

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**PROGRAMA EICOS – PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOSSOCIOLOGIA
DE COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL**



**CULTO AO CORPO: O SIGNIFICADO DA CIRURGIA
ESTÉTICA ENTRE MULHERES JOVENS DO RIO DE
JANEIRO**

**AUTORA: Liana Carvalho Riscado
ORIENTADORA: Simone OUVINHA PERES**

**Rio de Janeiro
2009**

Liana Carvalho Riscado

**CULTO AO CORPO: O SIGNIFICADO DA CIRURGIA
ESTÉTICA ENTRE MULHERES JOVENS DO RIO DE
JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação EICOS – Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Simone Ouvinha Peres

Rio de Janeiro
2009

CULTO AO CORPO: O SIGNIFICADO DA CIRURGIA ESTÉTICA ENTRE MULHERES JOVENS DO RIO DE JANEIRO

Liana Carvalho Riscado

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Simone Ouvinha Peres

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação EICOS – Estudos Interdisciplinares de Comunidade e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada por:

Prof^ª Doutora Simone Ouvinha Peres (Orientadora)

Prof^ª Doutora Maria Cecília de Mello e Souza

Prof^ª Doutora Elaine Reis Brandão

Rio de Janeiro
2009

Carvalho Riscado, Liana.

Culto ao Corpo: o significado da cirurgia estética entre mulheres jovens do Rio de Janeiro/
Liana Carvalho Riscado. Rio de Janeiro: UFRJ/EICOS, 2009. 121 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia,
Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, 2009.

Orientadora: Simone Ouvinha Peres

1. Corpo 2. Estética 3. Medicalização 4. Gênero I. Peres, Simone Ouvinha II.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-
Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. III. Culto ao Corpo: o
significado da cirurgia estética entre mulheres jovens do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial à minha mãe, pelo carinho e pela formação que me proporcionou, sem os quais a acadêmica não seria possível, e pelo exemplo de dedicação;

Aos amigos que me incentivaram;

Aos colegas que colaboraram com o trabalho;

À minha paciente orientadora Simone Ouvinha Peres, pelo incentivo, confiança e dedicação que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa;

Às professoras Maria Cecília de Mello e Souza e Elaine Reis Brandão, que participaram tanto do exame de qualificação como também da banca de defesa e cujas críticas e sugestões contribuíram muito com o desenvolvimento da pesquisa;

Aos demais professores e funcionários do Programa Eicos, que contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal;

À Reitoria, pela concessão da bolsa de Mestrado; e conseqüentemente apoio para a realização da pesquisa;

Às mulheres que se dispuseram a participar da pesquisa, e que foram essenciais para o desenvolvimento da mesma.

RESUMO

O presente estudo investigou os valores associados ao corpo, à estética, à beleza e aos cuidados com o corpo e o processo que envolveu a decisão de mulheres jovens no que tange à realização de uma cirurgia estética. Foi realizada uma pesquisa qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas com mulheres jovens, na faixa-etária entre 28 e 32 anos, moradoras do Rio de Janeiro durante o ano de 2008 e 2009 que realizaram pelo menos uma cirurgia estética não facial inseridas em ocupações profissionais ligadas à nutrição e atividades em salões de beleza. Buscou-se pesquisar o motivo pelo qual as mulheres mais jovens especificamente estão aderindo de forma tão intensa e precoce a transformação corporal com o intuito de enquadrar seus corpos nos padrões vigentes de beleza. A relevância desse trabalho se apresenta no sentido de que se nota uma crescente adesão de mulheres na realização de cirurgias com indicação exclusivamente estética. Já o fato de serem jovens é relevante, pois a intenção do estudo foi investigar o aumento da cirurgia estética em mulheres não dentro de um fenômeno de preocupação com o envelhecimento, mas sim tendo como foco um processo que ocorre de forma cada vez mais precoce na vida das mulheres jovens. A análise revelou uma ausência significativa de preocupação com os riscos de uma intervenção cirúrgica e a dor ou complicações decorrentes do pós-operatório, uma explicação na escolha pela cirurgia voltada para um discurso da auto-estima e na modificação corporal pós-maternidade. A categoria gênero permitiu verificar como as mulheres se posicionam em relação ao corpo. O grupo entrevistado não pode ser pensado independentemente da vinculação profissional. Encontrou-se um substrato comum entre as mulheres entrevistadas, ligado ao trabalho voltado ao cuidado com o corpo e aparência, que se mostrou relevante para explicar uma maior propensão à cirurgia estética no universo em questão.

Palavras-chave: Corpo; Estética; Medicalização; Gênero

ABSTRACT

The present study investigated the values related to body, esthetics, beauty and care with the body and the process involved in the decision of young women to be submitted to plastic surgery. A qualitative research was developed with young women between 28 and 32 years old. They lived in Rio de Janeiro city. They answered semi-structured questions during interviews on the years of 2008 and 2009. These women were submitted to at least one plastic surgery, except on the face, and were involved in nutritional professional activities or working in beauty shops. The objective of this study was to understand the reasons these young women are specifically having such intense and early adherence to body transformation with intention of modeling their bodies into current patterns of beauty. The relevance of this study is to observe the growing adherence of women to exclusively plastic surgeries. The fact of being young is relevant too, as the intention of this study was to investigate the growing of plastic surgeries not in the concern of issues related to aging, but having as a focus a process occurring very early in these women lives. The analysis reveals no significant interest about the risks concerning a surgical intervention, pain or postoperative complications. The explanation of surgery choice was related to the reasoning of self-esteem and modifying the body pos-maternity. The category gender permitted to verify the women behavior toward their bodies. The group interviewed cannot be considered independently of their professional activities. There was a common substrate between the interviewed women, working in activities involving care with the body and esthetics, which was relevant to explain the growing option to plastic surgery in the studied universe.

Key- words: Body; Esthetics; Medicalization; Gender.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1–O CORPO NA HISTÓRIA.....	22
1. 1. O Corpo na Antiguidade: um elemento de glorificação e interesse do Estado... 23	
1. 2. O Corpo na Época Medieval: uma visão holística entre espírito e matéria..... 24	
1. 3. O Corpo do Renascimento ao Século XIX: o surgimento da concepção do corpo enquanto objeto de conhecimento e controle..... 26	
1.3.1. O Corpo Individual, a ‘Separação’ entre Corpo e ‘Alma’, a preocupação com o ‘Corpo da Comunidade’ e o Desenvolvimento da Biomedicina..... 26	
1.3.2. O controle do corpo e as regras de civilidade como elementos de distinção..... 31	
1.3.3. As Práticas Higiênicas..... 32	
1.3.4. O Corpo e a Construção da Noção de Privacidade..... 34	
1.3.5. A Modelagem do Corpo Através das Atividades Físicas: do modelo do Antigo Regime até a preocupação com a eficácia corporal..... 35	
CAPÍTULO 2 – GÊNERO E AS INTERVENÇÕES CORPORAIS: ASPECTOS DA DIFERENÇA E DISTINÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES.....	37
2. 1. Um Novo Modelo Médico de Interpretação das diferenças Sexuais no Século XVIII: a Medicalização do Corpo da Mulher.....	38
2. 2. A Medicalização do Corpo da Mulher no Brasil: uma especial propensão às intervenções corporais.....	43
2.3. A Perspectiva de Gênero e Sua Relevância para o Estudo do Corpo.....	47

CAPÍTULO 3 - O CULTO AO CORPO: NÃO ENVELHECER, NÃO ADOECER E MANTER-SE ‘BELO’.....	50
3. 1. Os ‘Belos’ e os ‘Feios’ na História.....	50
3. 2. O ‘Belo’ na História no caso Brasileiro.....	52
3. 3. A Atual Medicalização do Corpo no Ocidente: a Saúde e a ‘Beleza’.....	53
3. 4. O Corpo ‘Belo’: Ausência de Gordura e Velhice.....	55
3. 5. O Corpo, a Mulher e o Imperativo da Sedução Baseado na ‘Beleza’: o Culto Feminino ao Corpo.....	56
3. 6. Panorama Internacional da Cirurgia Estética.....	58
3. 7. A Indústria da ‘Beleza’ e a Cirurgia Estética no Brasil.....	60
3. 8. O Rio de Janeiro e o Cuidado com o Corpo.....	65
CAPÍTULO 4 – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	67
4. 1. Estratégias de Investigação e o Universo da Pesquisa.....	67
4. 2. As Entrevistas.....	72
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DOS DADOS.....	80
5. 1. O Modelo de Beleza e os Cuidados com o Corpo.....	87
5. 2. Propensão à Medicalização: as expectativas diante da cirurgia e a dor do pós-operatório.....	93
5. 3. O Imperativo da Sedução Baseado na Beleza Feminina.....	97
5. 4. A Beleza e o ‘Discurso Psi’.....	100
5. 5. O Ambiente de Trabalho e a Exigência do Cuidado com o Corpo.....	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS.....	118

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas presenciamos no Brasil um importante crescimento da cirurgia estética visando à beleza e à eliminação de tudo o que pode se assemelhar ao ‘feio’ e ao não admitido e aprovado dentro de determinados padrões estéticos de beleza. Em diversos meios de comunicação e mídias observa-se o êxito da propagação, difusão e vulgarização da cirurgia estética. Este tipo de cirurgia atrai hoje um número importante de mulheres de todas as idades e origem social e apresenta-se como possível para um número cada vez maior delas. Nesse contexto observa-se que qualquer parte do corpo julgado como não desejado pode ser alterada.

É possível argumentar que desde o surgimento das novas técnicas cirúrgicas foram criadas muitas possibilidades para intervenção e artificialização crescente e cada vez mais ampla sobre o corpo. Em particular os recentes avanços das técnicas cirúrgicas e das possibilidades de intervenção têm permitido operar sobre o corpo a partir de diversos arranjos. Contudo, essa capacidade de intervenção tem um ponto importante: a extensão e ampliação do acesso à população. O corpo vem se tornando cada vez mais suscetível de ser modificado por um número maior e crescente de pessoas, por meio de técnicas cada vez mais difundidas.

Neste trabalho pretendemos colocar em questão o crescimento da cirurgia estética e a propensão cada vez mais ampla de acesso à cirurgia que estaria alterando de forma diversa padrões anteriores encontrados de intervenção sobre o corpo. A possibilidade de intervir estaria cada vez mais presente nas distintas sociedades e no Brasil em particular. Buscamos neste estudo uma abordagem mais preocupada com a indiscriminada proliferação das cirurgias e com as intervenções sobre o corpo, entendendo que o estudo deste fato entre mulheres jovens poderia contribuir para esclarecer não só as razões da mudança do acesso ampliado, mas também os problemas e riscos envolvidos a partir dessa tendência cada vez extensa. A incorporação da problemática do ‘culto ao corpo’ no contexto da presente pesquisa visa trazer uma contribuição para através de um estudo de natureza mais empírica e assim, a partir deste estudo, articular uma melhor compreensão do fenômeno na época atual vivenciado por um grupo particular de mulheres, de forma que

este trabalho possa se somar aos demais trabalhos sobre o crescimento das intervenções sobre o corpo da mulher.

Para uma primeira aproximação exploratória com a problemática acima retratada importa-nos investigar num contexto empírico específico uma questão em particular: qual o significado da aspiração pela cirurgia entre mulheres inseridas em ocupações profissionais ligadas à nutrição e atividades em salões de beleza que anseiam intervir, modificar e possuir um corpo ‘perfeito’ e ‘belo’ através de uma intervenção médica.

A presente pesquisa visou mais especificamente investigar por quais motivos há um aumento da adesão das mulheres no Brasil, tendo como foco a cidade do Rio de Janeiro, à transformação de seu corpo através de cirurgias estéticas. O objetivo geral foi, então, contribuir com a reflexão a respeito da crescente obsessão com a ‘perfeição’ do corpo e a aceitação naturalizada das mencionadas intervenções cirúrgicas investigando o significado do ‘culto ao belo’ através da ‘ditadura da beleza’ em mulheres jovens moradoras do Rio de Janeiro. Trata-se aqui de uma seleção, certamente não representativa do fenômeno estudado, que visa buscar alguns fios condutores para promover uma reflexão sobre a temática em questão. No nosso caso, a preocupação foi, relacionar o debate mais abrangente sobre o tema a partir de um estudo qualitativo circunscrito ao universo de mulheres entrevistadas para a pesquisa.

Uma cirurgia estética envolve tantos riscos quanto qualquer procedimento cirúrgico, no entanto, a preocupação com este risco parece não ser grande o suficiente para impedir o grande crescimento da cirurgia estética no país. O estudo também pretendeu investigar se existe e até que ponto há uma preocupação com o risco inerente que envolve uma cirurgia entre as mulheres entrevistadas. O processo arriscado e doloroso do pós-operatório da cirurgia é outro aspecto relevante que envolve uma cirurgia e deve ser considerado, além de possíveis complicações decorrentes da cirurgia. Portanto analisar se existe este temor com relação à dor do pós-operatório e/ ou complicações decorrentes da cirurgia e o quanto tal fato se apresenta importante no processo decisório pela cirurgia foi outro objetivo da pesquisa.

A questão das diferenças de gênero é um ponto muito relevante no presente estudo, pretendeu-se identificar se existe relação, ou não, na concepção das mulheres pesquisadas, entre deveres da mulher e cuidado com a aparência. Até que ponto o apelo para uma

cirurgia estética é uma diferenciação de gênero, se é uma obrigação maior da mulher ser ‘bela’. Ou seja, se a maior propensão à cirurgia permanece, ou não, tributária das relações desiguais de gênero. Pretendeu-se analisar no discurso das entrevistadas se elas realizam estas intervenções para si ou para o outro e como significaram a opção pela cirurgia estética, se havia um discurso de maior ou menor liberdade em relação ao seu corpo. Isto é, se as mulheres sentiam-se mais ‘donas’ de seus corpos ao submetê-los a cirurgias estéticas ou mais pressionadas por fatores externos, como parceiro amoroso, família, trabalho e amizades. A questão de gênero é percebida, então, como muito relevante. Em todos os casos a preocupação é vincular tais questões à adesão das mulheres às cirurgias, procurando articular a problemática do gênero e do pertencimento social das mulheres entrevistadas.

A relevância desse trabalho se apresenta no sentido que como já fora mencionado se nota uma crescente adesão de mulheres na realização de cirurgias com indicação exclusivamente estética. É notável a aceitabilidade e até mesmo banalização de tais intervenções cirúrgicas. No início da década de 90, a plástica no Brasil era um item de luxo típico de mulheres dos segmentos sociais mais elevados. Em 1990, 60.000 pessoas submeteram-se a esse tipo de cirurgia – padrão europeu. Era muito incomum uma mulher de classe média aderir a este procedimento. Alguns médicos mais preocupados alertam contra a disseminação desmedida dos tratamentos estéticos aos quais pessoas cada vez mais jovens aderem (PINHEIRO, 2001). Busca-se, portanto, contribuir com a reflexão a respeito da crescente ‘obsessão’ com a ‘perfeição’ do corpo, tendo como foco o corpo da mulher, é uma pesquisa que trata, portanto, dos temas corpo, estética a partir da perspectiva de gênero.

O fato de serem mulheres moradoras do Rio de Janeiro e jovens são fatores imprescindíveis, pois, esta cidade brasileira aponta um dos maiores índices de cirurgias e suponho uma grande preocupação com o corpo. Já o fato de serem jovens se faz necessário, pois a intenção do estudo era investigar o aumento da cirurgia estética em mulheres não dentro de um fenômeno de preocupação com o envelhecimento, mas sim tendo como foco um processo que ocorre de forma cada vez mais precoce na vida das mulheres jovens. Este processo seria uma preocupação em ‘cultuar’ o corpo, em buscar um corpo ‘perfeito’, antes mesmo que as ditas ‘marcas’ da idade pudessem aparecer. Nessa direção a escolha também foi por cirurgias não faciais, pois em mulheres mais jovens a preocupação é menor do que

em mulheres mais velhas em relação às ‘marcas da idade’ na face. Além disso, interessamos investigar as mudanças de pensamento que estão ocorrendo na sociedade, como a aceitação da cirurgia estética, até mesmo entre mulheres sem alto poder aquisitivo, e é na camada jovem que podemos notar de forma mais acentuada as mudanças de pensamento. Intentamos justamente pesquisar os motivos pelos quais as mulheres mais jovens especificamente estão aderindo de forma tão intensa e precoce a transformação corporal com o intuito de enquadrar seus corpos nos padrões vigentes de beleza.

Ao contemplar as motivações, as expectativas, os atores envolvidos, custos e por fim os possíveis riscos e conseqüências associados à cirurgia, entendemos que o fato extrapola os limites individuais e envolve toda uma rede de relações e de condições que pode, ou não, favorecer a realização das intervenções médicas com fim estético. Assim também nos interrogamos se a intenção e a decisão de fazer uma cirurgia estão circunscritas à esfera somente da mulher ou de seus parceiros ou familiares. Seria a preocupação com o corpo um fato recente? Que valores estariam associados à preocupação atual com o corpo? Qual é o lugar e o significado que a intervenção sobre o corpo através da cirurgia estética ocupa hoje na constituição das relações dos sujeitos? Por meio de que critérios as entrevistadas se decidem a favor de uma intervenção cirúrgica? Essas são questões e formulações que estão presentes no debate atual do chamado ‘culto ao corpo’ que estão sendo respondidas a partir de formulações diversas como as que emergem da antropologia, sociologia e psicologia social dentre outras. Nosso intuito é contribuir com mais um trabalho que busca esclarecer as transformações em curso a partir do ponto de vista dos entrevistados.

Estamos por fim supondo que as mulheres que realizam cirurgias estéticas não agem de modo simplificado ou banal como se pode inicialmente supor, mas visam também, além do bem-estar psicológico e o aumento da auto-estima – como alegam – a concretização das aspirações por diferenciação, distinção e mobilidade social. Não temos a intenção de abordar a ampla gama de questões que envolvem a problemática do aumento do acesso das mulheres às intervenções médicas, mas dar visibilidade às possíveis variações a partir dos casos analisados. Antes, porém algumas observações iniciais se fazem necessárias para o presente estudo.

Como destaca Le Breton (2007a) há diversos campos de pesquisa para o estudo do corpo. Um campo de pesquisa é o estudo das lógicas sociais e culturais do corpo que inclui o estudo da gestualidade, da etiqueta corporal, da forma de expressão dos sentimentos, das percepções sensoriais, das técnicas de tratamento, das inscrições ou marcações corporais, da conduta corporal e das ‘técnicas corporais’, esta última estudada primeiramente por Mauss (1974).

O estudo da gestualidade refere-se ao estudo das ações do corpo quando as pessoas se encontram: ritual de saudação ou de despedida. A etiqueta corporal está associada à extensão corporal da interação, que é altamente influenciada por fatores como classe social e educação informal. O estudo da forma de expressão dos sentimentos refere-se ao estudo dos dados sociais, culturais e psicológicos nas expressões dos sentimentos:

Os sentimentos que vivenciamos, a maneira como repercutem e são expressos fisicamente em nós, estão enraizados em normas coletivas implícitas. Não são espontâneos, mas ritualmente organizados e significados visando os outros. Eles inscrevem-se no rosto, no corpo, nos gestos, nas posturas, etc. O amor, a amizade, o sofrimento, a humilhação, a alegria, a raiva, etc. não são realidade em si, indiferentemente transponíveis de um grupo social a outro (Le Breton, 2007a, p. 52).

O estudo das percepções sensoriais se refere ao papel das questões sociais nas atividades perceptivas das pessoas. O estudo das técnicas de tratamento refere-se ao estudo do conjunto das técnicas de tratamento da corporeidade, tanto os privados como: banho, toalete, entre outros, assim como públicos, entre estes: cabeleireiro, manicura, tratamento facial, etc. e ainda os significados que lhes são atribuídos de acordo com os grupos e as classes sociais. O estudo das inscrições ou marcações corporais refere-se ao estudo das marcações culturais e sociais do corpo, como a utilização de ornamentos culturais, por exemplo. O estudo da conduta corporal refere-se ao estudo da psicossomática, enquanto o estudo das ‘técnicas corporais’, conceito de Mauss (1974) refere-se aos estudos dos gestos que possuem uma eficácia e que são diferentes de acordo com a idade, o sexo e a habilidade, por exemplo. Técnicas corporais segundo o autor seriam as formas como a pessoa sabe servir-se de seu corpo em cada sociedade, são, portanto, hábitos adquiridos socialmente e não são simplesmente naturais, embora sofram influência biológica e causem efeitos biológicos.

Mauss (1974), um importante autor para a análise da relação corpo e sociedade, numa visão antropológica sobre a utilização do corpo defende que a dimensão

essencialmente fisiológica, o fato de todos os seres humanos dormirem, comerem, entre outras coisas, é o que há de comum no trato com o corpo nas mais variadas culturas. No entanto, o modo como cada uma destas funções será realizada é estabelecido pelas peculiaridades de cada cultura, não existindo o que ele denomina ‘técnica corporal’ igual em todas as sociedades.

Outro campo de pesquisa pode estar associado ao investimento social no corpo enquanto um objeto concreto:

O corpo também é, preso no espelho do social, objeto concreto de investimento coletivo, suporte de ações e de significações, motivo de reunião e de distinção pelas práticas e discursos que suscita. Nesse contexto o corpo é só um analisador privilegiado para evidenciar os traços sociais cuja elucidação é prioridade aos olhos do sociólogo, por exemplo, quando se trata de compreender os fenômenos sociais contemporâneos (Le Breton, 2007a, p. 77).

Nesse campo pode-se incluir o estudo do controle político da corporeidade, isto é, as formas sociais de dominação do corpo, o estudo das classes sociais e relações com o corpo, pois nas sociedades heterogêneas, as relações com a corporeidade diferenciam-se de acordo com a classe, embora como destaca Le Breton (2007a, p. 81): “... sob a égide do consumo e sob o efeito do crescimento das classes médias, sob o efeito também da emergência da sensibilidade individualista que dá ao ator uma margem de manobra menos estreita que anteriormente, as oposições não são tão nítidas quanto foram nos anos 1960-1970”. No campo de pesquisa associado ao investimento social no corpo, enquanto um objeto concreto pode-se também incluir o estudo das aparências. Este é o foco da presente pesquisa:

A aparência corporal responde a uma ação do ator relacionada com o modo de se apresentar e de representar. Engloba a maneira de se vestir, a maneira de se pentear e ajeitar o rosto, de cuidar do corpo, etc., quer dizer, a maneira cotidiana de se apresentar socialmente, conforme as circunstâncias, através da maneira de se colocar e do estilo de presença...A ação da aparência coloca o ator sob o olhar apreciativo do outro e, principalmente, na tabela do preconceito que o olhar fixa de antemão numa categoria social ou moral conforme o aspecto ou o detalhe da vestimenta, conforme também a forma do corpo ou do rosto. Os estereótipos se fixam com predileção sobre as aparências físicas e as transformam naturalmente em estigmas, em marcas fatais de imperfeição moral ou de pertencimento de raça...Roupas, cosméticos, práticas esportivas, etc., formam uma constelação de produtos desejados destinados a fornecer a ‘morada’ na qual o ator social toma conta do que demonstra dele mesmo como se fosse um cartão de visitas vivo (Le Breton, 2007a, p. 77 e 78).

Como salienta Ortega (2008) o corpo na atualidade é mais que um objeto de desejo, ele é um objeto de design. O corpo é ‘personalizável’ por meio de práticas de ascese corporal como o fisiculturismo e a dietética; de tecnologias médicas como cirurgias

plásticas, próteses e intervenções farmacológicas; e de modificações radicais em sua anatomia, que incluem amputações voluntárias. Isto porque o corpo, como tela em que projetamos nossos ideais, nosso cartão de visitas na rede de relações sociais, é o último reduto em que os indivíduos se sentem capazes de reinventar-se.

Este corpo tem aspectos paradoxais, se por um lado, ele é supervalorizado, como aquela parte do real para a qual nos voltamos em busca de alguma certeza numa era de fluidez e fragmentação simbólica, por outro lado, como precisa atender aos anseios contemporâneos de mutação constante, o corpo se revela obsoleto. Os seus limites podem e devem ser superados pelas tecnologias de ‘aperfeiçoamento’ da natureza. Portanto, o corpo é ao mesmo tempo cultuado e desprezado, e esse aumento da atenção e do controle produz uma incerteza maior a seu respeito (ORTEGA, 2008).

No presente estudo o corpo é concebido enquanto um objeto concreto que é tido na contemporaneidade como uma propriedade em que se deve investir para a obtenção de vantagens. Atualmente há uma enorme possibilidade de modificar o corpo, há uma plasticidade e o corpo está constantemente sendo modificado, modulado, transformado.

Os psicotrópicos cinzelam o humor, a cirurgia estética ou a plástica modifica as formas corporais ou o sexo, os hormônios ou a dietética aumentam a massa muscular, os regimes alimentares mantêm a silhueta, os *piercings* ou as tatuagens dispensam os sinais de identidade sobre a pele ou dentro dela, a *body art* leva ao auge essa lógica que transforma abertamente no material de um indivíduo que reivindica remanejá-lo à vontade e revelar modos inéditos de criação. Alguns sonham em agir diretamente sobre a fórmula genética do sujeito para modelar sua forma e até seus comportamentos (Le Breton , 2007b, p. 28).

Nesse sentido o presente trabalho trata da crescente possibilidade de modular o corpo através de cirurgias estéticas. Com tal objetivo analisa-se a visão do corpo enquanto um objeto que deve ser investido e a crescente medicalização do corpo, sobretudo do corpo da mulher, historicamente submetido ao controle médico.

Entende-se que o estudo do corpo necessita de uma abordagem que inclua, além das questões anatômicas e fisiológicas, as psicológicas e sociais. O significado do corpo se fundamenta no social, é, portanto, construído socialmente e as práticas corporais não são idiosincrasias individuais. Como aponta Le Breton (2007a) a existência é antes de qualquer coisa corporal e a compreensão da corporeidade humana deve ser feita como um fenômeno social e cultural. Isto, pois, a expressão corporal tem um estilo particular, porém é socialmente modulável, é biológica, mas é moldada pela interação social. Pode-se afirmar

que o olhar sobre o corpo não é individual, e os tipos de imagens e as formas como os indivíduos se relacionam com elas sofrem forte influência histórica, social e cultural. O corpo, todavia, não é apenas um receptáculo de valores culturais, ele também produz sentido (GEERTZ, 1989).

A cultura possui um papel fundamental no comportamento humano, incluindo na visão do corpo e nas práticas corporais, há, portanto, uma interação entre o biológico e o cultural. Geertz (1989) alerta que não se deve cair num reducionismo biológico, nem num determinismo cultural, psicológico ou social. Portanto há uma forte influência do social e do biológico no corpo e estas variáveis devem ser percebidas como indissociáveis. É necessário buscar compreender o discurso situado em um contexto histórico, social e político. O comportamento humano como enfatiza o referido autor é essencialmente simbólico: "...o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado"(Geertz, 1989, p. 4).

O corpo não pode ficar reduzido aos aspectos fisiológicos. Mesmo quando se trata das sensações, reconhece-se que estas são físicas e mentais, sendo influenciadas por condições culturais, sociais e políticas. Scheper-Hughes & Lock (1987) apontam que o corpo pode ser concebido sob três perspectivas: individual, social e política. A primeira dimensão refere-se a um fenômeno experienciado individualmente; a segunda ao corpo social que trata das relações do corpo com a natureza, a sociedade e a cultura; e a terceira dimensão refere-se a um corpo político, isto é, o corpo como um artefato de controle político.

Nesse sentido o corpo é experimentado de uma forma individualizada, na medida em que cada indivíduo tem uma existência própria, embora muito influenciada por questões sociais e culturais como já mencionado. Com relação ao corpo político, as diferentes culturas geram um controle do corpo individual para que este sirva a ordem política e social vigente salientam Scheper-Hughes & Lock (1987). Um exemplo desse controle, exercido através da produção de conhecimento, é a criação pela medicina, especificamente a psiquiatria, de categorias de normalidade. Como as autoras enfatizam, as três perspectivas estão inter-relacionadas.

O corpo sempre sofreu modificações pelo homem nas mais distintas culturas, todavia na atualidade a amplitude das intervenções corporais chama a atenção, existe uma liberdade de modificar o corpo indiscriminadamente. Le Breton (2007b) alerta que foi a separação histórica entre o indivíduo e o seu corpo que permitiu tal fenômeno. O homem deixou de ser um corpo para ter um corpo, este é percebido como um objeto na cultura ocidental atual.

De formas distintas, salienta Porter (1992), a Antropologia Cultural, a Sociologia, principalmente a Sociologia médica e o Feminismo acadêmico trouxeram as questões corporais para a academia após a década de 1960. Le Breton (2007a) aponta que a partir dos anos 60 a Sociologia aplicada ao corpo tornou-se uma tarefa sistemática e alguns pesquisadores dedicaram-se ao seu estudo. O referido autor destaca que a Antropologia investiga as práticas corporais através, sobretudo, do confronto dos etnólogos com os usos do corpo em outras sociedades, o que levanta questionamentos em relação às maneiras corporais particulares do Ocidente.

Resumindo, na sociedade ocidental individualista que prega a liberdade individual há paradoxalmente um rígido modelo a ser seguido e os indivíduos na maioria o seguem, buscando satisfação no olhar do outro, o corpo está, pois, além do indivíduo, faz parte do social e com os grandes avanços da indústria cosmética, a beleza pode ser conquistada e inclusive comprada. Considera-se, então, importante analisar de que modos as mulheres atualmente estão se relacionando com o corpo, e investigar o significado da ‘corpolatria’ em suas vidas e possíveis mudanças que estejam surgindo através do estudo da opção delas por cirurgias estéticas. A ‘corpolatria’ seria uma espécie de religião praticada em nome do corpo, Malysse (2007, p. 131) define como “... uma ensomatose (uma queda em direção ao corpo), mas uma ensomatose controlada, dosada e esteticamente orientada por imagens-norma ou por uma iconologia desse culto ao corpo”.

Observa-se que o movimento feminista permitiu uma liberação do corpo feminino, no sentido em que a mulher adquiriu uma certa soberania sobre seu corpo no que se refere à liberdade sexual e contracepção. Porém, esta liberdade é questionável no que se refere à estética, a mulher na realidade é aprisionada a modelos estéticos propagados pela sociedade e tem uma falsa ilusão de liberdade com relação a seu corpo e adere a intervenções estéticas, inclusive cirúrgicas.

Pretende-se apresentar em primeiro lugar os significados particulares associados ao corpo em contextos sociais e históricos diferentes. Uma questão crucial é mostrar as transformações do corpo nas diferentes concepções e perspectivas abordadas com o objetivo de realizar uma breve revisão da literatura sobre o corpo. Para tanto foram privilegiadas as perspectivas Histórica, Sociológica e Antropológica. Trata-se de um trabalho no âmbito da Psicologia Social, de caráter interdisciplinar, com filiação teórica nos campos mencionados. O presente estudo é formado por um conjunto de autores que possuem filiações disciplinares distintas, mas que refletem preocupações de pesquisa comuns voltadas para o estudo do corpo. Trata-se de um debate atual que articula as temáticas da fabricação dos corpos, da estética e do gênero, pois os homens também estão envolvidos nesse campo através da ingestão de anabolizantes, das próteses penianas, dentre outros artefatos disponíveis para a modelação dos corpos masculinos conforme os ditames de sensualidade, virilidade e beleza vigentes. Em grande medida, a perspectiva adotada reflete as estratégias de investigações psicossociológicas, a partir das quais se busca estabelecer relações entre indivíduo e sociedade através das formas vivenciais dos atores. O intuito dessa perspectiva é investigar questões apontadas pelo debate mais amplo e estrutural sobre o tema e de que modo tais questões poderiam, ou não, ser evidenciadas no contexto mais empírico da vivência cotidiana dos atores. Neste caso, a preocupação é vincular os debates em relação ao universo empírico dos sujeitos de forma que se possam compreender aspectos do debate.

O primeiro capítulo apresenta um breve histórico do corpo e de como este vem despertando interesse, prestígio e influencia. O capítulo discorre a respeito de como o corpo foi concebido desde a Antiguidade até o século XIX no Ocidente. Trata de como o desenvolvimento de uma visão dualista radical a partir do século XVI, separando totalmente o corpo da 'alma' e do cosmo permitiu posteriormente a construção do conhecimento biomédico. Isto, pois o corpo passou a ser concebido como objeto de investigação.

Trata também das formas historicamente desenvolvidas de controlar os ditos excessos corporais com a noção de boas maneiras, de decoro e posteriormente com a preocupação com a higiene. Esta última refere-se ao processo em que o saber médico passou a controlar os aspectos da vida dos indivíduos em nome da saúde da população, algo

que ainda se faz presente na sociedade ocidental. Tais processos estão intimamente associados ao desenvolvimento do capitalismo, sistema no qual o corpo passou a ter uma utilidade enquanto máquina produtiva e consumidora, a durabilidade dos corpos passou a ser importante, assim como o valor do trabalho. A construção da noção de intimidade é outro ponto desenvolvido no capítulo, pois é um aspecto importante na análise do corpo a noção de que ele depois de determinada época passou a ser visto como algo coberto de pudores e culpa. O capítulo também aborda a questão da modelagem do corpo através das diferentes atividades físicas na história. A divisão histórica foi adotada como forma de facilitar a compreensão das mudanças ocorridas na forma de conceber o corpo e como tais transformações influenciaram a forma como o concebemos na atualidade.

No segundo capítulo os temas corpo e gênero são relacionados mais estritamente, já que o corpo feminino e sua eventual beleza ao longo da história sempre foi um importante recurso para a mulher. Inicialmente são apresentadas a concepção do corpo da mulher na história e as diferenças de gênero, isto é, como no século XVIII surge no campo do pensamento anatômico um novo modelo da sexualidade humana, um binarismo sexual. É explicado ainda como as novas diferenças descobertas em relação ao corpo e a sexualidade entre o feminino e o masculino foram utilizadas para negar um critério de cidadania comum entre homens e mulheres, e ainda delimitar o papel da mulher enquanto esposa e mãe. A seguir a medicalização do corpo feminino na história é tratada no cenário nacional. Tal medicalização cada vez mais forte é fundamental para a compreensão da aceitabilidade da cirurgia estética. Ao final do capítulo é abordada a relevância da perspectiva de gênero para o estudo do corpo, já que as manifestações e expressões corporais são fortemente diferenciadas de acordo com o gênero. A questão da intensa preocupação com a estética torna, entre outras questões, a problemática do corpo muito relevante para o feminismo atual. Por todas estas questões mencionadas uma pesquisa que relacione as questões do ‘culto ao corpo’ e o gênero se apresenta como muito conveniente, contribuindo com a produção de conhecimento, com uma melhor compreensão do tema e permitindo novas propostas.

O terceiro capítulo trata da preocupação com o não envelhecer, o não adoecer e o manter-se belo tão presente na sociedade ocidental na atualidade. Primeiramente discorre-se brevemente a respeito da concepção de ‘beleza’ e ‘feióra’ na história, tanto na Europa

como no Brasil e como a partir do século XX a suposta beleza passou a ser mais importante, inclusive no matrimônio, com a diminuição da valorização das alianças familiares. Enfatiza-se que a partir, sobretudo, da Segunda Guerra Mundial com o desenvolvimento da publicidade, a obrigação da mulher ficar ‘bela’ se difundiu, a ‘beleza’ deixou de ser um simples dom. Juntamente com essa preocupação com a estética busca-se um corpo sem doenças, almeja-se um ‘corpo perfeito’, o capítulo trata também desta questão, assim como da associação entre beleza e ausência de gordura e velhice que existe no Ocidente. A seguir a questão do ‘culto ao corpo’ associado à questão de gênero é abordada, salientando que as disciplinas e normas estéticas envolvendo o corpo feminino, opressões de gênero que as próprias mulheres exercem por si mesmas. Posteriormente um panorama da cirurgia estética no cenário internacional é apresentado. Em seguida o caso brasileiro é abordado, com suas particularidades e o aponta-se o grande crescimento do número de cirurgias estéticas nos últimos anos no país. A questão específica da cultura carioca e sua preocupação com o corpo é apontada, pois no Rio de Janeiro o corpo faz parte integrante dos rituais de interação, não há um encobrimento ritualizado do corpo, sendo nessa cidade o ‘culto ao corpo’ bastante presente.

O quarto capítulo apresenta os aspectos metodológicos da presente pesquisa que é um estudo de caso simples transversal e tem uma abordagem qualitativa em que se pretendeu investigar as redes de significações presentes no discurso das mulheres entrevistadas. O capítulo tratou da técnica utilizada para coleta de dados que foram entrevistas qualitativas individuais semi-estruturadas em profundidade, sendo uma técnica fundamental para investigar em profundidade o comportamento humano e ainda apontou a técnica de amostragem, que foi o tipo ‘bola de neve’. Abordou a definição do universo de pesquisa que acabou por ser composto por 6 sujeitos do sexo feminino, moradoras do Rio de Janeiro, com renda mensal familiar de 4.000 a 12000 reais, de 28 a 32 anos. Apontou o tipo de análise dos dados utilizado, que foi a análise do conteúdo. A seguir uma breve descrição da pesquisa de campo foi apresentada.

O quinto capítulo trata de uma breve caracterização dos sujeitos e da análise dos dados. Para o tratamento dos dados a análise temática ou categorial foi utilizada, através da decomposição da mensagem chegou-se a unidades de registro elaborando-se categorias, em seguida explorou-se o material com a interpretação tentando desvendar o conteúdo

subjacente. Os 5 temas em que foram decompostas as entrevistas: 1. O modelo de beleza e os cuidados com o corpo; 2. Propensão à medicalização: as expectativas diante da cirurgia e a dor do pós-operatório; 3. O imperativo da sedução baseado na beleza feminina; 4. A 'beleza' o 'discurso psi' e 5. O Ambiente de Trabalho e a Exigência do Cuidado com o Corpo, foram abordados neste capítulo. Desse modo foi possível analisar semelhanças, diferenças e contrastes nos depoimentos das mulheres entrevistadas. Analisou-se o material mostrando a percepção das mulheres sobre a necessidade da cirurgia, suas aspirações, expectativas, relação com parceiro, família e ambiente de trabalho.

CAPÍTULO 1. O CORPO NA HISTÓRIA

A presente parte tem por objetivo dar relevo às transformações relacionados às representações que o corpo adquiriu na história em conexão com as experiências e as estruturas sociais, entendendo-se que tais transformações foram possíveis devido a modificações mais amplas da sociedade (Elias, 1995). A ênfase na perspectiva histórica adotada para a presente parte deste estudo visa evidenciar como o modo que os sujeitos compreendem o corpo difere-se historicamente, considerando-se que qualquer estudo sobre o corpo não pode prescindir de buscar a conexão entre os processos sociais mais abrangentes e o que ocorre com os sujeitos nos diferentes contextos sociais. Como enfatiza Rodrigues (1983) o momento histórico condiciona a expressão corporal e revela fenômenos e movimentos de uma sociedade e suas relações com as estruturas que influenciam o comportamento e a vida dos sujeitos. Portanto, o estudo da forma como o corpo é significado ao longo da história e as práticas corporais desenvolvidas no decorrer desta são fundamentais para compreender como o corpo é percebido atualmente. O corpo conservou sempre um lugar central na história da humanidade independente das diferentes formas que foi encarado no decorrer desta. Elias (1995), mostra nesta direção, a exemplo, que as mudanças nos processos sociais como os ocorridos em relação ao corpo podem ocasionar mudanças específicas no padrão estético e aponta o quanto estas mudanças estão quase sempre vinculadas a uma transformação social que afeta as pessoas diretamente. Para o autor a compreensão sobre as formas que o corpo adquiriu na história diz respeito a padrões

de comportamentos de distintos espaços sociais. Ou seja, há formas culturais específicas de cada segmento social lidar com o corpo. Nosso intuito a partir daqui é mostrar muito sucintamente as diferentes maneiras através das quais o corpo foi concebido na história recente e o modo como o conjunto de conhecimentos, saberes e representações adquiridas através do tempo permitem-nos tecer considerações acerca das transformações que se operaram relativas ao estudo do corpo.

A breve apresentação a seguir das mudanças cronologicamente dispostas em relação ao corpo visa apenas mostrar a relevância de vincular os acontecimentos às condições concretas que acompanharam tais mudanças, permitindo-nos compreender o quanto as verdades sejam elas morais, religiosas, políticas ou científicas sobre o corpo variaram de acordo com a época, o lugar, o grupo social e os indivíduos. Ao colocarmos em certa ordem histórica os principais acontecimentos que estabeleceram concepções sobre o corpo, representações sobre a saúde física e a beleza, por exemplo, estamos consagrando especial valor ao estudo dos processos históricos e sociais por possuírem implicações para a análise das transformações relativas ao corpo na contemporaneidade.

1.1. O Corpo na Antiguidade: um elemento de glorificação e interesse do Estado

Os componentes clássicos, assim como, os judaico-cristãos, de nossa tradição cultural, de formas diferentes possuem uma visão dualista do homem, entre mente e corpo, psique e soma que traz significados importantes para a análise do corpo. As duas tradições, por razões diferentes, elevam a mente ou a alma em detrimento do corpo (PORTER, 1992).

Contudo, como aponta Rodrigues (1999), as doutrinas da Antiguidade Clássica embora concedessem privilégio à alma, não imaginavam virtude que não fosse desempenhada pelo corpo como interposto e não se tratava de uma separação radical. Le Breton também enfatiza que apesar dos gregos atribuírem maior valor à alma, não negavam o prazer corporal “Certamente os gregos não se dissociam do prazer, o gozo do mundo não é proibido apesar dos estorvos da carne” (Le Breton, 2007b, p. 13).

O corpo na Antiguidade possuía um enfoque privilegiado, ele era objeto de celebração e tal fato fazia parte do contexto das sociedades clássicas. A forma física era extremamente importante e os banhos públicos em Roma tinham caráter lúdico. A higiene podia ser uma consequência, porém, não a razão de sua existência. Os hábitos higiênicos

não estavam presentes, assim como não existiam hábitos e comportamentos ligados à intimidade. “Tais celebrações tinham o corpo como uma espécie de altar principal: as termas eram um templo, ao qual não faltavam os exibicionistas, os voyeurs e os fanáticos pela forma física” (RODRIGUES, 1999, p. 156).

Outro aspecto importante é que na Antiguidade Clássica o corpo era concebido como um elemento de glorificação e de interesse do Estado. Havia uma grande valorização do corpo do atleta olímpico, este recebia inclusive regalias do Estado. Em Atenas prevalecia a idéia de um corpo ‘belo’ e cuidava-se da instrução corporal. Já em Esparta, a preocupação maior eram as atividades relacionadas à guerra, para isto as atividades corporais recebem um lugar de destaque na educação dos jovens e lhes é exigido um corpo saudável e fértil. Nas outras cidades gregas, o cuidado com o corpo contribuía para o sucesso dos Jogos Olímpicos que serviam como união cultural (ROMERO, 1995).

Com o domínio do Império Romano sobre as cidades gregas, os gregos perderam parte de sua identidade cultural em um processo de aculturação. Os corpos das pessoas pobres direcionaram-se para exercícios de guerra exclusivamente, isto é, para ações com predominância de natureza técnica; e nas camadas mais abastadas da população permanecia o ‘culto ao belo’ (ROMERO, 1995).

1.2. O Corpo na Época Medieval: uma visão holística entre espírito e matéria

De forma distinta da Antiguidade, a visão holística medieval não dualizava o corpo e a alma, nesta visão o espírito e matéria não se separavam. “Nada era verdadeiramente espírito, nada era verdadeiramente matéria” (RODRIGUES, 1999, p. 60). Era então justificável a tortura sobre o corpo como uma ação sobre o espírito e era, no entanto, inconcebível a abertura de um cadáver. Todos os sofrimentos aos quais o corpo era submetido eram sofrimentos estabelecidos sobre a alma e vice-versa.

O ser humano da época medieval possuía duas formas de pensar e sentir. Os princípios da seriedade e o do riso confrontavam-se e este último foi durante muitos séculos preponderante entre o povo. A cultura da seriedade, historicamente limitada primeiramente à nobreza e ao alto clero, foi crescendo progressivamente. A antipatia que a Igreja Católica sempre teve contra as manifestações de alegria foi revigorada pelos reformadores.

É preciso levar em consideração que a cultura oficial colocou em nossas mentes a Idade Média dos mosteiros, das catedrais, dos castelos, do alto clero, dos reformadores, dos protestantes, enfim, daqueles em quem o riso e a gargalhada existiam menos... (RODRIGUES, 1999, p. 74).

Prevalecia entre a maioria da população medieval um corpo indisciplinado e informal. Este não possuía regras de ‘etiqueta’ e também não era um corpo voltado para atividades laborativas. O corpo medieval não é o corpo instrumento, isto é, não é o corpo que possui uma função como aquele que o capitalismo forjou posteriormente. A noção de corpo como uma propriedade privada que pode ser vendida enquanto força de trabalho só surge com o desenvolvimento do capitalismo, o corpo medieval difere completamente daquele que aparecerá no mundo capitalista, pois ele não era singularizado, não estava separado do coletivo ou do cosmo. “O corpo medieval nada tinha a ver com aquele que pensamos conhecer e que abriga a nossa sensibilidade. Não se tratava do corpo singularizado e individualizado do burguês” (RODRIGUES, 1999, p. 85).

Não existia uma noção de intimidade na Época Medieval e os banhos públicos que aconteciam em Roma continuaram durante uma parte deste período, embora com distinções. “Talvez dando seqüência à tradição romana, o banho medieval estava vinculado a uma sociabilidade lúdica e festiva, com suas distrações, dissipações e, muito freqüentemente, excessos” (RODRIGUES, 1999, p. 157). Todavia, após o século XIII, mesmo o banho familiar começou a ser reprovado pelas autoridades religiosas e proibido. Coerente com a visão do corpo preso ao prazer e a culpa, os pensadores cristãos opunham-se à satisfação do ato de se banhar. O uso da água deixa de existir nesse sentido e torna-se de fato raríssimo: “A interiorização das normas que as cortes senhoriais e o clero poderoso difundiam acabou deslocando insensivelmente as percepções da decência e do pudor” (RODRIGUES, 1999, p. 160) O banho privado manifesta-se, portanto, de modo expressivo no século XIII, porém, mesmo este não tinha uma noção de intimidade. Quanto aos hábitos de higiene também ainda não estavam presentes, as obrigatoriedades de lavar certas partes do corpo, como as mãos e o rosto, eram majoritariamente por uma questão de decência e não de higiene. Apenas no século XVI por razões epidemiológicas e por dificuldade de fornecimento de água, as termas e outros banhos públicos desaparecem das cidades européias, entretanto, os banhos de rio continuaram.

1. 3. O Corpo do Renascimento ao Século XIX: o surgimento da concepção do corpo enquanto objeto de conhecimento e controle

1.3.1. O Corpo Individual, a ‘Separação’ entre Corpo e ‘Alma’, a preocupação com o ‘Corpo da Comunidade’ e o Desenvolvimento da Biomedicina:

Uma questão relevante para o presente estudo é que foi na Antiguidade que o corpo passou a ser concebido a partir de duas noções: a de saúde e doença. Essas noções baseavam-se no esquema ‘humoral’ dos escritos hipocráticos e na obra de Galeno. Esse modelo se apóia na crença da existência de quatro humores: o sangue, a bílis, a fleuma e a melancolia ou bílis escura, que desempenhariam diferentes funções no corpo. Os referidos líquidos não estariam apenas relacionados à saúde, presente quando houvesse um equilíbrio entre os humores, como ao temperamento e à aparência do indivíduo. É um modelo próximo da vida cotidiana e da natureza, porém não se apoiava em um conhecimento dos processos internos do organismo.

...tipo de conhecimento científico de que dispunham os antigos gregos: consciência aguda da regularidade das transformações sazonais do mundo natural, a dos ritmos da doença observada junto ao leito do doente. Por outro lado, os gregos não tinham praticamente nenhum conhecimento dos processos internos do corpo humano, fisiológicos ou patológicos: nenhuma tradição e nenhuma ‘lógica’ talvez lhes tenham imposto a dissecação (PORTER & VIGARELLO, 2008, p. 442).

Na Europa Medieval a forma de conceber a saúde e a doença também era baseada nos escritos gregos e seguia-se o modelo dos humores como fora na Antiguidade destaca Porter & Vigarello (2008). No século XV, no entanto, intensas modificações intelectuais provocaram mudanças que incentivaram novas pesquisas e o desenvolvimento da biomedicina posteriormente. A partir deste século um dualismo corpo e mente já existente na Antiguidade retorna gradualmente de uma forma diferente e a fé é substituída pela razão e pela ciência em um lento processo. Tal mudança de concepção do corpo permitiu que este pudesse ser percebido como funcional e técnico, sendo alvo de controle da medicina e de métodos de disciplina e adestramento.

Então, a sensibilidade que se constrói de forma gradual após o século XV rompe com os princípios medievais, criando uma cisão entre o imanente e o transcendente, que anteriormente se encontravam entrosados. Rodrigues (1999) aponta que um exemplo desse processo pode-se encontrar na gradativa separação que se constituiu entre o público e o privado e o afastamento do corpo e da dor.

Com a separação cartesiana entre corpo e alma iniciou-se, sobretudo por meios técnicos, um projeto de luta contra a dor. Esta passaria a ser vista como mero indicador de um ‘defeito’ do maquinismo corporal, passível de ser ‘consertado’. Em fins do século XIX, a dor praticamente não comportaria mais qualquer referencial metafísico e seria reduzida a simples assunto neurológico ou farmacológico. Encontramos neste ponto uma operação, histórica e politicamente importantíssima, de separação do sensível e de afastamento entre corpo e dor. Muito do que somos hoje está contido neste processo de desvinculação (RODRIGUES, 1999, p. 60).

A partir do século XV, então, com uma valorização do homem individual se cria uma nova consciência de corpo, que se emancipa do grupo:

Um corpo inquieto que, arrancando-se do grande corpo coletivo, paga muito caro esta sua emancipação. Porque esse corpo que o ser humano faz agora passar para o primeiro plano de suas preocupações, para protegê-lo, cuidar dele, prolongá-lo encontra-se só no momento da morte, sem a assistência moral do corpo da linhagem, desse grande corpo coletivo que, este sim, não morre jamais. Enfrentar essa solidão e assumi-la é possível para quem tem fé. Se vier a perdê-la, o indivíduo fica então entregue a si mesmo... (GÉLIS, 2008, p.130).

Com esta separação entre corpo e ‘alma’, a tortura sobre o corpo, percebida como natural na Época Medieval como forma de punir a ‘alma’, aos poucos deixa de ser concebida com tanta naturalidade. O desaparecimento desta naturalidade para com a tortura foi, no entanto, bem gradual. No século XVII e XVIII, a punição ainda se caracteriza pelo sofrimento físico. Aquele ocorria tanto em execuções em que a punição não era apenas a morte em si, mas a morte decorrente de inúmeros sofrimentos, como também normalmente acompanhava penas não capitais (FOUCAULT, 2000).

No entanto, para que houvesse o dismantelamento dos valores medievais separando o homem do corpo foi preciso uma nova sensibilidade individualista. Esta permitiu que o corpo fosse concebido como separado do mundo e mesmo do homem, o que também propiciou o desenvolvimento do conhecimento biomédico, pois o corpo passou a ser concebido como objeto de investigação. Como destaca Le Breton (2007a, p. 29): “... o conhecimento biomédico, conhecimento oficial das sociedades ocidentais, é uma representação do corpo entre outras, eficaz para as práticas que sustenta”.

...em sociedades individualistas, o corpo é o elemento que interrompe, o elemento que marca os limites da pessoa, isto é, lá onde começa e acaba a presença do indivíduo...O isolamento do corpo nas sociedades ocidentais (eco longínquo das primeiras dissecações e do desenvolvimento da filosofia mecanicista) comprova a existência de uma trama social na qual o homem é separado do cosmo, separado dos outros, separado de si mesmo (Le Breton , 2007a, p. 30 e 31).

Portanto, o processo da construção da biomedicina foi precedido pelo desenvolvimento da concepção dualista radical entre corpo e mente e também pelo surgimento de uma mentalidade individualista. Isto, pois, essas transformações permitiram uma nova concepção do corpo, este pode se transformar em um objeto de investigação e estudo, visto que estaria separado da ‘alma’, do cosmo e do coletivo.

Assim, com a emergência do dualismo cartesiano, distinguindo corpo e alma, as dissecações e olhares objetificantes puderam ser tolerados (RODRIGUES, 1999) e isto permitiu uma aquisição de um conhecimento acerca dos processos internos do corpo. Foi principalmente através dos estudos anatômicos, antecedido por uma exigência de conhecer bem as partes do corpo, que a concepção da saúde e doença foi se modificando e se distanciando do saber popular gradualmente. Com isso, o conhecimento tornou-se indissociável da observação e da necessidade de uma verificação:

Só lentamente é que a ciência moderna pôde ser elaborada contra esses saberes, opondo a observação ao ouvir-dizer, a pesquisa à tradição. A partir da Renascença surgiu-se uma série de tentativas para estabelecer a medicina sobre alicerces mais sólidos, em particular a partir do momento em que a revolução científica obteve evidentes sucessos nas ciências, na física e na química (PORTER & VIGARELLO, p. 450).

Pode-se afirmar que o modelo de corpo da anatomia do século XVI é arquitetural. Há a inauguração de representações de solidez que substitui a liquidez dos humores como elemento central da organização corporal. Entretanto, a forma de conceber o corpo na Europa ocidental até o século XVII foi influenciada pelo esquema ‘humoral’ da Antiguidade.

... os líquidos desapareceram progressivamente. Assim como os astros. As teorias unitárias das correspondências cósmicas e dos humores foram destronadas quando soou para a anatomia a hora do relógio, quando a ‘resolução’ e o mecanismo deram à luz uma teoria fibrilar, que chegou no final de um longo ciclo soldado pelo triunfo epistemológico do princípio de fragmentação (MANDRESSI, 2008, p. 440).

Isto significa que as teorias tradicionais dos humores voltadas a um equilíbrio geral dos fluidos associados a uma ordem cósmica foram apenas paulatinamente substituídas por uma visão do corpo dissociada do cosmo. Uma funcionalidade interna passou a ser valorizada no Ocidente, e não, mas, uma interação homem e natureza.

A separação radical entre corpo e ‘espírito’ se solidificou de fato nos séculos XVII e XVIII. Tal revolução cosmológica denomina-se fisicalismo. “Na verdade, é a consideração

da corporalidade em si, como dimensão auto-explicativa do humano, que se pode chamar propriamente de fisicalismo” (DUARTE, 1999, p. 25). Tal transformação trouxe uma nova concepção do funcionamento corporal:

As diversas estratégias de maximização da vida e otimização do corpo, a clínica, a higiene, a assepsia, a anestesia, a odontologia, a ginecologia, a gerontologia, a psicofarmacologia – todas essas especialidades só puderam surgir em função da sistemática exploração do corpo humano como sede da busca indefinida, eternamente perfectível ... (DUARTE, 1999, p. 27).

A preocupação voltada para a saúde da população está também diretamente relacionada ao desenvolvimento da biomedicina e da biologia. A preocupação dos médicos até o final do século XVII concentrava-se no corpo do monarca, este, pois representava no referido século, sobretudo, o corpo do Estado. Havia todo um aparato de vigilâncias dos médicos, controlava-se a alimentação, os exercícios e até os prazeres do rei em nome da preservação de seu corpo destaca Vigarello (2008b). No século XVIII, denominado o século das Luzes a preocupação voltou-se para o corpo da comunidade: “A medicina das Luzes tornou-se também a medicina de uma defesa dos grupos humanos: ‘aperfeiçoar a espécie’, ‘enriquecer a espécie’, ‘preservar a espécie’, fazer do corpo uma ‘riqueza’ reforçando uma comunidade, o sinal de um poder local ou nacional” (PORTER & VIGARELLO, p. 484). Por volta de 1800 surge associado a essas mudanças o termo ‘biologia’ e a concepção de uma boa condição do corpo se estende à estrutura das fibras, ao seu poder de reagir, ao seu recurso e seu tônus. No século XVIII uma visão vitalista, na qual o organismo é visto como mais que uma máquina, foi substituindo a visão estritamente mecanicista do século XVII e com a crença na ciência os pesquisadores se dedicavam a tentar descobrir as ‘leis da vida’ (PORTER & VIGARELLO). Desenvolveram-se os estudos do campo da eletricidade e da reprodução, as doenças começaram a ser classificadas nosologicamente e tentou-se prevenir epidemias com o objetivo de proteger o corpo da comunidade.

Retomando, a compreensão da visão dualista radical do homem desenvolvida gradualmente após o século XVI é relevante para entender a visão do corpo como separado da mente e os investimentos nele enquanto um ‘objeto’. Esta separação trouxe uma nova concepção do corpo, inclusive no desenvolvimento da medicina e na visão da saúde e da doença e a preocupação com a saúde da comunidade permitiu a medicalização desta como um todo. O corpo, portanto, é portador de discursos relacionados ao fenômeno da saúde e

da doença e o fato de se julgar algo como doente ou saudável está associado com categorias cognitivas que são estabelecidas socialmente, assim como o próprio sentir dor, as atitudes associadas e mesmo o que se faz para removê-la ou não. O entendimento de sensações fisiológicas como parte de um processo de adoecimento, por conseguinte, é algo criado como salienta Ferreira J (1995).

Por conseguinte, a doença não pode ser considerada como um mero fenômeno biológico e sim também uma categoria histórica ligada a um certo quadro sócio-cultural. Trata-se como aponta a antropologia, de uma categoria cultural relativa defende Chauvenett (1991) e daí a relevância da análise histórica a respeito da concepção da doença e a medicalização no Ocidente. Como enfatiza Rodrigues (1983, p. 90): “As doenças, suas causas, as práticas curativas e os diagnósticos, portanto, são partes integrantes dos universos sociais...”.

Resumindo a crescente ‘medicalização’ ou ‘naturalização’ resultante da racionalização e fragmentação dos domínios de saber, posta em prática ordenadamente desde a fisiologia do séc. XVII contra os antigos saberes cosmológicos holistas, produziu os fenômenos da ‘saúde’ e da ‘doença’ que constituem a cultura ocidental moderna. Ocorreu uma perda da totalidade da experiência do adoecer em nome de uma vantagem da realidade objetivada das ‘doenças’. Porém, também ocorre em tensão com esta ‘naturalização’, a ‘responsabilização’ íntima dos doentes pela circunstância de seus transtornos que decorre da interiorização e psicologização dos sujeitos. A direção, então, da idéia de saúde e doença no decorrer da história ocidental, como salienta Duarte (1998) tem sido de uma crescente legitimidade da expulsão da dor do horizonte das experiências consideradas como ‘corporais’ e simultaneamente uma interiorização das questões de sua ‘experiência’. Os caminhos da saúde e da doença no Ocidente sob influência da racionalização cientificista aplicada à natureza em geral e ao corpo em particular constituíram o que se denomina Biomedicina. Em paralelo e de certa forma antagônica com este saber desenvolveram-se os saberes ‘psi’ e suas propostas terapêuticas (DUARTE, 1998).

1.3.2. O controle do corpo e as regras de civilidade como elementos de distinção:

Um aspecto relevante na análise do corpo é o controle que fora desenvolvido a partir da sociedade cortesã nos séculos XVI e XVII. Este controle era exercido através de uma grande contenção das atividades corporais. Na sociedade cortesã a autoridade e superioridade baseada na força quase muscular foram gradualmente substituídas pelo refinamento das roupas, pelos acessórios, pela postura e pela etiqueta. A vestimenta não é simplesmente um acessório utilitarista, é também um instrumento simbólico de distinção. Existe uma identificação do corpo com as vestimentas que servem também para declarar sua pertença. “... cada um/cada uma faz parte de um sexo, de um grupo de idade, de um meio, de uma comunidade (de cidade, de profissão, de exército, de religiosos, etc.), e deve trazer suas marcas distintivas” (PELLEGRIN, 2008, p.209).

Sem dúvida, é isto que dá este sentido tão particular à etiqueta e aos rituais que cercam o monarca clássico, este valor do código físico que excede de longe a simples vontade de distinção. O porte, a elegância, o desenrolar de cada dia ritualizado do começo ao fim, são um modo de fazer existir a coisa pública que torna o Estado visível e atuante, muito além da simples reverência devida ao poderoso (VIGARELLO, 2008b, p.520).

No desenvolvimento da sociedade cortesã há uma preocupação calculada do olhar sobre o corpo. Nesta época a relação entre aparência e interioridade possui um sentido geométrico e calculado:

Os indícios deixam de confundir-se com as marcas morfológicas inscritas na epiderme e se tornam sinais mais abstratos, construídos no termo de um cálculo. Com o distanciamento do olhar e a desencarnação dos sinais, é o conjunto do regime das percepções e das visibilidades corporais que se transforma (COURTINE, 2008, p. 407).

Isto significa que com a diminuição gradativa da força da Idade Média autêntica um corpo governado pela formalidade, pelas contenções a partir de um processo civilizatório vai avançando em importância, este corpo e suas normas de comportamento estão associados à gênese do corpo individual. “Entretanto, isso a que chamamos corpo individual era quase totalmente ausente na cultura popular medieval” (RODRIGUES, 1999, p. 84). Como já fora mencionado o corpo medieval não se separava do coletivo. A contracultura carnavalesca da Idade Média tradicional fora ficando cada vez mais sujeita à vigilância sistemática e à repressão efetiva com o passar do tempo. Com tal processo, súditos dóceis com corpos controlados pela disciplina foram sendo produzidos como destaca Porter (1992).

As idéias de controle corporal são disseminadas a partir do século XVI. Na segunda metade do século XVIII as ‘boas maneiras’, isto é, as formas adequadas de controlar o corpo, típicas da corte do século XVII tornam-se aconselháveis para toda a população, porém só se difundem no século XIX. É claro, no entanto, que não fazem parte do cotidiano da maioria da população. “Os talheres representam uma imensa parafernália de separação de individualidades e de classes sociais” (RODRIGUES, 1999, p.144). “A cultura da elite não parece ter subjogado tanto a cultura popular como dela se separado, desenvolvendo sua própria linguagem corporal, seus rituais e refinamentos distintos, desmaterializados e expressivos” (PORTER, 1992, p. 314 e 315).

De acordo com Elias (1995) não há um comportamento natural do ser humano, o maior controle e refinamento dos gestos do corpo expressam os costumes da sociedade cortesã, que diferem dos da Idade Média, na qual o controle sobre corpo era muito reduzido. Historicamente o autor aponta como os comportamentos corporais dos nobres e do povo foram se diferenciando. Le Breton (2007a, p. 21) também aponta como as regras de civilidade foram impostas à elite:

Como se comportar em sociedade para não ser, ou parecer, um bruto. Pouco a pouco o corpo se apaga e a civilidade, em seguida a civilização dos costumes, passa a regular os movimentos mais íntimos e os mais ínfimos da corporeidade (as maneiras à mesa, a satisfação das necessidades naturais, a flatulência, a escarrada, as relações sexuais, o pudor, as manifestações de violência, etc).

As preocupações com o corpo associadas a um cuidar por uma questão de cortesia crescem aponta Rodrigues (1999). No final do século XVIII o fascínio pela limpeza como aponta Pellegrin (2008) está em muito associado a um elemento de distinção social. Então, apenas no final do referido século o banho voltou a ter uma presença mais ativa, no entanto ainda não era comum, e a limpeza ainda não era explicitamente o objeto do ato de se banhar. O banho que era muito raro começa a ser aceito novamente aos poucos, mas difere do banho lúdico da Antiguidade ou da Idade Média autêntica. Ele inicia-se na elite, no começo mais ligada às regras de decoro e cortesia e só depois com um sentido higiênico.

1.3.3. As Práticas Higiênicas:

No final do século XVIII a questão da limpeza das ruas, a preocupação com a questão do lixo e esgoto que não existia para o homem medieval já é grande em cidades européias como Paris. No início do século XIX, a palavra ‘higiene’ passa a ter um lugar

novo, passa a ser uma disciplina especializada. “Mais do que isto, a higiene se associa com frequência à polícia e às autoridades militares...” (RODRIGUES, 1999, p. 115). Em meados do século XIX as autoridades das cidades passam a exigir a construção de locais públicos para banhar os trabalhadores, com objetivos utilitários aponta Rodrigues (1999), enfatizando a diferença deste para o banho público de outrora.

Com as descobertas de Pasteur no século XIX sobre o ‘mundo invisível’ dos micróbios a higiene tornou-se uma espécie de guerra de destruição do micróbio. Rodrigues (1999) realça que as experiências médicas sobre o asseio corporal foram feitas primeiramente nos hospitais, nas prisões, nos hospícios, nos asilos e nos navios e que os pressupostos sociológicos da discriminação precederam as descobertas científicas. A necessidade, então, de limpar a população pobre tornou-se ‘lógica’.

A idéia higienista, portanto, não fica circunscrita às ruas, as cidades, ela coloca em evidência o indivíduo devido às várias preocupações individuais denominada asseio ou higiene pessoal. “Ao lado do grande projeto de ‘desinfetar’ as cidades, a higiene pessoal explicita o sonho extremo de tudo limpar. Tudo: das ruas às casas, dos quartos aos corpos, dos corpos aos poros” (Rodrigues, 1999: 121). O contágio e a contaminação que estão associados à limpeza têm um caráter simbólico:

Tal higiene...precedeu a descoberta, muito recente, dos microorganismos patogênicos, base de nossas concepções científicas. Na raiz, a higiene não é, portanto, uma questão de microbiologia: podemos fazer a desinfecção que quisermos, podemos aniquilar germes e bactérias, não eliminaremos o desafio mágico que a sujeira comporta (RODRIGUES, 1999, p. 190).

O corpo, então, percebido como local dos excessos de diferentes formas tentou ser controlado. No século XVI com a idéia de boas maneiras, de decência, de decoro, isto é, o processo civilizatório e no século XVIII com as preocupações com a saúde e vida longa, isto é, o processo higienista. “O autocontrole físico prosseguiu intimamente ligado ao desejo de policiar os corpo alheios, assim como o de assegurar uma melhor ordem social e moral-religiosa” (PORTER, 1992, p. 311). Surge uma forma totalmente diferenciada de se relacionar com o corpo, que faz parte de uma modificação mais ampla da sociedade. Trata como enfatiza Rodrigues (1999, p.155) de “... uma profunda modificação filosófica e existencial sobre como entender o que sejam vida, corpo, saúde, assim como sobre quais são os seus valores e suas associações simbólicas”. O corpo concebido como objeto a ser estudado propiciou a medicalização desse corpo, tal fato é fundamental para a análise do

corpo na atualidade dentro de um contexto amplo de medicalização da sociedade contemporânea.

Como pudemos ver até aqui “Vêm de muito longe, portanto, uma vontade de afastamento do corpo que encontrou sua plena realização no século XIX, quando as partes corporais que não pudessem ser vistas também não poderiam ser abertamente objeto de discurso” (RODRIGUES, 1999, p.161). O corpo deixa de ser objeto de festa para se tornar um objeto afastado e que precisa ser controlado. Rodrigues (1999) ressalta que entre as grandes mudanças culturais associadas ao triunfo do cristianismo e do capitalismo, uma das principais talvez tenha sido a que se atribui a essa nova forma de lidar com o corpo. Com isso durante muitos séculos ao corpo será associado o pudor e a culpa.

1. 3. 4. O Corpo e a Construção da Noção de Privacidade:

Assim como na Antiguidade e Idade Média, no Antigo Regime a maioria da população européia mesmo com a condenação religiosa era bastante ‘promíscua’ e não havia privacidade “... a vida da maioria das pessoas se desenrola numa exterioridade física e mental, onde os corpos se manifestam segundo as regras de uma exibição pública constante que quase nunca permite uma afirmação autônoma de si mesmo” (PELLEGRIN, 2008, p. 201). Entretanto, mesmo com a exposição dos corpos, havia um controle sobre os mesmos, sobretudo sobre os corpos das mulheres. “... essa ‘licença’ fazia parte do ‘costume’ e permitia um controle social que não cessava jamais” (PELLEGRIN, 2008, p. 203).

Algo que permitiu, entre outras coisas, um maior encobrimento do corpo foi o desenvolvimento da arquitetura doméstica com a progressiva separação dos quartos. Tal fato ocorreu muito gradualmente e inicialmente só pertencia às classes dominantes, pois era um luxo que os menos privilegiados não podiam gozar. O quarto aos poucos, foi tornando-se um local com inclinação à introspecção e destinado à intimidade do homem e da mulher, o que permitiu a demarcação privada da nudez e do sexo. Inicialmente o quarto não tinha este cenário, mesmo para as elites era um território de intensa sociabilidade até o final do século XVIII como já fora mencionado. Permanecia até o referido século, então, algumas características da Época Medieval. “A Idade Média permanece: não é ainda o tempo em que as coisas ‘íntimas’ serão feitas às escondidas, em espaços reclusos e especializados

para sufocar risos, cochichos, sussurros, murmúrios, gritos...” (RODRIGUES, 1999, p. 151). Porém, com particularidades de classes e de países, estes hábitos se modificam gradualmente, tal fato se expressa em mudanças nos padrões de intimidade no que concerne ao sexo. A abordagem sexual antes espontânea passa a ter uma etiqueta.

Isso nos ensina também que as relações sociais neste momento estão assumindo um matiz muito tenso, aumentando a coação exercida por uma pessoa sobre outra e exigindo mais enfaticamente um ‘bom comportamento’-exigência presidida por sutis manifestações do esconder e do mostrar, que nós viremos a conhecer bastante bem. Desse bom comportamento, a capacidade de auto-observação, de se fazer objeto de si mesmo, será um dos princípios essenciais. É essa habilidade que virá a possibilitar o autocontrole, a auto-avaliação, a boa apresentação de si e o tornar-se amo de si próprio (RODRIGUES, 1999, p. 153).

1.3.5. A Modelagem do Corpo Através das Atividades Físicas: do modelo do Antigo Regime até a preocupação com a eficácia corporal

Na Europa nos séculos XVI, XVII e XVIII os jogos físicos não eram considerados esportes, porém, estes estavam muito presentes. O mais importante era a presença nos jogos e não a atividade física em si. Na França do Antigo Regime o vigor corporal da nobreza representava poder. No entanto, o foco não era a força muscular, e sim o porte, o controle do corpo associado a uma teatralidade, algo que não existia na época medieval. O uso de espartilhos, que era um costume desde criança para nobres e burgueses no século XVII, mostra a preocupação em modelar o corpo por um objeto externo e não através dos próprios músculos. Os jogos nos quais havia um choque frontal eram considerados violentos e eram mais valorizados jogos que trabalhavam a boa pontaria e destreza. A etiqueta, logo, deveria estar contida no próprio jogo, era um sinal de distinção. “Trata-se, certamente, de uma renovação das representações do poder, mas também de uma renovação das representações do corpo, de sua aparência e suas encenações: atitude menos maciça, por exemplo, trabalhada pela elegância, pelo porte” (VIGARELLO, 2008a, p.305).

As atividades típicas da nobreza do Antigo Regime eram a equitação, a esgrima e a dança. Para as mulheres como exercício físico só era considerado apropriado a dança, no entanto, a discriminação sexual tendia a ser menos incisa sobre os nobres. A dança era um divertimento, porém também uma educação corporal e exigia disciplina. No Antigo Regime a dança na corte tinha uma essência geométrica, com espaços, gestos e posturas a executar. O ‘belo’ estava associado a uma simetria. Nas outras classes sociais não existia um controle tão rígido do corpo:

Muito mais heterogêneos e espontâneos são os jogos praticados em larga escala social: não aprendidos ou ensinados de fato, esmiuçados no espaço e no tempo, mutantes tanto em suas formas como em seus dispositivos, eles favorecem o instante, a sensação; ativam e estimulam o corpo mais do que o encenam; eles se impõem mais na evidência do que são comentados (VIGARELLO, 2008a, p. 344).

Na França do Antigo Regime o trabalho agrícola fazia parte da vida da maioria dos franceses e este tipo de trabalho impunha ao corpo uma aparência que apenas sumiu com as máquinas criadas na história recente. As mulheres das camadas populares precisavam ser mulheres fisicamente fortes para fazer os trabalhos que lhe eram exigidos nas tarefas domésticas e agrícolas. Os corpos destas mulheres eram marcados por suas atividades:

Busto curvado até o rés do chão da lareira, faces avermelhadas pelas chamas de um fogo geralmente baixo aberto, braços endurecidos pelo trabalho de mexer e virar, sem afrouxar, as massas, misturas e sopas espessas ao fogo (pelo menos as de tempo de boas colheitas), a dona da casa e aquelas que a ajudavam devem ser mulheres fortes (PELLEGRIN, 2008, p.158).

Além da diferenciação de classe existe uma diferenciação de gênero. As moças aprendiam como se comportar de forma adequada e eram treinadas nas pequenas escolas e oficinas do Antigo Regime. Nestas aprendiam atividades típicas das mulheres como costura e a ter gestos corporais adequados ao seu gênero, como a ‘sentar-se convenientemente’. Assim as diferenças comportamentais de gênero eram solidificadas numa cultura que estava acostumada a opor e hierarquizar os dois sexos (PELLEGRIN, 2008).

A beleza masculina no Antigo Regime era avaliada pelo rosto, pela estatura e pelo contorno acentuado da perna adquirido em grande parte pelo exercício da dança. “A atenção voltada para a beleza das curvas do corpo masculino estende-se às curvaturas que podem ser implementadas pela aprendizagem e pela prática da dança ...”(PELLEGRIN, 2008, p. 172). A dança também representava a geometria da corte em torno do rei:

A dança da corte aplica o fascínio do século XVI pelas correspondências entre microcosmo e macrocosmo, perseguindo o princípio ordenado do mundo, reproduzindo incansavelmente a visão de uma corte estrita e ‘metricamente’ disposta em torno do rei, como estariam os planetas em torno da terra (VIGARELLO, 2008a, p. 321).

Outros exercícios físicos eram gestos referentes aos ofícios e às condutas de respeito como as reverências. “Dobrar o corpo e, paralelamente, dobrar a alma, servem particularmente para contrapor trabalhadores e desocupados e para justificar, por razões físicas, a falta de atividades produtivas da nobreza francesa” (PELLEGRIN, 2008, 174).

A prática de exercícios estava também associada ao cuidar da saúde, através de um equilíbrio dos líquidos: “o movimento físico ajuda a evacuar o corpo, ele agita as partes, contrai os órgãos, expulsa os humores cuja estagnação poderia preocupar” (VIGARELLO, 2008a, p. 367). Acreditava-se que com o movimento dos membros, assim como com as sangrias, se evacuam os fluxos e o acúmulo destes era visto como maléfico. Todavia, deviam ser evitados os exercícios exagerados, que também não eram percebidos como saudáveis. “O exercício higiênico deve ser simples, cotidiano: uma caminhada, algum trajeto. Daí sua aplicação sempre possível, sua versão comumente acessível ...O objetivo de um exercício saudável limita-se à agitação de humores, seu universo limita-se ao espaço cotidiano” (VIGARELLO, 2008a, p. 374).

No século XVIII há grandes transformações no universo dos movimentos gestuais e suas representações. Essas transformações foram possíveis devido a modificações mais amplas na sociedade como o valor atribuído à perfectibilidade, à eficácia, com uma grande expectativa no progresso. Um maior valor foi atribuído ao grupo de homens, com as preocupações higiênicas. Uma nova visão do funcionamento corporal, que abandonou definitivamente como referência o modelo ‘humoral’ e se voltou para o funcionamento das fibras e nervos, se estabeleceu. A força era vista como um sustentáculo da vida e junto com a beleza torna-se a principal propriedade do corpo salienta Vigarello (2008a). A eficácia torna-se muito importante “... resultados progressivos e calculados são pela primeira vez esperados do corpo: um modo de fazer seu ‘rendimento’ entrar na modernidade” (VIGARELLO, 2008a, p. 388).

CAPÍTULO 2. GÊNERO E AS INTERVENÇÕES CORPORAIS: ASPECTOS DA DIFERENÇA E DISTINÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES

A forma como o corpo é concebido num determinado momento histórico e de acordo com um dado contexto expressam aspectos fundamentais das relações de gênero. Além das mudanças mencionadas em relação ao corpo é preciso ressaltar de modo particular a diferenciação de gênero convencionalizada a partir da hierarquização dos dois sexos como elementos que produzem representações e práticas diante do corpo. Assim,

além da diferenciação histórica, existe uma diferenciação de gênero, que está relacionada ao modo como homens e mulheres apreendem a gesticular, a se comportar e a agir de forma adequada. Como bem nos ensina Bourdieu (1999) o trabalho de transformação dos corpos se distingue de acordo com o gênero. No Brasil há uma intensa intervenção médica no corpo feminino, o que é demonstrado pelo enorme índice de cesáreas, esterilizações e também cirurgias estéticas, as últimas enfocadas neste estudo. Nosso interesse se volta, então, para o estudo da transformação dos corpos através das cirurgias estéticas. O número cada vez maior de mulheres, na sociedade brasileira, inclusive jovens, que aderem às intervenções estéticas radicais, como as cirurgias, torna necessária uma reflexão sobre o tema.

2. 1. Um Novo Modelo Médico de Interpretação das diferenças Sexuais no Século XVIII: a Medicalização do Corpo da Mulher

A presente parte faz um breve retorno histórico apresentando como as características que atualmente imputamos ao sexo feminino foram construídas a partir do século XVIII, quando um modelo bipolar da sexualidade foi inaugurado no Ocidente. A concepção do corpo da mulher modificou-se, e este passou a ter uma originária diferença em relação ao corpo do homem, e tal argumento é fundamental para compreendermos como as diferenças de gênero hoje existentes foram construídas tendo como base as diferenças no corpo da mulher e do homem. Isto por sua vez possui relação como a forma pela qual as mulheres passam a se relacionar com o corpo e com a crescente tendência a buscar intervenções médicas sobre ele, pois as descobertas anatômicas no século XVIII autorizaram e favoreceram este tipo de intervenção no corpo feminino.

Nessa direção, na presente parte torna-se necessário trazer à baila uma questão fundamental que está estreitamente ligada ao estudo do corpo: o longo processo de controle sobre o corpo da mulher através da medicalização. O controle sobre o corpo feminino sempre existira, mas a partir do século XVIII foi exercido pelo saber médico. Esta propensão às intervenções médicas é cada vez mais intensa e tal fato é fundamental para a compreensão da aceitabilidade da cirurgia estética, que além de associada à busca pela 'beleza' também se alia a enorme tendência que existe na sociedade atual em aderir a intervenções médicas.

No que se refere à história, então, nota-se que a concepção do corpo da mulher sofreu intensas modificações. Na Grécia Antiga, segundo Laqueur (2001), não havia ainda a concepção de um sexo feminino como entendemos hoje. O ‘corpo da organização social clássica’ dominara o pensamento anatômico por aproximadamente dois milênios e nesta concepção a mulher seria um homem invertido e inferior. Não existia a noção de uma originária diferença entre homens e mulheres e sim uma continuidade com ordenação hierárquica (LAQUEUR, 2001; MATOS, 2002; BOZON, 2004).

A mulher até o século XVIII não era concebida como um ser assexual. Como fora mencionado, a mulher era percebida como uma versão inferior do homem, inclusive anatomicamente, portanto era um ser menos sexual e mais passivo, mas ainda assim possuía desejo. Os tratados médicos até o século XVIII acreditavam que o orgasmo feminino era essencial para a procriação, o que valorizava o prazer feminino (MATTHEWS-GRIECO, 2008).

No século XVIII no campo do pensamento anatômico surge um novo modelo da sexualidade humana e sua representação se configura como bipolar, ou seja, como feminina e masculina. O modelo de binarismo sexual marcado pelo reconhecimento de um dimorfismo radical e original na sexualidade, isto é, o ‘corpo do Iluminismo e da revolução burguesa’ surgiu numa época na qual a função e a natureza das mulheres na sociedade passavam por um processo de transformações e estavam sendo revistas e modificadas. Diferenças entre homens e mulheres começaram a serem pensadas em termos de descontinuidade e oposição (LAQUEUR, 2001; MATOS, 2002; BOZON, 2004). O sexo feminino passou a ser visto como complementar e não literalmente como uma versão inferior do masculino.

Isso, por sua vez, indicava que não havia nenhuma boa razão biológica por que as mulheres devessem ser exclusivamente seres ativamente sexuais (isto é, eróticos): ao contrário do dogma médico clássico, não era necessário qualquer estímulo sexual para as mulheres conceberem...Havia nascido a passiva e dessexualizada mulher ‘vitoriana’... (PORTER, 1992, p. 317).

A sexualidade feminina ficou ligada à maternidade como única função – ser mulher e ser mãe-, bem como tolheu a possibilidade de a maternidade vir a ser uma eleição, isto é, uma escolha pessoal que envolve o pensar, o decidir e o buscar ter um filho (ROMERO, 1995, p. 239).

No final do século XVIII, por conseguinte, termina uma visão ‘fluida’ do corpo, do sexo e da sexualidade e uma oposição entre dois campos separados se estabelece. A

masculinidade passou a ser definida pela atração exclusiva pelas mulheres. As mulheres tornam-se seres com características próprias e não eram mais concebidas como versões masculinas inferiores. As mulheres perderam sua libido caracterizando-se apenas como esposas e mães e a sexualidade ficou limitada às prostitutas.

...a separação das mulheres em mães sentimentais, de um lado, e prostitutas sensuais, de outro, marcaram o declínio da antiga cultura sexual pluralista. Apareceu uma cultura falocêntrica triunfante, constituída de uma heterossexualidade estrita...Esta nova cultura sexual iria impor, durante todo o século XIX, a obstinada convicção de que o corpo físico era o inimigo 'natural' da pessoa moral que o habitava (MATTHEWS-GRIECO, p. 2008, 301).

As novas diferenças descobertas em relação ao corpo e a sexualidade entre o sexo feminino e masculino foram utilizadas para negar a comparação entre homens e mulheres, negando-se também aos mesmos um critério de cidadania comum. Na perspectiva analítica dos dois sexos existe a idéia de papéis sociais que são masculinos e femininos. As distinções reconhecidas na anatomia, então, eram utilizadas como justificativa na defesa de diferentes funções para homens e mulheres, pois estes seriam inegavelmente diferentes (SOIHET, 1997).

É extremamente importante apontar que este novo modelo médico de interpretação das diferenças sexuais estava associado às mudanças sociais e políticas e não apenas aos avanços tecnológicos. A medicina social da época respaldava as diferenças comportamentais justificando-as por bases biológicas, defendendo que a mulher seria naturalmente mais frágil, afetuosa e teria uma vocação maternal. A condição inferior atribuída ao corpo feminino estendia-se até às suas capacidades intelectuais como enfatiza Soihet (1997).

A espécie humana de fato se distingue anatômica e fisiologicamente através do dimorfismo sexual, contudo as diferenças em grande parte são culturais e não determinadas biologicamente. Os estudos antropológicos têm demonstrado que muitas atividades atribuídas às mulheres em uma cultura podem ser atribuídas aos homens em outra e vice-versa (LARAIA, 1986). De fato, como aponta Porter (1992), a identidade de gênero não é simplesmente sócio-cultural ou simplesmente biocientífica.

Baseando-se no corpo da mulher e na sua fisiologia ocorreu uma naturalização da função feminina na sociedade. Destaca-se como fato exemplar o dado sobre a educação feminina no século XIX que se restringia à preocupação com o lar e visava revigorar o

papel feminino como subalterno na sociedade. Esta educação não se propunha a libertar as mulheres, mas sim introjetar nelas certos comportamentos como o de submissão, delicadeza e recato, e provê-las de forma mais adequada com recursos que lhes possibilitassem exercer as funções reconhecidas socialmente como femininas – esposa e mãe.

...o fato de um indivíduo ser do sexo masculino ou do sexo feminino não significa apenas que ele possui uma determinada conformação anatômica e fisiológica. Significa também que ele possui um *status* social cujos limites, direitos e obrigações estão devidamente convencionados e em relação aos quais a comunidade mostra determinadas expectativas. Cozinhar ou dirigir empresas, caçar ou costurar, cuidar das crianças ou ler jornal, são ilustrações destas expectativas, que cada sociedade define a sua maneira (RODRIGUES, 1983, p. 70).

Nessa direção, a ciência tentou fundamentar o instinto maternal defendendo que este era conseqüente da fisiologia reprodutiva feminina. É nesse contexto, de atribuição da função materna, como caso exemplar, que aparece a mulher enquanto “cuidadora”, trazendo a concepção da naturalização do feminino. Ainda nessa direção temos a idéia recorrente de que a mulher é um ser basicamente instintivo e pouco racional, idéia essa que foi sendo construída como afirma Fávero e Mello (1997) com a intenção de firmar as funções admitidas para as mulheres. “A repressão do corpo feminino e o delineamento de papéis sexuais contribuem para a figura da ‘rainha do lar’...” (ROMERO, 1995, p. 256).

No século XIX a divisão dos espaços entre os gêneros se fortifica, homens no público e mulheres no privado como enfatiza Soihet (1997). As mulheres das camadas populares atuavam por necessidade no espaço público, porém a idéia de que as mulheres pertenciam ao lar era inculcada em toda a sociedade.

A condição da mulher tornou-se de fato contraditória, pois se de um lado o capitalismo excluiu a mulher da esfera pública, no sentido que a vida burguesa opera uma divisão radical entre o público e o privado, por outro a mulher foi inserida no mercado de trabalho vendendo sua mão-obra. O espaço doméstico continua a ter uma conotação feminina e na esfera produtiva dominada pelo capital existe a tendência de eliminação da divisão sexual do trabalho e pessoas de ambos os sexos se confrontam como indivíduos a princípio livres e iguais.

O que ocorreu de fato foi a inclusão simultânea da mulher nas duas esferas, a pública e a privada, de modo contraditório. Dessa maneira, a condição feminina passou a sofrer de uma ambigüidade (ou contradição) fundamental: a percepção de sua igualdade enquanto indivíduo na esfera do mercado e de sua desigualdade enquanto mulher, ancorada na esfera da reprodução (DURHAM, 1983, p.34).

Retomando, ao analisarmos os processos históricos, pode-se notar que o corpo da mulher fora concebido como uma ameaça à estabilidade da sociedade e controlado por crenças mágicas ou religiosas e posteriormente pelo saber médico. A medicina se configurou como intervenção cientificamente fundamentada a partir do final do século XVIII, o que contribuiu com o controle médico sobre o corpo, sobretudo feminino. Ocorre, então, a consolidação da medicina enquanto saber científico e no interior dela estabelece-se o projeto de medicalização dos corpos. A medicalização do corpo feminino, como aponta Vieira (2002), é o processo que o transformou em objeto de saber e prática médica. Na segunda metade do século XIX, sobretudo, a medicina tratou de naturalizar a dimensão social do corpo feminino e respaldar intervenções, além de se consolidar enquanto profissão liberal e adquirir monopólio em relação ao saber e a prática. Conseqüentemente, o saber médico desprezou a construção do gênero enquanto prática cultural e naturalizou idéias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho.

Foi, sobretudo, através do controle sobre a reprodução, isto inclui, a concepção, a gestação, o parto e a amamentação que a medicalização do corpo da mulher se estabeleceu historicamente como fora mencionado. Apesar de remontar ao início do século XVI a aproximação dos médicos ao parto, é a partir do século XVIII que a apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi de fato marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico no momento de parir. Isto permitiu a resolução de problemas fundamentais para que mulheres e crianças sobrevivessem num momento em que a manutenção da vida e da saúde era fundamental para a reprodução social. Ocorre aos poucos, então, uma medicalização do parto.

Nas duas primeiras décadas do século XX a exaltação da maternidade no discurso médico e a difusão da assistência pré-natal e ao parto estavam associadas ao controle da população na Europa Ocidental. As pessoas foram incentivadas a terem poucos filhos e cuidarem bem da saúde deles. Na segunda metade do século XX ocorre a medicalização da anticoncepção ocorrendo esterilizações cirúrgicas, inicialmente por indicação do médico e após os anos 60 como escolha da paciente. “... a esterilização reaparece como solução para o controle da fertilidade, agora sob nova condição, ou seja, tomando a forma de uma escolha, voluntária, individual, predominantemente uma decisão da mulher legitimada pela

medicina” (VIEIRA, 2002, p. 65). Por outro lado, a mulher tornou-se basicamente a única responsável pelos cuidados contraceptivos.

A descoberta de doenças durante o pré-natal e a possibilidade de interromper a gravidez em alguns países é uma forma recente de intervenção médica, assim como as diversas manipulações genéticas, dentro destas a reprodução assistida é um exemplo. Atualmente o nascimento de uma criança pode não se dever a um encontro sexual de parceiros, mas a fecundação *in vitro*. Mulheres muitas vezes adiam sua maternidade com a promessa da medicina de que podem ser mães cada vez mais tarde. Ambiciona-se, inclusive, no futuro gerar sem o útero, através de uma incubadora, seria uma gestação sem a participação do corpo, como já é possível com a fecundação, e com o absoluto controle médico.

A paixão do olhar, o que resta ao homem ou ao médico de sua relação com a maternidade, resulta em uma vontade de vigilância o tempo todo, assimilando o ventre materno à ‘escuridão’, à selvageria de um mundo que ainda resiste à onipotência médica. A mulher insinua-se no território do homem e adapta-se a uma representação da criança que preenche a diferença com o homem apagando a sua. Evocando esse sonho de certos médicos de que a criança, da fecundação à gestação e ao nascimento, permanecerá sob uma rígida vigilância médica com a exclusão do corpo e, portanto, da mãe...(Le Breton, 2007b, p. 78).

2. 2. A Medicalização do Corpo da Mulher no Brasil: uma especial propensão às intervenções corporais

Ao analisarmos historicamente, Portugal não apresentava durante o período colonial uma preocupação com a questão da saúde e da doença no Brasil. Tal fato se modificou com a vinda da família real no início do século XIX como aponta Rohden (2001). Já no início do século XIX os médicos começam um esforço significativo visando o controle da higiene pública. “Durante toda a primeira metade do século XIX, a Academia de Medicina defenderá o seu projeto de uma sociedade medicalizada no qual o direito, a educação, a política e a moral seriam condicionados à verdade primeiramente defendida pela medicina” (ROHDEN, 2001, p. 55).

Como forma de evidenciar a importância e a correção do seu papel na sociedade, os médicos se esmeram em denunciar os charlatões, representantes da desordem e da incompetência a serem combatidas. Eles iam contra a ciência, com a propagação de métodos irracionais, e da saúde pública, na medida em que atrapalhavam a ação do médico. É justamente em nome da saúde pública que os médicos vão exigir do Estado o combate ao charlatanismo, assegurando a sua posição de detentores oficiais e legítimos do saber sobre o corpo e a saúde. Os anos de estudo e o diploma garantiam sua competência, em contraste com o

empirismo, a irracionalidade e o interesse pessoal dos diversos praticantes, entre eles as parteiras, que se multiplicavam por todo o Brasil (ROHNDEN, 2001, p. 55).

No Brasil a medicina do século XIX foi muito influenciada pelas idéias européias, principalmente da França. No referido século, a obstetrícia e a ginecologia sofrem uma grande influência francesa. Nisto difere da época da colônia, em que a influência era basicamente ibérica (ROHNDEN, 2001). O saber médico teve um importante papel no ordenamento da vida familiar no século XIX, assim como no saneamento, com o processo de urbanização e o aumento da população nas cidades. Então, diferente da mulher colonial que era submetida ao marido ao lado dos escravos e filhos, a mulher a partir do século XIX passa a ser valorizada enquanto mãe dentro de um processo higienista e seu corpo se torna um alvo especial do controle médico (COSTA, 1979).

No que se refere ao controle do nascimento, com a instalação da corte no Brasil em 1808, várias parteiras estrangeiras vieram para o país e a profissão, antes atividade exclusiva das mulheres, passou a ser regulamentada com exames prestados ao Cirurgião-Mór do Reino. Após a formação dos cursos médicos no início do século XIX, as artes obstétricas começam a serem ministradas na Escola do Rio de Janeiro como conhecimento pertinente à cadeira de Cirurgia. No entanto, enfatiza Vieira (2002), até o final do século XIX muitos se formavam sem nunca terem participado de um parto ou feito um exame obstétrico e o parto continuou sendo controlado por parteiras diplomadas e práticas.

Durante o século XIX ocorre uma defesa da hospitalização do parto juntamente com a criação de maternidades no Brasil, e para isto há a necessidade de domínio da obstetrícia devido à resistência das mulheres em utilizar os hospitais. Tal fato estava relacionado a vários fatores, incluindo o pouco desenvolvimento da obstetrícia e a moral da época, além do fato do hospital ter por característica abrigar a população pobre, tanto que as primeiras enfermarias obstétricas nos hospitais do Rio de Janeiro eram locais que abrigavam principalmente mulheres que não tinham condições de realizar um parto domiciliar. Apesar das resistências, o parto transformou-se em ato médico gradualmente e apenas com o acesso feminino ao ensino médico no Brasil em 1889 que poucas mulheres, autorizadas como médicas, puderam realizar um parto com legitimidade social para tal.

O saber que havia sido expropriado das parteiras resguarda-se, agora, na legitimidade de uma ciência e de sua suposta neutralidade, que através do poder médico pode exercer o controle social sobre o gênero feminino, em que pese o

fato de até recentemente ser essa profissão eminentemente masculina em nossa sociedade (VIEIRA, 2002, p. 59).

No Brasil, depois da consolidação dos cuidados com o corpo feminino como área do conhecimento e da prática médica a partir do século XIX, a sociedade vive a assistência nessa área, apoiada no início pelas teses da higiene social, como ocorrera na Europa. “A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres no final do século XIX ultrapassa em muito o domínio dos consultórios”. (ROHDEN, 2001, p. 62). O crescimento dos médicos no domínio da obstetrícia e ginecologia e o aumento dos estabelecimentos dão origem a uma maior regulação nesta área no final do século XIX.

Todos esses dados referentes à institucionalização de uma medicina que trata especificamente da mulher e da reprodução só podem ser entendidos se fizermos referência ao desenvolvimento de uma medicina intervencionista no Brasil do século XIX. O interesse médico por esses temas está articulado, entre outros fatores, com transformações de larga escala na família e também com uma preocupação, por parte do Estado, de um governo maior sobre os seus cidadãos (ROHDEN, 2001, p. 68).

No século XX os serviços de assistência médica aparecem como serviços públicos com práticas sanitárias e programas de assistência, antes a mesma estava associada à filantropia ou à prática privada liberal. É, sobretudo, a partir da década de 30 que a prática da medicina privada passa a conviver com as ofertas de serviços médicos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, vinculados à previdência social. Nos anos 60 surgiram outras formas de prestação de serviços médicos privados, credenciados ou conveniados e associados à previdência social, que se caracterizam pela formação empresarial nessa área (VIEIRA, 2002).

Como ocorrera na Europa ocidental, o planejamento familiar incentivado pelas escolas médicas foi fundamental para consolidar e ampliar a medicalização no que se refere ao controle reprodutivo. O corpo feminino nessa lógica é percebido apenas por sua capacidade reprodutiva e a mulher é responsabilizada pela contracepção e o parto é controlado pelos médicos. “Nesse âmbito, observa-se o aumento progressivo das cesarianas no Brasil...as cirurgias cesarianas têm sido o principal acesso para os casos de esterilização” (VIEIRA, 2002, p. 66). A alta mortalidade materna está associada no Brasil às cesarianas desnecessárias.

A tecnologia médica expande as promessas iniciais da medicalização, comprometendo-se com a resolução de todos os problemas de saúde. Sua utilização ampliada, contudo, irá produzir um quadro contraditório na situação da

assistência médica e na distribuição dos recursos: apresenta-se como tecnologia eficaz e eficiente para todos, mas é incapaz de definir sob que limites essa promessa pode ser de fato cumprida (VIEIRA, 2002, p. 67).

Como já fora citado, o Brasil apresenta um elevadíssimo índice de cesarianas. A prática da cesárea apresenta-se como comum e naturalizada. Tal fato revela uma cultura medicalizante tanto por parte de médicos como das pacientes. “... a resolução do parto mediante a cesariana parece fazer parte de uma ‘cultura’ que a considera a forma natural de nascer” (FERNANDES, 2000, p. 29). Numa pesquisa realizada com mulheres de camadas populares a respeito das representações dessas mulheres sobre o parto normal e a cesárea, Fernandes salienta que o valor maior recai sobre a cesárea e defende que tal fato “... deve-se sobretudo ao fato de não provocar dor, influenciadas pelas imagens televisivas que colocam diante das mulheres um padrão indolor de nascer, baseado na importância do modelo biomédico da vida social” (FERNANDES, 2000, p. 38). A cesárea é eletiva no Brasil, o que mostra a influência e o poder do discurso médico, já que a cesárea é um recurso emergencial.

O nascimento, na lógica das mulheres, é entendido como uma remoção e experiência cirúrgica. O corpo grávido apresenta-se fragmentado, passivo, objeto de intervenção médica, controlado por especialistas. Legitima-se esse procedimento por meio da supremacia de um padrão tecnológico diante de um processo natural (FERNANDES, 2006, p.46).

No caso brasileiro o controle da população ainda vem sendo realizado de forma efetiva com uma prática intervencionista através da medicalização do corpo feminino, reduz-se assim o controle populacional às questões técnicas veiculadas por um modelo médico. A medicalização da contracepção se expressa através do uso da tecnologia ao invés de políticas que incluam a humanização e a educação. Dois extremos se apresentam na realidade brasileira, um excesso de medicalização por um lado e de outro uma falta de acesso universal aos cuidados médicos básicos. “Configura-se como uma estratégia da ‘modernidade’, expressando a idéia de que a tecnologia sempre oferece a melhor solução (em termos de alta eficácia e bem-estar), baseando-se em um modelo que não estabelece como prioridade a saúde e os direitos humanos” (VIEIRA, 2002, p. 68). Atualmente diante da excessiva medicalização dos partos, traz-se a questão da humanização da assistência e do parto. Esta crescente medicalização do corpo, sobretudo da mulher, que ocorrera

historicamente, está muito associada com a naturalidade com que as mulheres, em especial, aderem às cirurgias estéticas.

Caldeira (1994) aponta no caso brasileiro uma especial propensão às intervenções corporais, isto é, uma forte concepção deste corpo como um objeto a ser manipulado reforçado por uma frágil noção de direitos individuais no país. Nessa direção, haveria no Brasil uma permeabilidade com relação ao corpo, o que o tornaria mais facilmente alvo de controle por ser um país marcado pelo desrespeito aos direitos individuais. Resumindo a fragilidade desses direitos segundo a autora permite que as intervenções corporais no Brasil sejam altamente toleráveis. Mesmo no caso de procura das próprias mulheres por intervenções médicas radicais, isto não significa um exercício de um direito individual, pelo contrário, pode ser uma demanda externa, mesmo que não explícita. Existe uma sensação ilusória de poder na manipulação do corpo, o que permite uma enorme busca por uma variedade de intervenções médicas, incluindo as cirurgias estéticas.

2. 3. A Perspectiva de Gênero e Sua Relevância para o Estudo do Corpo

A análise do crescimento das intervenções médicas cirúrgicas sobre o corpo das mulheres jovens tem como base de análise os estudos sobre gênero, considerando-se que tal dimensão é apropriada para exprimir o que recobre o significado da adesão das mulheres às cirurgias estéticas. Como afirma Bourdieu (1999) o estudo das disposições, do *habitus* definido como sistema de disposições corpóreas, da maneira de ser e se apresentar em relação ao corpo permite antever distinções para as quais o gênero é relevante para o nosso estudo. Em outras palavras, trata-se aqui de postular a importância do uso de um marco teórico como gênero com vistas a iluminar o significado atribuído pelos nossos sujeitos à cirurgia estética. Salientamos que, no presente estudo, a discussão sobre as intervenções cirúrgicas, através da categoria gênero, vem iluminar, como ensina Bourdieu, todo o trabalho de transformação dos corpos através da construção simbólica, na medida em que “É através do adestramento dos corpos que se impõem as disposições mais fundamentais, as que tornam ao mesmo tempo *inclinados* e *aptos* a entrar nos jogos sociais...” (BOURDIEU, p.71, 1999). Interessa analisar o olhar atento e diferenciado em relação à mulher, a postura, a *hexis* corporal, que as mulheres são obrigadas a manter.

A abordagem da nossa questão a partir da perspectiva de gênero apóia-se na compreensão de que existem lógicas distintas entre homens e mulheres no que tange à questão do corpo, de tal maneira que, segundo autores como Bourdieu (1999) e Le Breton (2007a; 2007b), pode-se falar na existência da lógica de gênero nas representações e práticas relacionadas ao corpo. As manifestações e expressões do sentimento pelo corpo são fortemente diferenciadas de acordo com o gênero, pois a aprendizagem e a socialização de meninos e meninas é muito diferente como enfatiza Le Breton. O menino, por exemplo, na sua educação não é encorajado a ser emotivo, a expressar seus sentimentos e dor, já a menina sim, sendo considerada mais sensível. Isto significa dizer que “A educação transforma assim as crianças em atores conformes à imagem da mulher e do homem em vigor na sociedade” (Le Breton, 2007a, p.54).

A categoria gênero aponta, portanto, o que vem sendo percebido como perspectiva construtivista em contraste a uma visão essencialista. Nesta perspectiva de gênero a origem das diferenças entre as representações do masculino e o feminino não está associada a um atavismo biológico, e sim a um arbítrio cultural, é, por conseguinte, algo construído (CITELI, 2001). Nessa direção considera-se que o sexo significa apenas a condição biológica, a diferenciação anatômica entre o masculino e o feminino. Todavia, no conceito de gênero se inclui a dimensão psicológica e social do sexo, ou seja, as características imputadas à masculinidade e à feminilidade e as funções que exercem homens e mulheres em uma determinada sociedade estão incluídas. “O termo convencionalizado significa a dimensão dos atributos culturais alocados a cada um dos sexos em contraste com a dimensão anatomo-fisiológica dos seres humanos” (HEILBORN, 1993, p. 51).

Assim, além da necessidade de se questionar as afirmações das ciências biológicas sobre os corpos femininos e masculinos, estas devem ser encaradas como relativos aos valores de certo tempo, dentro de um contexto histórico e social. Os estudos de gênero contestam, portanto, a neutralidade das ciências naturais e defendem que a ‘verdade’ científica está associada aos conteúdos culturais e políticos de uma época. Como destaca Siebert (1995, p. 17) “...a eleição dos conhecimentos, ou seja, as verdades científicas que a sociedade prioriza estão diretamente relacionadas com as necessidades e os interesses do projeto político hegemônico de determinada época”. Como destaca Porter (1992, p. 314):

...os rituais da medicina à beira do leito ou no hospital não podem ser inteiramente explicados pelos achados da ciência médica. Questões mais amplas

de tabus e decoros corporais também ditam a natureza e os limites dos exames diagnósticos, do tratamento cirúrgico e da emergência de novas especialidades intervencionistas e sensíveis ao gênero como a obstetrícia humana.

É importante salientar que o gênero é uma das relações que determina oportunidades assim como escolhas que um indivíduo tem, principalmente tendo em vista que todo indivíduo é sexuado porque as diferenças biológicas determinam a posição que se ocupa na sociedade. Como argumenta Lavinias (1997) “...o sexo social - portanto, o gênero - é umas das relações estruturantes que situa o indivíduo no mundo e determina, ao longo de sua vida, oportunidades, escolhas, trajetórias, vivências, lugares, interesses” (LAVINAS, 1997, p. 16). O próprio corpo aprende os comportamentos culturais atribuídos aos homens e mulheres, como a forma da falar e de andar. Este ensino é, pois, sexuado.

Antes mesmo de nascer, meninos e meninas têm suas vidas delineadas com base nas expectativas de seus pais, expectativas estas que variam de um sexo para o outro. O bebê vai aprender a ser homem ou mulher, construindo um corpo masculino ou feminino, segundo seu aprendizado social (ROMERO, 1995, p. 237).

Com efeito, a categoria gênero designa uma maneira de ser particular de homens e mulheres se posicionarem em relação ao corpo, o que torna a questão do gênero extremamente relevante para o presente estudo. Jardim (1995) com base em uma pesquisa etnográfica sobre masculinidades entre homens de camadas populares donos de bares, tece considerações sobre questões corporais como foco de pertencimento. Busca-se uma similaridade entre os corpos desses homens, que tentam expressar corporalmente o que significa ser homem. A imagem e expressão corporal estão associadas, então, a identidade de gênero.

...a imagem corporal pode ser a base de uma cumplicidade masculina e também de um pertencimento a uma ‘comunidade de destino’. Não é somente no contraste com o corpo feminino que a masculinidade é elaborada, mas no contraste com outros homens, outros corpos, a partir de parâmetros tidos (e negociados) como masculinos. Se, por um lado, o corpo masculino é visto ou pensado como similar aos demais, ele é singularizado pelas marcas corporais. É através desta singularidade do corpo que histórias são evocadas e a persona masculina é constituída (JARDIM, 1995, p.202).

Algo relevante é que o feminismo da década de 60 e 70 colocava a questão do tratamento do corpo da mulher enquanto objeto como uma questão central, e atualmente tal questão não é explorada pela maioria. Muitas mulheres, inclusive feministas, estão obcecadas com a estética. Como aponta Bordo (1997) o corpo deve estar a serviço da resistência à dominação de gênero e não a serviço da ‘docilidade’ e da normatização.

Ainda, segunda a autora, o corpo da mulher contemporânea pode ser tão ‘prisioneiro’ quanto o corpo feminino do século XIX em sua obsessão por atingir padrões socialmente estabelecidos de beleza. Por conseguinte, as questões relacionadas ao corpo devem ser priorizadas pelo feminismo atual.

CAPÍTULO 3. O CULTO AO CORPO: NÃO ENVELHECER, NÃO ADOECER E MANTER-SE ‘BELO’

3. 1. Os ‘Belos’ e os ‘Feios’ na História:

No Ocidente a concepção da ‘feiúra’ fora desde a Antiguidade associada às deformidades físicas. Nesta época as pessoas temiam ou então veneravam os ditos deformados, que eram considerados uma versão grotesca do ser humano. Na época Medieval ocorreu a cristianização dessas deformidades que foram vinculadas à danação e ao pecado “A deformidade corporal tornou-se um dos sinais mais evidentes do pecado e o monstro um temível cúmplice do diabo ou um enviado miraculoso de Deus, funesto presságio de sua cólera” (COURTINE, 2008, p. 489). Na Renascença a noção de ‘feiúra’ também estava muito associada às deformidades. A presença dos ‘deformados’, entretanto, era comum, pois realçava o ‘belo’ dos demais, nota-se constantemente a presença de anões nas cortes, por exemplo. “...monstros da Renascença não colocam fundamentalmente em questão o ideal do corpo clássico. Eles...contribuem para realçar a perfeição do corpo humano ‘normal’, criado à imagem de Deus, e são utilizados como tais pelos príncipes...” (ARASSE, 2008, p. 608).

Na Renascença a valorização do corpo humano, tanto nos detalhes de sua anatomia quanto na suas expressões, se renovou e estava associada à exaltação da ‘beleza’ física como salienta Arasse (2008). Alguns teóricos medievais e renascentistas concebiam as proporções do corpo como um reflexo da harmonia da criação divina, isto é, como uma ligação entre o microcosmo e o macrocosmo, enquanto a deformidade ao contrário, seria um castigo divino. Ao lado da valorização do corpo ‘são’ e ‘belo’ tão representado na arte renascentista existia a visão do corpo como fonte do pecado. Uma adoração do corpo sofredor de Cristo fazia-se presente entre os religiosos católicos. Estes tentavam aproximar-se de Cristo através do sofrimento e do controle da dor: “Domar a própria carne é antes de

tudo infligir-se uma feroz disciplina. Imaginando e aplicando-lhe as coações mais dolorosas, todos aqueles que desprezam o corpo e rejeitam este mundo terrestre esperam de fato adquirir o mérito santificante” (GÉLIS, 2008, p. 55).

Entre o século XVI e XVIII ocorrera um afastamento da noção das proporções do corpo como uma ligação entre microcosmo e macrocosmo e uma visão não metafísica das proporções do corpo se estabelece. Assim a beleza física se constitui para a arte como um valor estético em si mesmo. “Esse sutil deslocamento do cosmos divino para o mundo da arte assinala *a posteriori* a ruína da noção de corpo-microcosmo cuja dissolução...também foi preparada pela anatomia; ele assinala igualmente o triunfo do sistema acadêmico e de sua concepção normativa da beleza...”(ARASSE, 2008, p. 552).

Quanto à concepção das deformidades, a partir do século XVII ocorreu a sua medicalização e racionalização quando elas saíram definitivamente do universo do sagrado e caíram sob o domínio da ciência. A curiosidade ocupou um período intermediário:

Nos laboratórios e nos tratados da Renascença, a estranheza dotou-se de uma vida própria e bastou a curiosidade para legitimá-la, fora da referência sagrada. Mas o reino dessa curiosidade foi relativamente breve na longa história dos monstros. Ela veio ocupar o período intermediário em que a autoridade religiosa havia começado a abdicar de seus direitos de interpretação da monstruosidade e a ciência moderna ainda não havia reivindicado plenamente os seus. Com efeito, a dessacralização do corpo monstruoso se faz mais rápida a partir da segunda metade do século XVII e ao longo do século XVIII... (COURTINE, 2008, p. 490).

Apesar dessa medicalização, existia no Antigo Regime um grande consumo de jornais populares com ficções sobre pessoas com deformidades físicas. Estas ficções estavam longe da realidade e as imagens em sua maioria eram totalmente inventadas, se tratava de uma mistura do humano com o animal. “Poderíamos ser tentados a ver nesse abuso das imagens nada mais do que antigas superstições religiosas, uma exploração da credulidade popular...” (COURTINE, 2008, p.497).

A história da teratologia entre os séculos XVI e XVIII conta o desencanto dos monstros e a racionalização de suas representações, a literatura popular os dota de ficções curiosamente estáveis e tranquilas, a história política os mobiliza em proveito da ordem religiosa e social. Mas toda esta ordem é enganadora: o monstro continua sendo portador de um assombro universal, suscita uma curiosidade desabrida, escapa sem cessar às tentativas de limitá-lo ao discurso ou à imagem (COURTINE, 2008, p. 502).

3. 2. O ‘Belo’ na História no caso Brasileiro

No Brasil Colônia e Império, principalmente no último, reproduzindo os valores europeus, havia uma grande valorização da vestimenta e de jóias, por indicar, sobretudo, a classe social das mulheres. Os critérios que definiam a beleza feminina estavam relacionados ao fato da mulher ser branca, não estar exageradamente pintada, estar com cabelos bastante adornados, ainda bem vestida e com talhe esguio e alongado. É importante frisar que este talhe esguio e alongado não era conquistado através de regimes e exercícios, mas da vestimenta (BERGER, 2006).

Na transição do século XIX para o XX a educação física atinge o seu ápice no Brasil. Fazer exercícios, estar em movimento, estava em sintonia com a utopia do progresso que se confunde com a utopia da juventude. Fazer exercícios e ter um corpo sem gordura e musculoso passa a ser um objetivo tanto para os homens quanto para as mulheres. Como aponta Berger (2006) estava aberta a via que um século mais tarde conduziria ao fenômeno do ‘culto ao corpo’. No caso feminino em especial existe uma maior conexão entre exercícios e aquisição e conservação da ‘beleza’. Para os homens os exercícios estão na época associados mais à competitividade, agressividade e agilidade.

Nos anos 20 do século XX, no Brasil, sob influência das idéias européias, surge com o corpo uma preocupação associada a fazer exercícios físicos e cuidar da aparência. As mulheres são, então, incentivadas à prática de leves exercícios físicos. Todavia, estes exercícios eram relacionados às práticas terapêuticas e higienistas. Com relação à ‘beleza’ ainda se valorizava o ‘belo como dom’ e não o ‘belo forjado’, e não era necessário ser ‘bela’, mas parecer ‘bela’. A simulação, esconder os ‘defeitos’, era o mais apropriado como enfatiza Berger (2006). No Brasil, no início do século XX os anúncios mostravam produtos que ‘curariam’ a ‘feiúra’ e não criariam a ‘beleza’. As fotos publicitárias não exibiam a ‘beleza’ como nos anúncios contemporâneos e sim deformidades. Uma mudança no século XX é que embora a família da qual a moça é originária ainda exerça grande influência no matrimônio nas primeiras décadas do referido século, a origem familiar já não é tão relevante quanto nos séculos anteriores e o corpo, assim como sua eventual ‘beleza’ passa a ser uma enorme vantagem na possibilidade de adquirir bons casamentos (BERGER, 2006).

Com o grande desenvolvimento da indústria publicitária após a Segunda Guerra Mundial ocorreu uma grande difusão de hábitos relativos ao cuidado com o corpo. As

mulheres brasileiras, assim como as européias e norte-americanas, sob a influência da indústria dos cosméticos, da moda, da publicidade e de Hollywood passaram a valorizar mais o corpo magro e incorporaram o uso de maquiagem (CASTRO, 2005). Principalmente após a Segunda Guerra Mundial com o desenvolvimento da indústria beleza, esta se tornou livre da influência de moralistas e a idéia de que todos poderiam ser ‘belos’ foi disseminada. Além disso, embora a ‘beleza’ fosse percebida antes como algo da natureza, não era mais simplesmente um dom, como era percebido na década de 1920 e 1930, mas uma conquista individual. “Essa mudança da base ética da beleza – a idéia de que ‘qualquer um pode ser belo’- contribuiu para a aceitação pública generalizada da cirurgia estética” (EDMONDS, 2007, p. 214).

3. 3. A Atual Medicalização do Corpo no Ocidente: a Saúde e a ‘Beleza’

A história mostra que a medicina preocupou-se com os sintomas, as causas historicamente ficavam a cargo da filosofia e religião. Com o declínio desta buscou-se a causa da doença na ciência destaca Chauvenett (1991). As possibilidades de intervenções tornam-se, assim, cada vez maiores com o desenvolvimento da ciência e o corpo torna-se um objeto que pode ser ‘moldado’. Esta posição permite uma indiscriminada intervenção sobre o corpo.

No discurso científico contemporâneo, o corpo é pensado como uma matéria indiferente, simples suporte da pessoa. Ontologicamente distinto do sujeito, torna-se um objeto à disposição sobre o qual agir a fim de melhorá-lo, uma matéria-prima na qual se dilui a identidade pessoal, e não mais uma raiz de identidade do homem (Le Breton, 2007b, p. 15).

Há uma tentativa desenfreada de controlar o corpo para controlar a morte. “A doença e a morte são o preço pago pela relativa perfeição do corpo” (Le Breton, 2007b, p. 19). As intervenções corporais vão desde remédios vendidos legalmente em farmácias, reprodução assistida impulsionada pelo desenvolvimento da genética até intervenções estéticas. Não existe libertação, há uma preocupação excessiva com o não envelhecer, o não adoecer e com o se embelezar.

Lugar privilegiado do bem-estar e do parecer bem através da forma e da manutenção da juventude (frequência nas academias, ginástica, *body building*, cosméticos, dietética, etc), o corpo é objeto de constante preocupação. Trata-se de satisfazer a mínima característica social fundada na sedução, quer dizer, no olhar dos outros. O homem mantém com o corpo, visto como seu melhor trunfo, uma relação de terna proteção, extremamente maternal, da qual retira um benefício ao mesmo tempo narcíseo e social, pois sabe que em certos meios, é a partir dele que

são estabelecidos os julgamentos dos outros. Na modernidade, a única extensão do outro é freqüentemente a do olhar: o que resta quando as relações sociais se tornam mais distantes, mais medidas (LE BRETON, 2007a, p.78).

Na atualidade a busca da saúde eterna e do prolongamento da vida o máximo possível se faz muito presente como destaca Le Breton (2007b). Almeja-se um corpo sem doenças, isto é, prevenir-se de doenças eternamente e um corpo ‘perfeito’. Neste contexto a questão que se coloca é a da fragilidade, os homens temem as inúmeras formas de adoecer, de envelhecer e a incapacidade de autocontrole na busca pelo prazer. Vaz (1996) salienta que esta é a contrapartida de uma sociedade hedonista. Isto porque a sociedade contemporânea valoriza a busca do prazer, mas, no entanto, esta não pode implicar no adoecimento ou morte prematura. Como bem destaca Vaz (1997) a entrega ao hedonismo imediatista ou o sacrifício pela saúde é um dilema do homem contemporâneo. Isto significa que o discurso do risco fortemente presente na atualidade leva à adoção de comportamentos e estilos de vida que buscam a saúde e a manutenção do ‘corpo perfeito’. O fracasso pessoal é intimamente associado ao ‘corpo imperfeito’ e os ditos não saudáveis e não belos são excluídos “Historicamente as deficiências estavam ligadas ao crime, ao mal, às aberrações. Os estereótipos atuais contra os gordos, idosos e outras figuras que fogem ao padrão do corpo ideal têm o mesmo efeito estigmatizador e excludente” (ORTEGA, 2006, p. 45).

Nessa direção a pessoa deixa de ser percebida em sua totalidade, torna-se um sujeito estigmatizado socialmente. O sujeito não aparece como uma individualidade, mas como pertencente à classe do estigma e este é um atributo que produz um amplo descrédito na vida da pessoa. O conceito de estigma foi definido por Goffman (1980) como o atributo social negativo associado ao desvio, que é incorporado à identidade deteriorada das pessoas e dos grupos discriminados em função de uma variedade de motivos como pobreza, velhice, a chamada deficiência física, entre outros. A produção do estigma é um processo social, este, portanto, não é um atributo pessoal. A mulher ‘feia’ e ‘gorda’ atualmente é tomada no discurso social como negligente e um corpo artificial, produzido pelos meios de comunicação, contribui com a busca de um corpo ‘perfeito’ (MALYSSE, 2007).

Na contemporaneidade, ou seja, na sociedade de consumo trata-se de um corpo próprio que pode consumir e ser objeto de consumo, o imperativo modificou-se do corpo produtivo e disciplinado tipo máquina do capitalismo inicial, para o corpo como

consumidor, cheio de deficiências e de necessidades que são inflamadas e encorajadas a todo o momento como enfatiza Porter (1992). O corpo é ao mesmo tempo capital e dívida devido à importância dos corpos 'belos' e midiáticos, e dos sacrifícios que se faz em nome da saúde e da 'beleza'. É importante consumir sem se consumir, isto é, preservar o máximo possível a existência do corpo que consome (VAZ, 1997).

Como aponta Goldenberg (2005) é notável o paradoxo que o 'culto ao corpo' produz na nossa sociedade. Isto, pois, ao mesmo tempo em que impõe o ideal de autonomia individual aumenta a exigência de conformidade aos modelos de beleza. O corpo se emancipou de muitas de suas repressões, mas na atualidade está fortemente submetido a novas coerções estéticas. Pode-se perceber o poder da normalização dos modelos através da obsessão com a beleza, em especial entre as mulheres. Nessa direção o que acontece é que "... um desejo maior de conformidade estética que se choca com o ideal individualista e sua exigência de singularização dos sujeitos" (GOLDENBERG, 2005, p. 96).

3. 4. O Corpo 'Belo': Ausência de Gordura e Velhice

Atualmente na cultura ocidental as noções de beleza e magreza estão muito associadas, todavia esta associação não se faz presente em outras culturas. Os modelos de beleza são, portanto, múltiplos como enfatiza Rodrigues (1983, p. 74): "O que é sexualmente estimulante em uma sociedade pode exercer o efeito exatamente contrário em outra. Há, na África central, um ideal de estética feminina que identifica beleza com a obesidade, sendo a moça, à época de sua puberdade, submetida às mais diversas técnicas, capazes de fazê-las o quanto mais gordas...".

Entre nós a considerada 'feiúra' além de associada à gordura no Ocidente, se associa ao envelhecimento. A velhice está relacionada ao negativo e decadente, cultua-se o corpo jovem e a busca de uma eterna juventude. Como salienta Portinari & Coutinho (2006, p. 61) "Ser 'jovem', na cultura ocidental contemporânea, é sobretudo uma forma de identidade, um 'estilo de vida'." A própria idéia de saúde também é associada aos padrões estéticos. Como destaca Goldenberg & Ramos (2007, p. 33) "Tudo o que surge, a princípio, como uma nova possibilidade de controle pela cultura do processo natural de envelhecimento e decadência dos corpos, rapidamente se transforma em novas obrigações".

O corpo do idoso na nossa atual sociedade de consumo que cultua e valoriza o corpo jovem e na qual a juventude é, sobretudo, um valor, é visto como decadente. A velhice, seu valor e o corpo do velho devem ser compreendidos não como um mero processo fisiológico que é comum a todos os seres em todas as sociedades e sim como algo construído dentro de uma cultura que possui significados particulares. “Assim, definir o corpo que envelhece passa necessariamente por aceitá-lo como uma representação que se inscreve numa trama de valores específicos desse modelo social” (FERREIRA M. L., 1995, p. 430).

Costa salienta numa entrevista concedida à Cardoso (2006, p. 19) que “...a dificuldade em se falar da ‘juventude’ é que ela própria tornou-se um ícone da moral do espetáculo. Ou seja, de condição de mudança, a ‘juventude’ passou a ser ‘um objetivo da mudança’”. Então, o que ocorre na atualidade é que a grande maioria das pessoas dedica um grande esforço para permanecer jovem, há uma busca constante de uma ‘juvenilidade’. Costa na referida entrevista alerta o risco de tornarmos o corpo um mero objeto e objetivo.

3. 5. O Corpo, a Mulher e o Imperativo da Sedução Baseado na ‘Beleza’: o Culto Feminino ao Corpo

A ‘beleza’ feminina representa uma visão predominante de gênero, isto, pois, a experiência feminina com o corpo está intimamente ligada ao olhar e discurso dos outros, ou seja, a relação com seu corpo está associada com seus efeitos sociais, através de seu charme, de sua sedução, percebidos pelo feedback de seus pais e pares. A posição dominante do homem o coloca no lugar do protetor que envolve e olha por cima. “...o olhar...é um poder simbólico cuja eficácia depende da posição relativa daquele que percebe e daquele que é percebido...” (BOURDIEU, 1999, p. 81).

“A dominação masculina, que constitui as mulheres como objetos simbólicos, cujo ser (esse) é um ser-percebido (percipi), tem por efeito colocá-las em permanente estado de insegurança corporal, ou melhor, de dependência simbólica: elas existem primeiro pelo, e para, o olhar dos outros, ou seja, enquanto objetos receptivos, atraentes, disponíveis. Delas se esperam que sejam ‘femininas’...E a pretensa ‘feminilidade’ muitas vezes não é mais que uma forma de aquiescência em relação às expectativas masculinas, reais ou supostas, principalmente em termos de engrandecimento do ego. Em consequência a dependência em relação aos outros (e não só aos homens) tende a se tornar constitutiva de seu ser... princípio de disposições como o desejo de atrair a atenção e de agradar...” (BOURDIEU, 1999, P. 82).

Existe, por conseguinte, uma estreita relação entre corpo e a sedução feminina, já que o corpo é, de fato, um suporte para a sedução, principalmente a feminina, que tende a

ficar comprometida com um corpo ‘feio’ numa cultura que valoriza o ‘belo’. “A probabilidade de vivenciar como desagradado o próprio corpo...são tantos mais fortes quanto maior a desproporção entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o próprio corpo imposta pelos olhares e as reações dos outros...” (BOURDIEU, 1999, p. 81). O corpo das mulheres sempre foi seu principal e inalienável recurso ao longo da história: “O corpo de uma mulher e sua eventual beleza sempre constituíram um capital fundamental, explorado no mercado do casamento ou no mercado do sexo comercial” (MATTHEWS-GRIECO, 2008, p.268). É nessa direção que a literatura sobre corpo a partir da perspectiva de gênero aponta a importância de se estudar como as mulheres brasileiras se relacionam com o corpo num contexto onde as relações de poder se reproduzem a nível corpóreo (BOURDIEU, 1999).

Ao fato da extrema preocupação com a aparência alia-se a crescente intervenção médica sobre o corpo. A medicina estética, apresenta-se, como uma das formas mais recentes de controle e de medicalização do corpo da mulher e as práticas estéticas na contemporaneidade são controladas através principalmente de disciplinas envolvendo dietas, maquiagens, vestuários. Como salienta Bordo (1997) essas disciplinas e normas envolvendo o corpo feminino, opressões de gênero que as próprias mulheres exercem por si mesmas, têm que ser reconhecidas como uma estratégia durável e flexível de controle social. O corpo exerce, então, um importante papel na simbolização e reprodução do gênero.

No século XIX os sintomas da histeria representavam as características ditas femininas na época. Na atualidade o corpo com anorexia, doença cada vez mais comum desde os anos 80, se apresenta como uma caricatura do ideal contemporâneo de magreza e principalmente de uma imagem de controle associada à mulher moderna que deve estar inserida no mundo público masculino do mercado de trabalho. Persegue-se o que é valorizado. Este poder de controle sobre o corpo, no entanto, é ilusório e tiraniza a mulher. A anorexia incorpora este modelo híbrido, da preocupação estética mais associada ao feminino e uma nova exigência para as mulheres de incorporar os valores ‘masculinos’ da área pública, isto é, o controle (BORDO,1997).

Embora o ‘culto ao corpo perfeito’ esteja crescente entre os homens, e estes também sofram para corresponder a um ideal de ‘ser homem’ que está associado a um corpo

musculoso (GOLDENBERG, 2006) a mulher é visivelmente mais atingida pela ‘ditadura da beleza’. Esta é culturalmente imposta com maior profusão entre as mulheres, pois, é prioritariamente feminino o cuidado com a perfeição estética. “Essa incorporação do olhar masculino na fabricação do corpo feminino assinala a mediação do corpo na modelagem das identidades sexuais” (MALYSSE, 1998, p.16).

O corpo vivido das mulheres parece ser forjado pelo corpo percebido, olhado, desejado e julgado socialmente pelos homens. Através dessa idéia, torna-se possível compreender a passagem de um culto ao corpo feminino a um culto feminino ao corpo ... (MALYSSE, 1998, p. 17).

“Incessantemente sob o olhar dos outros, elas se vêem obrigadas a experimentar constantemente a distância entre o corpo real, a que estão presas, e o corpo ideal, do qual procuram infatigavelmente se aproximar. Tendo necessidade do olhar do outro para se constituírem, elas estão continuamente orientadas em sua prática pela avaliação antecipada do apreço que sua aparência corporal e sua maneira de portar o corpo e exibi-lo poderão receber (daí uma propensão, mais ou menos marcada, à autodepreciação e à incorporação do julgamento social sob a forma de desgosto do próprio corpo ou de timidez)” (BOURDIEU, 1999, p. 83).

As revistas brasileiras direcionadas ao público feminino incentivam suas leitoras a modificar seu corpo por meio de diversas atividades físicas e de dietas para que se possa adquirir um físico semelhante ao das modelos apresentadas nas revistas. Estas apresentam o corpo dentro do padrão de beleza vigente e suscitam a vergonha dos corpos que não correspondem a este padrão.

Na verdade, trata-se de um discurso autoritário sobre a beleza feminina, que se apóia no fato de as mulheres serem, tradicionalmente, submetidas a um imperativo de sedução do ‘sexo oposto’, imperativo este fundado sobre aparência entendida como beleza física e juventude. O feminino é associado a uma dimensão estética da aparência, que se torna a dimensão essencial (MALYSSE, 1998, p. 14).

“...as mulheres pedem aos homens (e também, mas secundariamente, às instituições do complexo moda/beleza) que lhes ofereçam subterfúgios para reduzir seu ‘sentimento de deficiência corporal’. Ora, podemos supor que o olhar dos poderosos, que tem autoridade sobretudo sobre os outros homens, é particularmente apto a preencher esta função reaseguradora” (BOURDIEU, 1999, p. 85).

3. 6. Panorama Internacional da Cirurgia Estética

No interior de um processo mais amplo de medicalização no Ocidente aparece o crescimento da cirurgia estética. No mencionado processo, a tecnorracionalidade médica passou a fazer parte de vários aspectos da vida cotidiana das pessoas, e estas se tornaram pacientes-consumidores. É nesse panorama que cresce a procura pela cirurgia com

objetivos estéticos. As fronteiras já historicamente fluídas entre higiene, medicina e beleza as são ainda mais indefinidas ao se tratar da cirurgia estética (EDMONDS, 2007).

O desenvolvimento da cirurgia estética permite o sentimento da maleabilidade do corpo ao extremo, este pode ser transformado e modulado através de um médico, sem o esforço do paciente. Assim o corpo torna-se um objeto a ser modelado por um terceiro, através de um saber científico, sem a participação ativa do paciente. É importante salientar que não se trata de uma modificação banal, para o paciente esta transformação advinda com a cirurgia de fato pode transformar sua vida, sua identidade.

Sua transformação em objeto a ser modelado traduz-se de imediato nos catálogos que os cirurgiões depõem nas salas de espera e que mostram aos clientes para propor uma intervenção precisa. Neles se vêem o rosto, ou o fragmento de corpo a ser modificado, e o resultado após efetuada a operação. Transmutação alquímica do objeto errado. Na gama das intervenções, o cliente escolhe a que proporcionará ao seu rosto ou ao seu corpo a forma que lhe convém. Seios cheios de silicone, modificados por próteses ou remodelados, vários tipos de *liftings* do rosto, lábios reconstituídos por injeções, lipoaspirações ou retalhamento da barriga ou das coxas, cabelos repicados, implantes subcutâneos para induzir as proporções físicas desejadas etc...A vontade está na preocupação de modificar o olhar sobre si e o olhar dos outros a fim de sentir-se existir plenamente. Ao mudar o corpo, o indivíduo pretende mudar sua vida, modificar seu sentimento de identidade. A cirurgia estética não é a metamorfose banal de uma característica física no rosto ou no corpo; ela opera, em primeiro lugar, no imaginário e exerce uma incidência na relação do indivíduo com o mundo...A cirurgia estética oferece um exemplo impressionante da consideração social do corpo como artefato da presença e vetor de uma identidade ostentada (Le Breton, 2007b, p.29 e 30).

Nos Estados Unidos, os cirurgiões plásticos, inicialmente, mantiveram-se distantes das operações cosméticas ou embelezadoras, argumentando que a especialidade deveria estar voltada para procedimentos reconstrutores. Com o tempo começaram a aceitar a cirurgia cosmética, defendendo que fornecia saúde psíquica às pessoas. A idéia de que a aparência e a auto-estima estão essencialmente ligadas, portanto, permitiu uma aceitação da cirurgia estética, além da crença que a aparência tem valor de mercado e a disseminação após os anos 50 da idéia de que a mulher é responsável por sua 'beleza'.

Em parte essa mudança deveu-se à popularização do 'complexo de inferioridade' de Adler ... O conceito 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'(EDMONS, 2007, p. 214 e 215).

O movimento feminista da década de 70 acreditava numa incompatibilidade entre realização profissional e preocupação com a aparência. Todavia, o crescimento das

industrias de embelezamento indica que a ‘beleza’ permaneceu como foco da atenção feminina, embora com certas mudanças. A cirurgia estética é percebida para muitas como uma forma de obter sucesso, principalmente em determinadas carreiras, como de atriz e modelo. A cirurgia estética pode ser uma forma de obter ou manter uma vantagem num ambiente de trabalho cada vez mais competitivo. Um estudo sobre mercado de trabalho nos Estados Unidos, realizado pelos economistas Harmermesh e Biddle (1994), demonstra que pessoas ‘bonitas’ de ambos os sexos ganham mais (EDMONDS, 2007).

Edmonds (2007) defende que é provável que o impressionante crescimento recente da cirurgia estética esteja associado não só à maior competição profissional, que impõe às mulheres, em especial, exigências crescentes no consumo de produtos e serviços de beleza, mas também à proporção crescente de mulheres inseridas no mercado de trabalho. A independência financeira permite às mulheres maior autonomia para administrar seu dinheiro e gastar sua renda em serviços individuais ao consumidor, inclusive aqueles considerados de luxo, como as cirurgias estéticas.

3. 7. A Indústria da ‘Beleza’ e a Cirurgia Estética no Brasil

A partir da década de 50 dissemina-se a crença de que a mulher deve ser ‘bela’ e que a ‘beleza’ não é apenas sorte. Mais do que isso, a crença de que a mulher que não cuida de sua aparência tem algum problema é difundida e as intervenções começam a serem incentivadas, aponta Castro (2005). As imagens penetram cada vez mais na vida das pessoas, multiplicam-se as revistas, cresce-se o hábito de ir ao cinema e a presença da televisão, embora seja no início um artigo de luxo, cresce nos lares brasileiros. O que ocorre, salienta Berger (2006) é que as questões da ‘beleza’ e do mercado consumidor se atrelam cada vez mais.

Vão desaparecendo as idéias, ainda presentes nos anos de 1920, de que a beleza é um dom de poucas e que as técnicas para reforçá-las são segredo; agora, as novas empresas de cosméticos e os próprios conselheiros de beleza colocam-na como ao alcance de todas. Mas se por um lado a beleza se democratiza, por outro caberá a mulher a culpa por sua feiúra. Será uma tônica constante que só é feia quem quer e aí estamos muito próximos dos discursos atuais que consideraram a mulher feia e gorda – hoje, tomados sinônimos – como negligente, sem força de vontade, desleixada. A beleza surge como uma promessa acessível a todas, mas também começa a ser uma prisão: não haverá felicidade fora da beleza; para ser moderna, feliz no casamento e principalmente, feliz consigo mesma, será preciso ser bela, ou ao menos, empenhar-se para tal. Cada mulher deve travar sua luta contra a feiúra e será a única responsável por bani-la de suas vidas. Afinal, as técnicas

estão disponíveis, os cosméticos se tornam mais acessíveis às camadas médias da população, e até mesmo para as mais pobres, as revistas indicam como conseguir um corpo mais bonito, ainda que para isso, seja preciso exercitar-se em casa, as lojas de departamento passam a oferecer roupas mais em conta, a mulher ganha seu próprio dinheiro...Para ser bela, basta que a mulher se empenhe e descubra o prazer de fazê-lo (BERGER, 2006, p. 84).

Nos anos 50 também houve um desenvolvimento da economia, o que gerou mais empregos assalariados, inclusive para mulheres, o que aumentou o consumo feminino, incluindo de produtos de beleza. Os concursos de ‘misses’, importados da Europa e EUA, também aumentam a valorização da ‘beleza’ no Brasil. Não havia ainda uma associação entre ‘beleza’ e sensualidade ou prazer, mas já existia uma forte associação entre ‘beleza’, saúde, juventude e magreza.

Portanto a mídia e a indústria da ‘beleza’ são aspectos essenciais do atual ‘culto ao corpo’. A primeira, por mediar a temática, fazendo do assunto algo presente na vida das pessoas e a segunda permitindo a materialidade dessa tendência de comportamento aponta Castro (2005). Os meios de comunicação têm um papel fundamental na busca de um corpo dentro de padrões rígidos, pois este corpo apresentado pela mídia é na verdade virtual, ele não existe na realidade e é medido, calculado e artificialmente preparado antes da exposição por meio de imagens. Este corpo construído artificialmente contribui com a corpolatria. Como enfatiza Malysse (2007, p. 93):

Essas imagens-normas se destinam a todos aqueles que as vêem e, por meio de um diálogo incessante entre o que vêem e o que são, os indivíduos insatisfeitos com sua aparência (particularmente as mulheres) são cordialmente convidados a considerar seu corpo defeituoso.

É a partir dos anos 60 que a ‘beleza’ vai se aproximando do prazer e da sensualidade, não sendo associada apenas às questões médicas e higiênicas. Existe um hedonismo, uma preocupação com o prazer e ao mesmo tempo um sacrifício em nome da beleza, que passa a ser uma obrigação. Tal obrigação aumenta sensivelmente a partir da década de 80 com a enorme difusão do consumo de bens e serviços para o cuidado do corpo. As mulheres passam a temer o fato de não saberem ou não poderem usufruir os novos recursos, temem serem julgadas socialmente por não se encaixarem nos padrões de beleza estabelecidos. A cultura da exposição do corpo inviabiliza os antigos disfarces, agora o corpo deve estar naturalmente dentro dos padrões (BERGER, 2006).

No período de mudança do Brasil para a democracia e o neoliberalismo ocorreu no país uma explosão da ‘indústria da beleza’. Os empregos na área dos serviços de embelezamento cresceram extremamente. De 1992 a 1996, a receita total da indústria da beleza cresceu 2,6 vezes e em 1997 esperava-se que o Brasil se tornasse o quinto maior mercado de cosméticos, estimado em 8,4 bilhões de dólares (EDMONDS, 2007).

A mídia, como já fora mencionado, é uma fonte abundante de material a respeito da ‘beleza’ e as revistas brasileiras, femininas em especial, incentivam intervenções. Regularmente cirurgias estéticas são reportadas na televisão e recentemente têm aparecido várias reportagens em revistas nacionais que colocam como destaque o sucesso de cirurgiões brasileiros. As reportagens mais regulares podem ser encontradas nas numerosas revistas femininas e de beleza, como Boa Forma, Corpo a Corpo e Nova e ainda nas revistas publicadas no Brasil dedicadas exclusivamente à cirurgia plástica: Plástica e Beleza, Plástica e Você e Corpo e Plástica. As mulheres apresentadas são sempre jovens, brancas, mas, às vezes, bronzeadas, com corpos musculosos e arredondados.

Revistas como *Plástica e Beleza* situam a cirurgia plástica num novo território que confunde os limites entre higiene, beleza, consumo e medicina. Muitas fotografias parecem basear-se em imagens já familiares de mulheres, sempre jovens, o rosto voltado para longe da câmera, gozando o prazer sensual de cuidar do próprio corpo...O uso dessas poses em revistas sobre plástica ajuda a associar a cirurgia ao terreno da higiene pessoal e dos cosméticos....Em forte contraste com as imagens do tipo higiene pessoal, há também numerosas fotos de ‘antes e depois’ apresentadas em perfis de clínicas e cirurgiões plásticos específicos (EDMONDS, 2007, p. 239).

Berger (2006) entrevistando mulheres que realizaram cirurgias estéticas notou que a falta de inibição das mulheres após a cirurgia aumentou, se sentiam mais seguras com relação ao corpo e para expô-los. Também não demonstravam muita preocupação com as cicatrizes, uma gordura localizada ou um seio pequeno as incomodavam mais do que a cicatriz após a cirurgia. As mulheres do estudo em geral acham a cirurgia totalmente aceitável quando já se procurou outros recursos, como dietas ou ginásticas e não se conseguiu obter um corpo ‘perfeito’ ou se elas tiveram o corpo modificado pela maternidade ou pela amamentação. O principal motivo alegado por todas as mulheres é a melhora da auto-estima.

Uma reportagem da revista Veja, ‘Brasil, império do bisturi’ demonstra a forma rápida com que o brasileiro se submete à cirurgia estética. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, o povo brasileiro se tornou o que mais faz cirurgias estéticas

no mundo, em cada grupo de 100.000 habitantes, 207 pessoas foram operadas em 2000 no Brasil. Os Estados Unidos registraram 185 operados por 100.000 habitantes no mesmo ano e em países europeus, como Inglaterra e Alemanha, a média foi de quarenta pacientes operados por 100.000 habitantes, isto é, um quinto da brasileira. Considerando que o Brasil é um país em desenvolvimento e a renda per capita americana é oito vezes maior que a brasileira tais dados chamam a atenção. Os cirurgiões alegam que as cirurgias no Brasil são mais acessíveis financeiramente e principalmente há um esforço muito maior da mulher brasileira em permanecer jovem (PINHEIRO, 2001).

No Brasil uma reportagem da revista *Veja* intitulada ‘Geração Vaidade’ menciona os resultados de uma pesquisa divulgada pela MTV na mesma semana da reportagem. Nesta pesquisa feita com 2359 moradores de sete capitais brasileiras com idade entre 15 e 30 anos, de classes A, B e C, as principais características autodenominadas pelos jovens são: consumistas, acomodados, individualista e principalmente vaidosos. Os dados sobre o crescimento da cirurgia plástica em jovens chamam a atenção: “Entre os anos de 2002 e 2003, o número de jovens que se submeteram a cirurgias plásticas no país cresceu 45%, segundo a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética. Mais de 11% do total de plásticas realizadas no país são feitas em pacientes de até 20 anos...lidera o ranking das plásticas o implante de prótese para aumento dos seios” (LINHARES; RIZEK; MIZUTA, 2005, p. 86). Estudos mostram que as mulheres brasileiras são as que mais realizam cirurgias plásticas com indicação estética no mundo e tal fato é crescente entre os jovens (PINHEIRO, 2001; LINHARES, RIZEK & MIZUTA, 2005; EDMONDS, 2007).

Diferentemente dos Estados Unidos salienta Edmonds (2007) parece que no Brasil as pessoas se inclinam menos em perceber os padrões de beleza como uma área que reflete a desigualdade social subjacente, especialmente a desigualdade racial. Um dos mecanismos da popularização da cirurgia estética no Brasil foi o desenvolvimento de novas possibilidades de financiamento da operação, com consórcios, planos de cirurgias e hospitais públicos fazendo o procedimento num preço bem mais barato. Ricos e pobres são afetados pela crença de que todos podem ser ‘belos’. Tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil ocorreu uma ‘democratização’ da ‘beleza’ no século XX, passando de dom da natureza a direito universal, no entanto o caminho percorrido foi diferente. “Se os

americanos politizam a beleza, pode-se dizer que os brasileiros a ‘nacionalizam’” (EDMONDS, 2007, p. 247).

Uma questão fundamental em relação às cirurgias estéticas a qual Edmonds (2007) destaca é que pacientes que se submetem a estes procedimentos não estão simbolizando a ‘individualidade reflexiva’ como ocorre em outras intervenções corporais como a tatuagem, por exemplo. O que ocorre é um ajustamento aos padrões sociais, não há de forma alguma uma crítica aos valores sociais dominantes na sua realização, ao contrário. Busca-se uma normalidade melhorada, uma perfeição e não uma marginalidade. A cirurgia estética é um tipo inverso de práticas de marcação do corpo. “Enquanto a marcação do corpo torna visível o humano (como não animal), a cirurgia plástica visa a ultrapassar o humano (como animal, que é deteriorável)” (EDMONDS, 2007, p. 234).

Todavia é importante salientar que marcas corporais da atualidade na cultura ocidental, como piercings e tatuagens, implicam também uma vontade de atrair o olhar do outro como aponta Le Breton (2007b). As intervenções corporais podem ser formas de *body art*, na qual se tenta fugir dos padrões estabelecidos de formas corporais e até mesmo da própria constituição biológica, com implantes subcutâneos, por exemplo, quanto justamente se encaixar em padrões de beleza sociais, tipos de intervenções focados neste estudo. “A cirurgia estética é uma medicina destinada a clientes que não estão doentes, mas que querem mudar sua aparência e modificar, dessa maneira, sua identidade, provocar uma reviravolta em sua relação com o mundo...” (Le Breton, 2007b, p. 47).

Em 2004 no Brasil foram realizadas cerca de 616.287 cirurgias plásticas segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Destas cirurgias 365.698 (59%) foram estéticas e 250.589 (41%) foram reparadoras, 425.288 (69%) foram em mulheres e 190.999 (31%) em homens. Quanto à idade, 49.243 (8%) foram realizadas em crianças de 7 a 13 anos e 78.644 (13%) em adolescentes de 14 a 18 anos. As cirurgias de lipoaspiração e mama correspondem às cirurgias mais procuradas aponta a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (www.cirurgioplastica.org.br/publico/novidades02.cfm).

3. 8. O Rio de Janeiro e o Cuidado com o Corpo

Na cultura carioca o corpo faz parte integrante dos rituais de interação, não há um encobrimento ritualizado do corpo como na Europa do Norte. “Ocorre aqui uma influência das condições climáticas sobre a cultura corporal dessa cidade” (MALYSSE, 1998, p. 13). O ‘culto ao corpo’, entretanto, enfatiza Malysse (1998) nem sempre fez parte da cultura dessa cidade, nas últimas décadas foi que surgiu um novo modelo de beleza física no Rio. A sensibilidade da mulher com relação ao seu corpo modificou-se, assim como a tolerância com a dita feiúra.

Com a divulgação das idéias higiênicas e hábitos de banho de mar importados da Europa no final do século XIX, Copacabana torna-se um local especial e cartão postal do Brasil. Na década de 20 do século XX com a construção Copacabana Palace Hotel tal fato se solidifica. Nas décadas de 1960-1970, Copacabana começa a ficar saturada e a elite carioca começa se mudar para Ipanema e Leblon e mais tarde para São Conrado e Barra. A região em torno da praia é o local considerado privilegiado pelos habitantes do Rio de Janeiro. “Talvez seja a praia o lugar mais central do Rio de Janeiro, para todas as camadas sociais, sendo um lugar de representação e de reprodução ritual ideal miniaturizada da sociedade carioca” (GONTIJO, 2007, p. 51).

Durante alguns séculos a imposição do uso de roupas européias era determinante nos modos de apresentação dos brasileiros e somente nos anos 60 do século XX é que o corpo começou a se liberar das roupas importadas da Europa que nada tinham a ver com o clima brasileiro e o vestuário adaptou-se ao clima. No Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, o corpo parece estar no centro das estratégias do vestir aponta Malysse (2007) e as pessoas tendem a expor seu corpo. “A proximidade da praia e a atmosfera de balneário favorecem essa moda corporal, e os cariocas podem passar a maior parte do ano vestindo camiseta e *short*” (MALYSSE, 2007, p. 110).

Na década de 60 o corpo no Brasil era mais politizado na classe média, buscava-se expressar, sobretudo, a liberdade. Na década de 80 ‘definir’ o músculo passa a ser muito importante para homens e mulheres e a sensualidade feminina fica garantida com as intervenções cirúrgicas, tratamentos estéticos e dietas ‘milagrosas’. A emergência da AIDS na década de 1980 modificou o cenário sanitário internacional. O interesse, por parte dos jovens especialmente, com os cuidados com o corpo e com a imagem que se pretende

passar por meio do corpo, cresceu. A busca de um corpo masculino musculoso e da exacerbação da virilidade por meio da musculatura e também o ideal de corpo feminino magro, mas redondo, parecem ter sido disseminados após os primeiros anos da epidemia de HIV (CASTRO, 2005; GONTIJO, 2007).

O movimento hedonista, com as idéias de liberação sexual ocorrido na América do Norte e na Europa nas décadas de 1960 e 1970, assim como no Brasil é divulgado após o surgimento da AIDS com ênfase na saúde e no cuidado com o corpo. Em oposição à geração dos pais, a denominada ‘geração saúde’ defende uma vida saudável distante das drogas e o ‘sexo seguro’(CASTRO, 2005; GONTIJO, 2007).

A era consumista parece ter dado origem a uma cultura corporal quase internacional: a importação do *American way of life*, de tipo californiano, desembocou numa nova cultura somática. É verdade que o Rio, pela sua situação geográfica, climática e sua grande hierarquização social, constituiu-se num terreno propício à implantação desse modelo cultural e físico-culturista. Esse híbrido da cultura somática carioca parece perfeitamente ilustrar a tese de Baudrillard de explicar a passagem contemporânea do corpo *natural* ao corpo *artificial* através do consumo (MALYSSE, 1998, p. 13).

No Rio de Janeiro, um corpo com saúde é um corpo bronzeado, moreno, porém, não negro, pois a cor negra ainda é associada a um aspecto negativo. Trata-se de um corpo que se expõe através de roupas sensuais, que traz sinais de exercícios físicos e aproveita o sol. Os músculos bem torneados expressam como aponta Castro (2005) um lugar social e um estilo. A questão da alimentação e relação do corpo com o ambiente também são relevantes. “Para manter o corpo em forma, de acordo com os ideais cariocas, não basta simplesmente ir à praia ou praticar ginásticas, mas passa-se também por um processo de cuidados com a alimentação e com a relação do corpo com o meio ambiente urbano”(GONTIJO 2007, p. 61).

Durante os anos 70, assistimos a uma crescente valorização do corpo, traduzidas pelo culto a atividades para-esportivas, terapias, dietas, e pela busca da liberação do desejo. Nos anos 80, a ginástica aeróbica e as novas técnicas de musculação conquistam finalmente adeptos do físico perfeito: é a chamada era do culto ao corpo que começa...(MALYSSE, 1998, p. 13).

Na atualidade ocorre uma enorme modelagem do corpo através das atividades físicas. Como aponta Berger (2006) a prática de exercícios associa-se à conquista de um corpo mais ‘belo’, mais apresentável e do qual é possível se orgulhar e para isto a disciplina é essencial e uma das formas em que ela se apresenta é na frequência às atividades físicas.

A partir do final do século XX e início do século XXI, assistimos, especialmente nos grandes centros urbanos, a uma crescente idolatria do corpo, com ênfase cada vez maior na exibição pública do que antes era escondido, e, aparentemente mais controlado (GOLDENBERG & RAMOS, 2007). O Carnaval carioca, em especial, tornou-se algo propício para a exibição de corpos. Mulheres em sua maioria cuidam de seus corpos, para exibi-los nesta data. Tal evento tornou-se um espetáculo para ser olhado e perdeu em grande parte sua característica antiga de um evento que a população vivenciava.

Existe uma enorme concentração de clínicas de cirurgia plástica, academias e salões de beleza no Rio de Janeiro majoritariamente voltada para o público feminino, apesar dos homens estarem cada vez mais inseridos no mundo dos cosméticos (EDMONDS, 2007). É interessante pensar na seguinte questão: “Que ideais de feminilidade motivam a decisão de fazer uma cirurgia plástica?” (EDMONDS, 2007, p.191). Lopes (1995) em um trabalho que realizou com travestis apontou como a idéia de construção do corpo feminino exigia sacrifícios e não simplesmente vestir-se de mulher.

Edmonds (2007) destaca que a cirurgia estética ainda é considerada um terreno principalmente feminino; marcado por característica individualista de auto-perfeioamento; além de ser uma busca solitária e uma atividade em que o corpo é ‘trabalhado’ pelas mãos de outro. Trata-se como salienta o referido autor ao mesmo tempo de um procedimento médico de alta tecnologia, serviço de luxo ao consumidor e promessa de transformação psicológica.

CAPÍTULO 4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4. 1. Estratégias de Investigação e o Universo da Pesquisa

A pesquisa faz uso de uma abordagem qualitativa por compreender que esta permite um destaque aos relatos dos sujeitos e torna possível incorporar a questão dos significados presentes no discurso dos referidos sujeitos. Nesse sentido se pretendeu investigar as redes de significações presentes no discurso das mulheres pesquisadas. Uma abordagem qualitativa se caracteriza por trabalhar “... com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização

de variáveis” (MINAYO, 2002, p. 21 e 22). Trata-se de uma pesquisa interdisciplinar por entender que a interdisciplinaridade permite um intercâmbio de conhecimento de diferentes áreas e uma visão abrangente da questão estudada. No caso desta pesquisa foram utilizadas abordagens oriundas das áreas da Psicossociologia, da Sociologia e da Antropologia.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista qualitativa individual semi-estruturada em profundidade. Tratou-se, portanto, de uma conversa quase informal a partir de um roteiro. O registro fora realizado através de anotações e gravação áudio e posteriormente transcritos na íntegra.

O tipo de entrevista foi optado com o intuito em obter informações sobre os significados, as justificativas e representações das mulheres a respeito da realização da cirurgia estética e a preocupação com a estética em suas vidas. É uma técnica fundamental para investigar em profundidade o comportamento humano, sendo um recurso flexível e que possibilita esclarecimentos (VASCONCELOS, 2004). É, portanto, o meio mais adequado para um aprofundamento das informações fornecidas. Com este tipo de entrevista, na qual se valoriza a liberdade da fala do sujeito, objetiva-se:

... fazer um registro ‘subjetivo’ de como um homem, ou uma mulher, olha para trás e enxerga a própria vida, em sua totalidade, ou em uma de suas partes. Exatamente o modo que fala sobre ela, como a ordena, a que dá destaque, o que deixa de lado, as palavras que escolhe, é que são importantes para a compreensão de cada entrevista; mas para esse fim, essas coisas se tornam o texto fundamental a ser estudado (THOMPSON, 1992, p. 258).

A priori o perfil dos sujeitos era: um grupo de mulheres jovens entre 18 e 29 anos, moradoras do Rio de Janeiro, que tivessem realizado pelo menos uma cirurgia não facial com indicação exclusivamente estética, sendo metade dos segmentos altos e médios (Classe AB) e metade dos segmentos populares (Classe D). Estes foram os únicos critérios estabelecidos para a seleção dos sujeitos. Foi utilizado como critério de renda a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), desenvolvida anualmente pelo IBGE do ano de 2008, que utiliza as seguintes classes de renda: Classe AB – renda domiciliar superior a R\$ 4.807, Classe C – renda domiciliar entre R\$ 1.115, e 4.806, Classe D – renda domiciliar entre R\$ 768 e R\$ 1.114 e Classe E – renda domiciliar abaixo de R\$ R\$ 768.

O fato de serem mulheres moradoras do Rio de Janeiro é imprescindível, pois, meu foco específico é o Rio de Janeiro, cidade brasileira que aponta um dos maiores índices de cirurgias (EDMONDS, 2007) e suponho uma grande preocupação com o corpo. O recorte

etário se justifica, pois a intenção do estudo era investigar o aumento da cirurgia estética em mulheres não dentro de um fenômeno de preocupação com o envelhecer, mas sim tendo como foco um processo que ocorre de forma cada vez mais precoce na vida das mulheres jovens. Como já fora mencionado há um crescimento da adesão de mulheres às cirurgias estéticas. Este processo seria uma preocupação em ‘cultuar’ o corpo, em buscar um corpo ‘perfeito’, antes mesmo que as ditas ‘marcas’ da idade pudessem aparecer. Nessa direção a escolha também foi por cirurgias não faciais. Além disso, interessa-me investigar as mudanças de pensamento que estão ocorrendo na sociedade, como a aceitação da cirurgia estética, até mesmo entre mulheres sem alto poder aquisitivo, e é na camada jovem que podemos notar de forma mais acentuada as mudanças de pensamento. Intentei justamente pesquisar o motivo pelo qual as mulheres mais jovens especificamente estão aderindo de forma tão intensa e precoce a transformação corporal com o intuito de enquadrar seus corpos nos padrões vigentes de beleza. Para tanto pensei inicialmente no critério de idade limite de jovem do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2008) que é 29 anos. No entanto, a idade limite acabou por ser um pouco alargada. A exigência por sujeitos que fossem maiores de 18 anos a época da entrevista se fez necessária por questões éticas. Portanto questões éticas são contempladas ao estipular esta idade mínima; os sujeitos prescindem legalmente de autorização parental para participação em um estudo, podendo os mesmos assinar, de próprio punho, o consentimento informado.

A comparação de inserções sociais distintas seria importante, pois, os estudos apontam que apesar da disseminação da idéia de que o corpo é modificável, intervenções cirúrgicas são práticas de consumo. Portanto é importante investigar o efeito do apelo à estética em moças de classes sociais menos favorecidas e até que ponto elas estão aderindo a uma busca da ‘perfeição’ ditada pela classe dominante e adotando suas práticas para ficar bonita. A inserção social é então um fator relevante para compreender a adesão à cirurgia estética e a diferença simbólica e material associadas à decisão pela cirurgia.

A conformação do grupo de sujeitos e outros informantes, no entanto, foi sendo estabelecida ao longo do trabalho de campo. Isto, pois, utilizei como técnica de amostragem o tipo ‘Bola de Neve’. O grupo inicial de participantes que foi selecionado aleatoriamente, após terem sido entrevistados identificou outros participantes que pertenciam à mesma população alvo. Este processo foi executado em ondas sucessivas, o que maximizou as

referências e informações. Este tipo de amostragem é muito utilizado para estimar características raras na população e sua principal vantagem é aumentar substancialmente a possibilidade de localizar a característica desejada na população e os custos serem relativamente baixos. O que ocorre então, é que um participante faz novas indicações ou mediações com outros possíveis participantes de suas redes de relações (BIERNACKI & WALDFORD, 1981). O que ocorreu é que tivemos que alargar a faixa etária pela dificuldade em chegar em sujeitos com no máximo 29 anos somente como já fora mencionado.

Embora tivesse estipulado uma meta inicial de 8 entrevistas – 4 com mulheres dos seguimentos populares e 4 com mulheres dos seguimentos altos e médios - tal objetivo se mostrou problemático pela complexidade de comparar o fator inserção social num grupo pouco abrangente e contando com pouco tempo para trabalho de campo com tal exigência. Ainda o encontro de mulheres dos seguimentos populares se mostrou mais problemático do que supunha, pois os critérios inicialmente estipulados dificultaram achar os sujeitos. Isto é, a técnica de amostragem do tipo ‘Bola de Neve’ acabou por não facilitar o encontro das mulheres dos segmentos mais populares, no entanto, pudemos verificar a procura de mulheres desses segmentos mais populares em visitas em um Hospital de referência em cirurgia plástica sem fins lucrativos no Centro da cidade. Mas, contudo, não houve tempo para exploração desse campo.

Assim o universo de estudo está composto por 6 sujeitos do sexo feminino, moradoras do Rio de Janeiro, com renda mensal domiciliar de 4.000 a 12000 reais, de 28 a 32 anos e inseridas em ocupações profissionais ligadas à nutrição e atividades em salões de beleza. Durante a pesquisa de campo, os sujeitos apresentaram inserções profissionais semelhantes e voltadas para a estética e para a saúde. Foram também realizadas 4 entrevistas com mulheres que realizaram cirurgia estética, mas que não entraram formalmente na análise, mas trouxeram dados importantes para a investigação do tema. A entrevista com **Helena**, 28 anos, não entrou na análise pelo fato da participante não residir no Rio de Janeiro quando a cirurgia estética fora realizada. As entrevistas com **Iara**, 37 anos, e **Joana**, 36 anos, não entrou na análise pela idade exceder em muito a idade limite para a população jovem estabelecida pelo IPEA/2008, que é 29 anos e a entrevista com **Gabi**, 28 anos, pelo fato de sua renda mensal domiciliar, inferior a 1000 reais destoar de

todas as outras participantes. Além dessas também foi realizada 1 entrevista com um ‘profissional de corte’ (cabeleireiro) de um conceituado salão de beleza de Ipanema. Ainda foi realizada 1 entrevista com uma assistente social do processo de triagem do ambulatório geral de cirurgia plástica do Hospital sem fins lucrativos de referência no Centro da cidade já mencionado. As entrevistas com o cabeleireiro e a assistente social foram realizadas como meio de melhor explorar o campo e compreender o tema estudado, e foram consideradas importantes durante a pesquisa de campo.

Os nomes das mulheres são fictícios e foram dados nomes com iniciais diferentes, a primeira entrevistada analisada foi nomeada como **Ana**, a segunda entrevistada analisada foi nomeada como **Bia**, a terceira entrevistada analisada como **Carol**, a quarta entrevistada analisada como **Debi**, a quinta entrevistada analisada como **Ester** e a sexta entrevistada analisada como **Fátima**. O cabeleireiro foi nomeado com o nome fictício de **Antônio** e algumas entrevistadas que não entraram na análise foram nomeadas com os seguintes nomes fictícios: **Gabi, Helena, Iara e Joana**.

No que diz respeito aos critérios usados nesta pesquisa como o de renda, escolaridade e inserção social, nunca é demais lembrar que este último critério é bastante problemático e insuficiente para mostrar as razões e o significado da adesão de mulheres jovens às cirurgias estéticas. A estratificação econômica não é suficiente para explicar a diferença na prática da cirurgia, embora seja um indicador, entre outros. Isto posto, por que de alguma maneira e em alguma medida o capital econômico das nossas entrevistadas pode explicar a adesão na medida que as entrevistas possuem recursos e condições para tal. Os sistemas simbólicos dominantes numa determinada condição social tendem a explicar como determinadas tendências tornam-se dominantes e de que forma podem ser incorporadas por grupos. As mulheres analisadas, por trabalharem todas, com exceção de uma, em um salão de beleza que teria a cultura dominante dos segmentos médios e altos podem estar se apropriando dessa cultura.

As entrevistas, como já fora citado, tiveram um roteiro semi-estruturado, dividido em blocos temáticos (Anexo 1): A) informações sócio-demográficas; B) a cirurgia plástica; C) contexto amoroso e familiar e D) ‘boa forma’ e ‘cuidados corporais’. Há perguntas estruturadas, porém, há a preocupação de não conduzir o discurso do sujeito. Já as entrevistas com o cabeleireiro e a assistente social foram conversas informais que não

seguiram nenhum roteiro e não serviram como fonte para análise de dados e somente para melhor compreensão do campo e melhor localizar possíveis sujeitos.

A análise utilizada foi uma análise de conteúdo de categorias extraídas dos discursos dos sujeitos (BARDIN, 2000). As categorias são utilizadas para se estabelecer classificações “... trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso” (MINAYO, 2002, p. 70). A análise de conteúdo se refere a técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2000).

A escolha de um hospital de referência na questão da cirurgia plástica para fazer algumas visitas deu-se em função da dificuldade em encontrar sujeitos e da necessidade de conhecer melhor o campo. Ainda a maioria das moças entrevistadas apontava este hospital como o local no qual realizaram sua cirurgia ou cirurgias.

O hospital citado é uma Instituição de prestação de serviços à sociedade sem fins lucrativos, o seu trabalho abrange vários estabelecimentos em diversas áreas de atuação. Localiza-se no Centro da cidade e oferece serviços em diversas especialidades médicas, com atendimento ambulatorial, internação, cirurgias, além de exames e tratamentos. Possui atendimento universal pelo SUS ou particular.

Os tipos de cirurgias realizados pelos sujeitos foram as não faciais com fins estéticos e não reparadores e, portanto, aquelas que pressupomos como inseridas dentro de um fenômeno de ‘culto ao corpo’ e busca de um corpo ‘perfeito’. Alguns dos sujeitos também realizaram cirurgias faciais, além das corporais, no entanto, o critério para a escolha era o fato de terem realizado pelo menos uma cirurgia corporal. Os tipos de cirurgias não faciais dos sujeitos da pesquisa são: plástica no abdômen, implante de prótese de silicone nos seios e lipoaspiração.

4. 2. As Entrevistas

Passo a seguir a descrever sucintamente como as entrevistas foram realizadas. As primeiras participantes da pesquisa apareceram de diferentes redes de informantes. A primeira tentativa de entrevista foi quando visitei um conceituado salão de beleza em Ipanema para conversar com **Gabi**. Esta era conhecida de minha orientadora por ter realizado uma cirurgia plástica no abdômen, algo que planejava após ter tido um filho. Foi

explicado para a possível sujeito sobre o que se tratava a pesquisa: que era uma pesquisa sobre o crescimento e naturalização da cirurgia estética no Rio de Janeiro e que gostaríamos de ouvir as mulheres que se submeteram às cirurgias, para saber de suas experiências, sobre a cirurgia em si, sobre o processo pós-operatório, entre outras coisas. **Gabi** aceitou participar da pesquisa concedendo uma entrevista. Ela marcou a entrevista para a semana seguinte no mesmo dia da semana às 14hs, horário alegado ser o melhor para ela ser entrevistada no trabalho.

Compareci ao salão de beleza às 14hs, no dia combinado, para entrevistar **Gabi**. No entanto, **Gabi** não pôde conceder a entrevista, pois no momento estava atendendo uma cliente e alegou que naquele dia não poderia conversar comigo. Tentei marcar outro dia, porém, não foi possível. Ela disse, no entanto que teria duas pessoas para indicar e que depois falaria comigo. Entretanto, não se mostrou muito solícita, não parecia estar muito à vontade no ambiente de trabalho. Tentei encontrar, perguntando para pessoas conhecidas aleatoriamente, mulheres dos segmentos populares, que teriam realizado uma cirurgia estética, excluindo as de face. Porém, diante da dificuldade de encontrar essas mulheres, acabei por entrevistar moças que possuíam uma inserção nos segmentos médios – utilizando para tal o indicador renda domiciliar, sobre as quais tive informações. Vale ressaltar que nossas informantes, apesar de terem uma renda familiar de classe média e da formação educacional, todas tinham pelo menos o ensino médio, só uma trabalhava na profissão, as demais trabalhavam em salão de beleza, isto é, tinham inserção em atividades que não se exige escolaridade.

Entrevistei então **Helena**. Esta participante foi uma indicação de uma colega minha. A entrevista foi realizada numa quinta-feira, na própria casa da participante, um apartamento de dois quartos em Botafogo, zona sul do Rio. A entrevista foi realizada na parte da manhã, entre 10:48hs e 11:30hs, ou seja, com duração de 42 minutos. A entrevista foi realizada enquanto **Helena** cuidava de sua filha ainda bebê, em alguns poucos momentos fez breves pausas na entrevista para brincar com sua filha. Apesar disso a entrevista foi tranquila e a participante foi bastante solícita desde o início e colaborou com o desenvolvimento da entrevista. Infelizmente por a cirurgia ter sido realizada enquanto a participante ainda residia em sua cidade natal, Brasília, nós julgamos que não era prudente entrar na análise um sujeito que apesar de atualmente residir na cidade do Rio, na época da

decisão pela cirurgia e realização da mesma morava em Brasília. Isto, pois, o foco desta pesquisa é estudar o crescimento da cirurgia estética em mulheres moradoras do Rio de Janeiro. **Helena** não possuía indicações de possíveis sujeitos para a pesquisa, no entanto foi uma importante entrevista para explorar melhor o tema.

Seguindo outro informante, alguém de minha família, realizei uma entrevista com **Ana**. A entrevista foi realizada numa terça-feira, no local de estudo dela, que é uma estudante de mestrado em saúde pública no dia 7 de outubro de 2008. A entrevista foi realizada na parte da manhã, entre 9:46hs e 10:30hs, ou seja, com duração de 44 minutos. A entrevista foi realizada numa sala cedida por uma pesquisadora e professora de **Ana**. Nesta sala pudemos ter privacidade para conversar e evitar interrupções durante a entrevista. A entrevista foi, portanto, tranquila e **Ana** foi bastante solícita desde o início, só um pouco de pressa por ser seu local de trabalho, mas nada que comprometesse a entrevista. **Ana** infelizmente não tinha indicações de pessoas moradoras do Rio que tivessem realizado cirurgia estética não facial até os 29 anos. Apenas conhecia pessoas com uma faixa etária mais avançada em sua família que também teriam realizado cirurgia estética.

Outro informante, a mãe de um colega, indicou uma participante para a pesquisa. Realizei, então uma entrevista com **Iara** na parte da manhã, entre 10:11 e 11:01, isto é, com duração de 50 minutos. Esta entrevista foi feita no local de trabalho da participante, numa sala grande de reunião. Na sala em que entrevistei **Iara** havia outras pessoas presentes, embora não muito próximas de nós duas. Entretanto, a participante não se mostrou incomodada ou constrangida com a presença de seus colegas de trabalho, comentou que todos sabiam da cirurgia e conversava com todos sobre isso. **Iara** foi muito solícita e estava bastante à vontade apesar de estar no ambiente de trabalho. Indicou uma colega de trabalho pra fazer a entrevista. Infelizmente não foi possível realizar esta entrevista. A entrevista de **Iara** não entrou para a análise, pois sua idade, 37 anos, em muito excedia a idade limite para a população jovem segundo o critério do IPEA/2008 adotado na presente pesquisa, que é 29 anos, mas foi importante para melhor explorar o tema.

Por ter dificuldade em encontrar mulheres jovens dos segmentos populares que realizaram cirurgias estéticas, eu fui dia 28 de janeiro de 2009 visitar um hospital sem fins lucrativos de referência na área de cirurgia plástica no Centro da cidade para tentar

encontrar participantes e explorar melhor o campo. Visitei o Ambulatório Geral de Cirurgia Plástica, falei com um funcionário que nos aconselhou a conversarmos com a secretária do chefe do setor. Conversamos então com a secretária e a explicamos sobre o que se tratava a pesquisa, sobre as dificuldades de ter acesso ao público e o que procurávamos no hospital: como conversar com mulheres que estão à espera de cirurgia e saber suas expectativas, entrevistar profissionais da triagem e ter acesso a dados como cirurgias mais procuradas e as mais oferecidas. Marcamos, portanto, com a secretária uma conversa com o médico para a semana seguinte.

Dia 30 de janeiro de 2009, uma sexta-feira, foi um dia bastante rico para a pesquisa de campo. Fui a um conceituado salão de beleza em Ipanema e consegui realizar 3 entrevistas. Duas com 2 possíveis sujeitos e uma entrevista com um informante. Realizei uma entrevista com **Gabi**, a mesma participante que tentei entrevistar meses antes e não consegui. A participante é uma manicure do salão como já fora mencionado. A entrevista foi realizada na parte da tarde, entre 13:30hs e 14:49hs, ou seja, com duração de 1h e 19m. A participante parecia muito preocupada por estar no local de trabalho, não queria que ninguém percebesse que concedia uma entrevista. Aos poucos, porém, foi ficando muito à vontade e falou bastante de sua vida e da cirurgia. **Gabi** indicou **Antônio**, um ‘profissional de corte’ (cabeleireiro) que também trabalha no salão. Infelizmente a entrevista com **Gabi** não foi utilizada na análise, pois, a entrevista diferia muito em relação às outras. Optamos ao final por focar o estudo nas mulheres mencionadas. Ainda assim, é bom frisar que a entrevista da **Gabi** foi uma interessante entrevista que permitiu melhor explorar o tema e que poderá ser analisada numa outra fase da pesquisa.

Consegui conversar com **Antônio** no mesmo dia. A entrevista foi realizada na parte da tarde, entre 15:15hs e 16:15hs, ou seja, com duração de 1 hora. **Antônio** é ‘profissional de corte’ (cabeleireiro), tem 26 anos, realizou uma cirurgia há cerca de 3 meses. Esta foi uma cirurgia facial e funcional, além de estética. Tais fatos, acrescentando o fator de ser do sexo masculino o excluem como um sujeito de pesquisa, no entanto foi interessante informante como forma de melhor explorar o campo por estar inserido num ambiente em que a ‘beleza’ é tão importante e poderia auxiliar na indicação de novos sujeitos. Comentou que morou na França e Bélgica e falou sobre as diferenças entre brasileiros e estrangeiros. Mencionou que os estrangeiros não se preocupam tanto com o corpo, em

malhar, em estar ‘em forma’. Comentou que entre os moradores do Rio de Janeiro, pelo menos da zona sul, onde reside, há uma preocupação maior em ‘cuidar’ da aparência do que entre as pessoas de Patos de Minas, sua cidade natal. Ainda afirmou que entre os homens homossexuais como ele existe uma maior preocupação com a estética. Acredita que a ‘beleza’ é muito importante, nos relacionamentos é uma importante ‘moeda de troca’, defende, pois homens com dinheiro exigem mulheres cada vez mais jovens e ‘belas’ explica. Além do que, as mulheres agora também estão mais exigentes com relação à aparência do homem, existiria mais ‘igualdade’ na atualidade. Indicou **Bia** para a pesquisa.

Realizei, então, uma entrevista com **Bia**, uma colorista de um conceituado salão de beleza de Ipanema. Sentamos um pouco afastadas das outras pessoas presentes no salão e conversamos abertamente, não tivemos interrupções durante a entrevista. A entrevista foi realizada entre 17:10hs e 18:15hs, ou seja, com duração de 1h e 5 minutos. A entrevista foi tranquila e **Bia** foi muito simpática e ficou muito à vontade em falar de suas cirurgias desde o início. Os seus colegas de trabalho sabiam de suas cirurgias e ela não parecia ter nenhum constrangimento em relação a isso. Apesar de estar no ambiente de trabalho não possuía pressa e a conversa fluiu normalmente. Ela indicou **Carol** para participar da pesquisa.

Pela segunda vez visitei o hospital de referência em cirurgia plástica no Centro da cidade no dia 4 de fevereiro de 2009. Compareci às 9hs da manhã para conversar com o chefe do Serviço do Ambulatório Geral de Cirurgia. Aguardei um tempo na sala de espera juntamente com as pacientes até o atendimento. A secretária dele havia agendado nossa conversa no lugar de uma breve consulta. Conversei então com ele, expliquei brevemente sobre o que se tratava a pesquisa e sobre a dificuldade de ter acesso às mulheres. Expliquei que gostaria de saber como funciona o hospital, expliquei que entre os sujeitos entrevistados vários fizeram a cirurgia naquele hospital. Falamos do interesse em saber a respeito da classe social e da idade das mulheres que faziam cirurgias. Perguntamos da possibilidade de conversar com os profissionais que fazem a triagem com as pacientes. O médico explicou que antes de tudo teríamos que levar uma cópia do protocolo do Comitê de Ética e assim conseguir a autorização para marcar a conversa com os profissionais e pacientes. Ele aconselhou irmos segunda e sexta de manhã. Na segunda vão ao ambulatório as mulheres que estão pensando em fazer cirurgia, mas estão indo ao hospital pela primeira

vez e não decidiram pela cirurgia ainda, já na sexta estão mulheres que já obtiveram as informações necessárias, como preços e decidiram pela cirurgia.

Outra informante, uma pessoa conhecida minha, indicou **Joana** para me conceder uma entrevista. Através de um telefonema alguns dias antes eu consegui agendar uma entrevista com **Joana**. A entrevista foi realizada numa quinta-feira, na parte da tarde entre 14:08 e 14:50, ou seja, com duração de 42 minutos. A entrevista foi realizada no local de trabalho de **Joana**. Esta é dona de uma loja de roupas na Rua Visconde de Pirajá em Ipanema. Sentei numa mesa um pouco afastada da funcionária da loja presente no dia para poder conversar com **Joana** mais à vontade. Pudemos ter um pouco de privacidade, porém por estar no local de trabalho tivemos algumas poucas interrupções, mas a entrevista ocorreu calmamente e a participante foi solícita, apenas um pouco preocupada com as clientes que apareciam. Infelizmente a entrevista de **Joana** não entrou para a análise, pois sua idade, 36 anos, em muito excedia a idade limite para a população jovem segundo o critério do IPEA/2008, que é 29 anos. Porém, foi uma importante fonte para melhor investigar o assunto.

Entrevistei **Carol** que foi indicada por **Bia**, colorista de um conceituado salão de beleza em Ipanema. **Carol** também trabalha como colorista, só que num salão de beleza conceituado da Barra da Tijuca. Esta entrevista foi problemática, pois foi difícil iniciá-la. Anteriormente foi agendada a entrevista para uma sexta-feira, às 12hs no dia 13 de fevereiro de 2009. No entanto, como a entrevista fora marcada pela participante no seu local de trabalho, clientes sem hora marcada apareceram o que atrasou bastante a entrevista. Esta só começou às 15:30 e terminou às 16:33, ou seja, teve duração de 1h e 3 minutos. A participante foi muito solícita e falou sem constrangimentos sobre sua cirurgia mesmo estando no ambiente de trabalho. Depois de iniciada, portanto, a entrevista fluiu naturalmente.

Uma nova visita ao hospital de referência em cirurgia plástica no Centro da cidade foi realizada 16 de fevereiro de 2009, uma segunda-feira na parte da manhã. A autorização do Comitê de Ética foi mostrada ao médico chefe do Serviço do Ambulatório Geral de Cirurgia Plástica e ele nos autorizou a conversar informalmente com a assistente social. Os dados sobre cirurgia no hospital ainda não são informatizados, agora que esta informatização está começando a acontecer ela informou. Ela comentou que desde os

últimos 10 anos mais ou menos a procura por prótese de silicone aumentou muito, antes ‘no Brasil o foco não era o peito grande’ comenta a assistente social, mas depois de algumas pessoas famosas colocarem o silicone houve uma procura enorme, citou o ‘caso Xuxa’. A apresentadora colocou prótese de silicone após ter tido a filha e depois disso muitas mulheres apareceram no hospital querendo fazer o mesmo falou a assistente social. Ela comentou a respeito das cirurgias: plástica do abdômen, redução de mama e prótese de silicone nos seios. A assistente social afirmou que embora a redução seja mais procurada que a prótese no hospital, proporcionalmente a procura pela prótese aumentou muito como já fora dito. A plástica do abdômen se manteve no mesmo nível de procura nos últimos 10 anos comentou. Com relação ao preço ela falou que depende muito, é negociável de acordo com a situação financeira da paciente, mas para cirurgia estética é cobrado pelo menos 1500 e o máximo é 4500 atualmente, sem incluir a prótese no caso de implante de prótese de silicone. Imagínávamos poder entrevistar mulheres na sala de espera, mas pela falta de tempo essa estratégia se mostrou inviável. No entanto, os dados do serviço se mostraram importantes para compreender melhor o assunto.

Realizei, na mesma semana, no dia 3 de abril de 2009, uma entrevista com **Debi**, uma depiladora de um salão de beleza conceituado de Ipanema. Ela foi indicada por uma outra funcionária do salão que citou o nome de algumas mulheres que realizaram cirurgias estéticas que trabalham no mesmo salão: **Debi, Ester e Fátima**. Durante a entrevista sentamos no sofá de espera, tivemos privacidade, pois não tinham outras pessoas muito perto. Apenas tivemos uma interrupção durante a entrevista, pois **Debi** necessitou atender uma cliente, porém não foi um atendimento muito longo. A entrevista foi realizada entre 14:00hs e 15:40hs, contando com 50 minutos de interrupção, ou seja, a entrevista teve duração de 50 minutos. No início da entrevista **Debi** estava tensa, porém com o tempo ela foi ficando mais à vontade para falar abertamente. A entrevista ficou, então, tranqüila. **Debi** foi extremamente solícita. Ela não parecia se incomodar com os colegas de trabalho que sabiam de sua cirurgia.

No dia seguinte à entrevista com **Debi**, realizei a entrevista com **Ester**, no dia 4 de abril de 2009 numa lanchonete perto do salão de beleza de Ipanema, no momento em que **Ester** fazia seu intervalo para almoço. A entrevista foi realizada entre 13:00hs e 13:44hs, ou seja, com uma duração de 44 minutos. Ela é colorista e também trabalha neste salão de

beleza. No início ela não estava muito tranqüila, muito preocupada com o horário de almoço e o trabalho, mas no decorrer da entrevista foi ficando calma e contribuiu bastante. Foi bastante solícita e falou abertamente sobre suas cirurgias, não pareceu constrangida em falar a respeito de suas intervenções estéticas.

A última entrevista foi realizada com **Fátima** no dia 29 de abril de 2009. **Fátima** também trabalha no salão de beleza de Ipanema em que trabalham **Bia, Debi e Ester**. Quando a entrevistei, no entanto, estava de férias e realizei a entrevista em sua casa. Ela trabalha como recepcionista do salão de beleza. A entrevista foi realizada entre 15:10hs e 16:05, isto é, com duração de 55 minutos. Em parte pela entrevista ser em sua casa, **Fátima** ficou completamente à vontade para falar de sua cirurgia e foi extremamente solícita. A entrevista foi então muito tranqüila e fluiu naturalmente.

Entre os sujeitos analisados, **Bia** indicou **Carol** e ambas afirmaram ter um vínculo de amizade. As duas trabalham em salão de beleza, uma em Ipanema e a outra na Barra da Tijuca. **Debi, Ester e Fátima** conhecem **Bia**, pois trabalham no mesmo salão de beleza conceituado de Ipanema. Contudo, foram indicadas por uma amiga em comum que também trabalha no mesmo salão de beleza, mas que, no entanto, não foi entrevistada. **Ana** é a única que não trabalha em salão de beleza, é nutricionista e não tem relação com as demais mulheres que participaram da pesquisa.

Os vínculos que unem a maior parte dos sujeitos aponta para a existência da relação entre eles e o fato do conhecimento mútuo da realização da cirurgia estética sinaliza para o compartilhamento de condições semelhantes. Há uma sobreposição dessas redes em termos de gênero, amizade e local de trabalho. Este último fator, o fato de todas estarem inseridas em ocupações profissionais voltadas para o cuidados com o corpo mostrou-se relevante para a pesquisa e o contexto ocupacional foi preponderante na análise. Enfatiza-se, assim, a constituição de um universo semelhante que compartilham experiências e valores que apontam para uma visão de mundo próxima.

O trabalho de campo se estendeu entre setembro de 2008 e abril de 2009, com algumas longas interrupções por necessidade da pesquisa teórica. O produto final foram 10 entrevistas realizadas com mulheres que realizaram cirurgias estéticas, sendo que apenas 6 entrevistas serviram para análise pelas razões já mencionadas. Entre as analisadas 3

excederam de 1 a 3 anos o limite etário antes previsto. Além dessas, 2 conversas informais foram realizadas no estudo exploratório, com um cabeleireiro e uma assistente social.

Algumas considerações quanto ao consentimento informado se fazem relevantes: o projeto para a realização desta dissertação foi submetido ao Comitê de ética da Escola de Enfermagem Anna Nery. Esclarecimentos da pesquisa e a leitura do consentimento informado foram feitos antes de cada entrevista; ao final, o mesmo documento era assinado pela participante. O TCLE encontra-se em anexo (anexo 2).

CAPÍTULO 5. ANÁLISE

A presente parte do trabalho trata da análise do conteúdo das entrevistas dos sujeitos da pesquisa. A partir da análise das categorias foram estabelecidos os significados que as jovens mulheres entrevistadas têm a respeito da modificação corporal via cirurgia estética e cuidados com o corpo de uma forma geral. Tomamos o posicionamento de Minayo quanto a análise temática e categórica, quando ela diz que as categorias são utilizadas para se estabelecer classificações “... trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso” (MINAYO, 2002, p. 70). Para o tratamento dos dados a técnica da análise temática ou categorial foi utilizada e, de acordo com Bardin (2000), baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Portanto através da decomposição da mensagem chegou-se a unidades de registro elaborando-se categorias, em seguida explorou-se o material com a interpretação tentando desvendar o conteúdo subjacente. Isto significa que através da análise das entrevistas fui levada a decompor por temas as entrevistas, destacando os temas relativos ao que foi proposto nos objetivos da pesquisa para uma análise dos assuntos que se mostraram mais relevantes e melhor se destacaram.

Como já mencionado o objetivo da pesquisa foi contribuir com a reflexão a respeito da crescente obsessão com a ‘perfeição’ do corpo e a aceitação naturalizada das cirurgias estéticas em mulheres moradoras do Rio de Janeiro. O tema ‘o modelo de beleza e o cuidado com o corpo’ explora esta questão. Aprofundando esta análise investigou-se se

existe e até que ponto há uma preocupação com o risco inerente que envolve uma cirurgia e um temor com relação à dor do pós-operatório e suas possíveis complicações entre os sujeitos da pesquisa. O tema ‘propensão à medicalização: as expectativas diante da cirurgia e a dor e complicações do pós-operatório’ explora esta questão.

Analisou-se se existe relação, na concepção das mulheres pesquisadas, entre deveres da mulher e cuidado com a aparência, isto é, se é uma obrigação maior da mulher ser ‘bela’. Investigou-se no discurso dos sujeitos se realizam estas intervenções para si ou para o outro e como significaram a opção pela cirurgia estética, se as mulheres sentiam-se mais ‘donas’ de seus corpos ao submetê-los a cirurgias estéticas ou mais pressionadas por fatores externos, como parceiro amoroso, família, amizades. Os temas ‘o imperativo da sedução baseado na beleza feminina’ e ‘a beleza e o ‘discurso psi’’ exploram estas questões. A especificidade do trabalho das entrevistadas e sua exigência no cuidado com a aparência e o corpo são abordadas no tema ‘O Ambiente de Trabalho e a Exigência do Cuidado com o Corpo’.

Foi possível verificar em relação à percepção sobre as normas existentes como a ‘magreza’ e a ‘beleza’ estão associadas e como os sujeitos, em geral, apresentam muitos cuidados com o corpo, seja na prática de exercício físico, no cuidar da pele, do cabelo, das unhas e no cuidado com a alimentação e por vezes o discurso da saúde aparece associado a este cuidado. Além disso, entre os sujeitos a preocupação com o resultado da cirurgia, ou seja, se ficariam esteticamente da forma que almejavam era o foco, não aparece como relevante uma preocupação ou medo com relação aos riscos que uma cirurgia implica e nem com a dor e possíveis complicações do pós-operatório. As aspirações das mulheres estavam muito associadas em como um bom ‘resultado’ proporcionariam para elas uma melhora na auto-estima, na autoconfiança. A questão da modificação corporal após a gravidez e amamentação apareceu como muito relevante. Dentre as mulheres entrevistadas, 4 já tinham filhos e justificaram a cirurgia estética na modificação do corpo após a maternidade. A questão da particularidade das ocupações das mulheres entrevistadas também foi uma questão importante a ser analisada. Todas elas tinham ocupações em que o cuidado com o corpo e com a aparência é importante. Este dado, portanto, também apareceu como relevante no cuidado das entrevistadas com relação ao seu corpo e aparência.

Os depoimentos das mulheres nas entrevistas são o material básico para as análises e de modo geral as entrevistas foram muito boas. A maioria das entrevistas foi realizada no local de trabalho das entrevistadas por escolha das próprias mulheres. Aparentemente não houve constrangimentos por parte das participantes pela presença de colegas de trabalho ou pelo fato de estar concedendo uma entrevista a respeito da cirurgia estética realizada. Com um agendamento prévio através uma conversa por telefone as entrevistas foram marcadas. Os nomes são fictícios e foram dados nomes com iniciais diferentes, Sujeito 1 foi nomeado com **Ana**, Sujeito 2 como **Bia**, Sujeito 3 como **Carol**, Sujeito 4 como **Debi**, Sujeito 5 como **Ester** e Sujeito 6 como **Fátima**.

A entrevista com **Ana** foi numa sala cedida por sua orientadora, no caso essa moça é uma estudante de mestrado. A entrevista com **Bia** foi no salão de beleza em que ela trabalha, assim como a entrevista com **Carol e Debi**. **Bia e Debi** trabalham num salão de beleza de conceituado de Ipanema, enquanto **Carol** num salão de beleza conceituado da Barra da Tijuca. A entrevista com **Ester** foi numa lanchonete, durante seu intervalo de trabalho, ela também trabalha no mesmo salão de beleza que **Bia e Debi**. A entrevista com **Fátima** foi realizada na casa dela, esta entrevistada também trabalha no mesmo salão que **Bia, Debi e Ester**, mas encontrava-se de férias durante a época da entrevista. Nossas entrevistadas mostraram-se muito disponíveis para dar entrevista e indicar pessoas conhecidas que haviam se submetido à cirurgia estética.

Dentre os 6 sujeitos de pesquisa, 5 trabalham em salão de beleza e uma é nutricionista e estudante de mestrado. Nota-se então que todas de alguma forma têm como ocupação um trabalho que se volta para o cuidado com o corpo e/ou aparência. Entre as que trabalham em salão de beleza 3 são coloristas, uma é depiladora e uma é recepcionista, entre as 5, uma tem ensino médio, duas têm superior incompleto, uma é técnica em enfermagem e uma tem superior completo. A renda domiciliar mensal das entrevistadas varia entre 4.000 e 12.000 reais.

As entrevistas foram decompostas em 5 temas: 1. O modelo de beleza e os cuidados com o corpo; 2. Propensão à medicalização: as expectativas diante da cirurgia e a dor e complicações do pós-operatório; 3. O imperativo da sedução baseado na beleza feminina; 4. A beleza e o ‘discurso psi’ e 5. O Ambiente de Trabalho e a Exigência do Cuidado com o Corpo, compondo um quadro que orientasse os achados em relação ao universo empírico

estudado, realizando uma análise tema por tema. Desse modo foi possível analisar semelhanças, diferenças e contrastes nos depoimentos das mulheres entrevistadas. Foi possível ainda incluir uma breve história das entrevistadas mostrando a compreensão delas em relação às expectativas frente à realização da cirurgia. Organizamos o material mostrando a percepção das mulheres sobre a necessidade da cirurgia, suas aspirações, expectativas, relação com parceiro, família e ambiente de trabalho.

A partir das entrevistas foi montada uma caracterização que vem fornecer uma visão mais geral e sintética do universo em questão. Então, com o objetivo de facilitar a compreensão do processo decisório que envolve a decisão pela cirurgia, a justificativa e a motivação das entrevistadas apresentamos as histórias das mesmas traçando uma caracterização inicial, a partir de eventos significativos e motivações atribuídas à cirurgia. Também buscamos evidenciar dados relativos à composição familiar, trabalho e ocupação. Como já mencionado utilizamos nomes fictícios para nossas entrevistadas e serviços para garantir o anonimato. Ressalto que a presente pesquisa encontrou em seus resultados os seguintes pontos a serem destacados: uma ausência significativa de preocupação com os riscos de uma intervenção cirúrgica e a dor do pós-operatório, uma explicação na escolha pela cirurgia voltada para um discurso da auto-estima e na modificação corporal pós-maternidade e a importância do ambiente de trabalho para o cuidado com o corpo.

ANA – Tem 28 anos, é casada, não tem filhos, mora apenas com o marido, é nutricionista, sua ocupação é estudante de mestrado em saúde pública. Possui renda domiciliar mensal de 10.000 reais. A cirurgia estética que realizou foi um implante de prótese de silicone para aumento dos seios aos 23 anos. O motivo alegado para a realização da cirurgia foi a insistência da família. No entanto, fala de sua preocupação com um padrão estético e em especial com o resultado da cirurgia. Quanto ao pós-operatório ela relata ter tido problemas, sentiu muita dor e teve problemas com a cicatrização. Com relação aos temores e expectativas com a cirurgia, eles estavam relacionados ao resultado, no caso ‘o tamanho do peito’ e não em relação aos riscos que uma intervenção cirúrgica acarreta. Estar ‘magra’ representa estar ‘em forma’ para **Ana** e ela diz fazer exercício físico diariamente para ficar ‘em forma’. Além disso, tem hábitos ‘de mulher’ como ela chama, como passar creme, depilação, dermatologistas, essas coisas. **Ana** acredita que estar ‘em forma’ traz um

benefício pessoal, aponta o se ‘sentir bem’, um ‘bem estar’, além disso, afirma que para o mercado de trabalho e pra convívio social a aparência é relevante. Coloca sua preocupação não só como uma questão de estética, ela frisa a questão da saúde, a preocupação em ter uma vida saudável.

BIA - Tem 29 anos, é casada, tem 2 filhos, mora com o marido e os filhos, é colorista de um salão de beleza conceituado de Ipanema, é formada em Administração de Empresas. Possui renda domiciliar mensal de 12.000 reais. Dos 16 anos até os 28 anos **Bia** realizou uma cirurgia de redução de mama, um implante de prótese de silicone para aumento dos seios, duas lipoaspirações e uma plástica nas pálpebras. **Bia** afirma ter decidido fazer as cirurgias estéticas porque ela precisa se sentir sexy, afirma que é para chamar a atenção dos homens. Ela afirma que tanto o marido quanto ela são pessoas muito ligadas na estética e associa isto diretamente à vida sexual, diz que ambos gostam muito de sexo e que a aparência é fundamental para a vida sexual. Confessa que acha que essa necessidade oriunda do fato de ter sido uma adolescente ‘gorda’ e que isso trouxe muito sofrimento para ela. Quanto ao pós-operatório ela relata que não teve complicações, embora tenha sentido muita dor, em especial com as lipoaspirações. **Bia** relata freqüentar academia, fazer tratamento com nutrólogo e ter muitos cuidados com a beleza, que envolvem cabelo, unha, e diz que isso se intensificou muito quando foi trabalhar no ramo de salão de beleza, foi aí que apareceu, como conta, em sua cabeça o ‘biótipo loira, alta e magra’.

CAROL - Tem 28 anos, é casada, tem 2 filhas, mora com o marido, as 2 filhas e 2 enteadas, é colorista de um salão de beleza conceituado da Barra da Tijuca e tem superior incompleto. Possui renda domiciliar mensal de 10.000 reais. A cirurgia estética que realizou foi um implante de prótese de silicone para aumento dos seios aos 26 anos. **Carol** alega que decidiu fazer a cirurgia, pois depois que amamentou suas 2 filhas seus seios ‘murcharam’ segundo ela. Quanto ao pós-operatório ela relata não ter tido problemas, diz que não sentiu dor, apenas um inchaço e dificuldade para dormir durante uns 20 dias. Com relação aos temores e expectativas com a cirurgia, eles estavam relacionados ao resultado, no caso ‘ficar com um peito grande e duro’ e não em relação aos riscos que uma intervenção cirúrgica acarreta. Estar ‘magra’, ter um corpo ‘bonito’, ter cabelo bem cuidado

e estar arrumada representa estar ‘em forma’ para **Carol**. Ela diz que é importante o se ‘sentir bem’ e o ‘gordinho’ não se sente bem. **Carol** menciona a questão da saúde também. Ela diz que odeia academia, mas vai quando tem tempo, no entanto prefere exercícios ao ar livre, como caminhadas na praia. Contudo, assume que deveria ‘puxar ferro’ na academia. Hábitos como cuidar do cabelo, cuidar das unhas e depilação ela diz que cuida ao extremo, alega que isto está muito associado ao trabalho dela no salão de beleza, ‘não tem como não cuidar’ afirma. Ela acredita que as pessoas transmitem o que quiserem pela aparência, defende que a imagem é muito importante, em especial no seu trabalho no salão. Além disso, aponta que na vida pessoal a aparência é relevante, pois, segundo ela ‘ninguém gosta de gente feia’, contudo enfatiza que não existe ‘mulher feia, mas sim mal investida em termos de beleza’.

DEBI - Tem 32 anos, é casada, tem 2 filhos, mora com o marido e os 2 filhos, é depiladora de um salão de beleza conceituado de Ipanema e tem formação em técnica de enfermagem. Possui renda domiciliar mensal de 4.000 reais. A cirurgia estética que realizou foi uma plástica no abdômen com 30 anos. Afirma ter decidido fazer a cirurgia por que seu corpo se modificou bastante após ter tido seus filhos e tinha muita vergonha de seu abdômen. Ela afirma que não era cobrada explicitamente por seu companheiro, no entanto, ‘o olhar dele dizia ...’ e tinham problemas na vida sexual. Quanto ao pós-operatório **Debi** relata não ter tido problemas, não sentiu nenhuma dor afirma. Com relação aos temores e expectativas com a cirurgia, eles estavam relacionados ao resultado, no caso o ‘abdômen liso’, e não em relação aos riscos que uma intervenção cirúrgica acarreta, admite que não teve medo nenhum, estava muito tranqüila. **Debi** relata que tem cuidados com alimentação e também cuida do cabelo, unha, pele, e associa estes cuidados ao fato de trabalhar em um salão de beleza, o que facilita esses cuidados.

ESTER - Tem 30 anos, é divorciada, não tem filhos, mora sozinha, é colorista de um salão de beleza conceituado de Ipanema e ensino médio. Possui renda mensal de 8.000 reais. Dos 29 aos 30 **Ester** realizou uma cirurgia de implante de prótese de silicone nos seios, uma lipoaspiração e uma plástica no nariz. Relata ter sido uma adolescente ‘gordinha’ e quando emagreceu o peito ‘caiu’, mas, no entanto, seu ‘foco’ não era o seio e

sim ter um filho. Após a separação de um casamento que durou dez anos não pensou mais em filho, conta, e decidiu fazer a cirurgia, também porque via os seios de outras mulheres no salão em que trabalha, tanto colegas quanto clientes. Aproveitou que ia fazer o seio e decidiu fazer a lipoaspiração simultaneamente. A plástica no nariz resolveu fazer porque seu nariz ‘era muito ruim’ segundo ela. Quanto ao pós-operatório ela relata ter sentido muita dor somente na recuperação da lipoaspiração. Com relação aos temores e expectativas com a cirurgia, eles estavam relacionados ao resultado e não em relação aos riscos que uma intervenção cirúrgica acarreta. Estar ‘magra’, ‘seca’ representa estar ‘em forma’ para **Ester**. Ela diz que não pratica exercício físico, mas tem cuidado com a alimentação, pois tem tendência para engordar. Além disso, tem cuidado com a pele, cabelo, unha, até porque defende que ela é uma referência para suas clientes já que trabalha em um salão de beleza.

FÁTIMA - Tem 28 anos, é divorciada, tem 1 filha, mora apenas com a filha, é recepcionista de um salão de beleza conceituado de Ipanema e tem superior incompleto. Possui renda mensal de 4.000 reais. A cirurgia estética que realizou foi um implante de prótese de silicone para aumento dos seios aos 27 anos. Afirma ter decidido fazer a cirurgia por que depois de ter amamentado sua filha seus seios ficaram ‘meio fora do lugar’. Quanto ao pós-operatório ela relata não ter tido problemas, foi tranqüilo e não sentiu muita dor, só um incômodo. Com relação aos temores e expectativas com a cirurgia, ela admitiu ter um pouco de medo, mas nada que a impedisse de fazer a cirurgia. Ter ‘um corpo legal’ representa estar ‘em forma’ para **Fátima** e ela diz freqüentar bastante a academia e admite se cobrar muito com relação à aparência. Ela acredita que a pessoa tem que está com uma boa aparência para estar ‘de bem’ com a vida, com os amigos, com o trabalho e fala que no seu trabalho em particular isto é muito importante. Ela relata que é extremamente cuidadosa com a alimentação e cuidados como cabelo, unhas, depilação e inclusive a incomoda quem não tem esses cuidados.

Como já fora mencionado as entrevistas foram decompostas nos seguintes temas 1. O modelo de beleza e os cuidados com o corpo; 2. Propensão à medicalização: as expectativas diante da cirurgia e a dor e complicação do pós-operatório; 3. O imperativo da

sedução baseado na beleza feminina; 4. A beleza e o ‘discurso psi’ e 5. O Ambiente de Trabalho e a Exigência do Cuidado com o Corpo.

5. 1. O Modelo de Beleza e os Cuidados com o Corpo

Pode-se observar entre nossas informantes o quanto a aparência física de ‘perfeita beleza’ e a recomendação de exercícios e cuidados com o corpo como a dieta para conservar a forma é uma tônica em seus discursos. O modo de expressão que uma de nossas entrevistadas adota para mencionar o quanto a beleza para ela interfere em vários aspectos da vida é um dado que nos parece muito relevante, que reafirma o quanto no seu entender a beleza confere ao corpo um aspecto particular que vai de encontro ao modo como na sociedade de consumo atual existe um extremo valor atribuído à bela apresentação, à boa saúde e à boa forma. Tal fato associa-se às inovações tecnológicas da estética que acabam por permitir transformações corporais cada vez mais definitivas. A forma física é, então, um aspecto muito importante da vida dos indivíduos na nossa sociedade ocidental contemporânea, representando parte muito relevante na identidade de homens e mulheres e um aspecto marcante na nossa cultura (Rodrigues, 1999). Nota-se na fala de **Ana** como seu discurso aparece em conformidade com certas características essenciais atribuídas respectivamente ao ‘belo’ como modelo estético. Em sua fala a importância da ‘beleza’ aparece tanto para o mercado de trabalho quanto para a vida social e **Ana** defende que não se trata de futilidade, pois ela não vive para a ‘beleza’, apenas a coloca em sua vida e traz a questão da saúde associada ao cuidado com o corpo.

...vamo ser sincera pra mercado de trabalho conta (beleza), pra convívio social conta, quando você vai pra praia conta, tudo conta, se você estiver bem fisicamente isso transcende para todas as áreas da sua vida. Eu acho que é muito importante. Eu dou muito, muito, muito valor pra essa parte, eu não sou fútil não, porque tem aquelas mulheres que vivem para isso, eu não vivo para isso não, eu vivo e coloco isso na minha vida, eu tento ter uma vida saudável até por uma questão de saúde e não só pela questão do físico, da estética, né, eu tento manter né uma vida saudável (Ana).

Observamos uma franca associação entre beleza e magreza. Esta relação mostra que o padrão magreza é fortemente associado aos padrões estéticos das informantes. Nossas

informantes reproduzem a idéia muito disseminada na cultura ocidental que associa beleza à magreza na atualidade. Mais do que isso, a própria idéia de saúde também é associada aos padrões de beleza, sendo a magreza vista como um sinal de saúde. O desenvolvimento da indústria publicitária a partir da segunda metade do século XX contribuiu com a valorização de um corpo magro como aponta Castro (2005). Esta associação entre magreza e beleza pode ser observada nos trechos a seguir:

Estar em forma?...Ah tá magra. Tá magra eu acho que é tá em forma (Ana).

Uma mulher em forma? Ah, não precisa tá com tudo duro, igual a essas mulheres que malham pra burro. Eu acho que é uma mulher magra, seca, né (Ester).

Como se pode ver há uma enorme desvalorização do corpo que não se enquadra no padrão de beleza vigente, que inclui a ausência de gordura. Há de fato um julgamento moral em relação ao corpo fora do modelo de beleza. O diferencial da atualidade é a capacidade crescente de ‘construir’ o próprio corpo e como consequência a responsabilidade atribuída principalmente às mulheres por sua ‘beleza’ ou ‘falta dela’. As cirurgias estéticas alimentam o discurso da beleza como o resultado da responsabilidade individual pelo próprio corpo. A pressão social sobre aqueles que não conseguem emagrecer ou corrigir possíveis ‘defeitos’ corporais também é grande por que recusar a beleza de um corpo magro torna-se sinal de negligência para consigo próprio. O fracasso não se deve mais a uma impossibilidade mais ampla, mas a uma incompetência da própria mulher em cuidar de sua aparência já que a tecnologia cosmética, mas não só, está cada vez mais desenvolvida. Então ser ‘bela’ ou não depende e como a mulher investe na sua aparência como aparece no discurso de **Carol**:

Pra mim não existe mulher feia, isto não existe, existe mulher mal cuidada. Pega qualquer mulher que você olha, ‘oh coitada tão feia’, faz um corte maneiro, põe uma roupa decente, muda o visual, bota uma cor no cabelo, faz uma maquiagem. Não existe mulher feia, existe mulher mal cuidada, mal investida nesse aspecto da beleza (Carol).

O fracasso está associado a ter gordura, a valorização da magreza suscita repugnância e preconceito em relação à gordura e associa o gordo à característica de infeliz. Isto aparece na seguinte fala de **Carol**:

Eu acho que você só fica bem, se enxerga bem quando você está bem com você mesma... Então assim, eu acho que você tem que estar bem consigo mesmo, eu acho que gordo você não vai tá se sentindo bem, até é uma questão de saúde (Carol).

Principalmente no final do século XX, da década de 80, em diante, uma espécie de ônus a liberdade de poder mostrar mais o corpo, adquirida no final da década de 60, foi implantada. As mulheres quando percebem suas ‘imperfeições’ físicas não as consideram dignas de serem mostradas e optam muitas vezes por escondê-las ou ‘corrigi-las’, trata-se de uma ‘moral da boa forma’ como aponta Goldenberg & Ramos (2007). Nesse sentido o decoro não parece mais estar associado à exposição do corpo nu e sim nas regras de sua exposição. “Pode-se dizer que, sob a moral da ‘boa forma’, um corpo trabalhado, cuidado, sem marcas indesejáveis (rugos, estrias, celulites, manchas) e sem excessos (gordura, flacidez) é o único que, mesmo sem roupas, está decentemente vestido” (GOLDENBERG; RAMOS, 2007, p. 29). Considera-se importante, portanto uma adequação entre o físico e o que se pode vestir, quando perguntada se uma mulher independente do corpo pode vestir qualquer roupa, falas que apontam uma não aceitação de modelos de mulheres de outros segmentos sociais apareceram:

...mulher mais cheinha, vai colocar uma blusa aqui em cima para ficar aparecendo a barriga caindo, ah não, eu sou muito chata, eu acho que tem que ter senso para se vestir, não é toda roupa que combina com toda mulher não (Ana).

Nunca. O erro. Nunca, eu acho assim, se você é gorda você não vai colocar um biquíni enfiado lá, fio dental, cavado. Você vai botar um maiô, você não vai querer com um maior barrigão e botar piercing e top ... Assim eu tenho uma filha magra, magérrima e tenho uma filha gorda, a gordinha tadinha não pode usar as mesmas roupas que a magrinha, por que a magrinha põe um e fica bom, a gordinha vai querer ficar de barriga de fora, aí eu falo ‘ filha, tem que usar uma batinha, uma coisinha mais soltinha, por que vai ficar estranho’, ‘mas por quê, por quê?’ ‘por causa da barriga, meu amor’ (Carol).

Alguns depoimentos nos mostram como são formados os hábitos de cuidado com o corpo. Sabemos nessa direção que a publicidade difundiu uma variada quantidade de hábitos no sentido do cuidado com o corpo e certos hábitos como cuidado com a pele são

associados a ‘coisas de mulher’. Tais cuidados também aparecem nas falas das mulheres pesquisadas. Na fala de **Ana** a preocupação com a alimentação aparece como secundária. O principal cuidado que apresenta são com os exercícios físicos que pratica diariamente. Além disso, também tem cuidados como utilização de cremes, depilação, dermatologistas.

Eu malho todo dia para ficar bem, faço esteira, faço musculação e dependendo do dia da semana eu faço yoga, 2 dias da semana à noite (Ana).

...assim eu não como no Mac Donald's, tento não comer muita gordura, mas dizer que a minha dieta é saudável, não é totalmente saudável não, não é totalmente não, eu como porcarias, mas eu tenho cuidado de malhar que é essencial, eu faço exercício sempre, eu voltei a fazer porque eu estava doente, voltei a fazer. (Ana).

O que mais que eu faço? Ah, essas coisas de mulher, passo creme, tenho cuidado com isso, passar creme, depilação, dermatologistas, essas coisas. Eu adoro essas coisas, adoro coisas de beleza, eu adoro comprar creme, coisa pra celulite, adoro esse tipo de coisa. Acho que é isso que eu tenho comigo (Ana).

A intervenção através de uma cirurgia estética é uma forma mais recente e percebida como mais simplificada como aparece na fala de **Bia**:

Hoje em dia eu não me desespero tanto porque eu tenho o respaldo desse meu médico. Com dez dias de cirurgia eu já fui caminhar na esteira, com o peito duro. A médica liberou caminhada devagar, eu fiz 40 minutos de esteira (Bia).

Como aparece nas falas de **Carol, Ester e Fátima** há cuidados diários com o corpo que envolve disciplina, tempo e dinheiro:

A pele você tem que fazer tratamento, eu faço na clínica da pele, eu só parei de fazer no verão por que você não pode pegar sol e eu gosto muito de pegar sol. O que acontece, elas colocam uns cremes que tem ácido, aí é peling pra lá, você fica toda descamando, fica feio, eu não tenho paciência, mas tem que fazer, eu faço, mas faço no inverno, mas não dá pra não pegar sol nenhum, não dá, não pode pegar sol no tratamento senão mancha, piora. Então é isso, no inverno tratamento pra pele, e cremes do dia-a-dia normal, passo também cremes todos os dias, porque aqui a gente usa muita

maquiagem, então tem que tirar com o creme, normal. Passo creme anti-rugas nos olhos por causa da maquiagem. No corpo, na pele, passo hidratante (Carol).

Tenho, tenho (creme). Porque eu acho que eu tenho uma flacidez muito grande no meu rosto. Eu tenho olheira, a pele meio mole, se for pra eu botar botox, eu já até falei pro médico, eu faria (Ester).

...ir pra academia. Eu acho que, você num quer ir na academia, dá uma caminhada, sabe? Se alimentar bem, dormir bem...Eu sempre, sabe? Fui de noitada, muita coisa...hoje em dia, que...eu vejo que isso num é legal prá você. Seu corpo, você...o corpo é única coisa que a gente tem de legal. É nosso, só nosso. Se a gente num se cuidar... Com a alimentação, tentar dormir bem, sabe? Eu, me alimento bem, eu malho, sabe? Faço tratamento dermatológico até por causa, em questão das coisas que tomei...eu faço. E esse salão? É cabelo assim...unhas, depilação... Tem que tá sempre em dia com tudo. Até me incomoda, ver alguém na rua com quatro dedos de raiz assim... Tô habituada, sabe? Eu olho pra alguém já meio que, sei o que a pessoa tem que fazer, sabe? (Fátima).

Algo que apareceu nas entrevistas é a justificativa da cirurgia através do corpo modificado pela gravidez e amamentação. Todas as mulheres entrevistadas que já tinha filhos, **Bia, Carol, Debi e Fátima**, apontaram a modificação corporal por causa da gravidez e amamentação um motivo relevante para uma cirurgia estética. Entre as 2 que não tinham filhos uma citou que possivelmente faria outra cirurgia se seu corpo se modificasse com a gravidez. Há então uma tentativa de permanecer jovem e não aparentar a maternidade através do corpo.

Engravidei e eu já sabia que ia ficar aquele ovinho em volta do umbigo, mas não sabia que eu ia tirar o ovinho. Aí é aquela coisa, quem faz uma tem filho e não vai fazer de novo? Estava lá eu fazendo lipo de novo após 10 meses que meu filho nasceu. Eu fiz uma lipo escultura que é uma coisa mais desenhada (Bia).

Assim se eu não tivesse tido filho, tivesse linda, tem uma mulherada hoje em dia que tem que ter maior, cada vez maior, mas eu amamentei, aí (Carol).

Realmente é porque eu fiquei grávida. Eu num faria uma cirurgia ah ... por fazer, por pura vaidade. O meu foi necessidade (Debi).

Porque eu já tenho uma filha, né? E, depois de amamentar aí eu ... fica tudo meio que ... fora do lugar, né?... Tem aquela quedinha (...) Porque era tudo bonitinho, né? Aí ... eu num pensava em fazer não. Só depois mesmo(...)E aí, eu fiz mais pra correção. Entendeu? (Fátima).

Ana alega ter feito o implante de prótese de silicone nos seios, pois tinha seios pequenos, o que não está dentro do seu padrão estético e **Ester**, por que era uma adolescente ‘gordinha’ e quando perdeu peso o seio ficou ‘caído’.

Eu não tinha nada de seio, eu era completamente reta...(Ana)

Quando eu era adolescente eu era meio gordinha, aí quando eu emagreci, aí o peito caiu. Eu emagreci 15 quilos. Aí eu sempre tive vontade, aí fico vendo as colegas de trabalho sempre fazendo, a gente fica de olho vendo como é que é, aquela coisa toda, enfim (Ester).

Nessa direção é notável a crescente adesão a uma ‘ditadura da beleza’ e ‘um culto à forma física’, incluindo a utilização de métodos mais radicais como as cirurgias estéticas. No Brasil e particularmente no Rio de Janeiro, conhecido mundialmente como a Cidade Maravilhosa, a ‘ditadura da beleza’ atua de forma bastante incisiva e a grande exposição corporal contribui com tal fato. A preocupação com as formas ‘perfeitas’ do corpo, então, é muito acentuada e atinge, sobretudo, as mulheres. Principalmente no verão, homens e mais intensamente as mulheres querem estar em forma para a exposição do corpo. O fato de sediar a Globo e concentrar toda magia dos programas televisivos influencia também a obsessão carioca pela aparência. ‘O culto à beleza e à forma física é transmitido como um evangelho (Wolf, 1992), criando um sistema de crenças tão poderoso quanto ao de qualquer religião...’ (GOLDENBERG & RAMOS, 2007, p. 33). O Brasil é um país em que o culto da beleza, da juventude e da sensualidade aparece como uma das características mais marcantes de sua cultura, e é também o país que conta com uma impressionante indústria da beleza.

5. 2. Propensão à Medicalização: as expectativas diante da cirurgia e a dor e complicação do pós-operatório

A naturalidade para com as intervenções cirúrgicas aparece nas falas das mulheres pesquisadas. Nessa direção há um reforço do fato de que no Brasil há uma grande propensão às intervenções médicas, como pode ser percebido pelo alto índice de cesáreas e esterilizações. No caso da cirurgia estética, uni-se esta propensão com a enorme preocupação com a beleza. Esta preocupação não é algo novo, o cuidado estético é notado historicamente. Todavia, na contemporaneidade nota-se uma visão de corpo não naturalizada, uma idéia de corpo que pode ser construído através de várias práticas, como dieta, musculação ou cirurgias plásticas e tal banalização aparece nos discurso das mulheres pesquisadas como podemos notar nesse trecho da entrevista de **Ana**:

Bem, hoje eu não faria nada, mas futuramente faria no rosto, faria lipo quando tivesse filho e ficasse gorda. Faço qualquer cirurgia, qualquer cirurgia que eu achar que estou precisando eu faço. Agora eu acho que não estou precisando de nada não (Ana).

A forma natural como se adere a uma segunda ou terceira intervenção após uma primeira sem complicações também fica clara na seguinte fala de **Bia**:

Quando você começa a pesquisar e bota na sua cabeça, você fica apaixonada pela idéia. Quando eu fui botar o silicone, eu resolvi dar uma sugadinha. Na primeira vez foi o silicone com lipo, aí depois...Eu já estou até pensando em botar um botox aqui. Agora eu nem estava pensando em trocar peito, mas dá uma diminuída. Eu pensei: vou deixar para botar esse peito com 40 anos? Vou botar agora logo, porque só é peito mesmo. Eu estou magra, faço acompanhamento com o nutrólogo (Bia).

A propensão à medicalização, também é percebida na ênfase que é dada em relação ao resultado da cirurgia e a pouca preocupação com os riscos que uma cirurgia acarreta e a dor e possíveis complicações no pós-operatório entre as mulheres pesquisadas. Isto reforça a idéia de que de fato não são amplamente discutidas as conseqüências que intervenções como a cirurgia estética acarreta. Como fora dito a expectativa diante da cirurgia se apresenta muito mais no sentido do resultado da cirurgia em si do que na preocupação com os riscos que envolvem um procedimento cirúrgico e a preocupação com a dor e

complicações do pós-operatório. **Ana** foca-se da na preocupação do tamanho dos seios e não demonstrou nenhum medo da cirurgia em si como apontam as seguintes falas:

Meu temor era de ter ficado com o peito gigantesco. Morria de medo, por que eu sou baixinha, aí eu ficar uma baixinha com peito gigantesco. Mas aí depois o que aconteceu foi o contrário. Porque, assim, eu não queria ter ficado com o peito enorme, mas também não queria ter ficado com o peito muito pequeno. Quando eu fiz a cirurgia eu saí com o peito enorme, mas assim porque estava inchado, enfim, mas eu gostei, porque não tava muito enooooorme, não tava gigante, tava do tamanho que eu queria, depois foi desinchando, desinchando e ficou desse tamanho, hoje eu estou satisfeita, mas na época eu fiquei tão insatisfeita. Eu chorava absurdamente e falava ' gente, para que eu gastei esse dinheiro pra ficar com o peito pequenininho, porque pra mim tava muito pequeno em vista do que eu tava. Depois eu fui acostumando, hoje eu acho que ficou adequado, você vai se acostumando, porque eu acho que eu sou baixa então...eu acho que ficou bom, mas na época não, foi total insatisfação com o tamanho do meu peito. Fiquei muito insatisfeita, você não tem noção... (Ana).

Medo da cirurgia mesmo, medo de tomar anestesia, não tinha medo de nada. Sempre pensei que ia dar certo. Não tive nada de estresse. Fui, tomei a anestesia, fiz a cirurgia, foi assim tranqüilo, tive medo não (Ana).

Carol que realizou um implante de prótese de silicone nos seios relata que deseja fazer uma lipoaspiração, mas adia a cirurgia, pois o pós-operatório é muito trabalhoso. No entanto, nenhuma preocupação com os riscos da cirurgia ou a dor do pós-operatório aparece.

(...) 'ah por que eu tenho medo, por que é uma cirurgia', nada disso. Eu não tenho medo do processo, eu não tenho é saco do depois, de ficar fazendo drenagem. Porque a lipo se você não ficar fazendo drenagem , uma drenagem boa depois, você fica cheia de caroço. A barriga não fica lisinha, fica com vários nódulos, vários buracos e começa a inchar e tem que drenar pra ficar legal. Olha assim, dizem que dói horrores. Mas eu também não tenho medo de nada disso, eu não tenho é tempo, eu tenho que trabalhar entendeu e essa coisa de ficar com calor, ficar usando cinta, meses, eu usei cinta quando eu tive neném poxa, eu tive que usar, aí toda vez que eu penso em fazer, aí eu me lembro que eu tenho que usar essa coisa...(Carol).

Debi conta que sua preocupação com o resultado era tão grande, se incomodava tanto com seu abdômen que nem se preocupou com a cirurgia, como aparece na seguinte fala:

Eu fui sozinha pra sala cirúrgica, sem problema. Isso também me incomodava tanto, eu queria tanto fazer que isso aí, eu nem me peguei pensando. Tranqüila, tranqüila. Sem problema... Sem medo (Debi).

Apesar da dor do pós-operatório da lipoaspiração **Ester** relata que mesmo apesar de não ter muita gordura, aproveitou para fazer a lipoaspiração, já que ia fazer o implante da prótese de silicone demonstrando uma certa naturalização para com a adesão á cirurgia:

A lipo é uma dor desgraçada, dói muito, muito mesmo, parecia que tinha passado um trator, por que quando eu fiz meu peito eu fiz a lipo o peito pra mim não doeu. É por que a lipo doía muito, então eu não conseguia sentir a dor do peito. Era uma dor, mas assim eu não tinha muita gordura, mas já que ia fazer o peito eu resolvi fazer, foi como eu fiz. E aí foi isso. (Ester)

Fátima demonstra enorme confiança na tecnologia médica não acreditando muito numa possível complicação, mas apresenta alguma noção do risco.

Eu...eu até indico algumas pessoas que tenham vontade de fazer e tenham medo. Acho que risco tem, igual o médico falou pra mim. Risco existe, mas hoje em dia com...os médicos, com a tecnologia...hoje em dia é muito difícil ter, algum problema (Fátima)

Ana mencionou ter dito várias complicações no pós-operatório. Todavia fala tranqüilamente que faria sem problemas outras intervenções estéticas.

O meu pós-operatório não foi legal. Primeiro eu tive que tirar um 'dreno' no dia que eu quase morri de dor e isso não deu complicação nenhuma. Depois eu sentia muita dor e aí saía sangue e ficou uma cicatriz horrorosa porque eu acho que eu coçava muito o peito. Aí não ficou legal a cicatrizaçãõ. Quando foi em 2007, ano passado eu refiz, eu não tirei nada, só refiz a parte do mamilo. Nessa fase que eu fiz, eu fiz direitinho o repouso, mas aí quando foi 2 meses depois da cirurgia começou a sair pus da cirurgia, um pouco, mas saía sempre, sempre, sempre. Aí agora tive que abrir de

novo, em 2008, tem 2 meses. Abri um pouco do peito para ver se tinha alguma bactéria, por estavam achando que podia ser alguma microbactéria. Aí, graças a Deus não tinha infecção, tinha um fio gigantesco, que aí saiu e aí eu fechei e agora tá tranqüilo. Mas, assim, meu pós-operatório não foi legal, foi muito complicado (Ana).

Bem, hoje eu não faria nada, mas futuramente quando meu rosto tiver, faria no rosto, faria lipo quando tivesse filho e se eu ficasse gorda eu faria lipo. Faço qualquer cirurgia, faço qualquer cirurgia que eu achar que estou precisando, eu faço! Agora eu acho que não estou precisando de nada (Ana).

Bia menciona que sua preocupação era o resultado e não sentiu medo nenhum na realização das cirurgias:

Medo nenhum. Eu fiz a primeira porque eu queria muito. Quando você quer tirar uma coisa que te incomoda muito, você só quer saber do resultado. Ficou perfeito. Na segunda vez foi a mesma coisa (Bia).

Carol também deixa explícito em seu discurso que sua preocupação era o resultado da cirurgia estética:

Um peito duro e grande, a minha expectativa era essa. É ruim quando você pensa que vai ficar de um jeito e fica de outro. No meu caso, eu não tenho o que reclamar porque ficou igual ao que eu imaginava (Carol).

Ester relata sua grande preocupação em ter problemas com a cicatrização como ocorrera com uma colega de trabalho. Ela contou que não teve preocupação com anestesia, com os riscos da cirurgia apenas que o resultado ficasse como disse ‘100%’:

Tem uma cliente, que ela se tratava com determinado médico e eu sempre via o peito dela, eu já tinha visto o peito de outras pessoas lá do salão. Eu morria de medo, tinha umas colegas que tinham feito, umas tinham dado queleide, tinha outra lá que era morena e aí aqui ficou branco, morria de medo de ficar assim o meu peito. Eu não sabia se eu tinha queleide ou não, aí eu fui pro médico e falei, ‘oh, eu não sei qual é melhor, mas eu não quero esse tipo de

cicatriz, aí ele falou 'quem vai decidir é você, por onde vai colocar' entendeu? Aí ele fez por baixo. Eu peguei e fiz. Por baixo do peito (Ester).

Que ficasse 100% bom e eu também não entrei em detalhe nenhum, de esse negócio de anestesia, pq tem gente que morre de medo, essa coisa toda, né, eu já não tive, eu não queria saber nada, quais eram os prós, quais eram os contra. Nada disso, entendeu, eu cheguei falei como queria que ficasse. Agora tem gente que vai em qq um eu morro de medo disso, eu procurei um médico melhor, pelo menos pra garantir um pouco mais, né. É isso (Ester).

5. 3. O Imperativo da Sedução Baseado na Beleza Feminina

As nossas entrevistadas demonstram em suas falas como a preocupação com a estética está atrelada à sedução e à preocupação com o olhar masculino. Nessa direção como já fora citado, numa cultura em que o 'belo' é valorizado de forma tão intensa a sedução, em especial feminina, fica comprometida quando o corpo não está dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade. O corpo é, portanto, um importante suporte para a sedução e a 'beleza' é um importante recurso. Há, então, uma preocupação com o olhar dos homens, algo que pode ser notado historicamente, no entanto se torna mais evidente atualmente com o desenvolvimento da indústria publicitária e as possibilidades de transformação do corpo.

É importante salientar então que existe uma estreita relação entre o corpo da mulher e o olhar masculino em função da estética, já que a obrigação de ser 'bela' é prioritariamente sua. Esse é, portanto, um fator que deve ser considerado ao se analisar a questão da busca de um 'corpo ideal'.

Esta uma preocupação constante com o olhar dos homens, enquanto alvos da sedução, e das outras mulheres, enquanto 'competidoras' é notado explicitamente na fala de **Bia**. Ela afirma uma necessidade de se sentir sexy e relata que tanto ela quanto o marido são pessoas que valorizam muito o sexo e coloca a estética como fundamental para a vida sexual:

...porque eu tenho de me sentir sexy. Nem todo mundo tem esse motivo, mas eu tenho. As minhas roupas são sexy (...) Eu tenho isso aflorado em mim. É mais para chamar a atenção de homem mesmo (Bia).

...o meu marido é uma pessoa que se liga muito na estética e eu também. A gente foi feito um para o outro mesmo. Ele gosta muito de sexo e eu também gosto (Bia).

A crítica quando as mulheres não se encaixam neste padrão, também é notada na fala de **Bia**:

Ah, os maridos são barrigudos também (vizinhos). Eu jamais ficaria com um marido daqueles. Eles se completam porque adoram uma cerveja. O meu marido conta que às vezes quando eles vão jogar bola, eles contam que vão para Termas. Mas também as mulheres!(se referindo às esposas dos vizinhos) (Bia).

Nessa busca por este ‘corpo ideal’ entre as mulheres entra a questão da cirurgia estética. Edmonds (2007) defende que a realização deste tipo de procedimento está associada não somente à aceitação, mas sim a competição, o desejo de destacar-se, de adquirir visibilidade. Esta fala de **Bia** demonstra muito bem isso:

Eu sou do tipo que se você estiver com seu marido você vai ficar com raiva, porque ele vai me olhar. O meu marido adora também. Ele nem liga (Bia).

Bia explicita a importância que no Brasil é dada à estética na relação afetiva e sexual em oposição à cultura européia:

Eu tenho uma cliente de fora (estrangeira), e ela sempre fala que se ela engordar o marido dela vai continuar a amar ela, porque lá na Europa a cultura é familiar. Não tem nada a ver com estética. Ele procura uma mulher para ser dele para sempre (Bia).

Bia enfatiza que mesmo com essa garantia, no caso, do marido não largá-la quer continuar bela, pois assim, os homens vão admirá-la:

...porque ninguém ia me olhar na rua. Eu não vou deixar de me cuidar (Bia).

Ana relata que seu marido que na época da realização da cirurgia era seu namorado falou para ela fazer a cirurgia, que ele foi um incentivador:

Ele falou, ‘ah faz’. Ele falou para eu fazer, ele apoiou (Ana).

Carol fala que seu marido amou o resultado e afirma ser assim, eles quando resistem é pela preocupação com a questão financeira, mas aprovam o resultado. Ela afirma que a aparência é muito relevante no relacionamento.

Ele amou. Antes ele não queria, até porque homem não gosta que a gente gaste dinheiro, eles acham que é futilidade. Depois que vê o peitão duro, eles gostam, né? Até então 'não precisa', 'pra mim tá bom'(Carol).

Ah conta (aparência), né, quem gosta de pessoa feia. Gente mal cuidada, relaxada...(Carol).

Debi ao falar de sua relação com o marido relata que ele apesar de não falar diretamente ela sentia no olhar dele uma insatisfação com o corpo dela. Ela também menciona que após a cirurgia se sentia mais à vontade com ele, que antes a insatisfação dela com seu corpo atrapalhava a vida sexual deles.

Não, mas o olhar...me falava mais (...) mas ele falava que não, que era besteira minha. Mas, depois que eu fiz a cirurgia, ele: 'É, realmente, valeu a pena '(Debi).

Eu me sinto mais à vontade. Claro que melhorou. Melhorou muito. Porque eu fiquei muito feliz com o resultado da cirurgia. Foi exatamente como eu esperava... (Debi).

Quando você não está bem com você, é...não, não...funciona. Sabe, parece que a pessoa tá o tempo olhando pra você, mas num tá. É porque você sabe que tem uma coisa que num tá legal em você, que você acha que o outro também tá achando isso, mas num tá (...) Às vezes eu era cobrada por isso também...porque a gente muito jovem e a vida sexual...era embaixo (Debi).

Assim, entra a questão da sedução atrelada à aparência da mulher. Embora exista um discurso de algumas mulheres de uma afirmação de independência através da cirurgia, pois são donas de seus corpos e podem não apenas se sustentar como despender dinheiro num item de luxo (EDMONDS, 2007), o olhar masculino aparece como muito importante, a mulher tem um receio de não seduzir os homens, não é possível falar, então, de uma liberação do corpo da mulher. E a própria concepção de auto-estima está associada ao ser

desejada através do olhar masculino. Portanto, o discurso do auto-estima não pode ser separado do imperativo da sedução baseada na beleza feminina.

5. 4. A Beleza e o ‘Discurso Psi’

No discurso de todas as mulheres pesquisadas a ‘auto-estima’ aparece como diretamente associada ao corpo, à perfeição estética. Nessa direção tal fato é um pré-requisito para o ‘bem-estar’ e justifica intervenções cirúrgicas como podemos exemplificar nas seguintes falas de **Carol, Ester e Fátima**:

Foi o melhor investimento que eu fiz na minha vida foi o meu peito. Eu amei. É a auto-estima, é outra coisa (Carol).

...a auto-estima melhora. Você fica mais confiante (Carol).

Oh, imagina quem não gosta de tá bem, você se sente bem tudo flui melhor a sua volta, eu acho que ajuda, eu não acho que mude a vida, a minha vida não mudou. Mas o meu pessoal por dentro, né, o ego da mulher, levanta bastante a auto-estima, né (Ester).

Mas eu, eu fiz porque...foi um bem pra mim, sabe? Eu fiz pra mim, não pros outros. Fiz pra mim. Pra eu me sentir bem, pra eu ficar de bem comigo, sabe? Que era uma coisa que tava me fazendo mal. Eu tinha vergonha assim...de..sabe? De botar uma blusinha, de ir à praia, não vergonha, mas num sei, eu num me sentia tão...(Fátima)

E eu acho que depois que você coloca te dá um certo poder assim, sabe? Num sei, você fica mais confiante, sua auto-estima vai lá em cima assim. (Fátima).

É o que eu te falei da...hoje, eu tenho mais confiança, num sei...em mim. Em questão disso, as roupas, você...antes eu num usava qualquer blusinha. Hoje, eu já posso usar, sabe? Auto-estima, que eu te falei, vai lá em cima, né? (Fátima).

Nota-se, portanto, que valores que dão sentido à crescente procura pela cirurgia plástica estariam atrelados a uma ‘psicologização’ da experiência com o corpo que aparece nas justificativas mais comumente dadas pelas mulheres para a realização de cirurgias: ‘sentir-se bem consigo mesma’, ‘melhorar a auto-estima’ ou ‘gostar do seu corpo’. Uma ênfase nos aspectos ‘interiores’ e na idéia de ‘bem-estar’ é recorrente, por exemplo, no discurso do médico Ivo Pitanguy, referência mundial na cirurgia plástica (RIBEIRO, 2004,

2006). No lugar da antiga vaidade, que poderia significar uma certa fraqueza moral, entram outros valores como ‘auto-estima’, ‘sentir-se bem consigo mesma’. Ao mesmo tempo em que a medicalização possibilita a mulher modificar o corpo através da cirurgia existe uma cultura ‘psi’ que tende a explicar tudo a partir da interioridade do sujeito e a ‘auto-estima’ torna-se a principal justificativa para se enquadrar em modelos estéticos como enfatiza Ribeiro (2004, 2006).

Tal fato aparece claramente numa fala de **Bia** quando a mãe a apoiou na realização da cirurgia quando adolescente justificando sua infelicidade no fato de não ser magra na época:

A minha mãe sempre me apoiou porque ela lembra de como eu era triste na adolescência. Eu fico até emocionada. Há 12 anos atrás ninguém sabia tratar sobre depressão de criança, adolescente (Bia).

Como já mencionado, a busca pela ‘beleza’, no mundo contemporâneo, é sinônimo de obsessão pela magreza e pela juventude, cada vez mais alimentada pela mídia e pela publicidade. Em nome da ‘beleza’ uma série de novas tecnologias encontram-se disponíveis para que cada pessoa possa melhorar sua ‘auto-estima’ e esta na nossa sociedade está atrelada à aparência. O objetivo é se aproximar o máximo possível das imagens dos corpos perfeitos vendidos pelos meios de comunicação de massas. A falta de ‘beleza’ passa a ser vista como resultado de frustrações, problemas de ‘auto-estima’, enfim, como um ‘problema psíquico’.

Como destaca Ortega (2006, p. 45) “A obsessão pelo corpo bronzeado, malhado, sarado e siliconado faz aumentar o preconceito e dificulta o confronto com o fracasso de não atingir esse ideal, como testemunham anorexias, bulimias, distimias e depressões cada vez mais comuns entre jovens e adultos na nossa sociedade”.

Trata-se de uma ‘moral da boa forma’ como aponta Goldenberg & Ramos (2007), o problema não é mais o não poder exibir o corpo, mas não poder exibir um corpo com ‘imperfeições’. Caso necessário há à disposição intervenções radicais como cirurgias estéticas para que aqueles que se sintam ‘prejudicados’ pela natureza possam tentar atingir o padrão de beleza da sociedade através do bisturi. Tais intervenções cirúrgicas são associadas a um ‘cuidado’ com o corpo e uma busca por uma maior ‘auto-estima’, todavia, não se questiona a insatisfação que é gerada para que as pessoas busquem as intervenções

estéticas, nem os riscos da cirurgia e também não há uma grande preocupação com o pós-operatório.

Quando perguntado de quais seriam os benefícios de estar ‘em forma’ **Ana** e **Fátima** associaram a beleza diretamente ao ‘bem estar’ pessoal. Algo que demonstra claramente o ‘discurso psi’ justificando o cuidado com o corpo e inclusive a realização de uma cirurgia estética.

Benefício pessoal, porque eu acho que você se sente muito melhor né, só de você tá se sentindo bem você já transparece uma coisa boa para as outras pessoas, você fica muito mais bem humorada, sabe o gordinho, sabe, eu trabalho com isso, o gordinho ele se sente péssimo. Quando você tá se sentindo bem independente do que as pessoas estão achando, quando você tá se sentindo bem, você fica bem em outros sentidos, pessoalmente eu acho que o benefício é esse. É uma satisfação pessoal, né...(Ana)

Benefícios? Eu acho que...a auto estima. E...eu acho que se você tá feliz com você, eu acho que tudo flui bem, assim. Você tem que tá de bem com você. Concorda? Tem alguma coisa que te incomoda e você não...não faz alguma coisa pra melhorar, pra você tá bem, eu acho que num adianta, né? Eu acho que você tá sempre frustrado, você tá incomodado, você tá magoado. Eu acho que...isso só atrasa a sua vida (Fátima).

Há um apelo para que as mulheres em especial realizem intervenções estéticas, associando-as com cuidado corporal. Isto ocorre através de um discurso da auto-realização, porém para isto é necessário produzir insatisfação, o que gera sofrimento e frustrações. As mulheres pesquisadas, com exceção de **Bia** se justificam em suas falas de que fazem as cirurgias para elas mesmas e não para os outros, só que na nossa sociedade contemporânea a auto-estima é deslocada para o se sentir desejada. Nesse sentido, o olhar dos outros, no caso dos homens é uma importante referência para as mulheres que pretendem transformar seus corpos através do bisturi.

5. 5. O Ambiente de Trabalho e a Exigência do Cuidado com o Corpo

Aparência é considerada como válida, quer de modo absoluto, quer de modo relativo em contextos particulares. Nas falas de **Carol**, **Debi** e **Ester** aparece a importância da aparência como muito relevante para o trabalho, em especial o trabalho em um salão de beleza, caso de todas as mulheres entrevistadas, com exceção de **Ana**, ainda assim esta é

nutricionista, portanto, tem uma formação que também se volta para a preocupação com o corpo, embora sob outro aspecto, focando-se na saúde. Portanto, a importância da aparência e da imagem para o trabalho é particularmente importante para as nossas entrevistadas como aparece nos discursos a seguir:

Eu sou cabeleireira, então essa coisa para mim nem conta, eu cuido ao extremo. Cabelo, todas as vezes que eu lavo eu hidrato, por que eu tenho acesso, né. Eu sou cabeleireira, tô no salão. A cor, eu faço sempre, retoco a raiz quase toda semana. Unha, depilação isso tudo está no meu meio, mas eu nem conto muito porque já faz parte do meu dia-a-dia, eu trabalho com isso (Carol).

Ah, não. Cabelo sempre...trabalhar em salão, isso sempre. Duas vezes por semana, manicure também. Eu sou...Isso aí, com certeza! Trabalhando no salão tudo te facilita (Debi).

Isso, você tem que ter (cuidado com cabelo, com unha), por que senão, por que você é uma referência pra sua cliente. Se você não tiver com o cabelo arrumado, como você vai falar pra sua cliente fazer o dela (Ester).

A imagem é a figuração do nosso corpo, que diz respeito ao modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. Mas esta imagem também se relaciona com modelos e esquemas que se relacionam com modelos posturais dos corpos dos outros que em última instância dizem respeito às regras de postura consideradas como adequadas, quer para grupos ou pessoas determinadas. Como no trabalho das entrevistas a aparência adquire um importante papel, a questão da relevância da imagem aparece nas entrevistas como podemos exemplificar na seguinte fala de **Carol**:

A sua imagem é tudo. Você consegue passar o que você quiser pela sua imagem.(...) A imagem é tudo, ainda mais no meu trabalho, imagina eu vou receber uma cliente e to com o cabelo em pé! Ai eu vou dizer 'esse tratamento é ótimo' e ela 'como? Não funcionou em você, não vai funcionar em mim'. A mesma coisa você vai procurar um nutrólogo, um nutricionista e chega lá é uma doutora norca da vida. E você vai pensar 'essa dieta não funciona, não foi bom pra ela não vai ser bom pra mim'. Na minha profissão a mesma coisa, depende da imagem, senão você não tem credibilidade. É a mesma coisa de ir num dentista sem dente, o que vai adiantar ele me falar que eu devo escovar os dentes após as refeições, mas ele não deve fazer isso. É mais ou menos por aí (Carol).

Este ponto diz respeito à propensão dos sujeitos a se orientarem segundo sua posição no espaço social e adotarem práticas de acordo com seu pertencimento. O exemplo das jovens que trabalham nos salões de excelência da zona sul do Rio de Janeiro fornece pistas para a compreensão de uma das formas de propagação e disseminação das tendências dominantes relacionadas à estética e aparência física mais predominante na zona sul da cidade. Podemos falar de modelos agindo em outros grupos sociais esperando a oportunidade para se colocarem como mais legítimos. Um ambiente de trabalho seletivo para uma clientela de ambiente igualmente seletivo. A pressão social sobre um determinado modelo de corpo não repercute ao que parece igualmente sobre as diferentes categorias sociais. Isto é, numa determinada formação social, a cultura dotada de legitimidade relacionada ao modelo do corpo magro, torneado e belo parece não pertencer à cultura dos segmentos médios mais populares – por assim dizer.

Observamos que muitas vezes as exigências da situação de trabalho de muitas de nossas entrevistadas parecem fornecer condições – na forma de disposições cognitivas e corporais – para que ocorram condições para se constituírem em atores por vezes diferenciados em relação aos valores dominantes. **Bia** conta o quanto ela não mais se considerava uma mulher “típica” das que moram em seu condomínio em que a magreza e o padrão de beleza por ela cultuado não se constituem numa exigência. Ela mostra de modo bastante interessante o quanto se sente tendo se apropriado da cultura legítima dos segmentos médios e altos no que diz respeito à aparência e modelo de beleza. Tal como ela exemplifica, por exemplo, ao criticar as mulheres ‘gordas’ que não se ‘cuidam’. Ela legitima o arbitrário cultural das classes dominantes ao decretar que a forma das mulheres cuidarem do corpo faz parte da ‘cultura popular’. Ela demonstra sentimento de indignidade com o modo como homens e mulheres cuidam e expõem os corpos. Ela se põe como porta-voz das classes mais abastadas. Isso mostra ainda o importantíssimo esforço por parte de **Bia** de demonstrar que nem toda mulher do Méier torna-se e mantém-se fatalmente suburbana e ‘gorda’. O trecho a seguir mostra como **Bia** que é oriunda do Méier e trabalhadora de um salão de beleza conceituado de Ipanema adota os valores estéticos das mulheres das classes mais abastadas para as quais trabalha. **Bia** passa a adotar práticas não mais de acordo com o seu pertencimento social e passa a apropriar-se de outros valores. Entretanto ela também se distancia desse outro modelo ao referir-se como sexy em

contraposição à mulher elegante da zona sul. Podemos verificar o quanto os sujeitos podem vivenciar situações contraditórias: ao mesmo tempo em que adotam valores de acordo com seu pertencimento social são levados por circunstâncias diversas a se afastar da situação por sua origem social e familiar.

No meu condomínio (mora do Méier) as mulheres ficam lá tomando cerveja com os maridos, todas gordas. Você vai à piscina e nossa! Ninguém liga. Que horror! O meu marido vai muito à academia também, então todo mundo fala que nós somos um casal sarado (Bia).

Aqui na Zona Sul as mulheres são mais elegantes, então eu não posso vir para cá assim. Eu acho lindo ser elegante, mas entre ser elegante e ser sexy, eu prefiro ser sexy (Bia).

Com o intuito de facilitar a compreensão da análise do conteúdo das entrevistas o leitor pode encontrar a seguir dois quadros que apresentam uma caracterização dos sujeitos da pesquisa: Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica e Quadro 2 - Caracterização e histórico das cirurgias realizadas. Objetiva-se transformar estes quadros em um breve retrato etário, familiar, o tipo de cirurgia, há quanto tempo, onde fez a cirurgia.

QUADRO 1 – Caracterização Sócio-demográfica das Entrevistadas

Entrevistada	Idade	Raça/Etnia	Bairro e Co-habitação	Renda Familiar	Escolaridade	Profissão /ocupação	Conjugalidade	Filhos	Escolaridade dos pais
Ana	28	Branca	Barra da Tijuca Mora com o marido	10.000 reais	Pós-graduação Incompleta (nutricionista)	Estudante de Mestrado	Casada há 4 anos e meio	Não	Ambos têm Segundo Grau Completo
Bia	29	Branca	Méier Mora com marido e os 2 filhos	12.000 reais	Superior Completo (administração)	Colorista de Salão de Beleza	Casada há 7 anos	2 filhos	Pai é Formado em Administração de Empresas e a mãe é técnica em contabilidade
Carol	28	Branca	Barra da Tijuca. Mora com o marido, as 2 filhas e 2 enteadas	10.000 reais	Superior Incompleto (administração)	Colorista de Salão de Beleza	Casada há 4 anos	2 filhas e 2 enteadas	Ambos têm Segundo Grau Completo
Debi	32	Parda	Irajá. Mora com o marido e os 2 filhos	4.000 reais	Técnica em Enfermagem	Depiladora de Salão de Beleza	Casada há 14 anos	2 filhos	Ambos têm Segundo Grau Completo
Ester	30	Branca	Jacarepaguá. Mora sozinha	8.000 reais	Ensino Médio Completo	Colorista de Salão de Beleza	Divorciada	Não	Ambos têm Segundo Grau Completo
Fátima	29	Parda	Copacabana. Mora com a filha	4.000 reais	Superior Incompleto	Recepcionista de Salão de Beleza	Divorciada	1 filha	Ambos têm Segundo Grau Completo

QUADRO 2 – Caracterização e Histórico das Cirurgias Realizadas

Entrevistada	Idade	Número de Cirurgias	Tipo de Cirurgia	Antes de Ter Filhos?	Quando fez a Cirurgia (s)	Local da Cirurgia (s)	Preço da Cirurgia(s)
Ana	28	1	Implante de prótese de silicone nos seios	Não tem filhos	Com 23 anos (2003)	Hospital sem fins lucrativos no Centro da cidade do Rio de Janeiro	6.000 reais incluindo a prótese
Bia	29	3	1ª. Redução de mama 2ª. Implante de prótese de silicone nos seios com lipoaspiração 3ª. Lipoaspiração com plástica nas pálpebras	2ª e 3ª depois de ter filho	1ª. Com 16 anos (1995) 2ª. Com 23 anos (2002) 3ª. Com 28 (2007)	1ª Clínica particular da Região Serrana do Estado do RJ 2ª Clínica particular da Região Serrana do Estado do RJ 3ª Hospital sem fins lucrativos no Centro da cidade	1ª não se lembra 2ª 8.000 reais incluindo a prótese 3ª 3.600 reais incluindo a prótese
Carol	28	1	Implante de prótese de silicone nos seios	Depois de ter filho	Com 26 anos (2007)	Hospital sem fins lucrativos no Centro da cidade do Rio de Janeiro	3.620 reais incluindo a prótese
Debi	32	1	Abdominoplastia	Depois de ter filho	Com 30 anos (2007)	Hospital sem fins lucrativos no Centro da cidade do Rio de Janeiro	1.200 reais
Ester	30	2	1ª. Implante de prótese de silicone nos seios e lipoaspiração 2ª. Plástica no nariz	Não tem filhos	1ª. Com 29 anos (2008) 2ª. Com 30 anos (fevereiro/2009)	1ª Clínica particular em São Cristóvão 2ª Clínica particular em São Cristóvão	1ª 9.000 reais incluindo a prótese 2ª 6.000 reais
Fátima	29	1	Implante de prótese de silicone nos seios	Depois de ter filho	Com 27 anos (2007)	Hospital sem fins lucrativos no Centro da cidade do Rio de Janeiro	7.000 reais incluindo a prótese

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltamos que a presente pesquisa encontrou em seus resultados os seguintes pontos a serem destacados: uma ausência significativa de preocupação com os riscos de uma intervenção cirúrgica e a dor e/ou complicações de um pós-operatório, uma explicação na escolha pela cirurgia voltada para um discurso da auto-estima e na modificação corporal pós-maternidade. Convém ressaltar que as mulheres entrevistadas preconizam cirurgias para reparar imperfeições apoiadas numa justificativa simbólica que naturaliza a prática da cirurgia para atingir um modelo imposto, impedir sofrimentos, insatisfações, melhorar a ‘auto-estima’ e a ‘auto-imagem’. No discurso de todas as mulheres pesquisadas a ‘auto-estima’ aparece como diretamente associada ao corpo, à perfeição estética. Nessa direção tal fato é um pré-requisito para o ‘bem-estar’ e justifica intervenções cirúrgicas. No entanto, mesmo nesse discurso da realização da cirurgia para ‘elas mesmas’ como colocam as entrevistadas podemos problematizar o quanto a auto-estima é deslocada para o se sentir desejada e nesse sentido, o olhar dos homens é uma importante referência para as mulheres que pretendem transformar seus corpos através da cirurgia estética.

Junto com a atual preocupação com o corpo os dados revelam que há certa convivência com outros modelos de corpo no qual se evidencia certo despojamento ao estabelecido. Vale salientar o quanto algumas entrevistadas apontam o confronto entre o modelo vigente do ambiente em que circulam e os valores não ligados à aparência do espaço social de onde provem e ainda certa sensibilidade com esses valores dos segmentos populares, oposta a dos segmentos médios e altos da zona sul do Rio de Janeiro onde trabalham.

A obrigatoriedade do ‘culto ao corpo’ pode ser considerada num contexto marcado por meios tecnológicos e estéticos para atingir um dos principais modelos vigentes do ‘corpo ideal’ cada vez mais presente na sociedade atual que é representado pelo corpo magro e bem torneado. Há um discurso nas mulheres entrevistadas a favor das cirurgias estéticas para se atingir o ‘ideal de beleza’ e que traz consigo a idéia de condenação daquelas que não praticam atitudes em prol do ‘corpo ideal’, se reprova a falta de cuidado e dedicação às atividades de transformação do corpo.

Alguns elementos gerais representam um denominador comum entre os casos analisados. Reconhecemos a existência entre as entrevistadas de um tipo particular de jovem com inserção profissional em salão de beleza da zona sul do Rio Janeiro, com exceção de uma entrevistada que é nutricionista. É nessa perspectiva que se situa a análise efetuada. A pesquisa, baseada em sua maioria com jovens que trabalham em salões de beleza da cidade do Rio de Janeiro, diz respeito a jovens que chegaram a trabalhar em locais bastante disputados e por meio desse trabalho adquiriram os modos e estilos de cuidado e embelezamento mais comuns desses ambientes nos quais freqüentam mulheres dos segmentos mais elevados. Este fato é particularmente compreensível quando o tipo de inserção no mercado de trabalho e a formação das mulheres entrevistadas estão ligados a forte demanda pelo cuidado corporal e representa também uma necessidade de responder às imposições de sua ocupação. Chama-nos a atenção o fato das nossas informantes, apesar de terem uma renda familiar de classe média e da formação educacional, todas tinham pelo menos o ensino médio, só uma trabalhava na profissão, as demais tinham inserção em atividades que não se exige escolaridade.

Norteadas pela ideologia dos segmentos mais abastados de uma fração da sociedade da zona sul do Rio, nossas entrevistadas estão a serviço da crença do embelezamento mais afeita a esse padrão onde há obrigatoriedade dos exercícios físicos e dos autos cuidados (Peres, 2004). Assim a inserção de nossas entrevistadas em determinados ambientes de trabalho, mais atuantes de acordo com valores mais hedonistas (Peres, 2004) pode estar favorecendo estas mulheres a valorizarem mais a beleza e a idéia cada vez mais disseminada de que é preciso investir na própria aparência para poder ter a oportunidade de aceder a alguns ambientes de trabalho e conquistar a oportunidade de empregabilidade.

Entendemos que a inclusão das nossas entrevistadas no mundo do trabalho como profissionais dos salões de beleza e da nutrição influencia na aquisição de bens simbólicos, a partir do momento que essas jovens assumem papéis profissionais que implicam na construção de sua identidade (Fonseca, 2003). O ambiente de trabalho em que nossas entrevistadas estão inseridas parece contribuir de forma decisiva para o maior favorecimento da prática da cirurgia estética. Portanto, torna-se fundamental levar em consideração que a identidade profissional de nossas informantes é um aspecto importante da sua identidade social e como tal pode explicar a maior propensão de nossas entrevistadas

à prática da cirurgia estética. O *ethos* da nutrição e das profissionais de salão de beleza é constituído por valores vinculados ao ‘culto ao corpo’ e à ‘beleza’. Isto significa dizer que essas jovens são socializadas dentro de dado contexto social/profissional que pode estar exercendo importante influência na percepção do próprio corpo, no desejo de transformação e na ambição alimentada pela cirurgia. Muitas jovens a partir da inserção no trabalho mudam sua aparência, matriculam-se em academias, passam a fazer dietas e modificam seu estilo, adquirem novas disposições como as mulheres *habituée* desses salões.

Por outro lado, o *ethos* da profissão de nossas entrevistadas convive com o imaginário mais popular que estaria menos associado ao padrão exigido dos salões da zona sul. Ou seja, as concepções sobre corpo, beleza e estética apesar de fortemente associadas ao padrão mais dominante dos segmentos superiores com maior capital cultural e material, não são igualmente prestigiadas em todos os segmentos sociais. A inserção profissional das mulheres entrevistadas é um dado importante para entendermos o discurso entre elas a favor da cirurgia.

Por fim, como destaca Edmonds (2007) a cirurgia estética ainda é considerada um terreno principalmente feminino; marcado por característica individualista de auto-perfeioamento; além de ser uma busca solitária e uma atividade em que o corpo é ‘trabalhado’ pelas mãos de outro. Trata-se como salienta o referido autor ao mesmo tempo de um procedimento médico de alta tecnologia, serviço de luxo ao consumidor e promessa de transformação psicológica. A inserção das mulheres no mercado de trabalho, a maior competição profissional, a exigência da boa aparência, principalmente para mulheres, o desenvolvimento de toda uma indústria da beleza, a tecnologia que permite cada vez mais intervenções, modelações e a associação entre beleza e auto-estima com um forte discurso psi são fatores que estão no sentido mais amplo associados ao crescimento da cirurgia estética no mundo. Um dos mecanismos da popularização da cirurgia estética no Brasil foi o desenvolvimento de novas possibilidades de financiamento da operação, com consórcios, planos de cirurgias e hospitais públicos fazendo o procedimento num preço bem mais barato.

A cirurgia estética trata-se de uma incorporação do padrão estético de uma forma medicalizada. Tal fato se apresenta como um dado mais recente, pois a preocupação com o

corpo e estética sempre existiu, a novidade é a capacidade na atualidade de uma constante transformação. Como aponta Goldenberg (2005) é notável o paradoxo que o ‘culto ao corpo’ produz na nossa sociedade. Isto, pois, ao mesmo tempo em que impõe o ideal de autonomia individual aumenta a exigência de conformidade aos modelos de beleza. O corpo se emancipou de muitas de suas repressões, mas na atualidade está fortemente submetido a novas coerções estéticas. Pode-se perceber o poder da normalização dos modelos através da obsessão com a beleza, em especial entre as mulheres. Nessa direção o que acontece é que “... um desejo maior de conformidade estética que se choca com o ideal individualista e sua exigência de singularização dos sujeitos” (GOLDENBERG, 2005, p. 96). Quanto ao fator risco problematiza-se a necessidade de tornar a propaganda da cirurgia estética mais exigente no Brasil. A propaganda, a publicidade e a promoção comercial de cirurgias estéticas no país precisaria ser disciplinada como é feito com os remédios no Brasil pela ANVISA. Para finalizar, esperamos que essa dissertação seja útil como reflexão no sentido de aperfeiçoar a compreensão sobre as concepções que estão em jogo nos estudos sobre o corpo, reiterando a importância de uma perspectiva interdisciplinar para analisar o crescimento da cirurgia e a maior propensão entre mulheres jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARASSE, D. (2008) A carne, a graça, o sublime. In: Vigarello, G. (dir.) **História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, p. 535-620.
- BARDIN, L. (2000) **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- BERGER, M. (2006) **O Corpo e a identidade feminina**. 312f. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, Programa de Pós-Graduação em Antropologia.
- BIERNACKI, P. & WALDFORD, D. (1981) Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Social Methods Res* 2:1 41-63.
- BORDO, S. (1997) O Corpo e a Reprodução da Feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: Jaggar, A.M. & Bordo, S.R. (Orgs). **Gênero, Corpo e Conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p. 19-41.
- BOURDIEU, P. (1999) **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- BOZON, M. (2004) **Sociologia da Sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV.
- CALDEIRA, T. (1994) Violence, the unbounded body, and the disregard for rights: Limits of democratization in Brazilian society. Texto apresentado na XVIII **Reunião Internacional do Latin American Studies Association**, Atlanta, março.
- CARDOSO, M. R. (2006) Entrevista com Jurandir Freire Costa. In: _____ (org.). **Adolescentes**. São Paulo: Escuta, p. 17-23.
- CASTRO, A. L. (2005) Culto ao corpo: identidades e estilos de vida. In: Bueno, M. L e Castro, A. L. (Org.). **Corpo, território da cultura**. São Paulo: AnnaBlume, p. 135-151.
- CHAUVENETT, A. (1991) A lei e o corpo. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 13-48.
- CITELI, M. T. (2001) Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 131-145.
- COSTA, J. F. (1979) **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal.
- COURTINE, J. (2008) O espelho da alma. In: Vigarello, G. (dir.) **História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, p. 401-410.
- DUARTE, L. F. D. (1998). Pessoa e Dor no Ocidente. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 4, n.9, p.13-28.

_____. (1999) O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: Heilborn, M. L. (org.) **Sexualidade. O olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 21-30.

DURHAM, E. R. (1983) Família e reprodução humana. In: Franchetto, Bruna de et all. **Perspectivas antropológicas da mulher nº 3**. Rio de Janeiro: Zahar, p.13-44.

EDMONDS, A. (2007) No universo da beleza: Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: Goldenberg, M. (org.) **Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, p.189-261.

ELIAS, N. (1995) **O Processo Civilizador: uma história dos costumes**. Vol. 1. Rio de Janeiro: Zahar. (perguntar)

FÁVERO, M. H.; MELLO, R. M. (1997) Adolescência, Maternidade e Vida Escolar: A Difícil Conciliação de Papéis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 131-136.

FERNANDES, B. M.(2000) Representações femininas do parto normal e da cesárea. In: Brandão, E.R. (org.) **Saúde, Direitos Reprodutivos e Cidadania**. Juiz de Fora: UFJF, p. 27-52.

FERREIRA, J. (1995) Semiologia do corpo. In: Leal, O. F.(org.) **Corpo e Significado. Ensaio de Antropologia Social**. Porto Alegre: UFRGS, p.89-104.

FERREIRA, M. L. M. (1995) O retrato de si. In: Leal, O. F. (org.) **Corpo e Significado. Ensaio de Antropologia Social**. Porto Alegre: UFRGS, p.417-430.

FONSECA, J. C. de F. (2003) **Adolescência e Trabalho**. São Paulo: Summus, 2003.

FOUCAULT, M. (2000)**Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes.

GASTALDO, É. L. (1995) A FORJA DO HOMEM DE FERRO: A corporalidade nos esportes de combate. In: Leal, O. F. (org.) **Corpo e Significado**. Ensaio de Antropologia Social. Porto Alegre: UFRGS, p.207-226.

GEERTZ, C. (1989). **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC.

GÉLIS, J. (2008) O corpo, a Igreja e o sagrado. In: Vigarello, G. (dir.) **História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, p. 19-130.

GOFFMAN, E. (1980) **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC.

GOLDENBERG, M. (2005) Dominação masculina e saúde: usos do corpo em jovens das camadas médias urbanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (1), p. 91-96.

_____. (2006) O discurso sobre o sexo: diferenças de gênero na juventude. In: Almeida, M. I. M. de; Eugenio, F. (orgs.). **Culturas Jovens. Novos mapas de afeto**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 25-41.

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M. S. (2007) A civilização das formas: O corpo como valor. In: Goldenberg, M. (org.) **Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, p.19-40.

GONTIJO, F. (2007) Carioquice ou carioquidade? Ensaio etnográfico das imagens identitárias cariocas. In: Goldenberg, M. (org.) **Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, p.41-77.

HEILBORN, M. L. (1993) Gênero e Hierarquia. A Costela de Adão Revisitada. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 50-82.

_____. (1999) Construção de si, gênero e sexualidade. In: Heilborn, M. L. (org.) **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**, Rio de Janeiro: Zahar, p. 40-58.

JARDIM, D. F. (1995) Performances, Reprodução e Produção de Corpos Masculinos. In: Leal, O. F. (org.) **Corpo e Significado. Ensaios de Antropologia Social**. Porto Alegre: UFRGS, p.93-205.

KATZ, C. S.; KUPERMANN, D.; MOSÉ, V. (2004). **Beleza, feiúra e psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Formação Freudiana.

LAQUEUR, T. (2001) **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

LARAIA, R. de B. (2000) **CULTURA. Um Conceito Antropológico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LAVINAS, L. (1997) Gênero, cidadania e adolescência. In: Madeira, F. R. (org.). **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, p. 11-43.

LE BRETON, D. (2007a) **A Sociologia do Corpo**. Petrópolis: Vozes.

_____. (2007b) **Adeus ao Corpo**. Campinas: Papirus

LINHARES, J.; RIZEK, A. ; MIZUTA, E. (2005) Comportamento. Geração Vaidade. **Veja**. Rio de Janeiro, 11 de maio, p.84-90.

LOPES, S. H. S. da S. (1995) Corpo, Metamorfose e Identidade. In: Leal, O. F. (org.) **Corpo e Significado**. Ensaios de Antropologia Social. Porto Alegre: UFRGS, p.227-231.

MADEIRA, F. R. (1997) A trajetória das meninas dos setores populares: escola, trabalho ou ... reclusão. In: _____. **Quem mandou nascer mulher?** Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, p. 45-133.

MALYSSE, S. (1998) Em busca do corpo ideal. **Sexualidade, gênero e sociedade**, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, n. 7 e 8, p. 12-17.

_____. (2007) Em busca dos (H) alteres-ego: Olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: Goldenberg, M. (org.) **Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, p.79-137.

MANDRESSI, R. (2008) Dissecações e anatomia. In: Vigarello, G. (dir.) **História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, p. 411-440.

MATOS, M. (2002) Os novos desafios criados pela multiplicação das identidades de gênero: para onde fomos? **Interseções - Revista de Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 2, p. 159-174.

MATTHEWS-GRIECO, S. F. (2008) Corpo e sexualidade na Europa do Antigo Regime. In: Vigarello, G. (dir.) **História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, p. 217-301.

MAUSS, M. (1974) As Técnicas Corporais. In: _____. **Sociologia e Antropologia**. V II, São Paulo: EPU/EDUSP, p.

MINAYO, M. C. de S. (1994). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes.

ORTEGA, F. (2006) Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais. In: Almeida, M. I. M. de; Eugenio, F. (orgs.). **Culturas Jovens. Novos mapas de afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 42-58.

_____. (2008) **O Corpo Incerto**. Rio de Janeiro: Garamond.

PELLEGRIN, N. (2008) Corpo do comum, usos comuns do corpo. In: Vigarello, G. (dir.) **História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, p. 131-216.

PERES, M. (2004) Culto ao corpo na contemporaneidade: prazer ou dever? In: KATZ, C. S.; KUPERMANN, D.; MOSÉ, V. **Beleza, feiúra e psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Formação Freudiana.

PINHEIRO, D. (2001) Brasil, império do bisturi. In: **Veja on-line** (veja.abril.com.br /170101/p_084.html)

PORTER, R. (1992) História do corpo. In: Burke, P.(org.) **A Escrita da História: novas perspectivas**. São Paulo: UNESP, p. 291-326.

- PORTER, R. & VIGARELLO, G. (2008) Corpo, saúde e doenças. In: Vigarello, G. (dir.) **História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, p. 441-486.
- PORTINARI, D. & COUTINHO, F. R. (2006) A roupa faz o homem: a moda como questão. In: Almeida, M. I. M. de; Eugenio, F. (orgs.). **Culturas Jovens. Novos mapas de afeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 59-76.
- RIBEIRO, L. B. (2004) Cirurgia Plástica estética em corpos femininos: a medicalização da diferença. In: XXVIII Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu - MG. Anais da XXVIII ANPOCS.
- _____. (2006) A anatomia da diferença: corpo, gênero e subjetividade na experiência da cirurgia plástica estética. **Revista Ártemis**, v. 4, p. 1-14.
- RIBEIRO, E.; SCHREIBER, M. (2008) Tudo parcelado, até cirurgia plástica em 36 vezes. **O Globo**. 2 ed. , Rio de Janeiro, 3 de fev. Economia. p. 24.
- RODRIGUES, J. C. (1983) **Tabu do Corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé.
- _____. (1999) **O Corpo na História**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ROMERO, E. (1995) A arquitetura do corpo feminino e a produção de conhecimento. In: _____ **Corpo, Mulher e Sociedade**. Campinas: Papyrus, p. 235-270.
- ROHDEN, F. (2001) A Ginecologia: uma ciência da mulher e da diferença. In: _____. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 35-94.
- SCHEPER-HUGHES, N. & LOCK, M.M. (1987) The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology, **Medical Anthropology Quarterly**, News Series, v. 1, n.1, p. 6-41.
- SIEBERT, R. S. de S. (1995) As relações de saber-poder sobre o corpo. In: Romero, E. (Org.). **Corpo, Mulher e Sociedade**. Campinas: Papyrus, p. 15-42.
- SOIHET, R. (1997) Violência Simbólica. Saberes Masculinos e Representações Femininas. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-29.
- THOMPSON, P. (1992). **A Voz do Passado – história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- TRAVERSO-YEPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. de S. (2005) Socialização de gênero e adolescência. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p.147-162.
- VASCONCELOS, E. M. (2004). **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar. Epistemologia e Metodologia Operativa**. Petrópolis: Vozes.

VAZ, P. (1996) Corpo e Complexidade. In: Costa, M. S. R. (Org.). **Pontos de Fuga: Visão, Tato e Outros Pedacos**. Rio de Janeiro: Taurus, p. 59-69.

_____. (1997) O Corpo-Propriedade. In: Fausto Neto, A.; Pinto, M. J.(Org.). **Mídia e Cultura**. Rio de Janeiro: Diadorim - COMPÓS.

VIEIRA, E. M. (2002). **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

VIGARELLO, G. (2008a) Exercitar-se, jogar. In: Vigarello, G. (dir.) **História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, p. 303- 399.

_____. (2008b) O corpo do rei. In: Vigarello, G. (dir.) **História do Corpo 1. Da Renascença às Luzes**. Petrópolis: Vozes, p. 503-534.

Site:

www.cirurgioplastica.org.br/publico/servicos.cfm

www.cirurgioplastica.org.br/publico/novidades02.cfm

www.cirplasticaestetica.com.br

www.medicina-estetica.org/cirurgia-plastica/

www.ibge.gov.br/ IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). PNAD 2008. Rio de Janeiro.

IPEA/2008

ANEXO 1. ROTEIRO DA ENTREVISTA:

Data da Entrevista:

Local da entrevista:

Horário inicial:

Horário final:

Cartão a ser preenchido pela entrevistada antes da entrevista:

- Idade: - Até que série estudou:
- Data de nascimento: - E-mail:
- Endereço completo: - Telefone:
- Raça/Cor ou etnia: a) preta b) parda c) branca d) amarela (asiática) e) indígena
- Possui trabalho remunerado? Qual? Renda: a) até 1000 reais b) entre 1000 e 2500 reais
c) entre 2500 e 5000 reais d) acima de 5000 reais
- Já teve outros trabalhos ou já trabalhou (caso não tenha trabalho remunerado)? Qual ou
quais? Renda: a) até 1000 reais b) entre 1000 e 2500 reais c) entre 2500 e 5000 reais
d) acima de 5000 reais
- Renda Familiar: a) até 1000 reais b) entre 1000 e 2500 reais c) entre 2500 e 5000 reais
d) acima de 5000 reais
- Possui ocupação que não seja trabalho remunerado (estudante ou trabalho voluntário)?

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

- 1 - Em que estado você nasceu?
- 2 - Em que estado você morou nos últimos cinco anos?
- 3 - Como é o bairro que você mora?
- 4 - Há quanto tempo mora neste bairro?
- 5 - No seu domicílio tem empregada doméstica? Quantas?
- 6 - Que tipo de lugar você mora? É uma casa? Um apartamento?
- 7 - Quantos cômodos existem?
- 8 - Quantos banheiros existem no seu domicílio?
- 9 - O domicílio é próprio, é alugado?

10 - Quantos aparelhos eletrônicos e eletrodomésticos têm no seu domicílio?

11 - Possui carro(s)? Caso positivo: Quantos?

B. A CIRURGIA PLÁSTICA

12 - Qual foi o tipo de cirurgia que você fez?

13 - Como foi todo o processo de decisão pela cirurgia?

14 - Como foi a sua cirurgia?

15 - Qual foi o custo da cirurgia? Como foi o pagamento da cirurgia?

16 - Como obteve informações sobre a cirurgia?

17 - Qual foi o local da cirurgia? Qual foi o médico? Como escolheu o local e o médico?

18 - Quais foram as suas expectativas e temores diante da cirurgia?

19 - O que você acha que mudou na sua vida após a cirurgia?

20 - Você faria outra cirurgia plástica? Caso positivo: Qual? Por quê?

21 - Você conhece alguma mulher que já tenha feito cirurgia plástica? Caso positivo: Quantas? Qual a idade dessas mulheres? Qual o seu grau de proximidade com elas?

22 - Como as pessoas reagiram a sua decisão de fazer uma cirurgia plástica?

C. CONTEXTO AMOROSO E FAMILIAR

23 - Com quem vive atualmente? Caso não more com a família de origem: Há quanto tempo não mora com a família de origem?

24 - Você está se relacionando com alguém no momento? Como é este relacionamento?

Há quanto tempo está se relacionando? Caso tenha um relacionamento amoroso estável: Como reagiu seu parceiro(a)/namorado(a) a sua cirurgia? Houve modificações no seu relacionamento após a cirurgia? Caso positivo: Quais?

25 - Você tem filhos? Quantos? Qual idade?

26 - Seu pai está vivo? Caso positivo: Qual é a idade dele? Caso negativo: Quando seu pai morreu? Qual é / era a ocupação dele? Até que série ele estudou?

27 - Sua mãe está viva? Caso positivo: Qual é a idade dela? Caso negativo: Quando sua mãe morreu? Qual é / era a ocupação dela? Até que série ela estudou?

28 - Possui irmãos? Quantos? Qual idade?

D. “BOA FORMA” e “CUIDADOS CORPORAIS”

29 - O que para você é estar “em forma”?

30 - Você faz alguma coisa para ficar “em forma”? O que você faz?

31 - Quais são os benefícios que você acha que “estar em forma” traz? Como você percebe isso?

32 - Você acha que uma mulher pode vestir qualquer tipo de roupa independente do seu corpo?

33 - Há alguns tipos de roupa que você não usaria? Que tipos? Como isto ocorreria?

34 - Devem existir regras para se expor o corpo, na praia, por exemplo? Caso positivo: Quais? Como isto deve ocorrer?

35 - Há outras intervenções corporais que você faria? Quais? Por quê?

36 - E há intervenções corporais que você não faria? Quais? Por quê?

ANEXO 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 196/96- Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada:** “ Culto ao Corpo: A Crescente Adesão de Mulheres às Cirurgias Plásticas Estéticas no Rio de Janeiro”, que tem como **objetivo:** investigar o significado do “culto ao corpo” através da “ditadura da beleza” aliado às práticas de medicalização do corpo das mulheres. Para isto pretende-se extrair os significados que as mulheres entrevistadas têm a respeito da modificação corporal via cirurgia estética. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa interdisciplinar, utilizando como método entrevistas qualitativas semi-estruturadas em profundidade.

A **pesquisa de campo (entrevistas)** terá duração de **2 meses**, com início em janeiro e término previsto para março. A **pesquisa completa** tem duração de **2 anos**, com início em maio de 2007 e término previsto para maio de 2009.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome

será substituído de forma aleatória. **Os dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de um roteiro semi-estruturado. A entrevista será gravada em um gravador digital para posterior transcrição – que será guardada por cinco (05) anos e desfeita após esse período.

Você não terá nenhum **custo ou qualquer compensação financeira**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionados a sua participação. **O benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área da psicologia social.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço profissional do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Instituto de Psicologia da UFRJ – Pavilhão Newton Campos
Av. Pasteur, 250 Praia Vermelha CEP 22290-240

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 2009.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da pesquisa: