

CLAUDIA REGINA GREGOL RUDNICK

**MOTIVAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS
PLÁSTICAS ESTÉTICAS ENTRE UNIVERSITÁRIAS DA UFSC:
UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de ciências
sociais da Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito para
obtenção do título de bacharel em
ciências sociais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Noemi Caponi

Florianópolis, 2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rudnick, Claudia Regina Gregol
Motivações para realização de cirurgias plásticas
estéticas entre universitárias da UFSC : uma análise
sociológica / Claudia Regina Gregol Rudnick ; orientadora,
Sandra Noemi Caponi - Florianópolis, SC, 2016.
65 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Filosofia e Ciências Humanas. Graduação em Ciências Sociais.

Inclui referências

1. Ciências Sociais. 2. cirurgia plástica estética. 3.
sociologia da saúde. I. Caponi, Sandra Noemi. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Ciências Sociais. III. Título.

MOTIVAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS ENTRE UNIVERSITÁRIAS DA UFSC: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA

Este Trabalho de graduação foi julgado adequado para obtenção do Título de “bacharel” em Ciências Sociais e aprovado em sua forma final pela Comissão examinadora e pelo Curso de Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 14 de Setembro de 2016.

Prof. Tiago Losso, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Sandra Noemi Caponi, Dr.^a
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Maria Fernanda Vásquez, Dr.^a
Universidade Federal de Santa Catarina

João Matheus Acosta Dallmann, Ms.
Universidade Federal de Santa Catarina

Aos meus pais, Ivanete e Claudiney.

RESUMO

A importância atribuída à aparência física é profundamente sentida nas sociedades contemporâneas, o que cria a demanda por procedimentos que visam aprimorar o aspecto estético. Nesse sentido, a medicina ocupa cada vez mais espaço junto ao mercado de técnicas de aperfeiçoamento e embelezamento físico dos indivíduos, oferecendo possibilidades de intervenções e “correções” corporais, cirúrgicas ou não, com a finalidade de obter o corpo dito belo. Este trabalho analisará, dentro de uma perspectiva sociológica, as motivações relatadas por universitárias da UFSC para realização de cirurgias plásticas estéticas.

Palavras-chave: cirurgia plástica estética, medicalização da beleza, sociologia da saúde.

ABSTRACT

The importance attributed to physical appearance is deeply felt in contemporary societies, what creates a demand for procedures to enhance the aesthetic appearance. In this regard, the medicine occupies increasingly larger space in the techniques market of physical beautification of individuals, offering possibilities of interventions and “corrections” to body, surgical or not, to have the body considered beautiful. This work will examine, within a sociological perspective, the reported motivations by UFSC academics for performing cosmetic plastic surgery.

Key-words: aesthetic plastic surgery, medicalization of beauty, health sociology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ISAPS International Society of Aesthetic Plastic Surgery

SBCP Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

SUS Sistema Único de Saúde

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1.....	21
1.1 Sobre a Cirurgia Plástica Estética.....	21
1.2 A cirurgia plástica no Brasil.....	23
CAPÍTULO 2.....	27
2.1 Corpo: individual e coletivo.....	27
2.2 Entrevistas: a experiência da cirurgia plástica estética 	33
CAPÍTULO 3.....	45
3.1 Discussão.....	45
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
ANEXOS.....	63

INTRODUÇÃO

A crescente dinâmica de procura e execução de cirurgias plásticas de caráter estético é observável não somente na sociedade brasileira, uma das maiores consumidoras mundiais, mas no mundo todo.

Segundo dados da *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS)¹, mais de 11 milhões de procedimentos estéticos cirúrgicos foram realizados no ano de 2013 mundialmente, sendo que aproximadamente 1,5 milhão destes ocorreram no Brasil. Naquele ano o país ultrapassou pela primeira vez o número de cirurgias plásticas realizadas nos Estados Unidos². México aparece em terceiro lugar, seguido de Alemanha e Espanha.

Já em 2014, quase 10 milhões de cirurgias plásticas foram realizadas, com Estados Unidos voltando a liderar o ranking de execuções de cirurgias plásticas, sendo responsável por 15.4% dos procedimentos. No entanto, pequena diferença o separa do Brasil, que aparece na segunda posição, com 13.9% das cirurgias. Em terceiro lugar estão o Japão, a Coreia do Sul e o México, respectivamente.

É inegável a popularização das cirurgias plásticas no Brasil. O consumo dessas técnicas, que há alguns anos era restrita às classes mais altas, elites e trabalhadores da televisão, atualmente é acessível à grande parte da população. A facilitação do pagamento, com financiamentos e linhas de crédito, além do preço que sofreu diminuição ao longo do desenvolvimento das técnicas, são alguns fatores que colaboram para esse quadro.

Clínicas com atraentes formas de pagamento, parcelamentos e outras facilidades, cativam o cliente que não tem condições de pagar o procedimento à vista. Entretanto, o serviço pode se tornar arriscado, pois algumas dessas empresas priorizam a quantidade de procedimentos e o lucro, tendo como consequência uma série de acidentes e mesmo óbitos.

Ter um corpo “belo”, ajustado, é uma preocupação latente da vida pessoal na atualidade, pois o corpo é tido como a própria expressão e representação do eu, da subjetividade do ser. Em consequência disso, o indivíduo é responsabilizado e até mesmo culpabilizado pela sua

¹ A ISAPS é a principal associação internacional de cirurgiões plásticos, possuindo mais de 2.700 membros espalhados por 95 países.

² Dados disponíveis em: <http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2014%20ISAPS%20Global%20Stat%20Results.pdf>.

aparência física. Para Goldenberg e Ramos (2002),

O corpo "em forma" se apresenta como um sucesso pessoal, ao qual qualquer mulher ou homem pode aspirar, se realmente se dedicar a isso. "Não existem indivíduos gordos e feios, apenas indivíduos preguiçosos" (GOLDENBERG, 2002, p. 9).

O corpo que se aspira, no entanto, não é neutro. Ele apresenta uma série de características, que carregam em si valores sociais. Um corpo sem sinais do tempo nem marcas, livre de gordura e flacidez, e com tamanhos e proporções bem delimitados para cada parte, é um corpo idealizado segundo um padrão definido do que é beleza.

Entender este corpo e suas representações como uma construção, sujeita ao contexto histórico e social no qual se manifestam, nos permite refletir sobre as ofertas e imperativos de modificação, ressignificação e aperfeiçoamento.

A naturalização da ideia de que a beleza pode ser obtida através de intervenções estéticas, implica uma concepção do que é o belo. O entendimento de que a saúde, em seu âmbito emocional - e até mesmo psicológico - pode ser restaurada através de uma cirurgia plástica, indica um lugar de legitimidade da medicina, que possui as técnicas aceitas para a produção da beleza nos corpos.

Para Bauman (2008), o indivíduo, ao ser atingido pelas sugestões de toda sorte de correções de inadequação e deficiências do que é considerado inferior ao ideal, responde a esse apelo, na tentativa de manter ou galgar a posição social desejada e proteger sua autoestima como membro pertencente ao grupo social, consumindo para obter as qualidades para as quais já existe uma demanda de mercado:

A vocação consumista se baseia, em última instância, nos desempenhos individuais. Os serviços oferecidos pelo mercado que podem ser necessários para permitir que os desempenhos individuais tenham curso com fluidez também se destinam a ser a preocupação do consumidor individual. (BAUMAN, 2008, p. 74).

Dentro dessa perspectiva, os consumidores são também mercadorias, e ser uma mercadoria vendável é um indicador de pertencimento e aptidão social, algo desejado, uma questão de poder:

A promessa de aumentar a atratividade, e por consequência, o preço de mercado de seus compradores está escrita, em letras grandes ou pequenas, ou ao menos nas entrelinhas, nos

folhetos de todos os produtos - inclusive aqueles que, de maneira ostensiva, são adquiridos principalmente, ou mesmo exclusivamente, pelo puro prazer do consumidor. O consumo é um investimento em tudo que serve para o “valor social” e a autoestima do indivíduo (BAUMAN, 2008, p. 75-76).

Os conceitos de autoestima e outras demandas psíquicas e emocionais vem sendo amplamente utilizados tanto por pacientes para explicar a procura por procedimentos estéticos, quanto por cirurgiões plásticos para justificar sua importância. A insatisfação com o próprio corpo em níveis que demandam intervenção cirúrgica para correção dos “defeitos” é um fenômeno sociológico. As estatísticas nos mostram que a demanda é altíssima e cresceu ao longo dos anos no Brasil.

É preciso discutir até que ponto este discurso psicologizante das práticas confere justificção para a atuação da medicina num processo que não tem o desconforto emocional numa raiz individual e puramente subjetiva, mas que é social em suas raízes.

De acordo com Grisotti³ (2004), ao estudar o processo saúde-doença é preciso estar atento para não naturalizar as percepções e comportamentos dos indivíduos, tomando por verdade absoluta suas narrativas - através das quais esses tendem a legitimar sua posição. Assim, o “como” está sendo dito é tão importante quanto “o que” é dito. Certamente, ao mobilizar o discurso psi, não se apela apenas à subjetividade do ser (embora a questão seja também inerentemente particular), mas também ao conjunto de percepções sociais que torna esse discurso cabível.

O papel da medicina no fenômeno de expansão da cirurgia plástica pode ser entendido em meio ao processo de medicalização da sociedade, descrito pelo sociólogo americano Peter Conrad (1992), como o movimento no qual problemas de diversas ordens da vida passam a ser vistos como de ordem médica, para os quais são criados e oferecidos diagnósticos, tratamentos e todo um aparato médico de

³ Em *Representações sociais em saúde: soma de propriedades individuais ou propriedades emergentes* a autora resgata algumas contribuições da sociologia para o entendimento do que são representações sociais e sua utilidade nos estudos sobre saúde. A grande contribuição desses estudos teria sido entender o pensamento como uma atividade socialmente compartilhada e “sustentada dentro de um discurso mais amplo que forma não apenas o pensar individual, mas também influencia como as pessoas imaginam o que devem pensar dizer e fazer” (GRISOTTI, 2004, p. 233).

soluções.

Nesta perspectiva de medicalização da beleza, refletirei sobre o discurso de motivações para a realização de cirurgia plástica estética e as relações destes procedimentos (seus efeitos, importância e consequências) com as demandas e expectativas da sociedade ocidental atual.

Obviamente esta observação não levará em consideração apenas os aspectos subjetivos das motivações, mas o contexto ao qual pertencem e dentro do qual adquirem sentido. Sendo assim, faz-se necessário considerar as questões sociais da beleza: a grande preocupação com a aparência - característica marcante de nossa sociedade -, a demanda e o consumo de beleza, as relações de gênero e o papel e legitimidade da medicina nessa conjuntura.

Para esta análise realizei entrevistas semi-estruturadas com oito mulheres de 18 a 35 anos, universitárias de graduação da UFSC que haviam feito pelo menos uma cirurgia plástica de caráter estético. Elas voluntariaram-se para participar da entrevista, que foi divulgada através de convite coletivo na internet. Participaram estudantes de diferentes centros e cursos da UFSC: letras, ciências sociais, direito, psicologia, odontologia e enfermagem.

Apesar de não haver um recorte explícito de nível socioeconômico nesta pesquisa, concebemos a universidade pública como um lugar de privilégio, onde apesar de uma tendência de democratização vivida na última década, estudantes brancos e pertencentes às parcelas mais ricas da população ainda são maioria⁴.

A entrevista transcorreu presencialmente, perguntando fundamentalmente sobre as motivações que as levaram à realização do procedimento. Na conversa, questioneei também quais resultados e efeitos a cirurgia havia trazido à vida de cada uma, como havia sido a

⁴ Segundo pesquisa divulgada pelo IBGE em 2015, em 2004, 54,5% dos estudantes de universidades públicas pertenciam aos 20% mais ricos da população, com renda por pessoa de R\$ 2,9 mil. Até 2013 esse número diminuiu para 36,4%. A porcentagem de estudantes pertencentes à classe mais pobre da população, com renda até R\$ 192 por pessoa, passou de 1,2% para 7,6% de 2004 para 2013. Apesar desse movimento de democratização do ensino superior público, estudantes brancos e pertencentes às parcelas mais ricas ainda constituem a maioria nesse contexto. Dados disponíveis em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2014/12/aceso-de-estudantes-pobres-a-universidade-publica-cresce-400-entre-2004-e-2013-diz-ibge>>. Acesso em 18 de outubro de 2016.

experiência de maneira geral e também como cada uma lidou com os riscos da operação⁵.

No primeiro capítulo faço um breve apanhado histórico sobre a cirurgia plástica estética ao longo de seu desenvolvimento histórico no âmbito mundial e no Brasil.

Já no segundo capítulo, procurei discutir as relações entre o coletivo e o particular no que se refere às práticas e técnicas de embelezamento do corpo, em especial à cirurgia plástica estética. Os relatos sobre a experiência das participantes juntamente com a análise das entrevistas são apresentados em seguida.

No terceiro capítulo proponho uma discussão teórica acerca das questões sociais da beleza em transversalidade com o corpo e a aparência modificados pela cirurgia plástica estética.

A intenção é compreender de que maneira os incômodos com o corpo, considerado por elas, fora dos padrões, fizeram seu caminho até culminar na cirurgia plástica de fato, entendendo o fato como sociológico, apesar do discurso individualizante e subjetivado que circunda o tema.

⁵ O roteiro completo da entrevista está disponível nos anexos do trabalho.

CAPÍTULO I

I.1 Sobre a Cirurgia Plástica Estética

Por definição, a cirurgia plástica estética é aquela feita num indivíduo não doente, com a finalidade de mudar sua aparência física. São eletivas, ou seja, não obrigatórias: uma escolha do indivíduo. O tratamento médico, nestes casos, não visa restaurar a funcionalidade de determinado membro, órgão ou tecido do corpo (como na reconstrutora) mas aprimorar sua qualidade estética.

Segundo Gilman (1999), o conceito de cirurgia estética surgiu a partir do Renascimento. Na Idade Média não havia sequer a ideia de uma cirurgia plástica que não a reconstrutora, pois as técnicas médicas não eram usadas com fins estéticos. Somente na Renascença os cirurgiões começam a falar de cirurgia de beleza. Nessa época fez-se pela primeira vez a diferenciação entre cirurgia estética e reparadora.

No decorrer do século XIX a expressão cirurgia de beleza foi retomada: no início de 1840 o famoso cirurgião alemão Johann Dieffenbach, usava-a de maneira pejorativa, para fazer distinção entre o que à época era considerada a real cirurgia plástica, a reconstrutora, e a meramente estética. A evolução da história da cirurgia plástica é sempre de uma contradição entre esses dois tipos. No entanto, o entendimento do que é estético e reconstrutivo também varia de época para época. Procedimentos como a correção de lábio leporino eram considerados estéticos por volta de 1850, por exemplo.

O neozelandês Harold Delf Gillies, o mais conhecido cirurgião reconstrutivista, defendia que a cirurgia estética era uma extensão natural subordinada à cirurgia reconstrutiva. Em 1934 ele denominou o ramo de cirurgia estética reconstrutiva, defendendo a inerência de uma prática a outra. Gillies criticava o fato de alguns médicos se denominarem cirurgiões plásticos apenas tendo habilidade para técnicas estéticas, sem ter tido um treinamento em técnicas reparadoras (GILMAN, 1999).

A cirurgia plástica estética moderna é datada do final do século XIX e marcada pelo uso da anestesia e de novas práticas de assepsia. O desenvolvimento dessas noções, isentou as intervenções de dor e diminuiu as taxas de infecção e risco, o que teve influência direta no crescimento da prática cirúrgica (GILMAN, 1999).

Porém, o período de significativo progresso da especialidade foi o que se seguiu a Primeira Grande Guerra. Segundo o professor de artes

da Wake Forest University, David Lubyn, especialista nos impactos da Primeira Guerra Mundial na cultura e na arte, este evento teve papel essencial na consolidação e evolução do ramo da cirurgia plástica, pois gerou a necessidade de avanço nas técnicas de reconstrução e reparação. Isto por que, tendo sido a guerra travada em trincheiras, o rosto – a única parte do corpo desprotegida em meio aos equipamentos de guerra - era desfigurado durante a batalha (LUBIN, 2008).

Muitos dos cirurgiões envolvidos no tratamento de reparação dos soldados acabaram colaborando para o desenvolvimento da cirurgia plástica estética ao enveredar por esta área. Os efeitos do pós-guerra e a influência do cinema americano são tidos como os principais valores para o desenvolvimento da cirurgia plástica estética, enfatizando ideais como a juventude e a boa forma física.

No Brasil, a grande maioria dos procedimentos realizados corresponde à cirurgia estética, como mostra uma pesquisa⁶ publicada pelo Instituto Datafolha no ano de 2009: 73% foram estéticas e somente 27% reparadoras.

Entretanto, é comum admitir-se, inclusive no meio médico, que há dificuldade em estabelecer uma clara distinção entre as duas formas, pois ambas tem por objetivo estabelecer a normalidade estética de determinado órgão ou tecido, de acordo com padrões de aceitabilidade e beleza estabelecidos a priori. Conforme Rankin,

Segundo a definição adotada pela Associação Médica Americana (American Medical Association), considera-se cirurgia estética aquela realizada para aperfeiçoar as estruturas normais do corpo com intenção de aumentar a atratividade do indivíduo e a sua autoestima. Por sua vez, a cirurgia reconstrutiva ou reparadora é executada sobre as estruturas anormais do corpo, causadas por problemas congênitos, do desenvolvimento ou crescimento, traumatismos, infecções, tumores ou enfermidades. É realizada, sobretudo, para aprimorar a função, embora também possa ter como objetivo melhorar o aspecto físico do indivíduo. A dicotomia entre estética e reparadora é alvo de frequentes críticas e contestações. Se considerarmos o “aspecto psicológico” da cirurgia

⁶ Resultados completos da pesquisa disponíveis em: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/wp-content/uploads/2012/11/pesquisa2009.pdf>.

estética ou a constante busca do aperfeiçoamento estético na cirurgia reparadora veremos a dificuldade de delimitar a fronteira entre as duas (RANKIN et al. *apud* BAIMA, 2007, p. 29).

Para Gonçalves (2001), notar o serviço que é oferecido nos hospitais públicos e aquele que é oferecido na clínica particular, nos dá o indício de uma diferenciação. Muitas vezes o mesmo médico que atende no serviço público fazendo procedimentos predominantemente reconstrutores, atende também em sua clínica particular realizando procedimentos estéticos, em sua maioria.

Ao levarmos em conta as justificativas de saúde emocional e psicológica, aceitas atualmente como legítimas para a execução de intervenções físicas e frequentemente usadas por profissionais da saúde e pacientes, o limite entre os dois tipos de cirurgia plástica torna-se ainda mais diluído, pois ambas visam aliviar o sofrimento vivenciado pelo indivíduo.

1.2 A cirurgia plástica no Brasil

O primeiro serviço de cirurgia plástica na América Latina foi criado em 1920: o Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital das Clínicas de Buenos Aires. Aproximadamente vinte anos depois ocorre a criação da Associação Latino Americana de cirurgia plástica, devido à intensa relação e troca de conhecimentos entre os cirurgiões plásticos latinoamericanos. Logo após, em julho de 1941, acontece, em São Paulo e no Rio de Janeiro, o I Congresso Latinoamericano de Cirurgia Plástica. A Associação transforma-se em Associação Ibero Latinoamericana de Cirurgia Plástica, marcando a ligação também com os cirurgiões portugueses e espanhóis (MALBEC *apud* BAIMA, 2007).

No Brasil, os pioneiros foram homens que estudaram o ofício na Europa e se empenharam em criar locais para o aprendizado e execução das técnicas no país. José Rebelo Neto criou o Departamento de Cirurgia Plástica anexo ao Serviço de Otorrinolaringologia no Hospital Municipal de São Paulo e também o Serviço de Cirurgia Plástica na Santa Casa de São Paulo. Antônio Prudente Meirelles de Moraes foi professor da Escola Paulista de Medicina e presidiu o 1º Congresso Latinoamericano de Cirurgia Plástica. Outro nome importante nesse quadro foi o de Antonio Pires Rebelo, que abriu em 1930 a “Academia Científica da Beleza”, no Rio de Janeiro, para a

realização de cirurgias plásticas (SINDER *apud* BAIMA, 2007).

Tivemos no cenário brasileiro um dos mais prestigiados cirurgiões plásticos da atualidade, Dr. Ivo Hélcio Jardim de Campos Pitanguy. Patrono da SBCP e membro honorário da American Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), foi também um dos pioneiros no exercício da cirurgia plástica no Brasil, ainda incipiente em meados de 1950. Pitanguy ajudou a especialidade se firmar no país, criando o Serviço de Cirurgia Plástica da 38ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro em meados de 1950, e em 1960, o Curso de Cirurgia Plástica da Escola de Pós Graduação Médica na PUC do Rio de Janeiro. Curso este que já formou 550 alunos de mais 40 países desde sua abertura. Os números da carreira de Pitanguy são impressionantes: realizou 62.000 procedimentos de cirurgia plástica em sua carreira profissional, tem mais 900 publicações em seu nome e já ministrou aproximadamente 2.500 palestras no mundo todo⁷. Seu prestígio e reconhecimento na especialidade atingem o âmbito mundial.

No entanto, não é apenas Pitanguy que desfruta de ótima reputação profissional como cirurgião plástico brasileiro. São vários os profissionais da área conceituados e atuando mundialmente, além de a própria categoria médica da especialidade desfrutar de uma reputação formidável.

Uma das maiores associações mundiais da especialidade, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), é composta por aproximadamente 5.500 cirurgiões plásticos - entre titulares, associados e aspirantes. Fundada em 1948, com sede na cidade de São Paulo, declara seu intuito como sendo criar uma rede de membros que compartilhe o mesmo padrão de treinamento, ética, exercício profissional e pesquisa científica, promovido através das formações organizadas pela associação. Apenas os membros credenciados podem utilizar o seu logotipo e seus nomes são então vinculados à Sociedade, que assegura excelência e segurança do exercício médico destes (SBCP, 2015).

A Associação organiza e executa um trabalho voluntário que é uma de suas marcas: mutirões de cirurgias plásticas, chamadas de “Ações Humanitárias”. Elas acontecem uma vez por ano em todo o território nacional, essencialmente nas capitais brasileiras, e utilizam aparelhos do Estado para o atendimento, como hospitais públicos e

⁷ Dados retirados de entrevista do Dr. Ivo Pitanguy concedida à Revista Veja. Disponível em: <http://vejario.abril.com.br/materia/gente/ivo-pitanguy-o-desafio-do-mestre>.

postos de saúde. São voltadas para atender, exclusivamente e de forma gratuita, a população carente que necessita de cirurgias plásticas de caráter reparador. Nestes mutirões são executados, por exemplo, os procedimentos de reconstrução mamária para portadoras de câncer cujo tratamento resultou em mutilação e cirurgias para a eliminação de tumores de pele.

CAPÍTULO II

2.1 Corpo: individual e coletivo

O corpo é o mais fundamental objeto técnico do homem. Antes de lidar com técnicas de instrumentos, lidamos com nosso próprio corpo, que manipulamos e instrumentalizamos para diversos fins no cotidiano.

Ao escrever *As técnicas do corpo*, Mauss (2003) fala sobre a relação entre os fatores que caracterizam e constroem as técnicas que cada sociedade se utiliza para dispor do corpo físico – o que seria uma fusão entre o biológico, o cultural e o psicológico:

O ato se impõe de fora, do alto, mesmo um ato exclusivamente biológico, relativo ao corpo. O indivíduo assimila a série de movimentos de que é composto o ato executado diante dele ou com ele pelos outros. É precisamente nessa noção de prestígio da pessoa que faz o ato ordenado, autorizado, provado, em relação ao indivíduo imitador, que se verifica todo elemento social. No ato imitador que se segue, verificam-se o elemento psicológico e o elemento biológico. Mas o todo, o conjunto é condicionado pelos três elementos indissolivelmente misturados. (MAUSS, 2003, p. 405)

Assim sendo, a maneira como executamos as técnicas corporais variam de acordo com vários fatores, não sendo dependentes apenas do indivíduo que as executa. Mesmo as técnicas mais básicas da vida, como maneiras de comer e de andar, não são “neutras”, por assim dizer, mas variam conforme o grupo em que se está inserido.

Essa perspectiva pode ser utilizada para pensarmos também o fenômeno atual das cirurgias plásticas, visto que é uma técnica do corpo utilizada para produzir embelezamento e também traz uma série de relações que não estão, de modo algum, isoladas de suas causas e consequências sociais.

Para Edmonds (2002, p. 234), “enquanto a marcação do corpo torna visível o humano (como não animal), a cirurgia plástica visa ultrapassar o humano (como animal, que é deteriorável)”. Nesse sentido, o consumo de cirurgias estéticas pode ser também um modo de exercer

agência e assim, demonstrar as características da própria individualidade, ainda que essa individualidade se demonstre muitas vezes na homogeneidade.

Além disso, a categoria cirurgia plástica estética é ampla e os motivos que levam os pacientes a submeterem-se a uma cirurgia estética podem ser diversos. Uma pessoa pode optar por uma cirurgia estética para evitar os constrangimentos que sua aparência “não normal” possam lhe causar socialmente ou para conquistar uma espécie de perfeição e obter destaque entre os demais, figurando tanto o desejo de destaque (visibilidade), quanto o de normalidade (invisibilidade) (EDMONDS, 2002).

No entanto, o que é considerado normal em uma época pode não ser em outra: as mesmas características consideradas belas ou saudáveis em determinado período podem ser entendidas como o seu contrário em outro. Para Durkheim (2007), através do método sociológico é possível classificar os fatos sociais em normais ou patológicos, mas não existe uma regra geral que se aplique a qualquer situação.

Nas entrevistas que realizei, pude perceber estes padrões de distinção (normal *x* anormal, belo *x* feio) embora em todos os casos relatados a intervenção tenha sido executada com o objetivo de gozar do que se considerava a “normalidade” do corpo.

A ideia de cirurgia plástica estética como uma necessidade se tornou natural para nossa sociedade, tornando-se mesmo uma prática cultural. Essas operações estéticas demandam os mesmos cuidados e oferecem os mesmos riscos que qualquer outra cirurgia, porém suas motivações extrapolam a compreensão de saúde que costumávamos ter há décadas atrás.

Diante disso, faz-se necessário estabelecer um estranhamento em relação às essas técnicas corporais. Pode parecer problemático, a princípio, entender os motivos que levam um indivíduo saudável a assumir riscos de saúde em função de melhorias estéticas. No entanto, um exemplo desse exercício antropológico é apresentado no texto *O Ritual do corpo entre os Nacirema*, de Horace Mincer (1956). No decorrer da leitura percebemos que o autor está falando não de nativos de um lugar desconhecido e distante de nós, mas do povo americano⁸, sociedade que conhecemos bem e da qual compartilhamos várias das práticas e rituais citados:

⁸ América do Norte.

(...) deve-se mencionar certas práticas que estão baseadas na estética nativa, mas que dependem da aversão generalizada ao corpo e às suas funções naturais. Há jejuns rituais para tornar pessoas magras gordas, e banquetes cerimoniais para tornar gordas pessoas magras. Outros ritos são usados para tornar maiores os seios das mulheres, se eles estão pequenos, e menores, se eles são grandes. Uma insatisfação geral com a forma dos seios é simbolizada pelo fato de que a forma ideal está virtualmente fora do espectro da variação humana. Umhas poucas mulheres que sofrem de um quase inumano desenvolvimento hipermamário são tão idolatradas, que podem viver muito bem simplesmente indo de aldeia a aldeia, e permitindo aos nativos admirá-las mediante um pagamento (MINNER, 1956, p. 6).

Dito isto, percebemos como este estranhamento é fundamental para nos afastarmos de juízos de valor e compreendermos a dimensão sociocultural em que se insere a demanda por cirurgias plásticas estéticas.

Das oito entrevistadas nesta pesquisa, quatro haviam realizado cirurgia para implante de prótese de silicone. Segundo dados da ISAPS, em 2013 o procedimento para aumento das mamas (o mais aceito atualmente é o feito com implante de silicone)⁹ foi o mais realizado no mundo. No Brasil, neste mesmo ano, foram feitos 226.000 procedimentos para aumento de mamas, só perdendo em número de execuções para a lipoaspiração (228.000 operações). A operação para levantar os seios ficou em terceiro lugar, com 140.000 execuções (ISAPS, 2013).

Apesar de o consumo masculino vir apresentando aumento ao longo dos anos, o público feminino ainda é o maior cliente do ramo: em 2013, foi responsável por 85.7% dos procedimentos cirúrgicos, contra 14.3% realizados em homens¹⁰. A ligação entre o processo de

⁹ Os implantes podem ser feitos também com solução salina ou de silicone com solução salina.

¹⁰ Há também a cirurgia de redesignação sexual, no Brasil, oferecida desde 2008 através de portaria que ampliou o processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde. Essa cirurgia, no entanto, para além de uma questão estética, trata sobretudo de identidade e possui requisitos obrigatórios para sua execução no SUS: idade mínima de 21 anos, anterior acompanhamento psicoterápico de,

medicalização do corpo e a constituição de diferença de gênero em meio ao papel das cirurgias plásticas tem sido analisada, entendendo as práticas de embelezamento feminino no decurso da história como uma forma de controle social, por vários autores.

Para Ribeiro (2003), esse fenômeno, presente sobretudo no universo feminino, é novo enquanto possibilidade de agência da mulher sobre o seu corpo, mas antiga na medida em que práticas médicas, corpo feminino e modelos de feminilidade, na grande maioria das vezes, andam juntos (RIBEIRO, 2003, p. 2).

Bourdieu (2002), em *A dominação masculina* demonstra como a dinâmica de dominação inscreve-se também no corpo e em seus modos e movimentações. Seu conceito de violência simbólica “violência suave, insensível, invisível as suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento” (BOURDIEU, 2002) é então direcionado também para as relações de gênero.

Em geral, segundo o autor, as mulheres incomodam-se com partes do corpo que consideram grandes. Em direção oposta, os homens tendem a sentirem-se inquietos com partes do corpo que julgam pequenas. Do mesmo modo, as mulheres são instruídas desde pequenas a executarem movimentos leves e delicados, a não sentarem-se com as pernas abertas ou levantá-las e recostá-las sob uma mesa, por exemplo. Enquanto que os homens tendem a exercer movimentos corporais mais expansivos e espaçosos no ambiente social (ocupar bastante espaço em locais públicos, como nos bancos do transporte público). As próprias roupas e sapatos (salto alto, bolsas, roupas justas e curtas) seriam fatores de limitação do movimento corporal feminino e da liberdade de movimentação masculina, com roupas que oferecem maior liberdade de movimento.

Estes exemplos referem-se a demonstrações de poder, à concretização de papéis sociais previamente definidos e internalizados do que é ser homem e do que é ser mulher, e como deve ser o corpo do homem e o corpo da mulher, tanto em sua forma de existência quanto em sua performance de movimentação.

Denise Sant’Anna (1995), estudiosa da história da beleza no

no mínimo dois anos, laudo psicológico/psiquiátrico favorável e diagnóstico médico de transexualidade. (Mais informações disponíveis em:< <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008>>, acesso em 19 de setembro de 2016).

Brasil, reflete sobre as mudanças que ocorreram ao longo dos anos nas práticas e discursos de embelezamento no país. Segundo ela, o *boom* da preocupação com a beleza se deu entre o final do século XIX até o final do século XX, e seus efeitos se mantêm até hoje.

Entre os anos de 1900 e 1930 no Brasil, as publicidades dos produtos (para manchas, varizes e rugas, etc.) faziam a promessa de combater a feiura: são remédios, não cosméticos. A medicina então ocupava seu lugar no sentido em que a falta de beleza é traduzida em doença, cabendo ao médico prescrever tratamento, ao mesmo tempo em que a cosmetologia não era enquadrada na área médica, pois se quer se usava a palavra “cosméticos” para se referir a esses produtos.

Durante a primeira metade do século XX a convicção era da beleza como sendo um dom divino. O embelezamento artificial, nesse sentido, era tido com reservas e refratário das moças de família. Numa sociedade religiosa, a dualidade entre corpo e espírito era vivenciada também nessa oposição: a beleza produzida *versus* beleza dada por Deus. É a partir dos anos 50, com a influência do cinema americano, que essa dinâmica social vai mudando e o cultivo de beleza adquire um tom cosmopolita e informal:

No final da década de 50 a beleza parece ter se tornado um “direito” inalienável de toda mulher, algo que depende unicamente dela: “hoje é feia somente quem quer”. Por conseguinte, recusar o embelezamento denota uma negligência feminina que deve ser combatida. Um bom “exame de consciência” sugerem os conselheiros, revela que os defeitos da aparência são unicamente resultantes dos problemas individuais. Estes vão da falta de confiança em si mesma, às frustrações secretas, inconscientes. Mais do que o resultado de uma doença ou das arbitrariedades do acaso, a falta de beleza se torna um caso clínico, um problema psíquico (SANT’ANNA, 1995, p. 130).

Ainda segundo a autora, a década de 50 produziu muitas transformações no que concerne à história do embelezamento feminino, proporcionando uma popularização das técnicas de embelezamento que englobou mulheres para além da elite brasileira. A publicidade dos produtos se tornou frequente e integrada ao cotidiano.

Com a influência da contracultura após os anos 60 ocorre uma “liberação do corpo”, a emergência da ideia de amor próprio demonstrado através do cuidado com o corpo, a necessidade de “descobrir-se” e de se curtir:

Ela [a publicidade] tende a preferir a fórmula “seja bela para você mesma” e a tornar discreta a exigência “seja bela para o seu marido” (...). A pedagogia das condutas expressas pelos métodos de beleza se afina e se interioriza: cada método de beleza tende a ser considerado repressivo se ele não traz satisfações físicas, superficial se ele não responde aos desejos íntimos, pouco credível se ele não evoca a verdade singular de cada mulher (SANT’ANNA, 1995, p. 136).

No entanto, ao mesmo tempo em que se exalta o prazer de cuidar-se e embelezar-se, a mulher é responsabilizada por sua aparência. Para ser bonita é preciso esforço e consumo.

Segundo Naomi Wolf (1992), o que determinado período histórico designa como belo, tem mais a ver com os símbolos do comportamento feminino a que fazem referência do que com a aparência propriamente dita: “O mito da beleza na realidade sempre determina o comportamento, não a aparência” (WOLF, 1992, p. 17).

Segundo Wolf (1992), a utilização de imagens da beleza feminina como arma política contra a evolução feminina é no que consiste, basicamente, o mito da beleza. Após anos de luta para obter o direito ao voto e outras conquistas sociais, a busca por corresponder ao ideal de beleza corrente ocupa o lugar de controle social antes reservado diretamente ao marido. Assim, mesmo as mulheres liberadas, que possuem ótimas carreiras profissionais e são independentes, convivem diariamente, e talvez a vida toda, com a não-aceitação do seu próprio corpo, com obsessões acerca da sua aparência e o medo do envelhecimento (sobretudo pela exteriorização desse envelhecimento):

Durante a última década as mulheres abriram uma brecha na estrutura do poder. Enquanto isso cresceram em ritmo acelerado os distúrbios relacionados à alimentação, e a cirurgia plástica de natureza estética veio a se tornar uma das maiores especialidades médicas (WOLF, 1992, p. 12).

Nesse contexto está o mercado de beleza, composto por uma ampla oferta de produtos, tratamentos e profissionais de diversas áreas, mais recentemente, também da chamada medicina da beleza, que estão à disposição, afinal, só é feia (ou feio) quem quer. Essa grande oferta de produtos cosméticos, de beleza e antienvelhecimento, além de procedimentos cirúrgicos, *body building* e demais apetrechos desse mercado da aparência evidenciam um processo no qual o próprio corpo

é um objeto de consumo.

O consumidor, frequentemente insatisfeito com sua forma corporal, inclina-se ao consumo dos produtos da indústria da beleza. Nesse caminho podemos entender a crescente expansão desse mercado e as altas taxas de consumo das brasileiras, principalmente no quesito cirurgias plásticas.

Segundo Bauman (2008), em *Vida para o consumo*, o mercado tira proveito do medo da inadequação que sentem os indivíduos, fornecendo as ferramentas para seu trabalho de autofabricação. O corpo deve ser ajustado, reparado:

O corpo “bruto”, despido de adornos, não reformado e não trabalhado, é algo de que se deve ter vergonha: ofensivo ao olhar, sempre deixando muito a desejar e, acima de tudo, testemunha viva da falência do dever, e talvez da inépcia, ignorância, impotência e falta de habilidade do “eu” (BAUMAN, 2008, p. 79).

Para Goldenberg e Ramos (2002), a conjuntura traz um paradoxo: quanto mais se impõe o ideal de autonomia individual, mais aumenta a exigência para estar-se em conformidade com os padrões sociais do corpo, numa contradição entre o desejo de conformidade estética e o ideal individualista de singularização dos sujeitos. As regras sociais para a nudez e as moralidades são muito mais brandas, se em comparação com tempos mais antigos, desde que o corpo exibido esteja “em dia”.

2.2 – Entrevistas: a experiência da cirurgia plástica estética

Das oito mulheres que participaram desta pesquisa, seis fizeram intervenções cirúrgicas nos seios, quatro com a finalidade de aumentar e duas com o objetivo de diminuir. Nas duas outras participantes, os locais do corpo que receberam modificações foram o nariz e as orelhas. Cada participante só tinha realizado uma cirurgia plástica estética até o momento da entrevista.

A característica mais marcante dos relatos, sem dúvida, foi a construção do discurso em torno dos benefícios psicológicos proporcionados pela operação feita. Em todas as entrevistas, as palavras “autoestima” e “autoconfiança” foram prontamente utilizadas pelas participantes para descrever tanto as motivações que as levaram a fazer a operação, quanto aos seus resultados efetivos:

“[Os resultados] eu acho que foram bem positivos, minha autoestima melhorou. Eu posso usar qualquer tipo de roupa. Hoje eu não tenho restrição do que eu uso ou do que eu não uso por que eu tenha vergonha de usar. (...) eu não gosto de cirurgia, tenho um pouco de receio. Eu fiz essa por que era essencial pra vida, pra autoestima melhorar” (Tarsila, 35 anos, colocou próteses de silicone).

“Eu gostei bastante, eu me acho bem melhor assim. Era uma coisa muito da minha autoestima. Melhorou, mas se eu tivesse continuado com o nariz não ia ser ruim. Mas acho bem melhor” (Elza, 20 anos, realizou rinoplastia).

“Eu me sinto mais bonita. Eu gosto mais do meu corpo agora do que antes. Me sinto mais confiante. (...) Vale muito a pena fazer. Se tu não tá feliz com teu corpo, se te incomoda, vale muito a pena fazer qualquer tipo de cirurgia. Claro, tem um limite, né? Mas valeu muito a pena” (Dandara, 23 anos, realizou redução de mama).

Para Goldenberg (2011), atualmente são apontados como efeitos diretos das intervenções físicas as melhoras emocionais, o bem-estar consigo mesmo. O corpo, no Brasil, é importantíssimo no processo de construção da própria identidade e funciona como um verdadeiro capital, fundamental para a carreira profissional, ascensão social e casamento, sendo fator decisivo de distinção social:

Além de um capital físico, o corpo é também um capital simbólico, um capital econômico e um capital social. No entanto, é preciso ressaltar que este corpo capital não é um corpo qualquer. É um corpo que deve ser magro, jovem, em boa forma, sexy. Um corpo conquistado por meio de um enorme investimento financeiro, muito trabalho e uma boa dose de sacrifício (GOLDENBERG, 2011, p. 78).

O crescente processo de inserção do eu na aparência, dinâmica na qual o corpo e a aparência física são cada vez mais reconhecidos como reveladores do indivíduo e de sua identidade e personalidade, é fator relevante para entender a importância e o crescimento da demanda pela cirurgia plástica estética.

Para Giddens, a reflexividade do eu é uma das principais características da modernidade. Em outras palavras, expressa a reconstituição da vida diária em termos das escolhas que fazemos, onde a tradição cada vez mais perde a força de seu domínio. Os resultados são mudanças em aspectos íntimos da vida pessoal que estão relacionadas diretamente com conexões sociais de grande amplitude. Isso afeta os projetos pessoais dos indivíduos, passando pelos seus relacionamentos, sua vida profissional e também pelo seu corpo. A escolha do estilo de vida é forçosa, quando vivemos, escolhemos:

(...) a escolha de estilo de vida é cada vez mais importante na constituição da autoidentidade e da atividade diária. O planejamento de vida reflexivamente organizado, que normalmente pressupõe a consideração de riscos filtrados pelo contato com o conhecimento especializado, torna-se uma característica central da estruturação da autoidentidade (GIDDENS, 2005, p. 13).

Nesse sentido, os regimes corporais (alimentares, sexuais, de vestimentas), a aparência, a postura - e podemos estender o raciocínio também para as intervenções cirúrgicas estéticas - expressam escolhas de estilos de vida e assim, tornam-se meios de expressar a autoidentidade do indivíduo:

O corpo é cada vez menos um “dado” extrínseco, funcionando fora dos sistemas internamente referidos da modernidade, mas passa a ser reflexivamente mobilizado. O que pode parecer um movimento geral em direção ao cultivo narcisista da aparência corporal, expressa na verdade uma preocupação muito mais profunda com a “construção” e o controle ativo do corpo. Há aqui uma conexão integral entre o desenvolvimento corporal e o estilo de vida – manifesta, por exemplo, na busca de regimes corporais específicos (GIDDENS, 2005, p. 15).

Sendo assim, a premissa da autoestima como resultado positivo frequente está ligada também à nova identidade que o indivíduo passa a gozar.

Nesta perspectiva, é interessante pontuar que os resultados físicos da operação de fato (como tamanho, forma da parte do corpo operada) aparecem como secundários quando as entrevistadas são perguntadas sobre os efeitos da cirurgia na sua vida. Os relatos sempre foram focados nos benefícios ao emocional e psicológico:

“Foi muito bom pra minha autoconfiança. Agora

eu vou na praia de boa, tô mais feliz com meu corpo, não fico reclamando tanto” (Chiquinha, 23 anos, colocou próteses de silicone).

Em contrapartida, a característica de não aceitação do próprio corpo, relatada como estado geral antes da operação, é acompanhada dos sentimentos de vergonha e desconforto:

“Meu problema é que eu tinha muita vergonha do meu peito, ele era muito grande, mas isso não era o problema. Sim, incomodava o peso, tudo, mas o que me incomodava mesmo é que eu tinha vergonha de tirar a roupa na frente dos outros por que eu achava que o meu peito era muito feio” (Clarice, 28 anos, fez redução das mamas).

“Cara, eu tinha muita agonia. Na verdade, se tu olha as minhas fotos antes e agora, não tem muita diferença. Mas era uma coisa que me incomodava muito e a minha mãe vivia dizendo que era feio”. (Leila, 23 anos, realizou angioplastia).

“A minha maior motivação era que eu não me sentia confortável do jeito que eu tava antes. Eu sou uma menina bem alta, tenho proporções maiores, quadril mais largo e eu não tinha nada de seio” (Nise, 26 anos, colocou próteses de silicone).

Para as mulheres, a expectativa e espécie de obrigação social é que sejam belas, e isso está ligado às características atribuídas culturalmente ao feminino. Segundo Sant’Anna:

A insistência em associar a beleza à feminilidade não é nova. A ideia de que a beleza está para o feminino assim como a força está para o masculino, atravessa os séculos e as culturas. Todavia, no seio desta permanência, as formas de problematizar as aparências, os modos de conceber e de produzir o embelezamento, não cessam de ser modificados. Compreender essas mudanças implica perceber a coerência das representações, que ao longo do tempo, acentuam a repulsa pelas aparências consideradas feias (SANT’ANNA, 1995, p. 121).

A opção pela execução da cirurgia plástica nos seios está ligada a construção de características de feminilidade e mesmo de sensualidade. A importância dessas questões para as mulheres que

fizeram o procedimento é explicitada a por elas em vários momentos:

“Fez toda a diferença pra eu me sentir bonita, me sentir mulher. Já faz parte de mim agora, nem lembro que eu tenho” (Frida, 23 anos, colocou próteses de silicone nos seios).

“(…) é uma coisa que mudou muito a minha vida, por que me incomodava muito. Principalmente sendo mulher e a questão da feminilidade” (Clarice, 28 anos, fez redução de mama).

Em nossa sociedade os seios possuem uma conotação de erotismo e feminilidade, sendo parte importante no que diz respeito à representação da imagem feminina. A ligação entre corpo feminino e a sexualidade, no entanto, não é dada a priori, e pode ser entendida como uma naturalização do corpo feminino.

Para Wolf (1991), na civilização ocidental, determinadas partes do corpo feminino são consideradas as mais importantes sob o aspecto sexual: é o caso das coxas, nádegas, ventre e dos seios. Assim, quando as mulheres falam que odeiam essas partes do corpo, na verdade “não estão falando de um desagrado de natureza estética, mas de uma profunda vergonha sexual (...) cuja ‘feiura’ [dessas partes] se transforma, portanto, em obsessão” (WOLF, 1991, p. 198).

As intervenções nas mamas foram feitas em todas as participantes em idades semelhantes: entre os 19 e os 23 anos. Pode-se perceber que isso tem ligação também com a entrada na vida adulta e o constrangimento por não possuir os signos da feminilidade:

“Quando eu era mais nova, pré-adolescente, 13, 14 anos, que é a época que as meninas se desenvolvem mais, eu me sentia muito envergonha, queria usar enchimento, fazer todo tipo de coisa. Por que eu já era bem mais alta que todas as minhas amigas e todo mundo se desenvolvendo e eu não tinha nada. Então existia essa pressão mais social” (Nise, 26 anos, colocou próteses de silicone).

A experiência social (anterior à cirurgia) de todas as participantes que operaram os seios foi descrita como limitante em algumas ocasiões, principalmente em decorrência de sentimento de vergonha, mas também em dificuldades práticas na hora de se vestir ou comprar roupas:

“Eu tinha vergonha de usar certos tipos de roupa, por exemplo, eu não usava camisetinha de alça, eu

tinha vergonha de ficar de biquíni na praia, decote não usava. Eu achava que me incomodava o suficiente pra eu mudar isso. Piorava a situação quando eu tinha que me vestir, por que restringia o modelito” (Tarsila, 35 anos, colocou próteses de silicone).

“Que eu não gostava dos meus seios. Na real eu não tinha seio, quase. Eu tava sempre usando sutiã com bojo por que eu me sentia mal, e aí eu resolvi fazer” (Chiquinha, 23 anos, colocou próteses de silicone).

O incômodo do fato de ser mulher e não possuir seios que se enquadrem ao tamanho, forma ou aparência considerados ideais ou bonitos, trazia sentimentos recorrentes de vergonha e insegurança, além de constrangimento nos relacionamentos afetivos e sexuais:

“Eu sempre quis fazer, desde que soube que havia a possibilidade. Eu sentia muita insegurança, era algo que me incomodava pra colocar uma blusinha, usar biquíni, até pra ter relações com o meu namorado... Eu me sentia insegura, retraída” (Frida, 23 anos, colocou próteses de silicone).

“Como eu tinha o peito muito grande todos os homens já olhavam pra mim, tipo: ‘peitos’. E quando um homem chegava em mim direto no peito pra mim era horrível, por que era exatamente a parte do meu corpo que eu mais odiava, que eu mais tinha vergonha e era a coisa que eles mais olhavam” (Clarice, fez redução de mama).

Assim como Mirian Goldenberg, Wolf (1992) destaca o fator beleza como fundamental no mercado do matrimônio, na qual a partir do início do século XIX, a aparência passou a ser avaliada como um bem na dinâmica dos casamentos burgueses. Considerar as transformações nas dinâmicas dos arranjos afetivos atuais é obrigatório, entretanto, a importância da aparência feminina continua central nos relacionamos. De acordo com a autora,

No momento em que as mulheres escapavam da venda de sua sexualidade num mercado matrimonial ao qual estavam confinadas pela dependência econômica, sua nova busca de independência econômica se defrontou com um

sistema de permuta quase idêntico. E quanto mais as mulheres galgaram nesse período os degraus das hierarquias profissionais, tanto mais o mito da beleza se encarregou de atrapalhar cada passo (WOLF, 1992, p.26).

Certamente, os “bens” mais desejáveis no mercado dos relacionamentos são aqueles que detêm o maior capital também em relação aos seus corpos e aparência física. Esta reflexão nos leva aos fatores de insegurança e descontentamento com a própria imagem, ligados ao estabelecimento e permanência de vínculos afetivos com outras pessoas.

Bauman (2004) aponta como na pós-modernidade relacionamentos afetivos são vistos como um investimento como qualquer outro: demandam tempo, dinheiro e esforços - e possuem riscos. São mantidos enquanto seu valor é satisfatório e promete crescer, e abandonados rapidamente quando outro investimento lhe parece melhor. Dessa forma as pessoas inserem-se nessa lógica de desejo e realização do desejo através do consumo, “E os produtos que são encorajadas a colocar no mercado, promover e vender são elas mesmas” (BAUMAN, 2008, p. 13).

O gesto que embeleza não desenha somente a beleza, mas sinais sociais: de gênero e feminilidade, de classe e de grupo (que se pertence ou pretende pertencer). Mirian Goldenberg (2002), em seu estudo sobre o corpo nas camadas médias do Rio de Janeiro¹¹, aponta que, assim como as roupas, o corpo “em forma” tem um peso simbólico na expressão social, sendo um elemento de diferenciação socioeconômica, além de indicar o pertencimento a um grupo (com seus valores e estilo de vida), diferenciando-o de outros (GOLDENBERG, 2002, p. 38).

O contato com outras mulheres que já haviam feito cirurgia plástica, sendo citadas mães, irmãs, tias, primas e amigas, mostra como a cirurgia é também um distintivo de classe e de grupo social, onde tanto a possibilidade econômica quanto a ideia de necessidade do procedimento tem peso fundamental. Elas aparecem em forma referência ou inspiração, realizando uma troca de saberes sobre a experiência, mostrando a aceitação em seu círculo social:

“Aí meu pai recebeu um dinheiro, a minha mãe

¹¹ Pesquisa intitulada “Mudanças nos papéis de gênero, sexualidade e conjugalidade: um estudo antropológico das representações sobre o masculino e feminino nas camadas médias urbanas”, realizada pela autora no período entre 1998 à 2008, na cidade do Rio de Janeiro.

quis colocar silicone e sei lá o que mais e eu falei: 'eu também quero!'. Aí ele me deu, não era muito caro, então foi de boa. Aí eu fiz, mas foi estético mesmo, uma questão visual" (Leila, 23 anos, realizou angioplastia).

"Minhas duas tias e minha mãe fizeram, então foi uma coisa tranquila, então não era uma cirurgia que tem grandes riscos" (Elza, 20 anos, realizou rinoplastia).

"As colegas da minha mãe já conheciam uns médicos, ela pesquisou e pegou o número de uns três que as colegas já tinham feito (...) Antes disso eu não conhecia ninguém que tinha feito, minha mãe que conhecia" (Clarice, 23 anos, fez redução de mama).

O conceito de corpo de classe é trazido por Bourdieu, no qual os valores estéticos da classe dominante reverberam no corpo, postura, modo de vestir-se, corte de cabelo, etc., e são referência na sociedade para o que será considerado o bom gosto - em contraposição ao mau gosto das classes baixas. O corpo então é manipulado e modificado de inúmeras formas para que possua as características da classe a que pertence (BOURDIEU, 2002).

É indício de maior acesso ao bem a familiaridade com o procedimento, que ocorre com frequência no círculo social mais próximo das participantes:

"Eu fiquei bem preocupada, com bastante medo. Mas aí minha irmã ia fazer também, e ela é bem mais corajosa que eu: 'não vai dar tudo certo, isso aí [os riscos] esquece'. Aí na hora da cirurgia ela foi antes que eu, eu fui depois. Eu pensei que ia dar tudo certo e deu tudo certo (...)

Uma amiga minha tinha colocado, eu olhei o seio dela e achei bonito. Foi indicação dela" (Chiquinha, 23 anos, colocou próteses de silicone).

"Isso me incomodava e eu já sabia, por que a minha mãe também colocou prótese, que a minha genética não me favoreceria nesse ponto. Eu queria ficar com mais harmonia no corpo. Eu

achava que ia me dar um balanço mais legal. E realmente, senti que foi legal, cheguei nesse objetivo” (Nise, 26 anos, colocou próteses de silicone).

Para Francisco Romão Ferreira (2006), que investigou a construção de sentidos sobre o corpo pelos cirurgiões plásticos, as principais conclusões para o entendimento do crescente consumo de procedimentos cirúrgicos estéticos envolvem os valores de pragmatismo, funcionalismo e produtividade como centrais.

Constatamos essa característica também nas falas das entrevistadas:

“Eu nunca me arrependi, daqui a pouco faz quase 10 anos que eu fiz e eu nunca me arrependi. Eu realmente acho que eu fiquei com o corpo mais proporcional pelo meu tamanho, pelo número de roupas que eu uso, ficou mais legal. Abriu mais portas pra mim, no sentido de eu me sentir mais confortável comigo mesma (...) Principalmente em relação a poder sair e comprar roupas, não ter que comprar um biquíni de um tamanho pra baixo e um tamanho totalmente diferente pra cima. Não senti nenhuma limitação mais, não que exista limitação quando você tem seios pequenos, mas eu me sentia desconfortável por que eu me sentia desproporcional. Então aumentou muito a minha autoconfiança pra usar certos tipos de roupa. Mas mais isso, não que tenha aumentado minha autoestima em relação a qualquer outra coisa” (Nise, 26 anos, colocou próteses de silicone).

“Questão de comprar roupa é bem fácil, a maioria das coisas ficam boas, diferente de antes. Antes eu provava um monte de coisa e não ficava bom, agora tudo fica. Com o namorado, não fico mais com tanta vergonha. Antes eu ficava com vergonha. Minha postura também. Ainda tá meio ruim, mas já foi pior, já fui bem corcunda. Manter a postura certinha agora é mais fácil que antes” (Clarice, 23 anos, fez redução de mamas).

A satisfação com os resultados da cirurgia foi constatada nos relatos de todas as universitárias entrevistadas, que também em todos os casos consideraram os benefícios maiores em relação aos riscos. Todavia, quando perguntadas sobre como avaliaram os riscos de se

submeter ao procedimento, algumas delas afirmaram ter focado apenas nos resultados:

“Não avaliei (risos). Mas é por que ela não é uma cirurgia muito perigosa, sabe? A única coisa que ficou de seqüela foi a cicatriz e de vez em quando dói, mas foi uma coisa que na hora eu nem pensei. Pra ser sincera eu não pensei no risco que ela tinha” (Leila, 23 anos, fez angioplastia, ao ser perguntada sobre como avaliou os riscos da cirurgia).

“Sinceramente eu não pensava muito em risco. Eu sabia dos riscos, mas eu foquei muito mais no benefício. A única coisa que eu pensei que pode se dizer que foi relacionado ao risco, foi por que eu escolhi o cirurgião e o anestesista, a pessoa que ia me anestésiar. Eu falei: “eu quero tu e quero tu também”, por que aí eu me senti segura, só” (Tarsila, 35 anos, colocou próteses de silicone).

Já outras, mesmo estando cientes das probabilidades de algo desfavorável acontecer, optaram por fazer o procedimento e assumir os riscos:

“O médico fez uma relação de tudo o que poderia acontecer, como por exemplo, ter problema depois pra amamentar, que é um dos riscos. Mas mesmo assim eu quis fazer, por que eu achei que os benefícios superavam os riscos” (Dandara, 23 anos, fez cirurgia de redução de mamas).

“Eu fiquei um pouco preocupada, na hora que ele dá aquele papel com o monte de coisa que pode acontecer... Eu fiquei bem preocupada, com bastante medo. Mas aí minha irmã ia fazer também, e ela é bem mais corajosa que eu: ‘não, vai dar tudo certo! isso aí, esquece!’” (Chiquinha, 23 anos, colocou próteses de silicone).

“Quando eu fui no médico eu tava bem empolgada. E é a segunda pior cirurgia plástica que tem, por que toma anestesia geral e é muito tempo de cirurgia, então tem muito risco. Mas eu tava muito empolgada. Só que aí no dia da cirurgia, que eu tava me arrumando pra cirurgia, eu tive uma crise de pânico, por que eu pensei

assim: ‘meu Deus, tanta gente fazendo cirurgia por que realmente precisa, tá doente e assume o risco por que não tem outra saída, e eu aqui na ignorância de correr risco de morte por uma coisa estética’. Mas mesmo assim eu fui lá e fiz e não me arrependo” (Clarice, 28 anos, fez redução de mamas).

Apenas uma das participantes relatou ter procurado informações vastamente antes de se submeter ao procedimento:

“Primeiro eu pesquisei bastante os médicos, fui ver o custo benefício da cirurgia, tem vários tipos de implante que você pode colocar. Fui pesquisar sobre os tipos: tem implante que é embaixo do músculo, tem implante que é só sobre a glândula mamária, então eu fui pesquisar sobre isso. Fui pesquisar os tipos de pós-cirúrgico, quais eram os riscos, o que podia acontecer, meu corpo podia rejeitar. Eu vi que é na verdade uma cirurgia de baixo risco, muito baixo. Por que ela é feita amplamente e as pessoas que tem algum problema é muito baixo. Como a minha mãe já tinha feito e eu tinha um histórico legal na família, eu nunca tive problema com alergia a nenhum tipo de medicamento, nem nada. Eu achei que valia o custo-benefício, que pesava muito mais pelo benefício. Eu pesquisei bastante, tinha o que eu queria bem formado na minha cabeça e achei que pesava muito mais o benefício do que os contras” (Nise, 26 anos, colocou próteses de silicone).

Nesse sentido, a cirurgia plástica estética lembra alguns aspectos do produto, do qual ela certamente é um exemplar. Estão presentes as noções de custo-benefício, de necessidade e de poder de compra, além, é claro, de propaganda. Ao tomarmos consciência de que somos classificados mediante nossa aparência física – papel desempenhado pelas imagens que circulam como referência em mídias, revistas, televisão, publicidade-, surge a comparação com o padrão de beleza proposto e a necessidade de corresponder-lo ou, ao menos, de “normalizar” as coisas que se considera críticas, estigmas.

Ligado a isso, há toda uma gama de sofrimentos experimentados individualmente, que foram descritos também nas falas das entrevistadas: baixa autoestima, insatisfação com o próprio corpo, que se refletem muitas vezes em limitações na vida social. A cirurgia plástica estética vem como uma opção, extensivamente amparada e

legitimada pelo discurso médico e científico, de por um fim a causa de insatisfação e, mais do que isso, trazer autonomia e mais chances de sucesso, tanto pelo seu pragmatismo funcional, quanto pelos seus benefícios psicológicos:

“Pra mim, eu virei outra pessoa. Eu digo, eu acho que quem realmente se sente mal, do jeito que eu me sentia, tem que fazer. A minha autoconfiança aumentou muito. Hoje em dia eu não tenho vergonha de tirar a roupa na frente de ninguém, nada. É realmente outra vida, outra pessoa, mudou muito” (Clarice, 28 anos, fez redução de mama).

“Ah, eu me sinto melhor. Acho que posso falar de autoestima. Eu me preocupava muito quando eu usava um chapéu ou boné, sempre ficava querendo esconder a orelha. Ou quando eu prendia o cabelo, eu ficava com a ‘nóia’ de que a minha orelha tava aparecendo. E depois disso não senti mais” (Leila, 23 anos, realizou angioplastia).

Ao adequar-se ao padrão de beleza e obter o corpo que é, em si, um investimento, o indivíduo passa a gozar de um lugar melhor na competição da vida moderna. Assim, o uso de conceitos psicologizantes como explicação para as intervenções estéticas mostra como, muito mais do que um problema exterior, superficial, foi resolvido um problema profundo, de ordem interna.

CAPÍTULO III

3.1 - Discussão

O corpo pode ser local de satisfação e deleite, mas também pode ser lugar de sofrimento e repulsa; em todo caso, é impossível fugir dele. Toda nossa experiência social e individual principia e parte do corpo, sendo ele próprio uma rede de significados, que exteriores, legitimam ou totemizam a atividade social.

Em *O corpo utópico*, Foucault (2016) trata, em tom literário, dessa questão; o corpo é o local a que somos forçados a permanecer:

No es que me clave en el lugar – porque después de todo, puedo no solo moverme y removerme, sino que puedo moverlo a el, removerlo, cambiarlo de lugar-, sino que hay un problema: no puedo desplazarme sin el; no puedo dejarlo allí onde esta para irme yo a otra parte. Puedo ir hasta el fin del mundo, puedo esconderme, de mañana, bajo mis mantas, hacerme tan pequeño como pueda, puedo dejarme fundir al sol sobre la playa, pero siempre estará allí donde yo estoy. El está aquí, irreparablemente, nunca en otra parte. Mi cuerpo es lo contrario de una utopia, es lo que nunca está abajo otro cielo, es el lugar absoluto, el pequeño fragmento de espacio con el cual, en sentido estricto, yo me corporizo (FOUCAULT, 2016).

No entanto, ao mesmo tempo em que o corpo é topia, é palpável e não há como dele esgueirar-se, ele é utópico, por que nos leva a outros mundos, ao contato com os deuses, nos possibilita entrar em contato com outras realidades e comunicar-nos com outros humanos. A linguagem do corpo, expressa de inúmeras formas: máscaras, maquiagens, tatuagens - e eu diria, de toda espécie de técnicas e usos do corpo -, é o meio pelo qual o corpo se transporta a outros espaços e cria outras significações:

Mi cuerpo, de hecho, esta siempre en otra parte, esta ligado a todas las otras partes del mundo y a decir verdad, esta em otra parte que en el mundo. Por que es a su alrededor donde están dispuestas las cosas (...) El cuerpo es el punto cero del

mundo, allí donde los caminos y los espacios vienen a cruzarse, el cuerpo no esta in ninguna parte: en el corazón del mundo es esse pequeno núcleo utópico a partir de qual sueño, hablo, expreso, imagino, percibo las cosas em su lugar y también las niego por el poder indefinido de las utopías que imagino. Mi cuerpo es como la Ciudad del Sol, no tiene um lugar pero de el salen e irradian todos los lugares posibles, reales o utópicos (FOUCAULT, 2016).

Assim, o corpo é uma realidade objetiva que condiciona nossa experiência social, mas também, é através dessa realidade objetiva que ele nos transporta para mundos de significações diversas, reais ou utópicas.

Em uma sociedade onde a aparência corporal tem peso fundamental para a qualidade da experiência pública, podemos relacionar o crescente consumo de produtos e técnicas de beleza e suas repercussões positivas para o cliente como fator de desenvolvimento desse mercado.

O valor do corpo “belo” é sentido na vida profissional, afetiva e social de maneira geral, sendo considerado um capital. A ausência dos signos que lhe conferem poder simbólico, porém, inúmeras vezes são apontadas como causa de baixa autoestima e inadequação, acarretando falta de confiança e problemas em diversas áreas da vida.

Recentemente, PC Siqueira¹², conhecido *youtuber* brasileiro, compartilhou um vídeo para mostrar o resultado de sua cirurgia estética de correção de estrabismo, onde também comenta os resultados do procedimento para sua autoestima, além de citar pesquisas científicas, apontadas por sua cirurgiã, que demonstram o impacto do estrabismo na vida de uma pessoa.

Em seu relato ele fala sobre ter sofrido *bullying* por grande parte da sua vida devido a esta condição, e que apesar de a cirurgia que fez ser do tipo estético, as consequências se alastram para além do que

¹² Paulo Cezar Goulart Siqueira é um *youtuber* e apresentador brasileiro que possui mais de dois milhões de inscritos em sua conta no Youtube, sendo um dos grandes vloggers da chamada primeira geração de *youtubers*. Faz muitos conteúdos para a internet, mas já trabalhou também na televisão, especificamente na MTV Brasil. Disponível em <https://pt.wikipedia.org/wiki/PC_Siqueira>. Acesso em 26 de setembro de 2016.

Link do vídeo: <<https://www.youtube.com/watch?v=LQjhCiMWoeQ>>

poderia ser considerada uma frivolidade de aparência: “Ter estrabismo tem um impacto social e econômico na sua vida, pode parecer exagero, mas não é” (PC Siqueira, 2016). As pesquisas¹³ citadas demonstram a repercussão econômica e social do estrabismo para adultos e crianças: para mais de 70% dos recrutadores de empregos, pessoas com estrabismo tem menos chance de serem contratadas, mesmo possuindo o mesmo currículo, e para mais de 90% das agências de namoro o estrabismo influencia negativamente na busca por um relacionamento: pessoas estrábicas são consideradas menos atraentes e interessantes sexualmente, além de menos inteligentes. Crianças com estrabismo também são menos convidadas para festas de aniversário, de acordo com pesquisa realizada com crianças de seis anos de idade.

Nas palavras dele:

“[A cirurgia] já mudou muita coisa nesse último mês da minha vida. Estou me sentindo mais bonito, com a minha autoestima melhor. Parece que eu tirei um peso dos meus ombros que eu não sabia que eu tinha” (PC Siqueira, 2016).

É interessante notar que, atualmente, a decisão por cirurgias plásticas estéticas (entre outros procedimentos embelezadores), passa por uma avaliação de custo *versus* benefício, onde na maioria das vezes os benefícios – conformidade estética, fim do sofrimento pessoal - superam os custos - financeiros, de recuperação física e de risco para saúde. Nesse sentido, a percepção do valor da beleza ultrapassa a forma de meros desejos, tornando-se cada vez mais essencial para o desenvolvimento da vida profissional e afetiva dos indivíduos.

Sendo assim, o corpo passa a ter importância fundamental, deixando de ser apenas um objeto, ele é identificado mesmo com a essência do indivíduo: a imagem que ele reflete tem significado dentro

¹³ As pesquisas, realizadas em 2008, 2009 e 2011, respectivamente: “Strabismus and employment: the opinion of headhunters”, “Opinions of dating agents of strabismic subjects’ ability to find a partner” e “Strabismus and discrimination in children: are children with strabismus invited to fewer birthday parties?”, todos de autoria de Stefania Margherita Mojon-Azzi, Andrea Kunz e Daniel Stéphane Mojon. Disponíveis em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/18976309/?i=4&from=strabismus%20economic%20social>>, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/18523082/?i=5&from=strabismus%20economic%20social>> <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/20720253/?i=1&from=strabismus%20birthday%20party>>. Acesso em 26 de setembro de 2016.

de seu contexto social. O mercado muitas vezes oferece produtos subjetivadores: vende identidade a ser incorporada; uma questão de estratégia que atinge também os produtos oferecidos pela medicina da beleza.

Pierre Bourdieu trata dessa questão através do conceito de capital social, definido por ele como “um conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão vinculados a um grupo, por sua vez constituído por um conjunto de agentes que não só são dotados de propriedades comuns, mas também são unidos por relações permanentes e úteis” (BOURDIEU, 1998, p. 67).

Utilizando esse conceito, originalmente utilizado nos estudos econômicos, o autor estende o entendimento para além dessa esfera, para compreender a existência de recursos que não necessariamente estão ligados ao dinheiro, mas fornecem lucros e vantagens na experiência social.

É o que acontece com o corpo (o corpo desejável), que funciona como um valor e, portanto, fornece um espaço privilegiado na hierarquia social, podendo ser o diferencial definidor de fracassos ou sucessos na vida social.

Em *A distinção social: crítica social do julgamento*, o autor fala sobre o capital corporal, no qual propriedades corporais garantem o valor para suas possuidoras, diferenciando-as também através do mérito e do trabalho corporal realizado para adquiri-la:

“A representação social do próprio corpo com a qual cada agente deve contar, e desde a origem, para elaborar a representação subjetiva de seu corpo e de sua *hêxis* corporal é assim obtida pela aplicação de um sistema de classificação social, cujo princípio é o mesmo dos produtos sociais ao qual ele se aplica” (BOURDIEU, 2007, p. 183).

Ou seja, os investimentos para excelência corporal não são simplesmente estéticos, eles trazem o reconhecimento social de seus significados, dos quais as mulheres estão conscientes da grande utilidade. Isto explica a voluntariedade com que as pessoas se submetem a todo tipo de técnica de aperfeiçoamento corporal, investem tempo, dinheiro e passam por privações para alcançar seu objetivo de beleza (BOURDIEU, 2007, p. 195).

A definição de capital social em Bourdieu nos auxilia também na percepção da relação entre as motivações e efeitos da operação estética. Para que o sujeito goze da autoestima e autoconfiança proporcionada pela nova configuração do seu corpo, é necessário que

este corpo possua os símbolos de valor compartilhados entre o grupo. Sendo assim, o conceito de *habitus*¹⁴, basicamente a interiorização do social, é útil para entender este processo.

Segundo Medeiros (2011),

na teoria de Bourdieu fica claro que a maneira de estar no mundo se deve a processo de pertencimento social. Em outras palavras, o indivíduo é um coletivo encarnado, um social incorporado. A relação do corpo com o mundo é, implícita e explicitamente, ligada a imposição de uma representação legítima do corpo (MEDEIROS, 2011, p.284).

A noção de *habitus* é uma mediação entre o coletivo e o particular, e nesse sentido, o corpo é um local privilegiado para a análise do sujeito social, por que o corpo mesmo é moldado com base na conjuntura social em que está estabelecido. Prossegue Medeiros (2011),

a noção de *habitus* engloba o corpo por que enquanto disposição passa a orientar práticas corporais que traduzem uma maneira de ser no mundo. Para Bourdieu (2001, p. 165), ‘é preciso um corpo para existir no mundo, para ser incluído no mundo, mas segundo um modo de inclusão irredutível à simples inclusão material e espacial (BOURDIEU *apud* MEDEIROS, 2011, p. 285).

A temática do corpo e as técnicas corporais são centrais na teoria de Bourdieu, e ele as usa para explicar as relações de poder e dominação bem como de violência simbólica, num processo no qual o corpo é especialmente expressivo dessas relações, pois a ordem se inscreve na materialidade da carne: gestual, linguagem corporal, peso, forma, aparência (MEDEIROS, 2011, p. 288).

Segundo a historiadora Sant’anna (2000), muitas descobertas do corpo foram feitas nas últimas décadas do século XX e elas são valiosas para nos auxiliar no entendimento da valorização do corpo presente atualmente, que pode ser equiparado ao que teve a alma outrora (SANT’ANNA, 2000, p. 237).

¹⁴ Para Medeiros (2001), o conceito de *habitus* é composto fundamentalmente de três partes: a *hêxis*, conjunto de posturas e disposições corporais interiorizadas, o *eidós*, os esquemas de pensamento, e o *ethos*, a apreciação.

A começar pela década de 60, que trouxe grandes transformações no paradigma da corporeidade, desmistificando tabus em relação à sexualidade, ao trabalho e à “raça”. O corpo se queria mais liberado e natural, podendo se expressar livremente e sentir prazer. Ele integrava-se também como material artístico, performando criações onde era o ponto central. Consonante a isso, ganham importância práticas para liberar os corpos de antigos empecilhos: a medicalização do corpo, a saúde e a higiene obtêm relevância:

À primeira vista, fica a impressão de que o corpo havia conquistado uma importância maior do que aquela da alma ou do inconsciente. Embalado pelas novidades da moda e da música, cresceu o número de terapias e de experiências espontâneas que buscavam a “descoberta do corpo” e a expressão de sensibilidades alienadas. Como se o corpo deixasse de ser um tabu, sede do pecado e das doenças, para ganhar dignidade e importância (SANT’ANNA, 2000, p. 237).

Com a chegada da década de 80 a redescoberta do corpo foi relacionada à importância dos exercícios físicos e a consolidação do estilo desportista: o boom das academias de ginástica e a banalização dos cuidados corporais. Governar, ter o controle do próprio corpo aqui é sinônimo de autonomia e poder. No entanto,

(...) eles foram acusados de reduzir toda a atividade, inclusive sexual, a mais uma performance. No limite, a generalização da competição parecia ter transformado toda a relação humana em mais um negócio a ser vencido. Apesar dos sedutores investimentos na saúde e na beleza corporal, era flagrante a persistência de novos tabus em gestação ou mesmo a atualização de antigos pudores e dualismos (SANT’ANNA, 2000, p. 243).

Já na década de 90, apesar de o culto ao corpo ser parte do cenário mundial, problemas da vida nas grandes cidades despontam, dando seus sinais na carne: stress, ansiedade, colesterol, condições mínimas de lazer e saúde. Neste processo, redescobrir o corpo torna-se uma necessidade básica para viver com dignidade nas cidades; entendê-lo e as significações a ele atreladas deve necessariamente levar em conta sua relação com o meio urbano (seu “habitat”) objeto de estudo do

sociólogo Richard Sennet em *Carne e Pedra*¹⁵ (SANT'ANNA, 2000, p. 244).

O paradoxo atual segundo a autora, é de que a sociedade é apaixonada pelo corpo, ao mesmo tempo em que o transforma e o explora de tantas formas (comercialmente: tecnologias, embelezamento, medicina, mídia, etc.):

Se o corpo é reconhecido como sujeito primordial, sensível e tão importante quanto fora em outros momentos a alma, justamente por ter ganho tal importância, ele também se tornou objeto de imensas curiosidades, de intensas explorações comerciais, de diferentes manipulações científicas e industriais. Em suma, tudo se passa como se após séculos de culpabilizações, o corpo tivesse obtido um lugar de destaque, tanto para ser valorizado como para ser mais amplamente explorado (SANT'ANNA, 2000, p. 245).

Modificar, manipular o corpo passa a ser uma questão de autonomia, de poder mudar as coisas que desagradam na aparência, e sem dúvida, de poder de acesso. O mercado da beleza - aqui especificamente os produtos da medicina da beleza - oferecem a promessa de ótimos resultados no processo de instrumentalização do corpo, onde este pode ser garantia de conquista de destaque ou participar de uma estratégia de “sobrevivência” num mundo onde a aparência é fundamental.

O emprego de intervenções estéticas e seus benefícios para autoimagem do indivíduo podem ser compreendidos através de uma perspectiva na qual as técnicas médicas tornam as pessoas ajustadas ao padrão de beleza vigente, fazendo uso de um discurso de promoção de saúde emocional para sua legitimidade; ao mesmo tempo em que o novo corpo, modificado, traz consigo a aceitação social, que lhe confirma o sentimento de integração e autoestima, antes ausente.

Para Foucault (2004), o exercício do poder não é sinônimo de repressão: ao invés de destruir o indivíduo, o constrói. Contudo, o constrói segundo uma estratégia de subordinação, a que os próprios

¹⁵ Nesta obra, Sennet registra a história ocidental das cidades em relação ao corpo, começando pela civilização clássica, passando pelos judeus e cristãos. O autor relaciona as práticas e crenças corporais e a organização das cidades, regras e proibições expressas no corpo com as relações sociais envolvidas entre os povos nas cidades.

indivíduos se submetem visando seus efeitos na hierarquia dos valores. Quando o poder é exercido sobre ele, provoca aprimoramento e adestramento: “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2004).

De acordo com Giddens (1992)¹⁶,

aqueles que estão sujeitos ao poder disciplinar, não são, de modo algum, necessariamente dóceis em suas reações. O poder, por isso, pode ser um instrumento para a produção do prazer: não se coloca apenas em oposição a ele (GIDDENS, 1992, p. 28).

Na sociedade capitalista, a medicina desde suas origens foi exercida em forma de disciplinas como uma maneira de exercer controle social, segundo Foucault. Este poder disciplinar é fruto da modernidade e atravessa o cotidiano, está espalhado e não é exercido verticalmente por instituições ou governos. A medicina da beleza nesse contexto pode ser entendida como uma instância normalizadora do corpo para uma experiência social satisfatória.

Foucault nos fala que “o corpo é uma realidade política. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2002, p. 80). Neste caso, o corpo é o alvo de um controle social operado a partir da medicina. Para o autor,

(...) o corpo também está diretamente mergulhado em um campo político onde as relações de poder tem alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o suplicam, sujeitam-nos a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais (FOUCAULT, 2004, p. 28-29).

A medicina, nesse sentido, instrumentaliza o controle político, que atinge especialmente o corpo feminino, sendo os discursos e práticas por ele orientados modificados em cada momento histórico. Se em séculos passados o discurso médico era essencialmente biologizante e determinava o que a mulher deveria fazer em relação à sua frágil constituição, atualmente a medicalização do corpo feminino (no que se refere às cirurgias plásticas) ocorre através do discurso psi (RIBEIRO, 2003).

Segundo Edmonds (2002), aconteceram duas mudanças fundamentais na cultura da beleza que teriam levado a aceitação pública

¹⁶ Em *A transformação da identidade* (1992), Giddens discorre sobre o conceito de poder disciplinar em Foucault.

da cirurgia estética: acreditar-se na ligação entre a autoestima e a aparência física do indivíduo e que a beleza tem valor de mercado, para o trabalho ou para a vida afetiva.

Esse movimento ocorrido nos Estados Unidos do século XX foi absorvido também pelos cirurgiões brasileiros. Porém, ele indica alguns impasses que já despontavam no horizonte de desenvolvimento da medicina da beleza:

Enquanto a cirurgia plástica começava a aparecer como forma medicalizada da cultura de aperfeiçoamento pessoal, às vezes também forçava os limites que definem a medicina: o crescimento das práticas publicitárias; o uso de vocabulário suavizante e eufemístico para descrever procedimentos médicos; a falta de critérios estabelecidos de diagnóstico; o surgimento de novos meios de financiar operações e incompreensão generalizada por parte do público a respeito das possibilidades e da realidade da cirurgia plástica (EDMONDS, 2002, p. 212).

Além disso, utilizando-se das pesquisas de Haiken (1997), aponta como, após pouco tempo do início do desenvolvimento das cirurgias plásticas reconstrutoras, passa-se a utilizar a justificativa de benefício psicológico para a realização de intervenções estéticas através do conceito de “complexo de inferioridade”:

O conceito [de complexo de inferioridade] foi usado para explicar como a má imagem pessoal, causada por qualquer desvio das normas de aparência, poderia criar uma barreira psicológica para o sucesso. No complexo de inferioridade a cirurgia cosmética encontrou, finalmente, a sua “doença” (EDMONDS, 2002, p. 215).

Assim, aconteceria uma inversão da ordem da medicina tradicional na cirurgia plástica: é o paciente que está na função de identificador da “doença”, em vez do médico. A “doença” não tem aqui o sentido convencional, é um sofrimento psíquico, mal estar emocional, que o médico não consegue identificar. É a aparência que fornece experiências desagradáveis para o portador da estética destoante do ideal, cabendo a ele, inclusive, avaliar o custo-benefício de realizar uma intervenção em seu corpo.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo discutir e analisar as motivações subjetivas e individuais para a prática de cirurgias plásticas estéticas em relação ao contexto social em que se inserem, levando em consideração sobretudo os aspectos sociais da beleza.

A relevância da aparência física para o bem estar emocional, na maioria das vezes aparecendo nas palavras “autoestima” e “autoconfiança” como resultados diretos das intervenções, demonstram a importância atribuída socialmente à beleza - principalmente no que concerne às mulheres - sendo um fator decisivo no mercado dos relacionamentos e na vida profissional.

Os benefícios psicológicos proporcionados pela adequação do corpo ao padrão de beleza refletem uma nova postura de vida que se conecta ao sucesso nos relacionamentos afetivos e um melhor posicionamento na vida pessoal em geral, resultado da correspondência aos julgamentos e expectativas sociais.

Sabendo que o corpo e a experiência corpórea, mesmo vivenciados individualmente, são marcados para além da subjetividade, e as técnicas de embelezamento e cuidado são construídas e compartilhadas socialmente, procurei entender, através dos relatos de entrevistas, as ligações e vínculos que correspondem à demanda por cirurgias plásticas estéticas.

A medicina, dentro desse contexto, instrumentaliza o controle do corpo pelos indivíduos que buscam correções, na maioria das vezes baseados em tendências sociais de beleza. Entretanto, não podemos deixar de perceber o ato de se submeter à cirurgia plástica como uma ressignificação e gerência do próprio corpo, onde as motivações individuais, embora construídas também coletivamente, são relevantes.

A cirurgia plástica estética e a medicina da beleza como um todo, com ofertas cada vez mais modernas e complexas de embelezamento, não criam a própria demanda através de seu discurso, mas usam da legitimidade científica que possuem para alastrar-se cada vez mais como domínio profissional usufruindo dela. Ao conceder a possibilidade de transformação corporal oferece-se também a possibilidade de modificação da identidade, pois ela vem acompanhada da aceitação social, do abandono de estigmas e da ocupação de um novo lugar na hierarquia social.

É nessa perspectiva que as motivações de cunho psicológico

fazem sentido tanto no discurso dos cirurgiões plásticos que remodelam corpo e alma; quanto nos relatos de experiência das mulheres entrevistadas. Trata-se de uma alternativa para quem sente o peso da exclusão e um artifício para integração no jogo social atual, onde beleza é fundamental.

REFERÊNCIAS

ARANGUREN, Martin. Construcción cultural de las emociones, hermenêutica y antropocentrismo: hacia um naturalismo antipositivista. **Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad**. N°21. Año 8. Agosto 2016-Noviembre 2016. Argentina. ISSN 1852-8759. pp. 77-87.

ARAÚJO, Edna. **A beleza feminina no discurso da publicidade no final do século XX**. ANPUH, XXV Seminário Nacional de história, Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://anais.anpuh.org/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S25.1410.pdf> Acesso em 26 de junho de 2016.

BAIMA, Andre Luis Fernandes. **As “turbinadas e os pigmaleões: implantes mamários de silicone e a beleza construída**. Dissertação de mestrado apresentada à UERJ. Rio de Janeiro, 2007.

BAUMAN, Zigmunt. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

_____. **Vida Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. **Vida para o consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BONI, Valdete; QUARESMA, Julia. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC Vol. 2, nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em 29 de junho de 2016.

BOURDIEU, Pierre. **A distinção: crítica social do julgamento**. 1ª ed.

São Paulo, Edusp; Porto Alegre, Zouk. 2007.

_____. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. O camponês e seu corpo. **Revista de sociologia e política**, Curitiba, junho, n. 26, p. 83-92, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n26/a07n26.pdf>>. Acesso em 27 de setembro de 2016.

_____. **O capital social: notas provisórias**. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (orgs.) *Escritos de Educação*, 3ª ed., Petrópolis: Vozes, 2001, pp.67-69.

BRUM, Liliane Ribeiro. **Cirurgia Plástica estética em corpos femininos: a medicalização da diferença**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. Disponível em <<http://www.antropologia.com.br/arti/colab/vram2003/a13-lbribeiro.pdf>> Acesso em 19 de setembro de 2016.

CERQUEIRA, Sofia; MEDINA, Alessandra. O desafio do mestre Ivo Pitanguy. **Revista Veja Rio**. Maio de 2016. Disponível em: <<http://vejario.abril.com.br/materia/gente/ivo-pitanguy-o-desafio-do-mestre>>. Acesso em 19 de setembro de 2016.

CLÍNICA IVO PITANGUY. **Ivo Pitanguy**. Disponível em <<http://pitanguy.com.br/pitanguy/index.php/ivo-pitanguy/>>. Acesso em 15 de junho de 2016.

CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. In: **Annual Review of Sociology**, n. 18, p.209-232, 1992.

DATAFOLHA. **Cirurgia plástica no Brasil**. Pesquisa publicada em janeiro de 2009. Disponível em <<http://www2.cirurgiaplastica.org.br/wp-content/uploads/2012/11/pesquisa2009.pdf>>. Acesso em 14 de junho de 2016.

DURKHEIM, Émile. Regras relativas à distinção entre normal e patológico. In: **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

EDMONDS, Alexander. No universo da beleza: notas de campo sobre a cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: **Nu & Vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

FERREIRA, Francisco Romão. **Os sentidos do corpo: cirurgias estéticas, discurso médico e saúde pública**. Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Rio de Janeiro, Março de 2006.

FISCHER, Rosa. **Foucault e a análise do discurso em educação**. Cadernos de pesquisa, n. 114, p. 197-223, nov. 2011.

FOUCAULT, Michel. Os corpos dóceis. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 125-152.

_____. O corpo utópico. In: **O corpo utópico, as heterotopias**. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

_____. Sobre a história da sexualidade. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002, p. 243-227.

_____. O nascimento da medicina social. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002, p. 7-8.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**. São Paulo: Unesp, 1992.

_____. Saúde, doença e envelhecimento. **Sociologia**. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

GILMAN, Sander L. **Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery**. Princeton: Princeton University Press, 1999.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

_____. Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira. **Revista Arquivos em Movimento**. Rio de Janeiro, v.2, n.2, julho, 2006.

_____. O corpo como capital: para compreender a cultura brasileira. **Revista Contemporânea**. Ed. 18, vol. 9, nº2, 2011.

_____. **Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GOLDENBERG, Mirian e RAMOS, Marcelo Silva. A civilização das formas: o corpo como valor. In: **Nu & Vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GRISOTTI, Márcia. Representações sociais em saúde: soma de propriedades individuais ou propriedades emergentes? **Cadernos CERU**, Vol. 15, nº 2, 2004. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/ceru/article/view/75334>>. Acesso em 19 de setembro de 2016.

International Society of Aesthetic Plastic Surgery. **The International Society of Aesthetic Plastic Surgery Releases Statistics on Cosmetic Procedures Worldwide**. Disponível em: <<http://www.isaps.org/news/isaps-global-statistics>>. Acesso em: 16 de junho de 2015.

_____. **Quick facts: highlights of the ISAPS 2013**

Statistics on cosmetic surgery. Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/wp-content/uploads/2014/08/ISAPS_quick_facts.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2015.

_____. **Quick facts: highlights of the ISAPS 2014 Statistics on cosmetic surgery.** Disponível em: <<http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/Quick%20Facts%202015v2.pdf>>. Acesso em: 19 de novembro de 2015.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2009.

LUBIN, David. **Masks, mutilation and modernity: Anna Coleman Ladd and the First Word War**. *American Art Journal*, Chicago. Vol. 47, n. 3/4, p. 4-15, 2008.

MALUF, Sônia W. Corpo e Corporalidade nas culturas contemporâneas: Abordagens antropológicas. In: **Esboços: Revista do programa de pós graduação em história da UFSC**. Nº 9. Chapecó: UFSC, 2002.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MAUSS, Marcel. As técnicas do corpo in **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MEDEIROS, Cristina C de. **Habitus e Corpo Social: reflexões sobre o corpo na teoria sociológica de Pierre Bourdieu**. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/13430/12953>> . Acesso em: 26 de agosto de 2016.

MINNER, Horace. O ritual do corpo entre os Nacirema. In **American Anthropologist**, vol. 58 (1956), pp. 503 - 507.

MONTAGNER, Miguel A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Revista Ciênc. saúde coletiva**, vol.11 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200028> . Acesso em 26 de setembro de 2016.

NETO, Paulo; CAPONI, Sandra. A medicalização da beleza. **Interface**, Botucatu, vol.11, n. 23, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2015.

SANT'ANNA, Denise. **As infinitas descobertas do corpo**. Cadernos Pagu (14) 2000: pp.235-249. Disponível em <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635354>>. Acesso em 27 de setembro de 2016.

_____. Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: SANT'ANNA, Denise (org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. P 121-139.

SAYÃO, Deborah. Corpo, poder e dominação: um diálogo com Michelle Perrot e Pierre Bourdieu. **Revista Perspectiva**, v. 21, n. 01, p. 121-149, jan./jun. de 2003.

SENNET, Richard. **Carne e Pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Missão**. Disponível em: <<http://www2.cirurgiaplastica.org.br/sbcp/missao/>>. Acesso em: 25 de agosto de 2015).

_____. **Sobre a SBCP**. Disponível em: <<http://www2.cirurgiaplastica.org.br/sbcp/sobre-a-sbcp/>>. Acesso em: 25 de agosto de 2015.

WOLF, Naomi. **O mito da beleza**. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

ANEXOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) NOME**
- 2) IDADE**
- 3) GRADUAÇÃO EM CURSO NA UFSC**
- 4) QUAIS CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS JÁ REALIZOU?**
- 5) QUAL O ANO DE REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS?**
- 6) QUAIS AS MOTIVAÇÕES A LEVARAM A SUBMETER-SE AO PROCEDIMENTO?**
- 7) COMO VOCÊ AVALIA OS RESULTADOS DA CIRURGIA PLÁSTICA NA SUA VIDA?**
- 8) COMO VOCÊ AVALIOU OS RISCOS DA CIRURGIA?**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO E PARTICIPAÇÃO EM
PESQUISA**

Aceito participar da pesquisa sobre AS MOTIVAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS ENTRE UNIVERSITÁRIAS DA UFSC: UMA ANÁLISE SOCIOLÓGICA, da graduanda Claudia Regina Gregol Rudnick, integrante do seu trabalho de conclusão de curso em ciências sociais da Universidade Federal de Santa Catarina.

Como participante da pesquisa declaro que concordo em ser entrevistada uma ou mais vezes pela pesquisadora em local e duração previamente ajustados, () permitindo ou () não permitindo a gravação das entrevistas.

Fui informada pela pesquisadora que tenho a liberdade de deixar de responder qualquer questão ou pergunta, assim como recusar, a qualquer tempo, participar da pesquisa, interrompendo minha participação, temporária ou definitivamente.

() Autorizo ou () não autorizo que meu nome seja divulgado nos resultados da pesquisa, comprometendo-se a pesquisadora a utilizar as informações que prestarei somente para os propósitos da pesquisa.

Florianópolis, de de 2016.

Assinatura do entrevistado:

Nome do entrevistado:

Curso na UFSC:

Contato do entrevistado:
