la perfección según dictados hegemónicos, meta*),

quase sempre, inalcançável. Alguns autores vem chamando atenção para a grande (*han llamado la atención hacia la gran*) influencia de padrões de imagem corporal ocidentalizados na propagação de uma cultura/ditadura do corpo magro em vários países ao redor do (*alrededor del*) mundo, inclusive em culturas não ocidentais e em países em desenvolvimento (*en vías de desarrollo*).¹⁻⁴

Os mecanismos por meio dos quais se difundem tais valores (*por medio de los cuales se reparten estos valores*) são complexos e difusos, concentrados nos meios de comunicação dos quais os (*de los que los*) grupos econômicos lançam mão já que dependem (*utilizan ya que dependen*), para sobreviver, de um mercado consumidor ativo impulsionado pela (*impulsado por la*) produção constante de novas necessidades e, consoante o modelo das sociedades de consumo, de novos produtos visando a satisfazê-las (*con vistas a satisfacerlas*). Através dos meios de comunicação impõem-se, assim, a cultura do belo levando à emergência (*se impone así la cultura de la belleza, provocando la aparición*) de transtornos mentais específicos que podemos denominar como *doenças da (enfermedades de la) beleza* especialmente na população adolescente e jovem adulta. Como consequência, a incidência de problemas relacionados à distorção da (*a la distorsión de la*) imagem corporal e de transtornos do comportamento alimentar (TCA) tem aumentado na sociedade moderna.³⁻⁶

TCA são definidos como desvios do comportamento alimentar, incluindo anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e outros transtornos alimentares não-específicos,⁷ que, por serem transtornos mentais, podem levar a sérias consequências psiquiátricas e médicas,^{8,9} inclusive ao óbito (*incluso al óbito*).¹⁰ Um outro fator complicador destes transtornos se deve à seu caráter crônico, persistente e refratário ao tratamento.⁷

Os TCA são desenvolvidos sobretudo por pessoas do sexo feminino, na transição da adolescência para a idade adulta,^{9,11} coincidindo com um período da vida de intensas mudanças.^{7,12} Além disto (*Además*), a literatura aponta que a prevalência de distúrbios do comportamento alimentar pode ser substancialmente modificada em função das atividades diárias ou profissionais,^{7,13,14} havendo indícios de risco aumentado para TCA entre estudantes da área de saúde,^{13,14} em especial, estudantes de medicina.

Apesar da ampliação do número de estudos nacionais publicados sobre a prevalência de TCA em estudantes da área de saúde,¹³⁻³⁰ a maioria é realizada com amostras pequenas e específicas, sendo poucos os estudos desenvolvidos com alunos de medicina.²⁸⁻³⁰ Tal lacuna é preocupante já que (*Esta brecha es preocupante si se considera que*) o profissional médico desempenha papel central no processo de diagnóstico dos TCA sendo, portanto, estratégico explorar e compreender, mediante estudos epidemiológicos e pesquisas qualitativas a ocorrência desses agravos junto a este segmento.

Conforme algumas evidências vêm sustentando, inclusive achados de estudos ainda em curso no nosso grupo (*de estudios aún en curso en nuestro grupo*), estudantes de medicina, ao contrário do que sua formação levaria a presumir (*que su formación llevaría a asumir*), não se encontram mais protegidos dos valores que permeiam a sociedade da qual fazem parte, no que tange à construção da imagem corporal. Ao contrário: a literatura vem alertando para a magnitude dos problemas de saúde física e mental que acometem justamente estudantes e profissionais de medicina,²⁸⁻³¹ constituindo um objeto relevante a

ser pesquisado, dado serem os médicos atores (*que los médicos son los actores*) fundamentais na disseminação de concepções científicas que contribuem para configurar a subjetividade sobre temáticas relacionados ao corpo, saúde e beleza.³² Além disso, evidências indicam que estes, tal como ocorre com outros agravos, tendem a atrasar a busca de ajuda e tratamento quando estão sofrendo de TCA por temerem repreensões ou estigmatização que prejudiquem seu conceito/imagem profissional.³¹

Diante do exposto (*Teniendo en cuenta lo anterior*), se nos impôs como indagação questões como as que segue: estariam nossos estudantes/profissionais amparados por um modelo adequado à complexidade desses quadros ou o modelo formador, ao excluir a subjetividade, operaria uma redução limitadora? De que modo as limitações na assistência expressam a representação desses profissionais que, em lugar de curadores operariam como multiplicadores dos TCA e demais doenças vinculadas à imagem corporal e práticas alimentares? Nossas investigações³³⁻³⁵ nos levam a sustentar (*nos llevan a sostener*) que o discurso formador não instrumentaliza suficientemente para um recuo simbólico ante a cultura da beleza e sua mercantilização, tampouco para um cuidado fundado na intersubjetividade. Torna-se portanto importante discutir a gênese desses comportamentos na interface com a formação médica e os elementos que a configuram na atualidade, com vistas a subsidiar o aperfeiçoamento do modelo formador, como estratégia de prevenção ante esses agravos e como ferramenta para a assistência aos mesmos.

De modo mais específico, e correndo os riscos de fazê-lo (*los riesgos de hacerlo*) em um espaço muito breve, este texto busca aportar alguns elementos a essa temática, desvelando aspectos preocupantes na formação em saúde e que operam como obstáculos à construção de modelos congruentes com a complexidade dos fenômenos que acometem os profissionais de forma crescente ao tempo em que os desafiam em sua prática, sem que, em muitos casos se sintam instrumentalizados para essa atenção específica.

Dada sua amplitude, o tema permite diferentes recortes ou aproximações e lança dúvidas (*y arroja dudas*) sobre qual deles privilegiar. Ante diferentes alternativas, escolhemos (*elegimos*), o risco de trazer aqui impressões inacabadas, algumas notas para um debate, ainda em construção que gostaria de compartilhar por acreditarmos que tocam em pontos cujo papel é decisivo já que (*gustaría de compartir porque creemos que afectan puntos cuyo papel es decisivo, ya que*), em boa parte, tais dimensões dão o tom do que se faz (*el tono de lo que se hace*) no sistema e nas práticas cotidianas nos programas e serviços de saúde.

Contudo, ao (*al*) focalizarmos a educação médica, reconhecemos seu evidente entrelaçamento com os vários momentos e espaços do (*y espacios del*) processo educativo, anteriores à formação universitária, não residindo nesta escolha nenhum outro (*sin que exista en esta elección ningún otro*) motivo que não a (*no fuera la*) modulação com nossa práxis como professora em várias escolas médicas e de saúde pública no Brasil. Nesse sentido, o convidamos a percorrermos conosco (*los invitamos a recorrer con nosotros*) um itinerário que procurará apontar, em linhas muito gerais (*en líneas muy generales*), os contornos da área da saúde, como espaço de formação; refletir sobre humanização, integralidade e subjetividade na construção do conhecimento e na formação em (*y en*

la educación en) saúde, de modo a subsidiar com algumas proposições uma revisão do atual modelo formador. Tal exercício, no sentido da incorporação de elementos que possam ampliar os (*que puedan ampliar los*) fundamentos em que se embasam as práticas em saúde, em particular, aquelas voltadas ao manejo de quadros como TCA, que resistem às limitações da assistência fundada no modelo biomédico.

Acerca da área da saúde e de seus profissionais

Por sua natureza, a saúde consiste em um objeto complexo. Dado seu caráter histórico, um domínio em permanente construção, assumindo diferentes configurações e abordagens. Esse campo vem marcado por muitos movimentos, tensões (*tensiones*) entre paradigmas e antagonismos (concernentes aos conceitos de homem, corpo, saúde e de doença) expressando-se em distintas modalidades de ação no setor —e uma expressiva dispersão conceitual que derivam desse caráter dinâmico como espaço de produção de conhecimento e de práticas.

Saúde, como objeto de conhecimento e intervenção, implica interdisciplinaridade e diálogo entre distintas áreas de conhecimento, uma vez que as ações (*desde que las acciones*) de saúde a aproximam de outros setores, exigindo, para a sua operacionalização o apoio de equipes multiprofissionais. Isso (*Esto*) explica a convivência de diferentes especialidades nos grupos que hoje corporificam essa área (*hoy representan esta área*). No plano epistemológico, demanda aportes de campos disciplinares e temáticos muito distintos que abrangem (*que abarcan*) desde disciplinas como matemática, estatística e biologia até as ciências humanas, devendo agregar assim um leque (*siendo necesario agregar un abanico*) de saberes que se amplia crescentemente com o movimento das especializações.

O arcabouço (*El andamiaje*) das ciências humanas e sociais, ainda incipiente ou praticamente ausente na formação médica, quando se analisa, por exemplo, a incorporação das ciências humanas sob um enfoque da subjetividade, possibilitaria explorar tanto determinações mais gerais (macro estruturais) quanto algumas mediações presentes no plano micro das relações estabelecidas no cotidiano e suas expressões simbólicas, ambas, como se sabe, fundamentais à (*para la*) compreensão do processo saúde-doença, tendo o humano incorporado no modelo.

Claro está o tensionamento político-ideológico e teórico-conceitual interno ao campo de certa forma ilustrando o que Mafesolli —embora em (*aunque en*) outro contexto— nomeia tribalização³⁶ fragmentando em demasia os saberes e práticas. Ao que (*Por lo que*) parece, prepondera a multidisciplinaridade, e a hiperespecialização, nos termos em (*en los términos en*) que define Morin,³⁷ em lugar de uma inter ou transdisciplinaridade.

Tal condição se deve, sobretudo, ao processo de profissionalização conforme vem se desenvolvendo, no Brasil, a exemplo de muitos outros países, desde o início do século passado (*del siglo pasado*). Concebida como fruto da divisão social e técnica do trabalho e, fundamentalmente, se constituindo como traço (*como rastro*) das sociedades industrializadas, e em setores modernos de outras, a profissionalização se fundamenta na busca (*en la búsqueda*) de status profissional, status este garantido (*garantizado*), sobretudo, mediante forte disputa pelo (*una fuerte disputa por el*) monopólio de certas competências, tendo como alicerce o (*y tiene como base el*) saber, garantia de espaço

no mercado.³⁸ Tal processo, conflita (*entra en conflicto*) claramente com a ideia de interdisciplinaridade.

Embora insuficientemente examinada no contexto brasileiro, analisar como essa economia se desdobra parece central para a compreensão dos limites —a um só tempo epistemológico e político— que se colocam ao alcance de práticas integrais, éticas e humanizadas, necessárias à formação em saúde e à complexidade exigida na abordagem de quadros que acometem os (*afectan a los*) profissionais de saúde e desafiam o modelo biomédico, como os TCA e outras anomalias vinculadas ao corpo e à beleza. Isto porque tais práticas exigem (*Esto es porque tales prácticas requieren*), além de rupturas epistemológicas profundas com as noções de corpo, homem e natureza que sustentam a biomedicina, novas disposições de poder no âmbito do trabalho e diálogos interdisciplinares. Contudo, no campo da saúde, como talvez em nenhum outro espaço (*en ningún otro espacio*), tais objetivos conflitam com uma hierarquia paraprofissional (*jerarquía paraprofesional*) típica deste campo³⁹ que se sustenta, conforme já dito (*como se ha señalado*), na divisão social e técnica, onde ganham relevo (*adquieren más importancia*), categorias analíticas como gênero, classe, etnia. Aqui indagamos: o campo demanda outras relações? Se sim, as atuais estratégias de formação dão (*Si es así, las estrategias de formación actuales dan*) conta dos desafios do campo?

Conforme já aludido, após mais de duas (*luego de más de dos*) décadas atuando em diferentes cursos de graduação, notadamente em escolas médicas, estamos convencida de que precisamos de outro modelo. Na impossibilidade de aprofundar aqui essa afirmação abordando as questões acima assinaladas percorreremos (*cuestiones señaladas anteriormente recorreremos*), tão somente, alguns elementos que, a nosso ver, desvelam aspectos relativos à dinâmica profissional no contraste com um segundo plano de análise, confrontando o campo da saúde/medicina enquanto espaço de formação e produção de conhecimento ante os desafios que se colocam para o desenvolvimento da política setorial, com reflexos na prática médica.

Humanização, integralidade e subjetividade no âmbito da formação em saúde

Várias foram as mudanças econômico-políticas que se deram (*que ocurrieron*), especialmente no início dos anos (*a principio*) de 1980, determinando o esgotamento do (*el agotamiento del*) modelo médico-assistencial privatista —se não na prática, ao menos como resposta adequada às necessidades de saúde da população— e sua substituição por um outro modelo de atenção à saúde, sustentando por um novo ideário. Na impossibilidade de examinar o ideário a que me refiro, focalizaremos aqueles princípios que, nos termos de Alves⁴⁰ confrontam mais diretamente o processo de construção do conhecimento ou as racionalidades hegemônicas no sistema: refiro-me à integralidade e humanização.

No plano da produção do conhecimento, o cenário favorável advindo (*el escenario favorable derivado*) do movimento da reforma sanitária brasileira e da proposta de um novo sistema de saúde, a que já fizemos alusão (*ya hemos aludido*), o discurso científico sobre a integralidade tem experimentado, nos últimos anos, uma fase bastante fértil, expressa pela diversificação, riqueza e inovação presente nos trabalhos.

Inserindo-se nessa discussão (*Insertándose en esta discusión*), Mattos⁴¹ aponta que a integralidade pode ser

concebida como princípio orientador das práticas, ou orientador da organização do trabalho, ou ainda orientador da organização das políticas. Acima de tudo (*Sobre todo*), integralidade implica recusa ao (*negativa al*) reducionismo e à objetivação dos sujeitos e uma afirmação de abertura para o diálogo. Tal concepção toca diretamente questões referentes à subjetividade e à humanização no âmbito da educação médica (e em saúde), já que implica em: capacidade para responder ao sofrimento manifesto, o que depende tanto da postura dos profissionais, como da organização dos serviços; postura não reducionista frente às necessidades de ações e serviços (*de acciones y servicios*) de saúde apresentada pelos sujeitos; capacidade de apreensão (*capacidad de aprehensión*) ampliada das necessidades em saúde, no contexto de cada encontro, por meio do olhar atento (*a través de la mirada alerta*); reconhecimento e defesa da intersubjetividade inerente às práticas em saúde, que fundamentalmente envolvem uma dimensão dialógica ou de negociação, entre profissionais e usuários, quanto à (*en cuanto a la*) definição dos projetos terapêuticos.

Mudanças na (*Modificaciones en la*) prática sanitária vigente só serão (*sólo serán*) possíveis se incluirmos na pauta a concepção de saúde dos profissionais que atuam nesse (*que actúan en este*) sistema e a instrumentalização teórico-prática necessária para que esses profissionais possam desenvolver ações sanitárias consoante um novo ideário (*conforme a una nueva idea*) que evidencia o papel do conhecimento e dos processos educativos, lembrando (*recordando*) que cuidar de alguém transcende o âmbito técnico⁴² do atendimento.

Pinheiro e Guizardi⁴³ também ultrapassam a fronteira reducionista ao apreenderem (*exceden la frontera reducionista cuando entienden*) o cuidado como: "... uma ação integral, (produtora de) significados e sentidos". Visualiza-se, portanto, uma clara interface com outro princípio —o da humanização— que também demarcamos para reflexão, uma vez que fala-se hoje, em humanização como se houvesse um único (*ya que hoy se habla de humanización como si hubiera un solo*) e claro significado. Mas o que significa humanização? A quem compete essa demarcação? Aos técnicos, ao Estado, aos usuários? Trata-se de um objeto que demanda produção de conhecimento e diálogo, o que impõe respeito à alteridade (*lo que impone el respeto al otro*). Humano se refere ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, aqui referidas ao campo da saúde, nas quais se inclui a produção do conhecimento. Portanto, não há humanização sem a inserção da subjetividade. O humano se constitui em relação e não existe fora desta intersubjetividade, mediada pelo diálogo. Sem nos darmos conta dessa busca e da centralidade do diálogo, não chegaremos nunca à integralidade (*nunca vamos a alcanzar la totalidad*), tampouco construiremos, na prática, a humanização.

Desta forma, no momento em que emerge o discurso da qualidade, da humanização, convivemos com alguns paradoxos: para citar um exemplo, o mero palavreado (*la mera verborrea*) e o trânsito frenético de mensagens na Web, sustentado por e sustentáculo de uma cultura das sensações, grosso modo é confundido com diálogo quando na verdade o esfacela criando um simulacro (*lo destruye y crea un simulacro*). Quantos de nós não vivenciamos isto em um atendimento (*¿Cuántos de nosotros experimentamos esto en una consulta*)? Quem não experienciou isso em seu processo de formação quando a

escuta do (*la escucha del*) educando é neutralizada pela rigidez do modelo formador? Que implicações terão esses fenômenos (*tendrán estos fenómenos*) na construção do conhecimento voltado para o manejo e a prevenção de transtornos na esfera simbólica (portanto da linguagem)?

Ao focalizar estas dimensões no contexto da formação voltada para o manejo de doenças simbólicas como os TCA e distúrbios ligados à autopercepção da imagem corporal, é imprescindível examinar os atores que entram neste cenário e o processo em que se dá a construção do conhecimento, do qual derivam enunciados que orientam as ações em saúde e a prática médica.

Claro está que, ao se falar em construção de conhecimento, na medicina, na saúde, ou em qualquer outro campo, há que se reconhecer, logo de início, que seria demasiado idealista uma leitura que situasse a produção do conhecimento para além dos atores que a protagonizam. Ao contrário, este processo se desenvolve por meio de ações específicas (*de acciones específicas*), apoiadas em uma materialidade. A este conjunto de relações chamaremos campo científico —termo tomado por empréstimo de Bourdieu⁴⁴ e que, consoante este autor, se refere à arena ou campo de forças na qual se desenvolvem relações voltadas (*el escenario o campo de fuerzas donde se desarrollan las relaciones orientadas*) à reprodução do capital científico. Assim, em análises e revisões do atual modelo formador importa examinar as interfaces com o modo de produção do conhecimento científico —o campo científico e suas regras, sob a égide atual do produtivismo—^{45,46} (*bajo la égida corriente del productivismo*) e suas conseqüências sobre o curso dos saberes e das práticas. Ao lado disso, cabe refletir sobre as condições de possibilidade da construção da interdisciplinaridade, da humanização, dentre outros projetos, tão propalados e (*tan publicitados y*), no nosso entendimento, tão pouco exercitados, não só na saúde mas nas diferentes áreas do conhecimento.

Morin³⁷ assevera que, em lugar de saberes acumulados, empilhados, sem ligação uns com os outros (*apilados sin relación entre sí*), a formação deve desenvolver uma aptidão geral (*una aptitud general*) para identificar e trabalhar os problemas e dispor (*y disponer*) de princípios organizadores que possibilitem religar os saberes e lhes dar sentido (*que permitan conectar los conocimientos y darles un significado*). Esta é para Montaigne a primeira finalidade do ensino, evitando uma acumulação estéril que se perde com o tempo.

Achamos importante recuperar aqui esta ideia já que, no lugar de (*ya que, en el lugar del*) docente em uma escola médica brasileira, preocupa-nos os rumos que vêm tomando a educação, sobretudo porque estamos convictos de que isto não se resolve com mudanças ou inovações (*convecidos que esto no se resuelve con cambios o innovaciones*) curriculares sem envolvimento do que Morin denomina fervor educativo que implica em abertura para o (*una apertura al*) diálogo, incentivo à interrogação e à dúvida (*y a la duda*), tratando-se de estimulá-la mesmo (*tratando de estimularla*) quando se encontra adormecida. E não o (*Y no lo*) contrário.

Conclusão

O presente artigo resgata a elevada e crescente prevalência de comportamentos de risco para TCA e de insatisfação com a imagem corporal entre estudantes da área da saúde e, em particular, de medicina, como fenômeno

que sinaliza a (*señala la*) necessidade de reflexão sobre a gênese e seus desfechos (*y sus resultados*). Muitos estudos são ainda necessários (*Son necesarios muchos estudios todavía*) para compreender estas e outras manifestações, possibilitando o entendimento de sua etiologia e o desenvolvimento de ações (*el desarrollo de acciones*) para minimizar o sofrimento ligado aos (*a los*) mesmos.

Assim, o atual modelo formador das (*el modelo actual de formación de las*) escolas médicas, com sua concepção de homem, corpo e natureza alinhada aos cânones da (*según los cánones de la*) biomedicina, que acentua a dimensão biológica em detrimento da social e simbólica, opera uma exclusão preocupante da subjetividade, inclusive a do educando. Noutras (*En otras*) palavras, a

formação universitária em medicina parece não estar contribuindo para que os futuros profissionais de saúde sequer discriminem e se protejam do risco (*siquiera identifiquen y se protejan del riesgo*) de desenvolver TCA cujos diagnósticos, de outra parte, serão de sua competência futura. Em síntese, a formação destes profissionais precisa ser revista levando-se em conta que estes podem ser, muitas vezes, portadores invisíveis, que necessitam de espaços de reflexão e discussão aprofundadas sobre o cenário em que atuarão (*el escenario en el que actuarán*), no qual predominam valores relacionados à estética em detrimento daqueles relacionados à saúde, dos quais eles próprios são reféns (*de los cuales ellos mismos son referentes*).

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siic.salud.com

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Bibliografía

- Alves D, Pinto M, Alves S, Mota A, Leirós V. Cultura e imagem corporal. *Motricidade* 5(1):1-20, 2009.
- Andrade A, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Rev Nutr* 16(1):117-125, 2003.
- Pike KM, Borovoy A. The rise of eating disorders in Japan: Issues of culture and limitations of the model of "Westernization". *Cult Med Psychiatry* 28(4):493-531, 2004.
- Nasser M, Katzman MA, Gordon RA. Eating disorders and cultures in transitions. New York: Taylor & Francis; 2001.
- Liao Y, Liu T, Cheng Y, Wang J, Deng Y, Hao W, et al. Changes in eating attitudes, eating disorders and body weight in Chinese medical university students. *Int J Soc Psychiatry*, 2012.
- White S, Reynolds-Malear JB, Cordero E. Disordered Eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating Disorders* 19(4):323-334, 2011.
- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 361:407-416, 2003.
- Agras WS. The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin N Am* 24(2):371-379, 2001.
- Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 39(2):87-100, 2006.
- Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of Mortality in Eating Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 60:179-183, 2003.
- Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, Incidence, Impairment, and Course of the Proposed DSM-5 Eating Disorder Diagnoses in an 8-Year Prospective Community Study of Young Women. *J Abnorm Psychol* 12, 2012.
- Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ* 318:765-768, 1999.
- Vitolo MR, MR, Bortolini GA, Horta LR. Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 28(1):20-26, 2006.
- Laus MF, Moreira RCM, Costa TMB. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 31(3):192-196, 2009.
- Oliveira MRM, Stipp LM. Imagem corporal e atitudes ali-

mentares: diferenças entre estudantes de nutrição e de psicologia. *Saúde Rev Piracicaba* 5(9):47-51, 2003.

16. Souza AA, Souza JC, Hirai ES, Luciano HA, Souza N. Estudo Sobre a Anorexia e Bulimia Nervosa em Universitárias. *Psic Teor e Pesq* 27(2):195-198, 2011.

17. Bosi MLM, Uchimura KY, Luiz RR. Eating Behavior and Body Image among Psychology Students. *J Bras Psiquiatr* 58:150-155, 2009.

18. Bosi MLM, Uchimura KY, Luiz RR, Oliveira FP. Comportamento Alimentar e Imagem Corporal entre estudantes de educação física. *J Bras Psiquiatr* 57:28-33, 2008.

19. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa M, Carvalho RJ. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar e fatores associados entre estudantes de nutrição do município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr* 55(2):34-40, 2006.

20. Legnani RFS, Legnani E, Pereira EF, Gasparotto GS, Vieira LF, Campos W. Transtornos alimentares e imagem corporal em acadêmicos de educação física. *Motriz* 18(1):84-91, 2012.

21. Gonçalves TD, Barbosa MP, Rosa LCL, Rodrigues AM. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. *J Bras Psiquiatr* 57(3):166-170, 2008.

22. Kirsten VR, Fratton F, Porta NBD. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. *Rev Nutr* 22(2):219-227, 2009.

23. Silva JD, Silva ABJ, Oliveira AVK, Nemer ASA. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. *Ciênc Saúde Coletiva* 17(12):3399-3406, 2012.

24. Pereira LNG, Trevisol FS, Quevedo J, Jornada LK. Eating disorders among health science students at a university in southern Brazil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 33(1):14-19, 2011.

25. Costa KCBC, Santos NO, Modesto SEF, Benute GRG, Lôbo RCMM, Lucia MCS. Insatisfação corporal em estudantes universitários da área de saúde nos Estados de Alagoas e Sergipe. *Mudanças* 18(1-2):1-6, 2010.

26. Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Rev psiquiatr clín* [on line]. 2011. 38(1) [capturado 15 mai 2013]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol38/n1/03.htm>

27. Camargo ELB. Prevalência e fatores associados a comportamentos sugestivos de transtornos alimentares entre estudantes de medicina, enfermagem e nutrição. Botucatu; 2008. Mestrado [Dissertação] - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

28. Pinto ACM, Camargo MR, Novo NF, von Krakauer Hübner C. Transtornos alimentares em alunas da Faculdade de Medicina do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC-SP. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba* 11(2):16-20, 2009.
29. Alberton VC. Estudo da prevalência de comportamentos alimentares anormais em estudantes de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão; 2005. Graduação [Monografia]. Universidade do Sul de Santa Catarina.
30. Souza FGM, Martins MCR, Monteiro FCC, Menezes Neto GC, Ribeiro IB. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. *Rev Psiq Clín* 29(4):172-180, 2002.
31. Crane A, Treasure J, McConville S. Eating disorders on the wards. *Student BMJ* 15:80-81, 2007.
32. Neto PP, Capari SNC. A medicalização da beleza. *Interface* 11(23):569-584, 2007.
33. Bosi MLM. A face Oculta da Nutrição: ciência e ideologia. RJ: Espaço e Tempo;1988.
34. Bosi MLM. A nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. Campinas, *Rev de Nutrição* 7(1):32-47, 1994.
35. Bosi MLM. Profissionalização e Conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec;1996.
36. Maffesoli M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa, Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2006.
37. Morin E. *Ciência com consciência*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.
38. Martinez FM, Bosi MLM, Wiessenfeld E, Pla M. *Teaching Qualitative Research: voices from Iberoamerica*. *Revista Salud Coletiva*, Buenos Aires 11(1); 2005.
39. *La profesion medica un estudio de sociologia del conocimiento aplicado*. Pie de Imprenta: Barcelona, Espana Peninsula; 1978.
40. Alves D, Pinto M, Alves S, Mota A, Leirós V. Cultura e imagem corporal. *Motricidade* 5(1):1-20, 2009.
41. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Roseni Pinheiro; Ruben Mattos. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 1º ed., Rio de Janeiro; 2001, Vol. 1. Pp. 39-64.
42. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco; 2005. Pp. 21-36.
43. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R (Org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática; 1983.
44. Luz MT. Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. *Physis* 15(1):39-57, 2005.
45. Bosi MLM. Produtivismo e avaliação acadêmica na Saúde Coletiva brasileira: desafios para a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. *Cad Saúde Pública* 28(12):2387-2392, 2012.

Información relevante**Culto ao corpo e (*al cuerpo y*) comportamentos alimentares anormais entre estudantes de medicina****Respecto a la autora**

Maria Lúcia Bosi. Profesora titular, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Benfica, Brasil; redirigida desde la Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, institución donde se desempeñó por más de dos décadas. Graduada en nutrición y en psicología; Maestra en ciencias sociales y doctora en salud pública por la Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Posdoctorado en el *Center for Critical Qualitative Health Research*, University of Toronto, Toronto, Canadá (2009). Investigadora en distintos grupos del Diretório de Grupos de Pesquisa (DGP/CNPq), lidera el grupo de investigación Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS/UFC).

**Respecto al artículo****La autora pregunta**

En la sociedad occidental moderna, el culto al cuerpo y la preocupación por el peso corporal se presenta como una cuestión social en distintos segmentos sociales.

¿Qué rubros se benefician con el modelo nutricional del culto al cuerpo?

- A** La industria de los alimentos.
- B** Los fabricantes de anabólicos.
- C** Los profesionales de la medicina estética.
- D** Todas son correctas.
- E** Ninguna es correcta.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/138954

Lista de abreviaturas y siglas

TCA, trastornos del comportamiento alimentario; AN, anorexia nerviosa; BN, bulimia nerviosa.

Cómo citar *How to cite*

Bosi ML. Culto ao corpo e (*al cuerpo y*) comportamentos alimentares anormais entre estudantes de medicina Salud i Ciencia 21(2):177-83, Mar 2015.

Bosi ML. Cult of the body and abnormal eating behaviors among medical students. Salud i Ciencia 21(2): 177-83, Mar 2015.

Orientación: Educación Médica, Nutrición.

Conexiones temáticas: Atención Primaria, Epidemiología, Salud Mental.