



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARCELLA MASANO LATANZA

“O BARATO SAI CARO”:
CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS E PADRÕES
CORPORAIS FEMININOS

MARCELLA MASANO LATANZA

“O BARATO SAI CARO”:
CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS E PADRÕES
CORPORAIS FEMININOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Mestrado em Ciências Sociais, Linha de Pesquisa “Cultura, Poder e Sociedade” da Universidade Estadual de Londrina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila Sollberger Jeolás

Londrina
2011

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

L351c Latanza, Marcella Masano.

“O barato sai caro”: cirurgias plásticas estéticas e padrões corporais femininos / Marcella Masano Latanza. – Londrina, 2011.
86 f. : il.

Orientador: Leila Sollberger Jeolás.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Universidade Estadual de Londrina, Centro de Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Mulheres – Teses. 2. Etnografia – Teses. 3. Cirurgia plástica – Teses. 4. Antropologia médica – Teses. 5. Corpo – Beleza – Teses. 6. Erro médico – Teses. I. Jeolás, Leila Sollberger. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Letras e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.

CDU 396:616-089.84

MARCELLA MASANO LATANZA

“O BARATO SAI CARO”: CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS E
PADRÕES CORPORAIS FEMININOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Mestrado em Ciências Sociais, Linha de Pesquisa “Cultura, Poder e Sociedade” da Universidade Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Leila Sollberger Jeolás
UEL – Londrina - PR

Prof^a. Dr^a. Martha Ramirez-Galvéz
UEL – Londrina - PR

Prof. Dra. Débora Krischke Leitão
UEL – Londrina - PR

Londrina, 17 de outubro de 2011.

À Samira e à Camila que, mesmo sem terem
consciência disso, muito contribuíram para a
finalização deste trabalho

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as contribuições que permitiram a conclusão deste trabalho e sinceramente agradeço especialmente à minha querida Orientadora Professora Dra. Leila Sollberger Jeolás por todo incentivo, orientação, amizade e atenção. Sem sua disponibilidade em me ajudar jamais teria conseguido concluir este trabalho.

À professora Dra. Denise Martin Coviello e à professora Dra. Martha Ramirez-Galvéz pelas muitas contribuições teóricas e metodológicas durante a qualificação.

Quanto ao campo de pesquisa, o apoio de todas as participantes ativos da comunidade “Paguei para Ser Mutilada”, em especial o de sua criadora, foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço a todas pela colaboração e atenção.

À Carla Pagnossim e ao Silvano Redon, amigos de todas as horas, companheiros verdadeiros, sou eternamente grata a vocês, por tudo.

Aos meus amados pais, por todo esforço, carinho e incentivo ao longo de toda minha vida e em todos os meus desafios. Não tenho palavras para agradecer.

À minha querida e crítica irmã que, de uma forma ou outra, sempre me ajudou em todos os momentos da vida. E ao meu amado sobrinho Raphael que, ao ouvir minha frase “vou desistir do mestrado, não vou conseguir”, pronunciadas em um momento de desespero, respondeu “não titia, você conseguirá”.

Ao meu querido companheiro Samuel da Silva por aguentar os momentos de estresse e me ajudar a contorná-los, peço desculpas pelas ausências e por vezes por deixá-lo sozinho com as meninas, mas divido com você a alegria de este trabalho pronto.

Agradeço também à Samira e à Camila, minhas amadas filhas, que mesmo sem compreenderem, ajudaram-me a finalizar esse processo. Dedico a elas esse trabalho.

Nós vos pedimos com insistência:
Não digam nunca: isso é natural!
Diante dos acontecimentos de cada dia,
Numa época em que reina a confusão,
Em que corre sangue,
Em que o arbitrário tem força de lei,
Em que a humanidade se desumaniza,
Não digam nunca: isso é natural!
Para que nada passe a ser imutável.
B. Brecht

LATANZA, Marcella Masano. “*O barato sai caro*”: cirurgias plásticas estéticas e padrões corporais femininos. 2011. 86 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

RESUMO

Nesta pesquisa tomo como objeto de estudo a experiência de mulheres urbanas que se submeteram a cirurgias plásticas estéticas e obtiveram resultados ruins. O objetivo é discutir como os possíveis riscos inerentes aos processos cirúrgicos são pensados por elas, uma vez que estes parecem não ser considerados anteriormente ao processo cirúrgico. A discussão que conforma o estudo é a de que as novas tecnologias de transformação corporal encontram-se associadas a um ideal de supervalorização do corpo e a determinados padrões de beleza que levam os sujeitos a se sentirem responsáveis por sua aparência física. As mulheres participantes da pesquisa se submeteram a uma prática legitimada pela cultura como parte da construção de suas identidades pessoais. Nesse contexto, o pressuposto é de que a percepção que elas tem do risco envolvido nas cirurgias se reduz à imperícia, à imprudência, à negligência médica, ou ainda, à uma formação inadequada e não especializada, traduzida como “erro médico”. Desta forma, a técnica em si não é questionada, como se o imaginário do progresso tecnocientífico fosse um ganho indiscutível. A metodologia utilizada foi a observação participante em uma comunidade “Paguei para ser mutilada” de um site de relacionamento na Internet. Ela incluiu entrevistas formais, conversas informais e interação com as participantes do grupo que trocavam informações e suas impressões sobre as experiências vividas com relação às cirurgias estéticas. O que foi possível observar é que essas mulheres se assujeitam a um padrão corporal e estão dispostas a tudo (ou quase) para alcançá-lo, independente dos custos aí envolvidos.

Palavras-chave: Corpo. Risco. Mulheres. Cirurgia plástica.

LATANZA, Marcella Masano. "**The get what you pay**": cosmetic plastic surgery and female body standards. 2011. 86 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

ABSTRACT

In this research I take as an object of study the experience of urban women who underwent cosmetic plastic surgery and had poor results. The aim is to discuss how the possible risks inherent in surgical procedures are designed for them, since they appear not to be considered prior to the surgical process. The discussion that shapes the study is that the new technologies of bodily transformation are associated with an overvaluation of the ideal body and certain beauty standards that lead individuals to feel responsible for their physical appearance. Women participants in the study underwent a practice legitimized by the culture as part of building their personal identities. In this context, the assumption is that the perception they have of the risk involved in surgery reduces the malpractice, the recklessness, medical malpractice, or even the inadequate training and not a specialist, translated as "malpractice." Thus, the technique itself is not questioned, as if the imagination of the techno-scientific progress was undoubtedly a gain. The methodology used was participant observation in a community "I paid to be mutilated" of a social networking site on the Internet. It included formal interviews, informal conversations and interaction with the participants of the group exchanged information and their impressions about their experiences with regard to aesthetic surgery. What we observed is that these women are subjugated to a standard body and are willing to do anything (or almost) to achieve it, regardless of the costs involved therein.

Key words: Body. Risk. Women. Plastic surgery.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A CENTRALIDADE DO CORPO NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS	15
2.1 ABORDAGENS SOBRE O CORPO: CORPO OBJETO OU CORPO SUJEITO DA CULTURA? ..	16
2.2 ESTILO DE VIDA, QUALIDADE DE VIDA E AUTO-ESTIMA	27
2.3 A DEMOCRATIZAÇÃO DAS CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS NO BRASIL	34
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO	41
3.1 METODOLOGIA DA PESQUISA	41
3.2 EXPONDO SUAS DORES NA INTERNET	44
3.3 A INTERNET COMO <i>LOCUS</i> DE PESQUISA	51
4 CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA E RISCO	57
4.1 UM PANORAMA ANTROPOLÓGICO A RESPEITO DO RISCO	57
5 “PLASTICA VALE A PENA? OLHA O QUE ACONTECEU COMIGO!”	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	82

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho foi fazer uma reflexão sobre a noção contemporânea de risco, sobretudo, no que diz respeito às práticas legitimadas pela cultura e executadas pelos sujeitos sociais como parte da construção de sua identidade pessoal. Para tanto, me centrei na cirurgia plástica estética, técnica médica de transformação corporal que se tornou um enorme sucesso entre os/as brasileiros/as, conquistando mais adeptos ano a ano, de diferentes classes sociais, interessados/as em utilizar as diferentes técnicas de plástica (especialmente aquelas voltadas para o rejuvenescimento ou a extração de gorduras) com a finalidade de construir um corpo que se enquadre nos padrões estéticos vigentes.

Ressalto que esta técnica possui grande aceitação no Brasil, é legitimada como procedimento seguro e eficaz para transformação do corpo, mas, por outro lado, coleciona casos de mutilação, deformação e morte, advindos de uma série de problemas que podem aparecer durante ou após a intervenção cirúrgica. Estes problemas podem ser tanto decorrentes das chamadas “complicações de rotina”, isto é, quando o corpo da paciente não responde bem à intervenção e ao tratamento, como no caso de trombozes, por exemplo, ou ainda como consequência de erros e imprudências médicas. Além disso, a cada ano triplicam os números de pacientes que entram na justiça com pedidos de indenização, afirmando serem vítimas de erros e de negligências.

Para discutir as relações existentes entre cirurgias plásticas, estética e risco, parti da experiência de mulheres urbanas que se submeteram a essas intervenções cirúrgicas, a fim de compreender como as exigências de um corpo construído e modelado, segundo um padrão generalizado que despreza gorduras, marcas de expressão, rugas e flacidez, coage os sujeitos pressionando-os a buscar este ideal de corpo como parte de suas estratégias para construção de suas identidades sociais e individuais. Nesse sentido, me apoio na orientação de Mauss (1974) para compreender a cirurgia plástica como uma técnica corporal (dentre tantas outras) utilizada atualmente por homens e mulheres a fim de adequarem seus corpos de acordo com os padrões estabelecidos, bem como o seu conceito de “imitação prestigiosa” como sendo a imitação daqueles atos bem sucedidos e dos corpos que obtiveram êxito social. Mauss já se preocupava com a importância do contexto sociohistórico na construção dos corpos, sem deixar de lado, entretanto,

sua ênfase no “fato social total” dos fenômenos, ou seja, a necessidade de abordar o corpo em suas determinações biológicas, socioculturais e psicológicas, dependente, portanto, da educação e das convenções. Os constrangimentos sociais de diferentes ordens com relação ao corpo são analisados por alguns autores que serviram de base para a análise aqui apresentada (CASTRO, 2007; BERGER, 2006; DANIELS, 1999; DEBERT; GOLDENBERG, 2000; SANT’ANNA, 2002; RODRIGUES, 1983; DEL PRIORI, 2000). O objetivo foi contextualizar a busca por cirurgias estéticas entre em um grupo de mulheres que participam de comunidades da internet frente ao ideal atual hegemônico de beleza feminina. Tais autores ajudaram-me a interpretar o corpo não apenas como um produto da cultura, mas como um importante objeto de reflexão e de produção da própria cultura, reforçando, além disso, a idéia de que ele não é um receptáculo no qual a cultura se inscreve, mas é um agente que interage com a cultura de forma dinâmica e permanente.

Muitos trabalhos têm analisado o lugar e a visibilidade que o corpo adquiriu nas sociedades ocidentais contemporâneas (ALMEIDA, 1996; EDMONDS, 2002; BOURDIEU, 2001; FEATHERSTONE; HEPWORTH; TURNER, 1991; LE BRETON, 1990; TURNER, 1991), com o objetivo de compreender como os cuidados com relação à forma e à apresentação do corpo participam ativamente do processo de (re)definição identitária do sujeito social. Tais estudos contribuem, por outro lado, para entender como se pondera a percepção de risco frente à oportunidade de transformação do corpo via cirurgia plástica. A discussão atual sobre risco engloba tanto os estudos sobre os riscos produzidos pelo próprio projeto da modernidade (BECK; GIDDENS; LASH, 1997; BECK, 2008; DI GIULIO; FIGUEIREDO; FERREIRA, 2008; RODRIGO, 2008), como pesquisas sobre percepções de risco em diferentes culturas ou grupos sociais (DOUGLAS, 1992; 1996; LE BRETON, 2004; JEOLÁS; KORDES, 2010; JEOLÁS, 2009), ou ainda estudos sobre a gestão da vida através da comunicação sobre risco (MENEGON; SPINK, 2007) e sobre biossociabilidade (ORTEGA, 2006).

Trabalharei com a perspectiva de que as sociedades ocidentais contemporâneas estão, paulatinamente, construindo novos sentidos para a noção de risco que se transformou em uma forma de pensar o futuro e está fundada na imponderabilidade dos riscos. Para desenvolver esse estudo, parto de uma pesquisa etnográfica realizada com mulheres submetidas a cirurgias plásticas estéticas e que obtiveram resultados negativos, tenho como objetivo pensar o atual momento da

linguagem dos riscos na contemporaneidade, sobretudo no que diz respeito ao conceito de "riscos fabricados" de Giddens (1991). O corpo tornou-se um importante bem de consumo, fazendo com que aspectos da percepção de risco ganhem novas configurações frente à oportunidade de modificá-lo para adequá-lo aos padrões estéticos estabelecidos.

Entendo como cirurgia plástica estética o conjunto de todas as técnicas que buscam a transformação do corpo através de procedimentos cirúrgicos, como a lipoaspiração¹ mamoplastia² abdominoplastia³ rinoplastia⁴ entre muitos outros. Considerando que a lógica existente por trás da motivação com relação a cada um destes procedimentos é diferente, vou me deter à discussão das técnicas destinadas à extração de gordura, como no caso da lipoaspiração, ou à correção de “problemas” ligados à gordura e à flacidez, como as cirurgias de abdômen e a plástica de seios (mamoplastia). A escolha destas técnicas foi feita com o objetivo de analisar os aspectos relacionados à rejeição da gordura e que estimulam a incansável busca pela “boa forma”. Com base nos dados obtidos através da pesquisa de campo, realizada na Internet, procurei formular reflexões sobre a relação entre gordura e beleza, bem como cirurgia plástica e risco. O objetivo foi discutir a percepção de risco por parte de mulheres que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos, como a plástica e a lipoaspiração, a fim de compreender quais mecanismos contribuem para a atual valorização e democratização desta técnica de transformação corporal, difundida como uma técnica simples e totalmente segura.

O trabalho aqui apresentado é resultado de etnografia realizada com mulheres submetidas a cirurgias plásticas estéticas que obtiveram resultados negativos e foram mutiladas ou deformadas. O contato com estas mulheres se deu, inicialmente, através do site de relacionamento Orkut⁵, mais especificamente na

¹ Procedimento que elimina o excesso de gordura mediante sucção. Não é um substituto para a perda de peso, mas pode dar forma ao corpo (retirado do dicionário virtual da sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - www.cirurgiaplastica.org.br).

² Redução do tamanho da mama mediante remoção de excesso de gordura e pele (retirado do dicionário virtual da sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - www.cirurgiaplastica.org.br).

³ Procedimento de redução da zona abdominal (retirado do dicionário virtual da sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - www.cirurgiaplastica.org.br).

⁴ Rinoplastia: reparação cirúrgica de um defeito no nariz, incluindo remodelação ou mudanças no tamanho e na forma (retirado do dicionário virtual da sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - www.cirurgiaplastica.org.br).

⁵ Orkut: site da empresa Google, no qual após se cadastrar o usuário tem um endereço eletrônico próprio chamado de perfil no qual pode colocar as informações que quiser, adicionar fotos e vídeos,

comunidade “*Paguei para ser mutilada*”, *locus* de minha observação participante. Além de interagir com elas na comunidade, utilizei também, como material de análise, entrevistas que estas moças concederam à mídia escrita e falada, diálogos em programas de conversação instantânea (MSN), e-mails, conversas informais pelo telefone com algumas delas, e, em alguns casos, tive acesso ao processo que algumas movem contra o médico, além dos contatos esporádicos que tive com clínicas e intermediadoras.

Início este estudo com a discussão relativa à Antropologia do Corpo, resgatando o trabalho de Marcel Mauss e a problematização da centralidade no corpo nas sociedades contemporâneas, tendo como discussão central o ideal atual hegemônico de beleza, no qual gorduras, rugas, marcas de expressão, celulite, estrias e flacidez são vistas como indícios de lassitude moral e devem ser tratados e eliminados, por meio de ginásticas, dietas cosméticos, remédios e cirurgias plásticas. Ainda neste capítulo, proponho uma reflexão acerca da oposição beleza e gordura, visando compreender quais elementos da cultura ocidental moderna, no contexto brasileiro, contribuem para a rejeição à gordura e para o alargamento do conceito de saúde, que passa a ser compreendido também a partir dos significados de “qualidade de vida” e “boa forma”. Neste capítulo também faço uma discussão acerca da democratização das cirurgias plásticas estéticas no Brasil.

O Terceiro capítulo visa contextualizar a pesquisa de campo, apresentando a metodologia utilizada, trazendo os dados coletados através da observação participante, bem como discutir as possibilidades e os limites de uma etnografia mediada pela internet.

No quarto capítulo apresento algumas contribuições da discussão teórica sobre risco nas sociedades contemporâneas. A principal questão aqui é pensar como a cirurgia plástica transformou-se em uma alternativa “simples” para mudar o que está “errado” com relação ao corpo, sendo que, na maior parte das vezes, é deixada de lado a discussão sobre a rede complexa de atenção e de cuidados necessários, sobre as muitas complicações imprevistas que podem ocorrer e sobre outras tecnologias menos invasivas que também atuam no corpo.

participar de fóruns sobre os mais variados assuntos chamados de comunidades e entrar em contato com qualquer outro usuário que também esteja cadastrado no site, por conta disso é chamado de site de relacionamento. Este tipo de site além de abrir a possibilidade para novos relacionamentos, também é conhecido por reforçar laços já existentes.

Por fim, no quinto e último capítulo, “*Plástica vale a pena? Olha o que aconteceu comigo!*”, título retirado do álbum de fotos de uma das entrevistadas, apresento a análise do material de campo recolhido na observação participante e na interação com as mulheres da comunidade “*Paguei para ser mutilada*” à luz da discussão sobre corpo, estética e risco na contemporaneidade.

Trata-se de discutir a frustração dessas mulheres após uma cirurgia que não lhes proporciona os resultados esperados e sonhados. Discutir como os possíveis riscos inerentes aos processos cirúrgicos são pensados por elas, uma vez que estes parecem não ser considerados anteriormente ao processo cirúrgico. O pressuposto é de que ele se reduz, na percepção dessas moças, à incompetência do médico, à sua formação inadequada ou não especializada, ou seja, ao “erro médico”. A técnica em si não é questionada, como se o imaginário do progresso tecnocientífico fosse um ganho indiscutível.

O pressuposto da pesquisa é que essas mulheres se assujeitam a um padrão corporal e estão dispostas a tudo (ou quase) para alcançá-lo. Em diálogo com pesquisas atuais, que apontam a possibilidade da libertação do corpo com relação aos constrangimentos sociais, por exemplo no caso das *body modifications*, em que o corpo é tomado como um “rascunho” sobre o qual o sujeito pode intervir, redefinindo o seu “destino” biológico ou genético”, o trabalho de campo aqui apresentado parece apontar para outra direção.

As mulheres sujeitos dessa pesquisa, apesar de terem várias possibilidades para modificarem seus corpos, buscam a “técnica corporal” mais rápida e “fácil”, demonstrando não uma libertação através de decisões de transformações de seus próprios corpos, mas um assujeitamento a modelos e padrões, mesmo que à custa de sofrimentos e de riscos. Além disso, elas não buscam um processo de singularização como os adeptos da *body modification*, nos seus processos de construção identitária, mas buscam adequar seus corpos à padronização de um modelo. É bem verdade, como demonstra Braz (2006, p. 11), que em se tratando da questão do corpo na contemporaneidade, a oposição “projetos individuais” ou individualismo de um lado e, coerções sociais, de outro, não apreende toda a complexidade do tema. Falar de libertação do corpo com relação aos constrangimentos sociais é esquecer que o corpo é um fenômeno social, histórica e contextualmente construído. Mesmo no caso da *body modification*, diz o

autor, pode-se estar criando uma categoria que “é tão controladora e cerceadora quanto a ‘sociedade ocidental’ ou a moda”.

Algumas das mulheres que se submeteram às cirurgias plásticas estéticas, diante do fracasso dos resultados esperados, buscam a justiça, justamente em razão da frustração de não alcançarem o corpo sonhado, aquele dos modelos da mídia, sem marcas de gordura e de estrias, bem torneado, com medidas padrões. Elas contestam na justiça o direito a esse corpo e questionam o “erro médico” que lhes impossibilitou o acesso a esse direito.

2 A CENTRALIDADE DO CORPO NAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS

As novas tecnologias de transformação corporal encontram-se associadas a um ideal de “supervalorização” do corpo, no qual o sujeito é responsável por sua aparência física. Pois, como afirma Daniels (1999, p. 8), nas interações sociais as impressões sobre o outro são muito suscetíveis a oscilações em função dos cuidados que o sujeito deve ter com seu corpo. Certos aspectos da apresentação pessoal se não forem levados em conta podem abalar o contato social produzindo formas de rejeição. A autora afirma que a transgressão destes cuidados que o sujeito deve ter consigo esboça os contornos do ridículo ferindo nosso nível de tolerância com respeito ao corpo. Desta forma, a relação da aparência considerada feia com essa rede de expectativas comuns passa a ser “problematizada à medida em que o consumo apresenta-se, crescentemente, na cultura moderna como uma importante instância na criação de padrões estéticos comuns” (DANIELS, 1999, p. 9). Ao produzir formas de intolerância com respeito às aparências não inseridas nesse processo, o consumo também abre a possibilidade de transformação corporal dos atributos físicos vistos como desprestigiados, assim a cirurgia plástica e outras tecnologias utilizadas para transformar o corpo são vistos como soluções para corrigir certos atributos corporais que não se enquadram no padrão estético dominante.

Nesse sentido, Debert e Goldstein (2000) afirmam que, atualmente, a auto-vigilância da aparência corporal tem sido estimulada pela mídia, por manuais de auto-ajuda e por receitas de especialista em saúde (nutricionistas, médicos, fisioterapeutas, entre outros), consolidando, assim, um ideal de beleza no qual gorduras, rugas, marcas de expressão, celulite, estrias e flacidez são marcas negativas que devem ser tratadas e eliminadas, por meio de ginásticas, dietas cosméticos, remédios e cirurgias plásticas, pois falam do caráter e da personalidade dos sujeitos responsáveis por sua aparência e saúde. A cirurgia plástica, embora seja um procedimento cirúrgico que atua na profundidade dos corpos, causando dores, desconfortos e podendo acarretar complicações cirúrgicas ou problemas de saúde (trombose, inflamação, dentre outras), é apresentada e percebida por um público cada vez mais amplo, como técnica necessária, simples e segura, dissimulando, assim, os riscos existentes. Esta percepção conta com o apoio do discurso científico que encarna, de certa forma, a partir da década de 1960 um saber

oficial sobre o corpo tornando-o lugar da aparência, do esforço e do bem-estar e coagindo o sujeito a aperfeiçoá-lo constantemente. Desta forma, através do discurso científico difundido principalmente pela mídia e pela publicidade, foi formado o consenso entre grande parte da população de que as várias técnicas de cirurgia plástica são seguras, pois estão sendo constantemente aprimoradas e todos os casos de mutilações, deformações ou mortes são vistos como responsabilidade exclusiva do médico e não da técnica.

Daniels (1999, p. 10) afirma que a cultura de consumo é aspecto fundamental da produção da feiúra convencional, pois ao operar em nosso ambiente, através de uma série de imagens, forma uma espécie de senso comum a respeito da beleza e feiúra das pessoas, promovendo certas características vistas como belas em detrimento de outros qualitativos estéticos taxados como feios. Por conta disso, o corpo tornou-se "central" nas sociedades contemporâneas e seu estudo tem tido grande destaque tanto na antropologia como veremos neste capítulo.

2.1 ABORDAGENS SOBRE O CORPO: CORPO OBJETO OU CORPO SUJEITO DA CULTURA?

O estudo sobre o corpo e suas diversas abordagens tem sido um tema de grande destaque na antropologia e o número de pesquisas relacionadas a ele tem crescido especialmente a partir da década de 1990. Uma das preocupações mais comuns nestes estudos é apontar as dimensões históricas e culturais da construção do corpo e da corporalidade. Essa preocupação, longe de ser simples, tem suscitado debates entre diferentes abordagens teóricas, na maneira de se compreender o corpo no âmbito social. A tradição de estudos sobre o corpo tem muitos desdobramentos e adquiriu particular importância na sociedade contemporânea, pois nossas referências identitárias estão enraizadas nas expectativas com relação a ele. E como aponta Castro (2007) é possível entendermos a preocupação com o culto ao corpo como traço característico das sociedades contemporâneas e também como aspecto intimamente ligado à constituição do "moderno".

Marcel Mauss em trabalhos clássicos como "As técnicas Corporais" (1974) e "A Noção de Pessoa" (1974) chama a atenção sobre as diferentes maneiras que cada sociedade/cultura impõe para o indivíduo como usar, manipular e se servir

de seu corpo. Para o autor, é através da educação e das atividades corporais que a estrutura social imprime sua marca nos sujeitos sociais. Nestes estudos o corpo é pensado como construção cultural de acordo com as especificidades das sociedades a que pertencem, dependentes da educação, das convenções e dos modismos. Isto é, o relacionamento com o mundo à nossa volta, com a temporalidade e com o espaço se traduz no tipo de alimentação, de atividades físicas, de gestual a que nos submetemos, seja no lazer ou no trabalho, e como interagimos entre nós. Mauss entende a expressão “técnicas do corpo” como maneiras pelas quais os homens aprendem e sabem servir-se de seu corpo (MAUSS, 1974, p. 401) e discorre sobre um imenso conjunto de técnicas do corpo que perpassam a vida das pessoas interferindo em todo seu relacionamento social. São técnicas do nascimento e obstetrícia, da infância, da adolescência, do sono, da atividade, dos cuidados com o corpo, entre outros. Com os exemplos destas técnicas, Mauss (1974, p. 404) procura demonstrar que: “[...] estes ‘hábitos’ variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, variam sobretudo com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas, os prestígios.”

Desta forma, segundo Mauss (1974), os elementos da cultura combinados determinam a nossa estrutura física e constroem culturalmente o corpo, valorizando certos atributos e comportamentos em detrimento de outros, fazendo com que haja um corpo típico para cada sociedade (ou para cada grupo social). Isso implica dizer que embora todos os humanos sejam dotados do mesmo equipamento anatômico, a utilização deste não é determinada geneticamente e sim através de um aprendizado que consiste na cópia de padrões que fazem parte da herança cultural do grupo (LARAIA, 2002, p. 71).

Além disso, segundo esta linha de raciocínio, embora o corpo seja apreendido ao nível do sensível, ele sempre se reporta à estrutura de uma formação social. O corpo é produto social, cultural e histórico e a maneira como seus usos, normas e funções se modificaram podem ser facilmente relacionados às mudanças estruturais ocorridas na formação social daquela sociedade. Desta forma, a sociedade fabrica, de acordo com épocas e locais, estereótipos e regras de comportamento que se inscrevem no corpo, ou seja, sobre este são impostas “técnicas corporais”, isto é, hábitos tradicionais que combinam elementos psicológicos, biológicos e socioculturais sem que os sujeitos sociais que os praticam

tenham sempre consciência disto (MAUSS, 1974). Sobre isso Daniels (1999, p. 2) observa que:

O corpo é lugar de estruturas e sensações. Apresenta-se enquanto superfície sobre a qual se inscreve o social e como experiência vivida. É sempre apreendido no nível do sensível, mas se reporta à estrutura de uma formação social.

Assim, em cada sociedade, surge um tipo específico de corpo visto como superior aos demais, corpo típico, formado de acordo com o contexto histórico e cultural, e difundido entre os membros da sociedade através do que Mauss denomina de “imitação prestigiosa”, isto é, o ato de imitar atos, comportamentos e corpos que obtiveram êxito (GOLDENBERG, 2004). Nas palavras de Mauss (1974, p. 405):

Em todos esses elementos da arte de utilizar o corpo humano os fatos de educação predominavam. A noção de educação podia sobrepor-se a de imitação. Pois há crianças, em particular, que tem faculdades de imitação muito grandes, outras muito pequenas, mas todas se submetem a mesma educação, de modo que podemos compreender a sequência dos encadeamentos. O que se passa é uma imitação prestigiosa. A criança, como o adulto imita atos bem-sucedidos que ela viu ser efetuado por pessoas nas quais ela confia e tem autoridade sobre ela.

Rodrigues (1983, p. 44) concorda com a tese de que o corpo deve ser apreendido como algo do domínio da cultura e reforça que o corpo humano é sempre afetado pela ocupação, religião, estrutura de classes, grupo familiar e outros fatores da cultura ainda que seus usos apareçam em nossa consciência como naturais. Assim, segundo o autor, a estrutura social encontra-se simbolicamente impressa no corpo, ele afirma que “na superfície dos corpos [estão expressas] as profundezas da vida social”.

Um dos objetivos desta pesquisa foi desenvolver reflexões sobre como os ideais de conformidade a modelos sociais e a uma estética corporal contribuem para a valorização e a banalização da cirurgia plástica, uma vez que o mito da beleza se sustenta na insegurança com relação à própria aparência. Isto indica a susceptibilidade à própria imagem nas sociedades atuais, pois na aparência física está concentrada uma diversidade de significados, adquirindo, assim, grande importância nas relações humanas, submetendo todos a uma nova forma de

dominação da mídia, da publicidade e do conjunto da sociedade a ser enfrentada diariamente: o desafio de ser eternamente jovem, belo/a e sadio/a. O bombardeio de imagens da eterna juventude no sentido da negação das mudanças e das marcas do tempo faz com que o envelhecimento em nosso tempo passe a ser definido como sinônimo de perda, fazendo com que as mulheres, sobretudo, mas não só, sejam levadas a investir cada vez mais tempo e dinheiro para se conservarem sempre jovens, belas e saudáveis (DEL PRIORI, 2000).

Outra vertente de pesquisa sobre o corpo inscreve-se nos estudos sobre mídia e sociedade, principalmente em relação ao lugar ocupado pelo culto ao corpo e à aparência física nas sociedades contemporâneas, tendo como foco da pesquisa, justamente, a mídia, pois é nela que se encontram expressões das práticas e representações corporais modernas. Nesse sentido, Castro (2007), após analisar duas revistas com informações estéticas, de saúde e comportamentais *Corpo a Corpo* e *Boa Forma*, para discutir a relação entre mídia, sociedade e corporeidade, toma o corpo como *lócus* privilegiado de produção e reprodução de representações sociais sobre o corpo. Pois, segundo ela, a publicidade como modalidade discursiva, possui grande potencial ideológico, interferindo diretamente no imaginário social. Por este motivo, acredito ter a mídia, especialmente as revistas e as programas direcionados ao público feminino, grande influência sobre a atual representação construída em torno da cirurgia plástica, na qual apenas os aspectos positivos são ressaltados e a idéia de um procedimento que envolve risco cirúrgico, como qualquer outro, desaparece. A cirurgia plástica se apresenta apenas como uma técnica simples e rápida para modificar o corpo segundo os parâmetros da moda, ao mesmo tempo que vende a idéia de que todos são responsáveis por seus próprios corpos, devendo mantê-los sempre em forma, sem gorduras, flacidez ou manchas, e promovendo a culpabilização daqueles que não se enquadrem nesse padrão.

Segundo Sant'Anna (2000, p. 245) as sociedades ocidentais adulam e valorizam o corpo ao mesmo tempo em que o exploram, pois, por um lado somos diariamente confrontados com a proliferação acelerada de produtos, tecnologias, terapias e saberes que visam o embelezamento do corpo, por outro, nos deparamos com a sua comercialização desenfreada. Isso tem gerado um paradoxo no qual o corpo é reconhecido como sujeito primordial e sensível ao passo que também é

objeto de especulações, explorações comerciais e manipulações científicas e industriais.

Elias (1993), no livro “O Processo Civilizador: uma história dos costumes, aborda práticas e representações, muitas delas relacionadas à corporalidade, como um dos avatares do processo de civilização dos costumes. Segundo o autor, neste processo as relações sociais foram modificadas de tal maneira que as compulsões exercidas entre as pessoas se converteram em formas de auto-compulsão, constituindo o que o autor denomina de superego. Assim, o padrão de maneiras sociais, como a limpeza por exemplo, que antes era ditada pela necessidade de agradar aos outros passa a ser uma exigência interior do próprio indivíduo (ELIAS, 1993, p. 267). Para Malerba (2000, p. 214), não se trata de dizer que os hábitos estão isentos das pressões culturais, mas sim que a coerção chegou a um nível tão elevado que independente dos atos serem públicos ou não eles estão dotados de auto-compulsão, levando o indivíduo a seguir o padrão de maneiras estabelecidos socialmente. De acordo com Elias, este seria o hábito social dos sujeitos, base da qual derivam as características pessoais e se inscreve a identidade e, ao mesmo tempo, a distinção com relação aos demais membros do grupo social.

Este novo padrão de maneiras e de hábitos sociais, próprio do mundo ocidental após o século XIX, modificou nossos comportamentos como um todo. A limpeza pessoal devido à sua aceitação como necessidade individual, é apenas uma das regras para a exposição do corpo, este é apenas um exemplo dentre os muitos que podem ser citados. Mas todos estes comportamentos seguem o que Elias denomina de “lei fundamental da sociogênese” (ELIAS, 1993, p. 267), no qual o indivíduo passa, de forma abreviada, pelo mesmo processo civilizador que a sociedade como um todo percorreu durante muitos séculos, já que ele não chega “civilizado” ao mundo.

Em relação ao corpo, Elias (1993) comenta sobre uma “moral/estética” que surge justamente no momento em que se acredita que a liberdade corporal conquistada, principalmente pelas mulheres, não possuía precedentes. O autor busca defender a tese de que no curso do processo de civilização dos costumes, os momentos de aparente libertação ocorrem dentro de contextos em que um alto grau de controle é esperado, ou seja, dentro de um padrão “civilizado” particular de comportamento. Ele utiliza como exemplo o uso dos trajes de banho, pois de acordo com o autor, a maior exposição dos corpos exige

por parte dos usuários um maior autocontrole de suas pulsões (cheiros, higiene, sexualidade) do que quando o decoro os mantinha escondidos. De acordo com o Elias (1993, p.266):

O impulso para a limpeza regular e a limpeza corporal constante, para começar não deriva de uma noção claramente definida de higiene, de uma compreensão clara ou, como dizemos habitualmente, “racional” do perigo da sujeira para a saúde. A relação com a lavagem, também, muda em conjunto com a transformação nos relacionamentos humanos.

Seguindo esta linha de reflexão, Goldenberg (2004, p. 115) afirma que é possível pensar que a aparente libertação dos corpos, sugerida por sua atual exposição na mídia e nas interações cotidianas, tem por trás uma espécie de “processo civilizador” que se legitima através dela. E devido a mais nova moral, a da “boa forma”, a exposição do corpo não exige apenas o controle das pulsões por parte dos indivíduos, mas também um controle cada vez mais velado de sua aparência física. Segundo a autora, “O decoro, que antes parecia se limitar a não exposição do corpo nu, se concentra agora, na observância das regras para a sua exposição”.

A partir do começo da década de 1950, há uma crescente glorificação do corpo com uma ênfase cada vez maior em expor publicamente o que antes era escondido. De acordo com Sant’Anna (2002, p. 107) o corpo aí “se torna tão importante e radioso como outrora fora o espírito, algo que devesse ser salvo, mas não em outra vida e sim todos os dias”. E esta salvação do corpo conta com a expansão vertiginosa de uma mega indústria que reúne embelezamento, saúde e moda e que bombardeia-nos com imagens publicitárias que incentivam o culto ao corpo. Neste contexto, muda-se, até mesmo, a noção do que é decente ou indecente no que se refere ao vestuário, como exemplifica Goldenberg (2004, p.28). A utilização de roupas que deixam certas partes do corpo a mostra, ou mesmo a exibição do corpo nu não é considerada, muitas vezes, tão indecente quanto a exibição de um corpo “fora de forma” ou o uso de roupas não condizentes com a forma física. O melhor exemplo disso são as colunas de “certo e errado” de diversas revistas femininas sobre a indumentária usada nas ruas ou em eventos da moda. Conforme afirma a autora, “Não a dúvida de que os estilistas de moda, ao explorarem transparências, decotes, peças que valorizam e expõem certas partes do

corpo, pensam, explicitamente, num determinado padrão estético. Cabe àquelas que pretendem se vestir decentemente procurar se adequar a este padrão ou simplesmente não ousar” (GOLDENBERG, 2004, p. 28). Desta maneira, percebemos que de acordo com a moral da “boa forma”, um corpo trabalhado, sem rugas, estrias, celulites ou qualquer tipo de marca e também sem nenhum tipo de excesso, tal como gorduras ou flacidez, é o único que mesmo sem roupas está decentemente vestido.

Para a compreensão de como a linguagem corporal é marcadora de distinção social faço uso do conceito de *habitus* vindo de Bourdieu, segundo ele, os hábitos culturais, o consumo alimentar e a forma de apresentação são três importantes maneiras de distinguir-se, pois são reveladoras das estruturas profundas determinadas e determinantes do *habitus*, exemplos disso são o consumo de vestuário, os produtos de beleza, higiene e os cuidados e a manipulação do corpo em geral (BOURDIEU, 2001, p. 62). Segundo o autor, o corpo é a mais “irrecusável objetivação do gosto de classe” e se manifesta tanto na aparência natural de cada sujeito, isto é no seu peso, altura, forma do seu corpo e etc, quanto na maneira em que cada um trata e manipula seu corpo e é reveladora das disposições mais profundas do *habitus* (BOURDIEU, 2004, p. 160).

Diversos antropólogos privilegiaram o corpo em seus estudos e questionam entre outros pontos, se a atual valorização e glorificação de um tipo ideal de corpo seria um movimento de domínio do próprio corpo ou mais uma forma de manipulação e controle social inscrita no corpo (BERGER, 2006). Esta questão está no âmbito das discussões sobre identidade e busca refletir em qual medida o corpo pode ser, ao mesmo tempo, marcador da construção do “eu”, ou fator frustração diante dos rígidos padrões estéticos e também fonte de padronização e homogeneização das diferenças. Nesse sentido, vários autores têm apontado os limites de se compreender o corpo como um “objeto” sobre o qual a ação da cultura recai (CSORDAS, 1996; MALUF, 2001). Csordas (1996) discute como o processo de “incorporação” (*embodiment*) se dá de maneira dinâmica, utilizando os conceitos de *habitus* de Bourdieu e o de “percepção” de Merleau-Ponty para melhor explicar, segundo ele, a dimensão de sujeito que o corpo adquiriu na contemporaneidade na construção das identidades sociais e individuais.

De acordo com Maluf (2001) essa abordagem considera que o corpo não pode ser reconhecido apenas como substrato no qual a cultura e os valores

culturais irão se inscrever, pois ele também é agente e sujeito da experiência individual e coletiva, veículo e produtor de significados. Nesse sentido, o conceito de *embodiment* remete à idéia do corpo como “agente e experienciador”. O conceito é desenvolvido como uma categoria que problematiza uma série de dualidades e dicotomizações, tais como natureza/cultura, procurando escapar da idéia do corpo enquanto um objeto no qual a realidade social estaria impressa e foi inspirado pela fenomenologia de Merleau-Ponty e seu conceito de “percepção”, conjuntamente ao conceito de *habitus* de Bourdieu que permite inserir a *incorporação* no discurso da prática. São duas abordagens que buscam romper com as dualidades sujeito/objeto e estrutura/prática. Explicando de forma mais detalhada, pode-se dizer que utilizando os desenvolvimentos da teoria da percepção de Merleau-Ponty, principalmente o seu conceito de pré-objetivo, no qual o ato da percepção não se inicia nos objetos e sim “termina nos objetos” constituindo e sendo constituída pela cultura, assim o autor busca romper com a dualidade sujeito/objeto (CSORDAS 1996, p. 6). E a partir do conceito de *habitus* de Bourdieu, a dualidade estrutura/prática pode ser repensada, segundo Csordas, pois tem como estratégia chocar as dualidades, corpo/mente e signo/significado. Para Csordas, o conceito de *habitus* é definido como um sistema de disposições duradouras, inconscientes e sugestionadas coletivamente para a criação e a estruturação de ações práticas e de representações.

Dessa maneira, de acordo com Csordas (1996), o corpo não é apenas um tema de estudo da antropologia, ele é antes um paradigma, um método para se estudar a disciplina, pois o corpo é concebido como a base existencial da cultural. O conceito de *embodiment* é usado para dar significado a essa participação do corpo na produção de sentidos e símbolos atribuídos às mais variadas práticas sociais, sendo assim, um elemento produtor e o cenário desses significados. Nas palavras de Csordas (1996, p. 2):

Essa abordagem para a incorporação começa com o postulado metodológico que o corpo não é um objeto a ser estudado em relação com a cultura, mas deve ser considerado como o sujeito da cultura, ou em outras palavras, como base existencial da cultural.

Maluf (2001, p. 97) explica melhor esta teoria enumerando as implicações para o *embodiment* visto, sobretudo, como um novo paradigma teórico e metodológico:

1) O corpo não é mais um fato bruto da natureza nem um fato dado – nem para nos mesmos; 2) a objetivação do corpo é um processo construído histórica e culturalmente – e um segundo momento da experiência da percepção; 3) o corpo é sujeito e agente da/cultura; 4) a cultura é corporificada (*embodied*) e não dada exteriormente à experiência do sujeito; 5) o outro também não é percebido como objeto, e sim como um “outro eu”; e por fim, 6) a objetividade não é a visão de nenhum lugar, mas uma visão de qualquer lugar onde o corpo possa tomar posição e se colocar em relação às perspectivas de outros “eu mesmos”.

Dessa forma, entendemos que o projeto de Csordas é o de construir um novo paradigma no estudo da cultura focado na idéia da experiência cultural como sendo corporificada, tratando o corpo como base e cenário onde se inscreve a cultura. Isto é, a idéia de corpos sujeitos da cultura, e não apenas objetos ou receptáculos culturais. Ele afirma evitar a suposição de que os fenômenos da percepção são subjetivos enquanto que os fenômenos da prática seriam objetivos procurando aproximar ambos dentro de um paradigma que “compreende as construções dos objetos culturais e as retificações do eu como prioridades” (CSORDAS, 1996, p.26-27). O ponto principal não estaria voltado para as representações simbólicas que tomam o mundo enquanto realidade exterior aos corpos, mas sim para as práticas concretas de criação e recriação dos corpos.

Essa proposta não me parece contraditória com a abordagem inspirada em Mauss de que homens e mulheres se servem de seus corpos, dependendo de um aprendizado contínuo, contextualizado histórica e culturalmente, e que a copia de padrões faz parte da herança cultural dos grupos ao quais pertencem. Isso não significa, necessariamente, conceber o corpo como um receptáculo passivo dessa herança. O outro lado da dicotomia, tampouco, ajudaria a pensar as mulheres que buscam a cirurgia plástica para transformação de seus corpos, ou seja, a abordagem do corpo como agente independente de coerções sociais e culturais. A tentativa de Csordas (1996) é a de desfazer essa dicotomia.

Bourdieu (2001) já avançava nessa tentativa e pode dar sustentação à discussão aqui apresentada, tanto através de seu conceito de *incorporação*, como da discussão dos ritos de instituição (1996). A dicotomia estabelecida entre

corpo/mente, que caracteriza a nossa tradição cartesiana, é um dos principais impasses da Antropologia do Corpo, pois a idéia da mente independente nos faz perceber o corpo como um mero suporte para os feitos culturais e pessoais, ao passo que os sentidos estariam nos níveis da razão e da consciência (BENEDETTI, 2005, p. 55). Desta forma, a mente estaria mais próxima da cultura, por ser criativa, artificial, flexível, em contraposição ao corpo identificado como um aparato biológico. Bourdieu (2004, p. 155) busca superar essa visão através do seu conceito de *habitus*, mecanismo básico pelo qual a cultura é incorporada, ele é um sistema tanto de produção de práticas, quanto de percepção dessas práticas, em outras palavras, ele promove a ligação entre cultura e ação. Para Bourdieu (2004, p. 160-161), não há nada no corpo puramente biológico, governado por leis naturais, ele é um produto social, espaço onde está a cultura e onde se situam os principais esquemas de percepção do mundo formados, a partir das estruturas elementares de cada grupo social, por exemplo, as oposições quente/frio, bom/ruim, masculino/feminino, que exprimem o estado das relações de poder simbólico. Assim sendo, o corpo é formado por oposições básicas que produzem sentidos para as ações e crenças, as suas experiências são formados por estes esquemas de percepção e sustentam as estruturas elementares do universo social de cada grupo. Portanto, as representações são *incorporadas*, ou seja, estão presentes no corpo porque a cultura também está, ela não é vivida como uma experiência superior e externa ou como um esquema simbólico que se deposita no corpo. É nesse sentido que Bourdieu (2001, p. 61) afirma que seu conceito de *habitus* significa um conhecimento adquirido por um agente em ação, chamando atenção para o “primado da razão prática”.

Além disso, segundo o mesmo autor, através da violência simbólica, a mídia e toda uma mega indústria de cosméticos e diversos produtos e serviços de beleza operacionalizam capitais, buscando produzir o convencimento e a legitimação da idéia de que devemos nos manter sempre magro e jovem, pois, caso contrário, estaremos fadados à insatisfação pessoal.

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, o mercado da cirurgia plástica também trabalha com a violência simbólica passando a idéia de que a cirurgia é simples e pode “salvar” a sua vida, consolidando assim, uma prática exagerada de modelar o corpo, através dessas técnicas de transformação corporal. Desta maneira, são produzidos determinados arbitrários culturais, ou seja, visões de

mundo, nas quais a falta de beleza é interpretada como causa de frustrações e baixa estima, tornando-se um caso clínico, em que o problema pode ser solucionável pelo trabalho intenso de cada pessoa na prevenção da feiúra.

Entre as formas de prevenção está a cirurgia plástica que é encarada apenas como um mecanismo de melhoramento da aparência. Assim, a cicatriz, as dores e principalmente o risco de algum tipo de complicação durante ou após a cirurgia é suprimido pelo intenso desejo de um corpo que se enquadre nos padrões estéticos vigentes. Compreendo assim que toda esta busca pela beleza, bem como o comprometimento da percepção de risco, são arbitrários culturais que foram incorporados como disposições duráveis, ou seja, como *habitus* e, dessa forma, através de valores, palavras e gestos, estes *habitus* são passados e incorporados por outras pessoas estabelecendo novas relações de força e fazendo com que este ideal de beleza seja aceito e legitimado.

Braz (2006, p. 8) que em sua pesquisa etnográfica com adeptos da *body modification* afirma que se realmente o ideal individualista se efetivasse nesse universo (o da transformação de corpos), marcadores sociais de diferença não fariam sentido algum e, também, não haveriam saberes, técnicas corporais, convenções e normatividades impostas dentro desse universo. O autor empresta as idéias de Foucault (1977) para pensar a corporalidade como um fenômeno social, histórica e contextualmente datado e que, portanto, pode não ser interpretada como a expressão da liberdade individual, pois se assim o fizer corre-se o risco de estar criando uma categoria, no caso, a dos adeptos da *body modification*, em que o corpo seria encarado por eles como um projeto pessoal, “que é tão controladora e cerceadora quanto a sociedade ocidental ou a moda” (BRAZ, 2006, p. 11).

Entendo que técnicas como cirurgias plásticas e estéticas, ginásticas, *bodybuilding*, regimes alimentares, anorexia e jejum aparecem ao lado de tatuagens, *piercings*, *body modification*, compondo o universo das transformações corporais (FEATHERSTONE apud BRAZ, 2006, p. 11). Entretanto, embora as cirurgias plásticas e estéticas pertençam ao mesmo universo que a *body modification*, a sua lógica é diferenciada, pois enquanto os adeptos desta última ressaltam que buscam “transcender” a moda, os adeptos da primeira parecem constantemente buscar se enquadrar nela, mas em todo caso, nenhum deles está completamente livre das influências e coerções da cultura, todos são frutos de

construções sociais e históricas que não podem ser entendidos, como afirmado anteriormente, apenas como expressão da liberdade individual.

2.2 ESTILO DE VIDA, QUALIDADE DE VIDA E AUTO-ESTIMA

Numa sociedade multirracial como a brasileira e num cenário de globalização podemos detectar vários tipos de constituição corporal e facial, bem como várias concepções do que se considera belo ou feio. No entanto dois pontos parecem convergentes: o primeiro se refere à importância da beleza na atualidade [...] um passeio pelos supermercados, *shoppings centers* e drogarias, assim como uma análise dos comerciais televisivos nos mostra uma avalanche de produtos de beleza e de mensagens enfatizando a importância do “estar bonita”. Além disso, várias características têm sido postuladas como ideais e acentuadas pela mídia e pelas cirurgias plásticas. O segundo ponto se refere à existência [...] de alguns padrões universais como sugerem certas evidências de similaridades interculturais no julgamento da beleza facial e corporal (BERGER, 2006, p.106).

O fragmento acima nos dá base para pensar sobre a importância de ser belo na atualidade e também aponta o fato de que se, por um lado, temos várias concepções sobre o que se considera belo ou feio, por outro, no que diz respeito a modelos corporais e faciais, alguns padrões são visto como universais. Queiroz e Otta (2000, p. 38) ressaltam que características faciais que lembrem crianças são bem vistas entre as mulheres, por exemplo, nariz pequeno, olhos grandes e arredondados, testa ampla e bochechas salientes. Os autores reforçam que as cirurgias plásticas de rosto visam, entre outros, corrigir assimetrias nas faces tais como nariz grande ou adunco. Já em relação aos modelos corporais, Berger (2006) resalta que as mulheres parecem oscilar entre dois modelos principais: o primeiro classificado por ela como *bodybuilders*, de um corpo magro, mas malhado, isto é “trabalhado” na academia, com os músculos em evidência; e o segundo, seria simplesmente um corpo bem magro, cujo referencial seria o corpo das modelos.

Menezes (2004, p. 5-6) afirma que atualmente a mídia vem se destacando por reforçar (e/ou talvez suscitar), através de telenovelas, filmes, seriados, telejornais, programas esportivos e outros, certas representações que giram em torno de um estado corporal considerado ícone de beleza, saúde, sensualidade e juventude. Conforme visto no parágrafo anterior, é possível existir mais de um modelo considerado como ideal, porém determinadas características

são profundamente rechaçadas e ao reforçar certas representações de determinado estado corporal, suscitando nos sujeitos a idéia de que este é um ideal a ser perseguido, aumenta-se cada vez mais o papel do corpo enquanto mercado de bem de consumo. Mas, o autor chama a atenção para o fato de que esta ênfase dada pela mídia é um “reflexo ou uma consequência de uma tendência socialmente construída” (MENEZES, 2004, p. 6). Ele reforça que pensar a respeito desta tendência mostra a relação entre uma certa condição corporal e a construção social dos significados que giram em torno desta condição, isto é, os corpos que antes pareciam estar sob controle das pessoas foram transferidos para a esfera técnica e da ciência, embora os discursos possam estar distantes da realidade cotidiana de cada um (LE BRETON apud MENEZES, 2004, p. 61).

Neste sentido, entendo que a aliança entre capital, ciência e tecnologia produz consequências relativas à construção da subjetividade e à própria noção de pessoa. Le Breton (2004) ressalta que sendo as concepções de corpo tributárias da noção de pessoa, o corpo moderno implica uma ruptura do sujeito com os outros, reforçando uma estrutura social individualista. Segundo o autor, o indivíduo, em nossa sociedade, pensa o corpo como um simples suporte e veículo da pessoa, assim, ele parece se afastar cada vez mais do seu próprio corpo e concebê-lo como uma matéria imperfeita, corrigível. Em *Adeus ao corpo* (LE BRETON, 2003), ele ressalta que com o advento das novas técnicas corporais ocidentais, o espaço que separa o homem do seu corpo se estendeu, assim, segundo ele entramos no tempo “*pós-biológico*” no qual buscamos superar nossas fragilidades e imperfeições ligadas à corporalidade.

Para Menezes, as pessoas passam de sujeito dos seus corpos, para reféns dele, sendo o corpo percebido como independente das pessoas, diferentemente do que ocorre em sociedades “tradicionalistas”. E isto parece estar ligado à tentativa do saber médico de atribuir aos corpos uma realidade autônoma. Essa é uma interpretação que deve ser levada em conta, pois embora se observe uma tendência à maior liberdade dos sujeitos sociais para intervirem em seus próprios corpos (LE BRETON, 2003; ORTEGA, 2006; BRAZ, 2006), através de diferentes técnicas, inclusive as médicas, há também uma tendência oposta, mas complementar, à dependência de orientações dos mais diversos especialistas que orientam sobre como usar e manipular nossos corpos, pois, “não sabemos até certo ponto o que fazer com nossos corpos” (MENEZES, 2004, p. 2). Tornamo-nos

dependentes das áreas da ciência biomédica, tais como medicina, fisioterapia, educação física e nutrição.

Neste sentido, acredito ser possível pensar que no âmbito do sistema biomédico, diferentes significados podem ser atribuídos às noções de saúde/doença, pois além dos limites entre estados considerados normais e patológicos, há estados que possuem grande interface com a cultura, como é o caso da obesidade, estado que possui relação estreita com as motivações para se realizar cirurgias plásticas estéticas, objeto dessa pesquisa. Estes significados podem estar diretamente relacionados à nossa maneira de conceber, entender e manipular nossos corpos contribuindo assim para uma ampliação do conceito de saúde, profundamente ligados aos conceitos de “bem-estar” e de “qualidade de vida”.

Seguindo este raciocínio entendo que a obesidade é um bom exemplo para compreensão do que foi dito acima, pois o senso comum empresta da biomedicina o conceito de obesidade como doença, deslocando e ampliando, dessa forma, este significado e atribuindo a qualquer corpo que fuja do padrão rígido do corpo belo e “sarado” o caráter de doença. Nesse caso, sendo obesidade considerada uma enfermidade, caracterizada como acúmulo excessivo de gordura corporal e associada a problemas de saúde, como colesterol, pressão alta, e mal-estar físico e psíquico, o sujeito desse corpo passa a ser culpado por não se enquadrar no padrão estabelecido. Seu corpo passa a ser visto como desproporcional, doente e o indivíduo é visto, portanto, como não tendo amor próprio, sem iniciativa, alguém que não cuida de si mesmo, relaxado. Neste “cuidado de si” é possível observar um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que é esperado que as pessoas possuam autonomia sobre seus corpos, e que cada um deve decidir como manipulá-lo, também se percebe que é esperado que tenham um autocontrole sobre ele, havendo certa coerção contra todos os estados corporais que fujam ao atual padrão da boa forma.

A discussão sobre a ampliação do conceito de saúde para “estilo de vida” e “qualidade de vida” expressa bem as questões colocadas pela gordura corporal na atualidade. Azize (2002), em sua dissertação de mestrado, discutiu esses conceitos, através de uma pesquisa sobre os “remédios do estilo de vida”, veiculados pelos meios de comunicação de massa e de grande visibilidade: Viagra,

Prozac e Xenical. Ele analisou o discurso tanto de usuários como também o de médicos e farmacêuticos que pareciam relacionar a idéia:

De que estas pílulas não são usadas somente para combater um mal, desconforto ou doença, mas funcionam como elemento que ajuda o indivíduo recuperar a sua auto-estima, outra expressão que aparece com frequência no material de campo (AZIZE, 2002, p. 14).

Desta forma, partindo da análise etnográfica, Azize busca observar quais elementos da cultura contribuem e sustentam os significados atribuídos aos conceitos de saúde/doença, cura e medicamento. Ele discute como o conceito de saúde hoje se apresenta com uma ampla possibilidade de usos e é acompanhado por outras noções como as de “qualidade de vida” e de “estilo de vida”, que podem ser situadas no mesmo campo cultural. Segundo ele, a saúde tornou-se um produto a ser adquirido, simbolizado em medicamentos, alimentos naturais e em atividades que fazem bem ao corpo. Nas suas palavras: “Procurar bem estar passa a ser um argumento tão utilizado para a venda e compra de produtos de saúde quanto reverter um mal-estar” (AZIZE, 2002, p. 22). Estes conceitos de “estilo de vida” e de “qualidade de vida”, tratados por ele como termos nativos, encontrados tanto no discurso do público leigo quanto do público especializado, também será tratado por mim da mesma maneira, pois os encontro com recorrência em meu campo de estudo. Assim, como os medicamentos são encarados como busca por uma maior qualidade de vida, as cirurgias plásticas estéticas também são entendidas da mesma maneira pelas mulheres com quem conversei.

Empresto de Azize, portanto, alguns elementos de sua reflexão acerca dos significados atuais dados ao conceito de saúde relacionada às noções de “qualidade” e de “estilo de vida” para pensar na relação que se estabelece, hoje, entre a chamada “boa forma” física ou “corpo sarado” e saúde, pois o termo “corpo sarado” se refere tanto ao corpo que está curado, que sarou de seus males, como o corpo sem gordura, e trabalhado, bem (de)marcado, com músculos bem definidos. Fica claro que não é só a ausência de gorduras que faz o corpo ser considerado saudável, mas sua aparência tem grande importância no momento de se considerar um corpo saudável ou não, representando assim, mais um exemplo do que o autor chamou de ampliação do conceito de saúde.

Rodrigues (1999) ressalta que o corpo articula significados sociais e não apenas um complexo de mecanismos fisiológicos, por isso é impossível pensá-lo sem considerar a pluralidade de sentidos que ele engloba. Como bem expressa o autor:

Reconhecemos no nosso corpo e nos das pessoas que conosco se relacionam um dos diversos indicadores da nossa posição social e o manipulamos cuidadosamente em função deste atributo (RODRIGUES, 1999, p. 46).

Com este fragmento Rodrigues nos coloca que os cuidados despendidos com a apresentação física são usados como estratégia de distinção social e marcam a identidade do indivíduo propiciando a ele sentimento de segurança e auto-estima, bem como a sensação de pertença a um grupo.

Beleza e “boa forma” física estão hoje mais do que nunca associadas à “qualidade de vida”, ao “estilo de vida” e à auto-estima, termos esses, como observado por Azize (2002), que aparecem com frequência no discurso da biomedicina via indústria farmacêutica. Segundo o autor, o uso frequente destas categorias parece mostrar que o discurso biomédico incorpora valores dos grupos com os quais interage, fazendo com que estas categorias busquem representar uma forma ideal de vida que deve ser perseguida como única fonte de bem estar físico e emocional. Desta forma, é possível relacionar o seu uso a uma tentativa de sustentar os motivos pelos quais uma pessoa deveria querer emagrecer, pois se diz que:

A melhora na qualidade de vida e a recuperação da auto-estima são benefícios periféricos que o tratamento pode trazer... [ou seja] não apenas diminuir o peso corporal, mas fazê-lo por uma questão de saúde. [assim] O problema da obesidade é afastado das suas conexões com a estética e o padrão de beleza magro valorizado dentro da cultura ocidental, que se tornam motivações menos importantes na busca pela diminuição do peso corporal (AZIZE, 2002, p. 60).

Entende-se assim que a razão principal das cirurgias (ou das dietas alimentares) deve ser a saúde e faz com que a obesidade ganhe *status* e seja reconhecida como doença, considerada como “doença dispendiosa, de alto risco, crônica e recorrente [...] embora não seja nova assume agora proporções

epidêmicas e está aumentando”⁶. Há, então, uma “abrangência” da obesidade como doença para toda e qualquer medida corporal fora dos padrões de peso aceitos. Embora a incidência de certos tipos de obesidade realmente possa acarretar estados de enfermidade, como por exemplo, diabetes e hipertensão, este parece não ser exatamente o único motivo para a sua repulsa, pois, como aponta Del Priore (2000), ao longo do século XX, a obesidade tornou-se critério determinante da feiúra e representa o universo vulgar, em oposição ao elegante e fino.

O tratamento da obesidade como doença envolve um processo que requer uma mudança (muitas vezes drástica) que passa por vários campos do estilo de vida do indivíduo, como por exemplo, mudanças nos padrões alimentares e o abandono do sedentarismo. Fica clara, assim, a distância entre a obesidade como doença /enfermidade e a obesidade como símbolo de um estilo de vida frustrante e sem auto-estima. Por conta disso, a gordura e a flacidez são tomadas como símbolos de indisciplina, desleixo, preguiça e falta de investimento do indivíduo em si, como um rapaz me disse em uma entrevista informal ao afirmar não se relacionar com garotas acima do peso, pois, segundo ele, elas “parecem não gostar e não olhar para si mesmas”. Le Breton (2003, p. 62) afirma que o corpo é, atualmente, nas sociedades ocidentais modernas, a marca do indivíduo e uma alteração dos padrões esperados em sua apresentação tende a confundir os sinais através dos quais se mostram os sujeitos aos olhos dos outros.

Assim, cada indivíduo torna-se responsável pelo seu próprio corpo e em uma cultura marcada principalmente pelo consumo dos mais variados tipos de serviços e produtos, o corpo também se torna um objeto de consumo. Neste processo de responsabilização do indivíduo pelo seu próprio corpo, a mídia e a publicidade possuem um papel fundamental, pois se antes simplesmente chamava atenção para um produto exaltando suas vantagens, hoje em dia serve, principalmente, para produzir o consumo como estilo de vida, procriando um produto próprio: o consumidor, perpetuamente intranquilo e insatisfeito com sua aparência (LASCH, 1983, p. 320). Além disso, Goldenberg chama atenção para outro fenômeno a que Bourdieu (apud GOLDENBERG, 2004, p. 119) denomina de “ilusões bem fundamentadas”, trata-se de ilusões que os mais diversos veículos de comunicação (programas de televisão, cenas de novelas, reportagens de revistas e

⁶ Dados retirados do site: www.obesidade.com.br

jornais), vendem, muitas vezes, de uma forma aparentemente desinteressada ao se referenciar no discurso científico dos especialistas (médicos, nutricionistas, esteticistas, professores de educação física), prometendo perfeição estética desde que sejam cumpridas, rigorosamente, todas as orientações fornecidas (muitas vezes contraditórias). Nas palavras de Goldenberg (2004, p. 118):

Procura-se enfatizar os avanços da cosmética, da nutrição, da fisiologia do exercício, da cirurgia plástica, entre outras ciências a serviço da “boa forma”, que, conforme as propagandas permitem desafiar a genética e transformar o corpo. Com toda essa “campanha”, saem ganhando, entre outros, os mercados dos cosméticos, dos produtos dietéticos (ou *lights*), das cirurgias estéticas e da “malhação”.

Desta forma, consagra-se o culto ao corpo, ou seja, a busca por um corpo “sequinho”, livre de marcas e gorduras como sinônimo de um estilo de vida saudável. Fica claro que beleza e boa forma física estão hoje associadas à felicidade pessoal, sucesso profissional e afetivo e, é claro, a auto-estima. Associado às “ilusões bem fundamentadas” que promovem o discurso científico dos mais diversos especialistas, o culto ao corpo é também alimentado pela “imitação prestigiosa” (MAUSS, 1974), já citado anteriormente, fundamental para a compreensão da valorização obsessiva a um tipo determinado de corpo. Um bom exemplo deste fato é o glamour dedicado às pessoas famosas que têm seus corpos exibidos na mídia como um ideal a ser perseguido. Esse glamour é reconhecido tanto pela valorização e propagação de suas imagens em programas de televisão e/ou anúncios publicitários, como também pelo grande número de reportagens feitas por diversas revistas e programas de televisão sobre o que estas pessoas fazem ou fizeram (em termos de alimentação, exercícios físicos, tratamentos faciais ou terapias) para se manterem jovens, bonitos e alcançarem a considerada boa forma. Para eles, a boa forma veio acompanhada da fama, do sucesso e do prestígio. Segundo Goldenberg (2004, p.118) isto vem “funcionando como uma verdadeira alavanca desse culto ao corpo, sempre explorando a idéia de que você também pode!”. Entendo, assim, que é precisamente na noção de prestígio que a pessoa torna o ato de imitar autorizado, em relação ao indivíduo imitador, e é nele que se encontra o elemento social das técnicas corporais, que, como já afirmado, podem ser definidas como maneiras dos sujeitos sociais se servirem e fazerem uso de seus corpos, regulando suas normas e suas funções. Resumindo, a cultura da “boa

forma”, com todos os rituais de embelezamento e transformações corporais a ela ligados, deve grande parte de sua propagação a esta “imitação prestigiosa” baseada na admiração e prestígio conferido às pessoas que se enquadram nos padrões estéticos definidos.

2.3 A DEMOCRATIZAÇÃO DAS CIRURGIAS PLÁSTICAS ESTÉTICAS NO BRASIL

Neste atual cenário de valorização de um determinado tipo de corpo símbolo de beleza, auto-estima e qualidade de vida, a cirurgia plástica conquista novos adeptos a cada dia. Segundo Berger (2006 p. 1) vivemos um período de culto ao corpo que se aprofundou a partir de 1980 em países como os Estados Unidos e no Brasil ganhou força a partir de 1990, em especial após o plano real. Este período é marcado por um forte apelo da mídia e da publicidade que orientam as pessoas através de invocações verbais e imagéticas, salientando a importância de se atingir um padrão corporal específico. Este advento, que inicialmente parecia estar ligado às camadas mais abastadas da sociedade, atualmente também se faz presente entre as pessoas de segmentos mais baixos das classes médias. A facilidade de pagamento através do parcelamento e a oferta desenfreada desse tipo de serviço parecem contribuir para essa expansão. De acordo com dados disponíveis no site da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), anualmente são realizadas mais de 700 mil cirurgias plásticas no país. Edmonds (2002) denomina este fenômeno de “democratização das cirurgias plásticas estéticas”, fato que parece estar relacionado à questão da identidade feminina, na qual o corpo ganha um papel central e essencial para que a mulher se sinta bem consigo mesma. Nesse sentido, é fundamental pensar a relação entre identidade e surgimento da plástica como “prática democrática que oferece a beleza igualmente a ricos e pobres”. (EDMONDS, 2002, p. 190).

Durante o trabalho de campo pude observar que as mulheres possuem uma relação dúbia com seu próprio corpo, pois muitas afirmam que antes da cirurgia estavam satisfeitas com seus atributos corporais, conquistados principalmente através da ginástica e esforço pessoal, mas também afirmaram não poupar recursos financeiros para alterar o que acham que deve ser corrigido. Segundo pesquisa publicada na revista Galileu (COLAVITTI, 2004), entre diversas modelos entrevistadas, todas afirmaram estar insatisfeitas com seus corpos e

realizariam correções cirúrgicas, sendo que 96% fariam lipoaspiração e implante de silicone nos seios. Esta informação leva a pensar que se mesmo entre mulheres símbolos de beleza existe um descontentamento, é normal que outras mulheres também sintam este mal estar com seu corpo. Como bem analisado por Del Priori (2000, p. 80), vive-se hoje a supremacia da aparência, por essa razão, mulheres que não são consideradas belas recusam seus próprios corpos ou os aceitam com dificuldades. Segundo a autora “a fotografia, a televisão, o filme e os espelhos das academias dão a mulher moderna o conhecimento objetivo de sua própria imagem, mas também a forma subjetiva que ela deve ter aos olhos de seus semelhantes” (DEL PRIORI, 2000, p. 81). Desta forma, em uma sociedade de consumo como a nossa a estética movimenta milhões e transforma a beleza e a feiúra em um drama, multiplicando assim o que a autora denomina de “fabricas de beleza”, nas quais estão inseridas as clínicas de cirurgia plástica, bem como as academias, os salões de beleza e as clínicas de tratamentos estéticos.

Em março de 2002 a revista “Veja” lançou uma reportagem polêmica intitulada “Corpo a Venda” apresentando os exageros da plástica, na qual confirma o dado de 350.000 cirurgias em 2001, o que significa que em cada grupo de 100.000 habitantes, 207 pessoas se submeteram a intervenções cirúrgicas. A reportagem também mostra que nos Estados Unidos em 2001 em cada 100.000 habitantes, 185 fizeram cirurgia plástica, indicando um número inferior ao do Brasil. Ainda segundo essa pesquisa, o mercado de cirurgia plástica está em expansão e, desde o plano real até 2001, ano da reportagem, o número de cirurgias plásticas realizadas cresceu 250%.

Para quem deseja realizar uma cirurgia plástica, um dos caminhos possíveis é contratar os serviços de uma empresa “intermediadora”. Esta é uma empresa financeira que vende um “pacote” de cirurgia plástica, no qual todas as despesas estarão inclusas e há possibilidade de parcelamentos em até 36 vezes. As empresas “intermediadoras” firmam convênios com médicos e clínicas fazendo o trabalho de “mediação” entre estes e os pacientes. Tais empresas atraem clientes através de propagandas, oferecendo a possibilidade de pagamento facilitado, mas não permitem que o/a paciente escolha o médico. Elas indicam também o local em que a cirurgia será realizada, normalmente em clínicas, não em hospitais, nas quais as condições de segurança e higiene são restritas.

Além disso, os dados da observação participante revelam ainda que muitos médicos contratados pelas intermediadoras não possuem o título de cirurgião plástico. Para possuir o título é necessário, após a conclusão do curso de medicina, passar por dois anos de residência em cirurgia geral e outros três anos de especialização em cirurgia plástica. O atestado de especialista é conferido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). Este é um investimento que leva tempo e dinheiro, portanto o custo de um especialista em cirurgia plástica é muito maior para estas empresas do que de um clínico geral, por exemplo. A lista com todos os 4.700 cirurgiões plásticos brasileiros habilitados está disponível no site SBCP, bastando acessar o site (www.cirurgiaplastica.org.br) e digitar o nome do médico. Se aparecer “membro aspirante” indica que o médico não é especialista em cirurgia plástica, portanto não pode operar; se o resultado for “membro associado ou membro titular” trata-se de um profissional habilitado para o exercício da profissão. A necessidade de confirmar se o médico está mesmo habilitado a operar antes de contratar qualquer serviço é um dos principais pontos defendidos pela comunidade da internet objeto de estudo dessa pesquisa: “*Paguei para ser mutilada*”.

Apesar da existência de muitas dessas intermediadoras e da atividade dessas empresas, o Conselho Federal de Medicina (CFM) proibiu no dia 14 de março de 2008 a associação de médicos com intermediadoras, através da seguinte nota publicada em diário oficial: “É vedado ao médico o atendimento de pacientes encaminhados por empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos.” (BRASIL, 2008).

Segundo o conselho, este procedimento se configura como “mercantilização da medicina” e o médico que for denunciado por usar dessa intermediação para realização de cirurgias plásticas pode sofrer cinco tipos de punição: advertência confidencial, censura confidencial, censura pública, suspensão profissional por 30 dias ou cassação do registro. Mas, apesar dessas indicações e de toda a discussão a respeito, na mídia de modo geral e na internet, muitas intermediadoras continuam funcionando e suas propagandas podem ser vistas em revistas e até mesmo nas estações de metro da Cidade de São Paulo.

Grande parte dos casos de mutilação que tenho acompanhado foi de pessoas que contrataram estas intermediadoras, embora tenha visto também casos em que a cirurgia foi realizada com médicos de renome.

Entre os procedimentos realizados, o grande campeão seria o implante mamário de silicone seguido pela lipoaspiração, segundo dados divulgados pela revista *Veja* em agosto de 2010. O texto afirma que anualmente são realizadas cerca de 90 mil cirurgias de lipoaspiração no país. Porém, tal número se refere apenas aos procedimentos conduzidos por cirurgiões plásticos habilitados, devendo, portanto, ser um número bem maior do que este divulgado. Segundo a revista, levando-se em conta as cirurgias feitas por médicos sem o título de cirurgião plástico, o total anual de procedimentos seria o dobro, ou seja, 180 mil por ano no Brasil, o equivalente a 20 cirurgias de lipoaspiração por hora (PAULIN, MEDEIROS, BORTOLOTTI, 2010).

A revista afirma ainda que apenas uma minoria segue condutas que ofereçam condições de realizar cirurgias de lipoaspiração com segurança. Um levantamento divulgado pela mesma reportagem indica que somente 17% dos procedimentos de lipoaspiração realizados no país obedecem aos critérios mais elementares de segurança. Isto significa que 83% das vezes, o/a paciente corre o risco de complicações que podem, inclusive, levar à morte.

Com base nisso e após consultar vários profissionais da área de cirurgia plástica, a revista *Veja* elaborou uma lista com dez regras que devem ser observadas pelo paciente que deseja realizar uma cirurgia de lipoaspiração. Tais regras podem ser aplicadas a outros procedimentos de cirurgia plástica e correspondem aos mesmos itens apontados na comunidade "*Paguei para ser mutilada*" como sendo primordiais para o sucesso de uma cirurgia plástica.

Entre estes itens está a escolha do médico, que deve ter título de especialista conferido pela SBCP com referências de no mínimo dois pacientes e a necessidade de passar confiança ao paciente, solicitando exames adequados e verificando se o mesmo não possui hérnias na região a ser operada, o que facilitaria a perfuração de algum órgão vital, especialmente no caso da lipoaspiração. Outro ponto importante a observar são as condições físicas do hospital que deve possuir UTI (Unidade de Terapia Intensiva) preparada não apenas para o atendimento emergencial, mas também para internação. E por fim, é importante observar os motivos que condicionam a cirurgia para evitar exageros que podem trazer transtornos e diversos riscos, por exemplo, o fato de a lipoaspiração ser uma técnica de extração de gorduras que não deve ser adotada como tratamento para emagrecer, pois não se deve retirar mais do que 7% do peso total do paciente,

acima disso, há risco de morte por hemorragia, embolia e falência de múltiplos órgãos.

Esta lista elaborada pela revista “Veja” traduz o pensamento da comunidade pesquisada, associada à idéia de que a técnica de cirurgia plástica é segura, caso todos os padrões de segurança sejam seguidos. Isso significa conceber esta técnica médica como passível de controle quase que total. Conforme poderá ser observado na exposição do trabalho etnográfico, existe por parte destas mulheres um “não questionamento” da técnica em si, ou seja, se algo deu errado, a responsabilidade é de quem a executou, isto é do médico.

Entendo que a comunidade “*Paguei para ser mutilada*”, ao enumerar os riscos da cirurgia plástica e, da mesma forma, as maneiras de evitá-los, está promovendo um “gerenciamento dos riscos”, isto é construindo a idéia de que determinados riscos podem ser evitados e/ou controlados, através de determinadas medidas tomadas antes, durante e depois do procedimento cirúrgico pelo médico, sua equipe e por elas próprias. Elas atribuem ao saber médico grande credibilidade, seguindo a tradição discursiva de risco-probabilidade (SPINK, MENEGON, 2007), na qual é possível manter um controle quase total sobre os riscos se determinados padrões de segurança forem seguidos. O conceito de “gerenciamento dos riscos” vem de John Adams (2008) e será retomada no capítulo “*Plástica Vale a Pena? Olha o que aconteceu comigo!*”.

Por fim, gostaria de fazer neste capítulo uma breve reflexão sobre a motivação para se submeter a uma cirurgia plástica. Acredito que a mídia possui um papel importante nesta motivação, pois, como afirma Castro (2007), a publicidade como modalidade discursiva possui grande potencial ideológico, interferindo diretamente no imaginário social. Desta forma, somos constantemente persuadidos com a idéia que devemos nos manter sempre jovens, belos e saudáveis e inúmeras técnicas corporais são apresentadas como instrumentos de auxílios para a conquista deste objetivo, dentre eles estão as cirurgias plásticas. Segundo a autora, a mídia, especialmente as revistas e os programas voltados ao público feminino, exercem forte influencia sobre a atual representação construída em torno da cirurgia plástica, na qual desaparece a idéia de que se trata de um procedimento que envolve risco cirúrgico, como outro qualquer.

Nesse sentido acredito que as imagens apresentadas em revistas femininas comerciais e, sobretudo, em anúncios relacionados à cirurgia plástica

expressam a consolidação de um modelo feminino (a mulher branca, ocidental, jovem, com corpo torneado e poder de consumo) voltado para o convencimento de quem o observa. De acordo com Lessa (2005 p. 4), “A mulher a ser consumida é um corpo-referência que despreza e desconsidera o múltiplo”. Assim, reforça-se a idéia de que as mulheres devem enquadrar-se neste padrão, ao mesmo tempo em que se apresenta a oportunidade de fazê-lo. Isso significa que o uso destas frases associado a imagens desse “corpo-referência”, ao mesmo tempo em que vende a idéia das mulheres como objeto de consumo, também faz com que a mulher se sinta presa a este modelo, tornando-se consumidora do mesmo, isto é, “ela é construída ao mesmo tempo que constrói o modelo, num constante ir e vir” (LESSA, 2005 p. 5).

Canclini (2005) discute como o consumo é atualmente um fator de construção de identidade e marca de pertencimento a um determinado grupo social. Segundo ele, o consumidor assume-se como cidadão quando se apropria coletivamente dos bens materiais e simbólicos, construindo sua identidade e desenvolvendo o papel regulador do consumo em sua comunidade como forma de pertencimento a ela. O autor trabalha com a hipótese de que, ao selecionarmos e nos apropriarmos de bens, o fazemos seguindo uma definição do que consideramos publicamente valioso. Desta forma, compreende o consumo associado à cidadania como processos culturais, isto é como práticas que trazem sentimento de pertença e valorização aos sujeitos sociais nelas envolvidos. Assim, o consumo não é compreendido como posse individual de objetos isolados, mas forma de apropriação coletiva de bens que proporcionam satisfação.

Podemos então questionar “por que as pessoas querem bens?” e, para responder a esta pergunta, o estudo de Douglas e Isherwood (2004) aponta direções ao discutir as relações de consumo não simplesmente por seu caráter utilitário, isto é o consumo não mais apenas associado à simples satisfação das necessidades. Para os autores, os bens de consumo cumprem o papel de comunicar categorias culturais e valores sociais. Desta forma, as escolhas de consumo refletem julgamentos morais e valores culturalmente dados, carregando significados sociais de grande importância, tornando explicitas informações sobre os sujeitos sociais. Assim, o ato de consumir seria um processo no qual todas as categorias sociais estariam sendo continuamente definidas, afirmadas ou redefinidas.

Nesse sentido, pode-se compreender que em nossa cultura um corpo construído e modelado segundo os padrões da boa forma tornou-se um bem, um sonho de consumo, que leva homens e mulheres a buscarem o auxílio de diversas tecnologias de intervenção corporal para alcançá-lo. Segundo Castro (2007), a mídia reforça a consolidação desse modelo de corpo da boa forma. Ao analisar as práticas de participantes de diferentes modalidades de atividades físicas em quatro academias de ginástica da cidade de São Paulo, a autora afirma que os cuidados despendidos com a apresentação pessoal são vistos como estratégia de distinção social e marcador de identidade. Se ao consumir, como afirmam Douglas e Isherwood, estamos expressando nossos valores e desenhando nossa relação com outros sujeitos e outros grupos, para mulheres que participaram da pesquisa, cuidar do corpo contribui para a construção de suas identidades. Conforme explica Canclini (2005, p. 25) “o reconhecimento e a aceitação social dependem cada vez mais do consumo ou daquilo que se possui, ou seja, capaz de possuir”, o que possibilitaria pensar que, ao buscar a aceitação social por meio da transformação de seus corpos, estas mulheres estão agindo mais “cidadãos-consumidoras” e não expressando uma liberdade individual com relação ao corpo na construção de suas identidades, sobretudo se analisarmos a forma como elas reagem quando a cirurgia não traz o resultado esperado, como veremos ao longo desse trabalho.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO

3.1 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este trabalho etnográfico surgiu como sequência ao estudo iniciado na graduação, primeiro como iniciação científica e, posteriormente, convertido em trabalho de conclusão de curso (TCC), no qual busquei refletir sobre as motivações para a realização de uma cirurgia plástica. Ao longo da pesquisa, iniciei a discussão sobre a percepção de risco por parte de mulheres que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos com fins estéticos. Na ocasião, realizei observação participante na internet, mais especificamente na rede de relacionamento Orkut, em duas comunidades sobre cirurgias plásticas estéticas, uma que reunia mulheres que tiveram resultados positivos e outra com mulheres que sofreram mutilações ou deformações decorrentes da cirurgia. Ative-me às técnicas de lipoaspiração, abdominoplastia e mamoplastia, pois estas são destinadas ou a extração de gordura, ou à correção de “problemas” ligados à gordura e à flacidez e, desta forma, se relacionam com a atual “tendência à rejeição de gorduras” (FISCHLER, 1995), uma das principais marcas da “boa forma”. Desta forma, foi possível relacionar a atual tendência a abstrair determinados estados corporais, sobretudo aqueles que caracterizam por acúmulo de gorduras, com a atual valorização e banalização da cirurgia plástica estética.

Nesta segunda etapa da pesquisa, além de refletir sobre as motivações e a percepção de risco por parte de quem se submete a um procedimento cirúrgico com fins estéticos, busco também refletir sobre a noção contemporânea dos riscos no contexto da cirurgia plástica, pratica vista como segura, legitimada pela cultura e executada pelos sujeitos sociais como parte da construção de sua identidade pessoal, mas que coleciona casos de mutilações, deformações e morte.

Para tanto, utilizei como metodologia de pesquisa a observação participante na comunidade virtual “*Paguei para ser mutilada*” localizada na rede de relacionamento Orkut. Conheci esta comunidade em meados de 2006, quando o número de membros era pequeno (por volta de 300) e a única pessoa que conversava comigo era a criadora da comunidade, que vou denominar aqui como “Alice”. Aliás, nesse primeiro momento, o principal papel da comunidade era o de

reunir algumas pessoas que fizeram cirurgia plástica e obtiveram resultados ruins para desabafar e trocar informações. Na época a “Alice” estava iniciando seu processo contra o médico e a empresa intermediadora que lhe vendeu o plano e já realizava um pequeno trabalho que ela mesma chamava de “utilidade pública”. Ele consistia, segundo ela, de alertar as pessoas sobre a existência de empresas intermediadoras que vendem planos de cirurgia plástica, mas não respeitam os padrões de segurança e contratam médicos que não são especialistas em cirurgia plástica, além de orientar sobre a necessidade de pesquisas (e como fazê-las) para saber se o médico tem qualificação para exercer a profissão e não possui na justiça nenhum processo contra ele.

Hoje a comunidade conta com cerca de 1359 membros e o foco deste grupo de discussão é reunir pessoas que tiveram seus corpos mutilados ou deformados por conta de uma cirurgia plástica, bem como enumerar os riscos desta técnica e, segundo seus moderadores, ensinar os possíveis caminhos que podem ser percorridos para evitar este sofrimento. O trabalho de “utilidade pública” segundo a “Alice” cresceu e ganhou novos adeptos, majoritariamente mulheres, sendo muitos os tópicos que denunciam as empresas e os médicos acusados de negligência, imprudência e imperícia. O objetivo da comunidade é tornar estes casos públicos, trocar informações sobre quais procedimentos tomar para mover um processo e comprovar o “erro médico” bem como alertar e ensinar como evitar ser vítima desse erro.

O crescimento da comunidade aconteceu a partir de 2007, quando novas vítimas apareceram e as discussões ganharam novos contornos, trazendo maior visibilidade para a comunidade, inclusive através da mídia. Diversas participantes começaram a dar entrevistas à mídia escrita e falada denunciando falsos médicos, atendimento em clínicas sem condições adequadas de higiene ou segurança, negligências e desrespeitos ao reclamarem dos resultados obtidos após a cirurgia. Com isso a comunidade foi vítima de ataques e represálias, correndo risco de ser extinta em 2009, quando nesta ocasião a empresa intermediadora contrata pela “Alice” moveu um processo contra a comunidade exigindo que tirassem seu nome de qualquer tópico que “ferisse a integridade desta empresa” uma vez que nada tinha sido ainda provado contra ela. Por conta disso, vários tópicos antigos foram excluídos, mas o advogado da “Alice” entrou com recurso afirmando que esse era um campo neutro e legítimo de troca de informações e

proibições deste tipo estariam ferindo o direito de liberdade de expressão, o que fez com que o processo fosse arquivado.

Podemos classificar os participantes da comunidade em dois tipos: os participantes “ativos”, que estão presentes na comunidade com frequência, postam comentários nos tópicos de discussões e interagem diretamente com os outros membros. E os participantes “inativos”, que entram na comunidade por curiosidade ou para buscar informações sobre médicos, empresas e procedimentos e depois não se excluem da comunidade, mas praticamente não a consultam mais.

Entre os participantes ativos encontramos principalmente mulheres que fizeram cirurgias plásticas e tiveram seus corpos mutilados ou deformados, entre elas a maioria está movendo processo contra seu médico, acusando-o de erro médico, mas também há aquelas que acusam o médico de um resultado ruim sem levar, entretanto, o caso para a justiça. Há diversos tópicos nos quais expõem suas histórias e dão notícias sobre o desenvolvimento de seu processo.

Para coletar dados que permitissem refletir e responder às questões formuladas, selecionei, entre as participantes ativas, um grupo de 11 mulheres que acompanhei do fim de 2008 até o presente ano. Meu contato com elas se deu principalmente através da comunidade, mas também tive conversas em particular através de programas de conversação instantânea, e-mails e em alguns casos até mesmo por telefone, além de utilizar as reportagens que a maioria destas moças concedeu a programas de televisão, telejornais e revistas.

Entre elas, apenas uma ainda não moveu processo contra seu médico, mas já passou com ele por duas cirurgias de reconstrução (além da primeira cirurgia na qual pretendia mudar o formato de seu nariz) e, como não obteve resultados satisfatórios, pensa agora em entrar com processo para reaver o dinheiro gasto com a primeira cirurgia, bem como pedir indenização por danos morais. A lista completa das participantes pesquisadas estará disponível no próximo item.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa não utilizei questionários fechados e passei para a fase de conversas particulares com as participantes depois de observar e interagir com elas durante alguns meses através da comunidade.

Quando entrei nesta comunidade, em 2006, por ocasião do meu Trabalho de Conclusão de curso (TCC), encontrei algumas resistências no começo, pois muitas mulheres não queriam conversar comigo e até desconfiavam de minhas intenções, uma vez que a comunidade estava sendo vítima de várias represálias,

segundo elas vindo de empresas denunciadas nos diversos tópicos. Mas, apesar dessa dificuldade inicial, consegui autorização da criadora da comunidade para fazer a pesquisa e, aos poucos, fui conquistando sua confiança e, assim, as outras participantes da comunidade também ficaram à vontade com a minha presença e a desconfiança do começo deu lugar à vontade de desabafar e tornar pública sua história.

Nesta segunda fase da pesquisa, no mestrado, não encontrei resistência alguma, pois já era conhecida pelas mais antigas que legitimavam minha participação.

A seguir apresento a lista das participantes desta pesquisa e em seguida discuto sobre os limites e possibilidades de uma etnografia mediada pela internet que utiliza estratégias diferentes dos métodos tradicionais de observação participante para a coleta de dados.

3.2 EXPONDO SUAS DORES NA INTERNET

Escolher uma comunidade virtual específica sobre o tema pesquisado deu-me a possibilidade de colher inúmeras informações em um só local, além de entrar em contato com vários “nativos” de uma só vez. E, importante ressaltar, que havia de minha parte uma familiaridade com as questões discutidas pelo grupo, embora nunca tivesse realizado uma cirurgia plástica ou sofrido alguma “imperícia” ou negligência médica.

O fato de ser mulher e compartilhar com elas várias experiências de insatisfação com o corpo e de busca de regimes para emagrecer, fez com que me aceitassem como membro da comunidade, possibilitando-me, aos poucos, aprofundar a interação e imergir no universo cultural destas mulheres. Além disso, muitas das usuárias ativas da comunidade possuem interesse em tornar sua história pública, pois estão movendo processo judicial contra o médico e então constantemente dão entrevistas a revistas, jornais ou programas de televisão.

O acesso a estas entrevistas tornou meu contato com elas ainda mais próximo, permitindo que eu utilizasse seu conteúdo em minhas discussões teóricas. Vale ressaltar que o grupo pesquisado não é meramente um grupo virtual, pois a interação entre as mulheres que dele fazem parte só faz sentido porque, além de terem passado pela mesma situação, cada uma delas busca uma forma de

superar o resultado negativo da cirurgia, fazendo com que o contato *on-line* tenha consequências no mundo *off-line* e, por vezes, estendendo esse contato para relações face a face, como é o caso do chamada “ato contra erro médico”, manifestação feita por algumas participantes da comunidade em frente ao fórum de São Bernardo do Campo, no dia 09 de agosto de 2010, às 15 horas, mesma data e horário em que foi realizada a primeira audiência do processo da criadora da comunidade que teve sua aureola do seio amputada por necrose dias após a realização de um mamoplastia.

A manifestação foi pacífica, mas incomodou o médico processado que, segundo a “Alice”, se mostrou bastante irritado durante toda a audiência que, infelizmente, não foi pública. As participantes se mantiveram do lado de fora, mas segundo ela, só de saber que suas “*companheiras de luta*” (palavras dela) estavam lá, sentiu-se mais forte. Abaixo apresento a foto de duas participantes da manifestação e em seguida a página inicial da comunidade:

Figura 1 - Participantes da manifestação



Figura 2 - Pagina do Orkut “Paguei para ser mutilada”



orkut página inicial perfil página de recados amigos comunidades teste o novo orkut!

Paguei para ser mutilada

Início > Comunidades > Saúde, Bem-estar e Fitness > Paguei para ser mutilada

descrição: **ERRO MEDICO, BASTA!!! UNA-SE NESTA LUTA E DIGA SIM A VIDA!!!**

COMUNIDADE NA LUTA CONTRA O ERRO MEDICO HA 5 ANOS!!

PESQUISE SEU MEDICO:

<http://www.youtube.com/watch?v=jDD4FQ94nWs>

<http://www.youtube.com/watch?v=AZ5Lgfd0gI>

"Sociedade Brasileira
 ..ela se cala/ ela se omite/ ela compactua/ ela silencia/ ela não ouve/ ela não auxilia/
 ela não fala/ ela não se movimenta/ ela não se une/ ela não se solidariza/ ela é covarde/ ela é acomodada/ ela não grita
 ...ela é você
 ..ela somos nós"

idioma: **Português (Brasil)**

categoria: **Saúde, Bem-estar e Fitness**

dono: Al [redacted]

moderadores: C. [redacted] moderadora

tipo: moderada

privacidade do conteúdo: aberta para não-membros

local: sao paulo, 097252, Brasil

criado em: 14 de julho de 2006

membros: 1.440

Paguei para ser mutilada
 (1.440 membros)

- deixar comunidade
- promova
- denunciar abuso
- fórum
- enquetes
- eventos
- membros

Esta pesquisa é, então, resultado de uma interação feita com um grupo que se comunica virtualmente, mas a as implicações disto vão muito além da Internet. Na comunidade “*Paguei para ser mutilada*” os chamados usuários ativos são em sua maioria mulheres que fizeram cirurgia plástica, não obtiveram um bom resultado e, muitas vezes, afirmam terem sido desrespeitadas ao questionarem o médico. Elas o acusam de “erro médico” por imperícia, negligência ou falta de estrutura para realizarem um bom trabalho. Por terem vivido situações semelhantes neste espaço, elas se encontram buscando formas de superar o momento difícil que estão passando, seja através de desabafos ou através da troca de informações jurídicas sobre como mover processo para provar que houve erro médico. Em sua maioria, são mulheres de 25 a 50 anos, que se submeteram a procedimentos de rinoplastia, mamografia, lipoaspiração ou abdominoplastia, moram no sul ou sudeste do Brasil e possuem nível superior de escolaridade. Mas, por seu caráter de denuncia, principalmente porque a usuárias ativas nunca escondem o nome de seu médico, frequentemente entram na comunidade pessoas que estão se preparando para fazer uma cirurgia plástica e querem pesquisar sobre o nome do médico que realizará a intervenção para saber se ele é mesmo cirurgião plástico e se tem algum processo contra ele.

Ao escolher fazer uma etnografia pela Internet precisei levar em conta a grande diversidade no perfil das participantes, embora elas apresentem vários pontos em comum. As mulheres com as quais mantive contato apresentam perfis diferenciados, são em sua maioria jovens, mas também conversei com mulheres mais maduras, que moravam no sul, no nordeste, no centro oeste e em outras regiões do país e muitas expressavam dificuldades financeiras para pagar as cirurgias de reconstrução. A seguir apresento um quadro trazendo o perfil dessas mulheres, ressaltando que estou me referindo às usuárias ativas da comunidade que participavam das discussões com frequência e contribuíram diretamente para que esta pesquisa fosse possível, uma vez que por se tratar de um campo aberto, pude conversar esporadicamente com diversas outras pessoas, no dia a dia da comunidade.

Quadro 1 – Perfil das mulheres e tipo de cirurgia realizada⁷

Mulher	Idade	Região	Estado Civil	Escolaridade	Tipo de Cirurgia	Cirurgia realizada em
Alice	27	São Bernardo do Campo – São Paulo	Casada	Ensino Superior Completo	Mamoplastia	Intermediadora
Rita	31	São Paulo - SP	Solteira	Ensino Superior Completo	Rinoplastia	Intermediadora
Kelly	28	Porto alegre - RS	Casada	Ensino Superior Completo	Abdominoplastia	Clinica particular com médico em início de carreira
Laura	21	São Paulo - SP	Solteira	Segundo Grau Completo	Lipoaspiração	Intermediadora
Nataly	48	Santo André - SP	Divorciada	Ensino Superior Completo	Mamoplastia	Intermediadora
Cláudia	24	Rio de janeiro - RJ	Solteira	Ensino Superior Incompleto	Lipoaspiração	Intermediadora
Patrícia	34	Porto Alegre - RS	Casada	Segundo Grau Completo	Rinoplastia e Lipoaspiração	Clinica Particular Renomada
Hellen	29	São Caetano do Sul - SP	Solteira	Ensino Superior Completo	Abdominoplastia	Intermediadora
Marina	36	Rio de janeiro - RJ	Divorciada	Ensino Superior Completo	Mamoplastia	Intermediadora
Letícia	32	São Paulo - SP	Casada	Ensino Superior Completo	Abdominoplastia	Intermediadora
Juliana	30	São Paulo - SP	Solteira	Ensino Superior Completo	Lipoaspiração na região Intima	Clinica Particular Renomada

⁷ A opção por nomes fictícios foi feita após uma “negociação” com as participantes desta pesquisa, embora muitas afirmavam que não se importavam (ou até mesmo gostariam) que seu nome verdadeiro fosse mantido, a maioria preferiu sigilo.

Fazendo uma breve comparação entre os dados coletados, a idade varia entre 21 e 48 anos, a maioria possui ensino superior e reside no sul e sudoeste principalmente em São Paulo e região metropolitana. As conversas particulares, posso chamar de entrevistas, pois, embora não seguisse um questionário fechado, buscava seguir um roteiro a fim de coletar dados que me ajudasse a responder às questões formuladas.

A maior parte das mulheres entrevistadas fizeram suas cirurgias comprando pacotes de empresas intermediadoras, Rita e Marina afirmaram terem escolhido a empresa por conta de uma indicação positiva vinda de alguém próximo. Já Laura, Nataly, Cláudia e Letícia fizeram sua escolha por conta do preço e/ou das condições de pagamento. Hellen afirmou que de tanto ver propagandas da mesma empresa na revista *Plástica e Beleza* (editora United Magazines) a achou confiável e decidiu procurá-la. Apenas Alice afirmou ter feito sua escolha por conta do tempo disponível, segundo ela a intermediadora escolhida foi a única que realizaria sua cirurgia na data que ela procurava, pois não podia esperar muito tempo:

Uma conhecida fez abdominoplastia pela mesma empresa, fiquei encantada com o resultado da cirurgia dela, principalmente com a cicatriz que, apesar de grande como em toda abdominoplastia, estava cicatrizando muito bem (Marina).

Não tem jeito, se alguém fez e diz que é bom você confia. Hoje penso que uma indicação só é muito pouco; eu devia ter me informado mais, mas na época fui pro empolgação, só pensava em ficar mais bonita (Rita).

Não estava morando no Brasil, voltei para fazer uma outra cirurgia e resolvi fazer a cirurgia plástica também, mas tinha pouco tempo pois precisava voltar logo. Tenho uma amiga que iria voltar comigo e estava com uma lipoaspiração marcada na Plano Top, então fui conhecer o medico e sinceramente não gostei (hoje eu e essa amiga comentamos sobre esse meu comentário), mesmo assim uma semana depois da cirurgia da minha amiga, agendei a minha. Eu não pensava em nada, somente no meu sonho a mamoplastia (Alice).

Hoje frase “o barato sai caro” faz muito mais sentido para mim. Mas na época queria tanto mudar meu corpo que quando soube das condições de pagamento dessa empresa não pensei em mais nada, fui lá e fechei negocio (Laura).

Questionadas sobre a noção de risco que possuíam antes de realizarem suas cirurgias, as respostas vão sempre no sentido de que sabiam que

algo poderia dar errado, mas que jamais imaginaram que iriam ser vítimas de uma empresa má intencionada e/ou de um médico imprudente e negligente.

Para estas mulheres o motivo de sua cirurgia ter dado errado é, sem dúvida, o erro médico, e elas expressam esse pensamento com muita clareza:

Eu sofri com erro médico uns anos atrás, fui fazer uma cirurgia de SEPTO, que deveria ser simples e o médico deixou meu nariz torto, pode?! Mas graças à Deus fui operada por outro médico. Ele teve muito trabalho, tive até que fazer enxerto porque meu nariz já era pequeno eu não tinha cartilagem suficiente. Mas ele fez um excelente trabalho e hoje tenho um nariz sem defeitos. É muito traumatizante um mal procedimento, tem o sofrimento físico e psicológico. Hoje eu procuro um médico para realizar uma lipo, mas parece quase impossível achar um que passe confiança, já fui em alguns, mas não gostei... afinal todos prometem absurdo e sabemos q a realidade não é bem assim (Rita).

Aqui todos (as) nós somos vitimas. VITIMAS DA IMPRUDÊNCIA, da IMPERICIA e da NEGLIGÊNCIA, vítimas do mau caráter, pois se tivessem o mínimo de caráter não iriam fazer algo que não sabem, não estão qualificados, não estão habilitados. NÃO MENTIRIAM, NÃO ENGANARIAM, NÃO NOS MUTILARIAM, não acabariam com vidas e sonhos, não nos causariam dor e sofrimento (Hellen).

Quando questionadas sobre o seu sentimento em relação a mutilação as respostas são dúbias ao mesmo tempo que afirmam sentirem indignação e até mesmo raiva do médico por este, segundo elas, não ter feito seu trabalho direito, também expressam sentimentos de culpa:

Me sinto triste toda vez que me olho no espelho e vejo meu nariz. Me pergunto porque aquele médico que já fez tantas mulheres ficarem lindas me deixou feia. Às vezes me pergunto se isso não é um castigo de Deus por conta da minha vaidade, afinal todos diziam que eu já era bonita, mas eu sempre achava que tinha muito o que melhorar (Patricia).

Aquele médico acabou com minha vida, ele é o maior culpado, afinal não poderia ter operado ninguém sem ter qualificação pra isso. Mas eu também fui precitada, devia ter valorizado mais meu corpo antes e programado minha operação com cuidado (Letícia).

Em nossas conversas, ou nos tópicos sobre os processos para provar erro médico e devolução do dinheiro, elas afirmam que dinheiro nenhum pagaria o sofrimento pelo qual estão passando, mas demonstram certa angustia em

consegui-lo de volta, principalmente quando dependem dele para fazer a cirurgia de reconstrução:

Eu já cansei de pedir meu dinheiro de volta, me arrependo de não ter sustado o último cheque (paguei praticamente 20 mil reais em 3 vezes). E a médica não só se recusa a devolver o dinheiro, como se recusa a entregar meus documentos (ficha, prontuário, etc) e minhas fotos, tanto as de antes como as de depois!!!! E já são 10 meses!!!! Eu entrei na justiça pra pedir documentos, foi pedida uma medida cautelar de urgência, mas até agora nada... Parece que a justiça não dá crédito ao nosso sofrimento, que é imensurável, tanto quanto um assassinato ou outro crime dessa gravidade (Júliana)

Pensei em entrar com processo, mas ele propôs fazer a cirurgia de reconstrução e por isso eu não entrei. Agora a cirurgia foi feita e pouca coisa melhorou, ele disse que faremos uma nova cirurgia, mas eu não quero mais que ela mexa no meu nariz, não confio mais nele, mas tenho medo de entrar com o processo, perder e além de tudo não conseguir mais refazer a cirurgia (Patricia).

A experiência de ter um corpo mutilado, portanto um corpo que foge à regra e apresenta em si uma marca ou símbolo de feiúra, não de beleza, tem um peso tão forte para estas moças que muitas verbalizam pensar em suicídio:

Assim como a Juliana pensei em me matar varias vezes mas resolvi viver e fazer a diferença com essa comunidade e lutar por justiça, todos esses anos tenho aguentado pela esperança de ganhar meu processo, apesar dele ser penalizado somente com dinheiro quem sabe ele aprenda com a minha historia que devemos dar assistência correta ao paciente (Alice).

Eu pelo menos, penso em suicidio todos os dias, só não chego as vias de fato porque sou mãe, mesmo assim não sei se aguento muito tempo ainda, minha vida acabou (Juliana).

Como todas as mulheres participantes desta pesquisa sofreram algum tipo de mutilação ou deformação decorrente de uma cirurgia plástica, para reverter a situação só mesmo se submetendo a uma nova cirurgia. Entre todas elas apenas uma disse ter pavor de “*entrar no bisturi*” novamente e por isso optou por tatuar a aureola de seu seio ao invés de reconstruí-la. Todas as outras ou fizeram ou estão pretendendo uma nova cirurgia em breve. Algumas, além de corrigir o resultado da primeira cirurgia, ainda decidiram operar outras partes de seu corpo, apesar de experiência traumática que passaram:

Não tenho mais condição de me submeter a uma nova cirurgia, só de pensar em entrar no bisturi novamente fico em pânico, por isso decidi tatuar mesmo [...]. Se um dia eu tiver que fazer qualquer, por mais necessária que ela for pensarei mil vezes antes de fazer (Nataly).

Ola meninas, estou super bem apesar de ter feito 3 cirurgias de uma vez: a reconstrução das mamas + nariz + lipoaspiração. Ainda é cedo para falar de resultados, mas estou me recuperando bem. E dessa vez me preparei muito bem antes de entrar na mesa de cirurgia (Alice).

3.3 INTERNET COMO LOCUS DE PESQUISA

Segundo dados de pesquisa realizada pela IBOPE/NetRating em maio de 2010, o número de usuários de Internet no Brasil ultrapassou a marca de 46 milhões de pessoas, sendo que destes pelo menos 37 milhões seriam usuários ativos e se conectariam à rede com frequência. Isso permite reforçar que a internet representa uma nova ferramenta para a realização de pesquisas qualitativas em Ciências Sociais, visto que este fenômeno possui grande importância em termos econômicos, políticos, culturais e sociais.

É importante ressaltar que a utilização do ciberespaço na prática e na abordagem etnográfica não diminui sua credibilidade, nem sua validade enquanto ciência. No estudo das sociedades modernas o método etnográfico precisou ser readequado em suas técnicas e abordagens para se adaptar a objetos de estudo e campos de pesquisa não mais focados em um grupo circunscrito no espaço e no tempo (MARCUS, 1991), ao contrário do que acontecia anteriormente quando este era aplicado para estudar sociedades tradicionais. Podemos citar como exemplo também as pesquisas etnológicas realizadas entre populações indígenas brasileiras, nas quais são encontrados ritmos descontínuos com visitas mais ou menos curtas ao longo de um longo período de trabalho de campo, estas pesquisas são denominadas por Ramos (1990) como “etnografias em movimento”.

Desta forma, entendemos que a etnografia ganha novos contornos quando o campo é a internet e o trabalho antropológico apresenta uma série de especificidades, conforme demonstra Guimarães Juniror (2000) ao discutir sobre como realizar a observação participante e de longa duração, coletar dados, redigir o caderno de campo e como realizar entrevistas mediadas pela internet. Silva (2005) em uma etnografia sobre anorexia mostrou que a internet tem potencial para a realização de pesquisas, cujo tema seja de difícil abordagem. A autora mostra que a

maioria dos grupos que se articula em torno do tema da anorexia não se encontra presencialmente, pois prefere resguardar seu anonimato, sendo assim, os grupos de discussão sobre o tema na internet permitiram a Silva adentrar o cotidiano deste grupo e se aproximar de sua experiência de sociabilidade específica. Assim como no caso desta pesquisadora, a experiência do meu trabalho demonstra que a internet se constituiu em um amplo espaço de relações sociais, sendo, assim, apta a ser utilizada como campo de pesquisa, uma vez que em seu interior existem grupos que se articulam e interagem com grande frequência formando redes sociais e produzindo conhecimento. O campo de pesquisa no qual adentrei não é tão fechado quando no caso da anorexia, uma vez que este grupo é rotulado por uma série de estereótipos e acostumado a sofrer represálias de diversas formas por ser visto como “doente”. Porém, assim como no caso da pesquisa de Silva, minha observação participante também foi facilitada pela exposição de minha trajetória pessoal de regimes, dietas problemas com o peso e pelo fato de ser mulher, jovem e familiarizada com o universo cultural dos membros da comunidade.

Guimarães Junior (2000, p. 141) afirma que se “as redes telemáticas configuram mais que um meio de comunicação, um espaço de sociabilidade”, elas não são usadas apenas como fonte de informação, mas, sobretudo, como “extensão da vida social”. Por essa razão, é possível encontrar na internet uma série de dados a serem analisados que podem ser utilizadas para o desenvolvimento de pesquisas em ciências sociais. Estes dados podem ser textos, músicas, falas, fotografias, figuras e vídeos e são coletados através dos vários recursos de sociabilidade virtual que a internet oferece, tais como, e-mails, *web chats* (alguns com a possibilidade de conversas em tempo real, escrita ou por voz e transmissão de vídeo via *web cam*), blogs, fotologs, sites de relacionamentos com uma infinita diversidade de fóruns com os mais variados assuntos entre vários outros recursos, especialmente o Orkut e o Facebook.

Seguindo esta linha de raciocínio Dornelles (2004, p. 260-261) ressalta que a principal característica da internet é o “deslocamento”, pois seu conjunto de *sites* é percebido como um campo aberto. Segundo o autor “o que há realmente é um constante fluxo” uma vez que a possibilidade de interação nunca cessa. Isto significa que a existência de uma rede organizada de informação cria um espaço simbólico de trocas. E as redes sociais oferecem uma possibilidade ainda

maior por permitirem ao usuário montar um espaço próprio e incorporar os diversos elementos da rede em um só lugar.

Os dois principais sites de relacionamento são o Orkut e o Facebook, o primeiro pertence a empresa Google e o segundo à Microsoft, ambos competem entre si, porém seus formatos são parecidos e muitos usuários utilizam as duas redes. Na etnografia aqui apresentada utilizo o primeiro, pois é nele que está inserido o grupo com o qual interagi para responder as questões por mim levantadas. Mas ambos funcionam da mesma forma: o usuário se inscreve através de uma conta de e-mail e assim tem uma página pessoal (perfil) na qual pode fazer uma apresentação sobre si próprio, postar fotos e vídeos, adicionar amigos e aplicativos de jogos e interação. Além disso, qualquer usuário destas redes pode criar uma comunidade, isto é, um fórum de discussão sobre qualquer assunto que lhe interesse, sendo que estes fóruns além de se apresentarem como um espaço de sociabilidade, do qual participam espontaneamente aqueles que compartilham os mesmos interesses por um determinado assunto, também funcionam como uma possibilidade de identificação e reforço de processos identitários, pois ao acessar o perfil de alguém é possível ver de quais comunidades esta pessoa participa, sendo possível identificar-se ou não com ela.

Por conta de seu caráter dinâmico, Amaral e Silva (2006, p. 107) acreditam que o uso destas mídias permite incorporar na etnografia as diferentes dimensões dos fenômenos analisados. Desta forma, entendo que as inovações científicas e tecnológicas da utilização de recursos da internet na etnografia podem ser instrumentos valiosos também na geração de novos conhecimentos no campo da antropologia.

De acordo com Silva (1999, p. 2) a internet é simultaneamente real e virtual (no sentido de ser representacional), local de informação e contexto de interação, mas que altera as coordenadas espaço-temporais às quais estamos habituados, achatando-as, ou seja, o espaço e o tempo na rede existem na medida em que são construções sociais partilhadas estruturadas pelos valores sociais, éticos e políticos que tipificam este novo espaço antropológico. Na opinião da autora, este novo espaço é um suporte aos processos cognitivos, sociais e afetivos que efetua a transformação da rede de tecnologia eletrônica e telecomunicações em um espaço social formado por sujeitos que (re)constroem seus laços e suas identidades sociais em um novo contexto de comunicação. Gerando, assim, uma

teia de novas sociabilidades que suscitam novos valores que as reforçam, formando uma dialética geradora de novas práticas culturais.

Nesse sentido, a autora afirma que se trata de um novo tipo de organização socio-técnica que facilita a mobilidade *no* e *do* conhecimento propiciando as trocas de saberes e a construção coletiva do sentido, fazendo com que a identidade sofra uma expansão do *eu* baseada na diluição da corporeidade ganhando rapidez e a capacidade de disseminar o eu no espaço-tempo. Nas palavras da autora:

Assiste-se, assim, a uma aceleração do metabolismo social. Geram-se as chamadas comunidades virtuais (Rheingold,1996; Soares,1999) que se sustentam na partilha intelectual e na convergência da pluralidade e riqueza dos conhecimentos que emanam dos sujeitos. Nestes novos espaços sociais geram-se novas solidariedades, novos excluídos, novos mecanismos de participação, novas formas de democracia, de negociação, de decisão, de cooperação, de afectividade, de intimidade, de sociabilidade (SILVA, 1999, p. 2).

Isto significa que a internet e todos os seus recursos ao gerar novos espaços de encontro e interação, também estão gerando novos espaços antropológicos que merecem nossa atenção e devem ser pesquisados e/ou utilizados como fontes de pesquisa.

Mas é importante ressaltar que apesar da legitimidade de uma etnografia com coleta de dados e observação participante via internet, esta possui determinadas especificidades que merecem atenção. Como afirma Dornelles (2004, p.192) “fazer pesquisa antropológica na Internet não é a mesma coisa que fazer pesquisa da Internet”. Enquanto a segunda significa simplesmente ir de site em site buscando informações, a antropologia na internet implica em descobrir os variados sentidos atribuídos às ações e estes só podem ser compreendidos pelo pesquisador levando-se em conta o contato e a vida *off-line* de seus nativos.

Outro ponto importante a considerar é a de que a internet como mediadora do encontro social forma um tipo de comunicação que possui dois modos e cada um deles possui um tipo próprio de envolvimento social, um deles é o modo síncronico e o outro o assíncronico (DORNELLES, 2004, p. 255). O Orkut (e as redes sociais em geral) permitem o uso destes dois modos de comunicação, as mensagens podem ser respondidas em tempo real ou ficarem armazenadas e

respondidas em outro momento. Conversas em tempo real seriam do tipo sincrônico e são marcadas pela constante interação entre duas ou mais pessoas que conversam diretamente, estas conversas podem ser pela própria comunidade, mas costumam ser mais comuns através do próprio perfil dos envolvidos. Já interações do modo assincrônico acontecem o tempo todo na comunidade, são conversas abertas, na maioria das vezes não direcionadas para uma pessoa em específico mas para quem souber ou se interessar em responder. No caso dessa pesquisa, o contato que tive com elas foi, na maior parte das vezes, assincrônico, pois as mensagens postadas nos tópicos existentes ficam armazenadas e podem ser consultadas e respondidas em qualquer momento considerado oportuno. Entretanto, como obtive contato com elas também em programas de conversação instantânea posso dizer que minha comunicação com as pesquisadas foi tanto assincrônico quanto sincrônico.

Segundo a mesma pesquisa citada no início deste tópico, realizada pela IBOPE/NetRating em maio de 2010, dos 37 milhões dos usuários da internet ativos cerca de 28.697 acessariam de sua própria residência, enquanto os demais usariam de outros ambientes como trabalho, faculdade ou escola, *lan house*, bibliotecas e etc. Isso nos leva a pensar que o acesso a Internet não é restrito às camadas mais altas da população. De acordo com dados da mesma pesquisa 66% dos brasileiros com mais de 16 anos acessam a internet, seja de casa ou não. Outros dados apurados pela pesquisa revelam que a maior parte dos usuários possui entre 16 e 34 anos, segundo grau completo ou superior incompleto, renda superior a mil e duzentos reais e estão localizados principalmente nas regiões sul e sudoeste do Brasil.

Na comunidade foco dessa pesquisa, a convivência com seus membros revelou que este perfil também está presente, com exceção do grau de escolaridade, pois entre os membros da comunidade com os/as quais tive contato apenas duas não possuíam nível superior e a grande maioria mora no sul e sudeste (especialmente na região da grande São Paulo). Apesar da maioria ter terceiro grau completo é difícil afirmar o nível sócio econômico que prevalece na comunidade, pois assim como a internet, a cirurgia plástica também não é mais restrita às camadas abastadas da sociedade, especialmente após o surgimento das empresas intermediadoras que conforme já dito parcelam o pagamento em até 36 meses. Na comunidade 90% dos casos de denuncia de erro médico foram de pacientes

operadas através de alguma intermediadora, embora também tenham casos de mulheres denunciando médicos renomados que operam em clínicas particulares de grande prestígio.

4 CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA E RISCO

4.1 UM PANORAMA ANTROPOLÓGICO A RESPEITO DO RISCO

Algumas coisas antes consideradas arriscadas, hoje não são mais; ao mesmo tempo novos riscos surgem, a cada amanhecer, para o ser humano. O significado da palavra risco mudou: atualmente entrou para a esfera econômica e política, sendo enfraquecida na sua primeira relação com cálculos técnicos e probabilidades (GUZZO, 2005, p.145).

O fragmento acima nos dá margem para pensar a respeito da mudança do conceito de risco, que anteriormente era um termo usado para expressar a probabilidade de perdas e ganhos, mas a partir do surgimento da teoria da probabilidade no século XVI vem atrelado ao conceito de possibilidade, isto é a maneira de pensar o futuro como passível de controle (SPINK, 2003, p. 130). A noção torna-se base do pensamento científico, expressando a natureza da evidência, do conhecimento, da autoridade e da lógica, fazendo com que cada atividade tenha sua probabilidade de sucesso ou de fracasso (DOUGLAS, 1992).

Douglas (1992) compreende que risco pode ser entendido como qualquer ação política, uma vez que significa perigo, isto é, antes o risco estava associado à idéia de ganhar ou perder. Hoje essa lógica mudou e a palavra está diretamente ligada à possibilidade de perder, assim o mais importante seria prever o que pode dar errado ou quais os perigos que poderiam ser enfrentados buscando controlar o futuro. Para a autora é o curso de suas interações que leva o indivíduo e sua comunidade a se tornarem prontos para correr ou evitar determinados riscos. Segundo ela, uma pessoa que nunca se considerou “risk-taker” pode ao longo de sua vida, sob ameaça de censura da comunidade, descobrir-se comprometida com altos riscos. Douglas explica que em nome de um estilo de vida que nos agrada, podemos desconsiderar os conselhos médicos e agir por conta própria. Nesse sentido, posso citar as mulheres que se submetem a diversos efeitos colaterais tomando medicamentos para emagrecer e ficam mais expostas a problemas como taquicardia, depressão, bulimia e anorexia.

Guivant (1998, p. 3) explica que a temática dos riscos não é nova nas ciências Sociais, mas foram as contribuições de Ulrich Beck e Anthony Giddens que contribuíram para que o conceito de risco passasse a ocupar um lugar central

na teoria social. Estas contribuições dizem respeito, sobretudo, ao fato destes autores considerarem os riscos como chaves para se entender as características, os limites e as transformações do projeto histórico da modernidade.

Para Beck (1993), a sociedade de risco tem três características centrais: a globalização, a individualização e a reflexividade. A globalização para o autor é o envolvimento de relações sociais que estão distantes dos contextos locais e sua principal consequência é a perda da tradição das instituições sociais clássicas, isto é a família e o trabalho. Já a individualização decorre de processos de destradicionalização das instituições da modernidade clássica fazendo com que as biografias se tornem reflexivas, ou seja, hoje definimos quem somos a partir de diversos contextos, nos distanciando de contextos tradicionais como a família, o trabalho e a educação. A reflexividade permite analisar o quanto as atividades sociais se encontram suscetíveis às novas informações. Nesse sentido, Beck ressalta que a presença destas novas características não implica no desaparecimento total das estratégias anteriores de governabilidade, pois há, segundo ele, um movimento interessante na história de jamais descartar totalmente o que se passou. Esse pensamento também tem validade em relação aos riscos, mas na “sociedade de risco”, como nomeia o autor as sociedade ocidentais contemporâneas, o que muda, principalmente, é a própria natureza dos riscos.

Explicando melhor, em relação à natureza dos riscos o que muda hoje é que convivemos com os chamados “riscos fabricados”, isto é riscos que são produtos da ciência e da tecnologia, conceito vindo de Giddens (1991), autor associado a Beck, que também aponta para as especificidades dos riscos contemporâneos. Segundo eles, o processo de desenvolvimento da ciência e da tecnologia resultou em uma fonte potencial de autodestruição, embora a tecnologia tenha surgido para suprir necessidades e trazer novos confortos e facilidades, ela acaba por superar essa necessidade produzindo riscos de caráter global, daí surgindo o conceito de Giddens de “risco *fabricado*” (GIDDENS apud MENEGON; SPINK, 2007). Os riscos aos quais esse autor se referem são, sobretudo os de grande proporção, como por exemplo, o aquecimento global, a epidemia de aids, a desertificação, a radioatividade, entre outros, mas acredito ser possível aplicar a noção de risco fabricado a outros contextos como veremos mais a frente.

Na mesma linha de raciocínio, Beck (1997) afirma que o conhecimento científico tem ocasionado dois sérios problemas em relação aos

riscos: um seria em relação à determinação dos “efeitos colaterais” de uma substância química, por exemplo; o segundo, que possui maior relevância para a análise, é que os riscos não surgem apenas como efeitos colaterais, acidentes ou por mau uso da tecnologia, eles são muitas vezes mascarados nos “níveis de aceitabilidade” por meio de pesquisas feitas em laboratórios onde as condições de riscos tendem a ser menores e traduzidas em fórmulas que não demonstram toda a complexidade do processo (GUIVANT, 1998, p. 17).

Além disso, estes riscos têm a tendência de se tornarem globalizados “passando a ser desterritorializados e desespacializados, perdendo a conotação de riscos locais” (SPINK, 2003 p. 135). Spink cita o exemplo dos alimentos transgênicos lembrando que não sabemos quais implicações ecológicas terão daqui a várias gerações e ressalta que estes riscos não podem ser analisados apenas no diz respeito ao momento presente.

Embora estes autores estejam discutindo diretamente sobre riscos potencialmente diferentes e de maior alcance, acredito ser possível pensar a respeito da cirurgia plástica, tanto no que se refere ao caráter de “crença” na tecnologia e de banalização de suas consequências, como na questão do mascaramento do risco promovido justamente por este aspecto não questionador da tecnociência. Assim, a cirurgia plástica responde a uma necessidade criada pela sociedade moderna que toma o corpo como objeto de consumo, sendo uma tecnologia utilizada a serviço da boa forma, promovendo uma facilidade ilusória e a idéia de que esta técnica é uma solução mais rápida e fácil do que outras, como uma dieta alimentar ou o hábito de exercícios físicos.

Segundo Spink (2003, p. 19), desde que o risco tornou-se objeto de gestão seu conteúdo discursivo está relacionado, entre outras coisas, à crescente necessidade de governar populações. Nesse mesmo sentido, Guzzo (2005, p.144) lembra que isso se refere aos processos de disciplinarização, nos quais o próprio corpo é objeto de controle e encontra na educação, sobretudo na escolar, a estratégia responsável por ensinar procedimentos tidos como “corretos” para os cuidados com o corpo e com a higiene. Guzzo ressalta ainda que a ciência tomou o conceito de risco como base para seu discurso e tornou-se autoridade para falar sobre o que é ou não seguro para todos, apoiando-se em probabilidades para nos ensinar a fazer cálculos sobre os riscos que devemos, ou não, encarar.

Para Giddens (1991, p. 131), *Fortuna* é um termo transicional que nos leva de uma sociedade baseada na sorte para uma sociedade na qual emerge a noção de controle sobre o futuro. Assim, chegamos a um conceito de risco com o qual podemos colonizar eventos que ainda não aconteceram influenciando nosso presente, isso seria possível por meio da análise dos riscos que traria consigo a idéia de perigos e ameaças a serem conhecidas e pensadas. Dessa forma, quanto maior a ameaça, ou como ela é socialmente construída e definida, maior a mudança realizada para a prevenção daquele mal no futuro, mas “quanto mais tentamos colonizar o futuro, mais surpresas ele tem a nos oferecer (BECK, 1993 p. 34).

Dessa forma, compreendemos que o advento das novas tecnologias e o acúmulo de incertezas, complexidades e transparências do corpo levam a pensar que o futuro é uma responsabilidade humana, sendo o ser humano o único agenciador do tempo fundamentado por tecnologias e conhecimentos científicos (GUZZO, 2005 p. 146). Assim, a ciência trabalha hoje para a construção de corpos perfeitos invadindo nossa alimentação, nossas escolhas diárias, nosso metabolismo e até mesmo nossa sexualidade. “O corpo é pensado e atravessado por diferentes tecnologias” (GUZZO, 2005, p. 146) e é nesse contexto que o risco é hoje um importante gestor de corpos. Mudar o corpo utilizando as biotecnologias é cada vez mais aceito principalmente por se acreditar que estas são seguras e passíveis de controle. A divulgação das biotecnologias influencia, pois, direta ou indiretamente a busca por novas formas corporais, apesar de apresentar situações nas quais não é possível prever o futuro. Como afirma Guzzo (2005, p. 147), a possibilidade de erro em relação a uma intervenção no corpo é irreversível e supõe uma transformação indesejada. A autora cita o exemplo da substância “toxina botulínica” chamada de botox e aplicada na epiderme da pele em forma de injeção com o objetivo de paralisar a musculatura do rosto, diminuindo, assim, rugas e enrijecendo a pele. Mas se mal aplicada, ela pode gerar manchas e protuberâncias no rosto ou comprometer completamente a expressão facial. Em suas palavras:

Os riscos das tecnologias da vaidade fazem-nos pensar num corpo artificial, falso, endurecido pelas impossibilidades de ser o que ele “naturalmente” seria. O risco envolvido nessa construção passa a ser cotidiano, mesclado na forma de imagens, produtos, propagandas, celebridades e até na moda. É um objeto definido dependente do contexto que é criado e determinado, identificado. A noção de risco não se baseia somente nas experiências científicas ou opiniões médicas, ela é construída culturalmente, de modo que em cada

contexto social destaca-se um risco e ignora-se outro. Existe então uma construção ideológica que bloqueia ou estimula a eleição do que se espera ganhar ou perder (GUZZO, 2005, p. 148).

As sociedades humanas reconhecem os perigos socialmente, mas de maneiras diferentes. Na moderna acepção do termo, perigo transformou-se em risco, no sentido da probabilidade de um evento negativo ocorrer e, portanto, de algo a ser evitado. Entretanto, nas sociedades ocidentais atuais alguns riscos são considerados ameaçadores, outros são aceitáveis com a anuência do social e, outros são até mesmo valorizados. Em relação à cirurgia plástica, apesar de todo aparato científico que a sustenta, mesmo que todos os mecanismos de segurança sejam acionados, ainda assim, há riscos do imponderável, uma vez que a técnica atua na profundidade dos corpos e esses reagem de maneiras diferentes. Mas tais riscos são minimizados e às vezes nem mesmo mencionados e, para as mulheres que atribuem valor a uma estética corporal almejada como ideal, a possibilidade de se deparar com esses imponderáveis não é por elas considerada como risco, no atual sentido do termo. Os grupos sociais e a cultura selecionam riscos a serem valorizados e outros não considerados, interferindo, portanto, na percepção dos mesmos.

No caso da lipoaspiração, por exemplo, o fato de ser uma técnica realizada através de um corte pequeno que permite “apenas” aspirar gorduras para fora do corpo, faz com que se atribua a ela característica dos tratamentos estéticos convencionais, não de procedimento cirúrgico que atua na profundidade dos corpos. Na prática, entretanto, a lipoaspiração pode acarretar trombose, principalmente se o organismo da pessoa tiver pré-disposição a isso, caso difícil de ser diagnosticado antes da cirurgia, embora fumantes ou usuárias de anticoncepcionais por longos períodos possuam maiores chances. Observa-se, portanto, como as exigências em relação a padrões corporais hegemônicos estão produzindo sofrimentos físicos, emocionais e problemas de saúde tais como bulimia, anorexia, riscos em cirurgias, uso indevido de anabolizante, dentre outros.

Exemplo como estes levam a pensar que a cirurgia plástica não é uma alternativa simples para mudar o que está “errado”, pois depende de uma rede complexa de atenção, assim como outras novas tecnologias que também atuam no corpo. Na reprodução assistida, por exemplo, os riscos relacionados vão desde a complexidade de procedimentos técnicos, passando por questões como as taxas de

sucesso e o alto custo financeiro, culminado em problemas ligados ao sofrimento emocional (MENEGON; SPINK, 2007, p. 165). A cirurgia plástica possui riscos semelhantes, em certo sentido, embora tanto a motivação quanto a dinâmica do procedimento sejam diferentes. Os procedimentos técnicos da cirurgia plástica também são complexos, o sucesso não é totalmente garantido, o custo pode ser menor, há, inclusive, possibilidade de conseguir fazer a cirurgia pelo SUS sob o pretexto que tal ou tais “problemas” físicos estão interferindo de alguma forma em seu “bem estar social e psíquico”, mas na maior parte dos casos também há um custo financeiro envolvido. Além do mais, problemas emocionais também ocorrem com frequência, tanto em situações cujos resultados são desastrosos, havendo mutilação ou deformação da paciente, quanto por motivos mais subjetivos no qual a realização da cirurgia estava interligada a alguma expectativa afetiva ou profissional. Mas, apesar destes riscos, não é consenso afirmar que o uso destas técnicas resulta em “problemas complexos e riscos fabricados, nem sempre conhecidos e passíveis de controle o que nos colocam no campo da imponderabilidade” (MENEGON; SPINK, 2007, p. 166).

A questão central de minha pesquisa é refletir sobre a percepção de risco por parte de mulheres que se submeteram à cirurgia plástica estética. Nesse sentido, estou pensando a respeito das novas tecnologias de transformação do corpo e seus desdobramentos para a construção da subjetividade feminina. O estudo da percepção do risco está fortemente associado à compreensão dos determinantes da aceitação de certas tecnologias pelo público e das “exigências sociais” em relação ao corpo, mas também em relação às diferenças de gênero, de idade e de outros marcadores sociais.

Jeolás (2009) em artigo sobre sua pesquisa etnográfica que visa compreender a conduta de risco presente nas corridas ilegais de rua, também chamadas de “rachas” de carro, e os significados que elas têm para os jovens que as praticam, afirma que do material analisado, pode encontrar dois principais núcleos de significados: a busca da vertigem e o reforço de um estilo de masculinidade. O segundo núcleo tem especial importância para a discussão aqui proposta, uma vez que demonstra a relação entre risco e gênero ao afirmar que a “presença de valores associados à competitividade, à potência e desempenho do motor, ao conhecimento e domínio da técnica para alcançar velocidades altas” (JEOLÁS, 2009, p. 132) possui como principal característica o prestígio na

construção de um estilo de masculinidade. Mas, em contrapartida, na construção da identidade feminina esse tipo de risco não é incentivado, porém outros tipos de são aceitos e até mesmo valorizados. Um bom exemplo são os riscos relacionados à reprodução assistida, pois como afirma Menegon e Spink correr riscos relacionados à maternidade significa vencer obstáculos e adversidades. Assim, nas palavras das autoras:

Em geral, a mulher não é incentivada a correr riscos no campo da aventura, mas correr riscos para fins de maternidade é culturalmente aceito [...]. Nessa perspectiva, levar adiante uma gravidez de risco (como a gravidez multifetal) ou vencer os riscos e o sofrimento advindo das tentativas de engravidar por meio da Reprodução Assistida adquirem sentido heróico (MENEGON; SPINK, 2007, p.181).

As autoras ressaltam também que como em todo processo tecnológico novo, da fertilização assistida (e também as cirurgias plásticas), existem riscos ainda não identificados apontando para a existência da imponderabilidade ou mesmo da ignorância de possíveis riscos que são assumidos em nome da satisfação pessoal (MENEGON; SPINK, 2007, p. 181). Estas considerações demonstram que é necessário discutir as relações entre gênero e risco para a análise das motivações que levaram as mulheres pesquisadas para a mesa de cirurgia a fim de realizar um procedimento cirúrgico com fins estéticos.

Conforme apresentado por Menegon e Spink (2007) existem valores relacionados à maternidade que reforçam o prestígio na construção da identidade feminina, o mesmo podendo ser dito da cirurgia plástica em que atuam valores associados que reforçam um estilo de feminilidade e colaboram na decisão de se submeter à cirurgia. Tanto na reprodução assistida quanto na cirurgia plástica a "crença" no saber científico leva estas mulheres a não perceberem que também estão se expondo a riscos ou que estão enfrentando tais riscos, atribuindo-lhes, portanto, outros significados que não aqueles da biomedicina.

Essa exposição tem como principal objetivo analisar a modificação corporal e a modelagem do corpo seguindo os padrões da boa forma que exige um corpo jovem e sem gorduras. Isso acarreta diversos desdobramentos na construção da subjetividade feminina, pois o corpo, em nossa cultura, pode ser pensado como importante "capital" (GOLDENBERG, 2004, p. 9), tornando-se "bem de consumo", produto a ser adquirido através de pílulas, tratamentos estéticos, cirurgias plásticas,

dentre outros meios, a fim de se distinguir dos demais, resultado de grande investimento financeira, dispêndio de tempo e intenso sacrifício. De acordo com Bourdieu (2004, p. 154) capital significa poderes sociais fundamentais que podem ser da ordem econômica, cultural ou simbólica. Sendo a cirurgia plástica um instrumento de adaptação a determinado padrão corporal é imprescindível examinar a relação deste tipo de corpo com a identidade feminina e, assim, questionar até que ponto a obtenção de um corpo específico é fundamental na representação das mulheres investigadas, para que estas se sintam parte de um estilo de vida visto como saudável, belo e próprio de um segmento social elevado, pois a imagem corporal parece ser uma importante marca de status.

Para as mulheres investigadas o corpo possui grande importância e por isso elas despendem grandes investimentos (de tempo, dinheiro e energia), fazendo com que ele apareça como um importante marcador de estilo de vida e percebido como “um importante veículo de ascensão social” (GOLDENBERG, 2004, p. 13), como demonstram as falas a seguir:

Sempre sonhei em ter um corpão, achei que só a plástica poderia me salvar (Kelly).

Acho que plástica agente só deve fazer depois de tentar de tudo. Eu tentei de tudo, academia, dieta, massagem para modelar o corpo, usei e ainda uso tudo quanto é creme que evita estria e celulite, mas por mais que eu me esforçasse sempre tinha gordurinhas sobrando, por isso achei que merecia uma plástica, merecia ter um corpo realmente perfeito já que me esforçava o máximo pra isso e me sentia cobrada pelas pessoas ao meu redor, especialmente meu marido (Patrícia).

Minha mãe é uma mulher culta e bela, me espelho nela e faço o máximo para ser igual, desde menina, fiz essa plástica, não deu certo, mas vou fazer de novo, e quero além da correção colocar silicone e fazer uma bela lipo (Letícia).

Nesse sentido, se submeter a uma cirurgia plástica e ter um resultado não esperado, isto é, um resultado insatisfatório ou ruim, tem grande impacto para a construção da identidade de quem passa por isso, afetando sua vida como um todo, principalmente no sentido sexual e afetivo, como me confidenciou uma entrevistada ao ser questionada sobre como se sentia em relação ao seu corpo a frase "me sinto um monstro" (Kelly). Porém, esta mesma entrevistada, afirmou que só questionou a possibilidade de um resultado ruim depois de se submeter à cirurgia

e que nunca pensou que fechar o contrato com uma intermediadora pudesse ser tão perigoso.

Assim, em relação a perdas e ganhos envolvidos na busca pela vaidade a prudência acaba sendo, muitas vezes uma ausência passível de interpretação. Ter um corpo sem gorduras, rugas ou celulites é colocado como prioridade em detrimento ao risco que se corre ao passar por uma intervenção qualquer de modificação corporal (GUZZO, 2005, p. 148). Por conta disso, acredito que a percepção de risco em torno da cirurgia plástica se ofusca por ser uma técnica reconhecida como científica, portanto como dotada de conhecimentos que propiciam a transformação do corpo com segurança. Isso nos mostra que não só há diferentes formas de atribuir significados à noção de saúde-doença, como também que há uma maior expectativa com relação à eficácia dos saberes dotados de conhecimentos científicos, tanto que em casos de falha a tendência é sempre contestar o executor, no caso o médico, não a técnica.

5 “**PLASTICA VALE A PENA? OLHA O QUE ACONTECEU COMIGO!**”

Conforme exposto no tópico 3.2. “Expondo suas dores na internet”, de acordo com as participantes da pesquisa, o risco ao qual está exposta uma pessoa que faz cirurgia plástica pode ser controlado caso todos os requisitos de segurança sejam seguidos. Um dos objetivos da comunidade é “ensinar” aos novos membros como se precaver para não obter um resultado frustrado em sua cirurgia plástica, bem como orientar quem foi mutilado ou deformado e sobre quais procedimentos adotar tanto no sentido jurídico como no sentido médico. Acredito que a comunidade faz um serviço de “gerenciamento dos riscos”, buscando de certa forma “calcular” a possibilidade de não ocorrer os riscos associados à cirurgia plástica a fim de torná-los mais “ponderáveis” ou buscando mecanismos de precaução. Como mostra a fala a seguir:

Essa comunidade foi criada para mostrar a todos os riscos de uma cirurgia plástica quando não se faz com um bom profissional!!! Aqui irei contar minha historia e espero que você possa contar a sua. Quem nunca teve problema que seja orientado para não ter destruído seu sonho ou ate mesmo sua vida... Peço que passe para todos seus amigos porque quem esta a procura de uma cirurgia plástica na verdade não vê nada só pensa no grande sonho de ficar mais bonito(a)... por isso leia com atenção. Aqui também estou colocando o nome do medico q me operou e da empresa que me vendeu o medico... por isso se você está para fazer uma cirurgia plástica leia para ver se você não esta sendo enganada(o)... (Antiga mensagem da pagina inicial da comunidade)

Nesse sentido, este “gerenciamento dos riscos” diz respeito a uma tentativa de controlar os riscos “gerenciando” cada etapa para não obter consequências inesperadas ou ruins, como afirma Kanashiro (2008, p. 2) “vivemos em uma sociedade que se organiza cada vez mais em função de riscos, e tanto para mensurá-los quanto para preveni-los, o foco é sempre o futuro”. Assim, a comunidade parece realizar um serviço que seus membros denominam de “utilidade pública” focado em quem está prestes a realizar uma cirurgia plástica com a intenção de orientar a paciente a se precaver da possibilidade de obter um resultado ruim na transformação de seu corpo.

Adams (2008) afirma que os gerenciadores de risco lutam constantemente para evitar acidentes, mas o aleatório persiste e afirma que ele busca estudar o papel do risco em uma sociedade na qual, em geral, as pessoas

não estão mais preocupadas em conseguir alguma coisa boa, mas sim em tentar evitar o pior. Em relação à cirurgia plástica, na visão das participantes da pesquisa parece-me que elas esperam controlar estes riscos escolhendo bem o hospital, o médico e fazendo todos os exames.

É importante ressaltar que a percepção dos riscos está permeada de valores que influenciam o público, uma vez que estes afetam a própria definição do que vem a ser riscos, pois o risco é sempre a possibilidade de perda de alguma coisa que é valorizada, nesse caso a “plástica” do próprio corpo. Assim, o estudo da percepção dos riscos na cirurgia plástica está fortemente associado “à compreensão dos determinantes da aceitação de determinadas tecnologias pelo público” (BECK, 1993, p. 77). Já em relação ao gerenciamento dos riscos entendo que estes se encontram cada vez mais sistêmicos e globalizados e sua possibilidade de cálculo pode ser questionável, principalmente em relação à cirurgia plástica, uma vez que os riscos envolvidos são cada vez mais imponderáveis, embora para as mulheres que estão vivendo a experiência da mutilação, o sentimento mais expressado parece ser o da culpa por não ter pesquisado mais antes de escolher “tal” médico ou de fechar com “tal” empresa e aceitando que a empresa escolhesse o médico:

No meu caso foi erro médico, não foi complicação, foi erro mesmo, e eu sei que errar é humano, mas errar e não assumir o erro e ainda culpar e ofender a vítima é cruel e desumano. Mas a culpa foi minha, eu me arrependo muito de não ter conhecido essa comunidade antes (Nataly)

A fala acima diz respeito a outro ponto muito discutido dentro da comunidade a diferença entre “erro médico” e “complicações de rotina”. Explicando melhor: frente a resultados ruins, como necroses, má cicatrizações, deformação de alguma parte do corpo, ou infecções após a cirurgia (como exemplo a infecção generalizada que obrigou Marina a amputar suas duas mamas, causada pelas péssimas condições de higiene do local onde sua mamoplastia foi realizada), os médicos se defendem afirmando não terem culpa, pois, segundo eles, o que ocorreu foram “complicações de rotinas”, isto é, complicações que independem dos profissionais e que as pacientes estavam informadas de sua possibilidade, através do “termo de consentimento” que assinaram antes da cirurgia:

O que aconteceu não foi erro médico e sim complicações de rotina, infelizmente estas pacientes que estão movendo processo contra mim não responderam bem ao tratamento, isso aconteceria mesmo que fossem operadas por outro médico (FD. Médico que operou Nataly, Hellen, Marina em entrevista concedida ao jornal da Record em 15/05/2009).

Nesse sentido, podemos pensar que a figura do médico é central para a reflexão sobre o gerenciamento dos riscos na cirurgia plástica estética, uma vez que a credibilidade da técnica se sustenta no fato de ser exercida por um profissional socialmente reconhecido e dotado de conhecimento científico suficiente para não expor o paciente a perigos. A própria percepção de risco também está ligada na confiança com relação à figura do médico, acredito que seja por conta disso que a SBCP tenha tomado medidas punindo médicos credenciados que operam através de empresas intermediadoras e também lançado notas na imprensa, alertando sobre o fato de médicos sem formação na área de cirurgia plástica estarem operando, principalmente através dessas empresas. Conforme afirma Menezes (2004), para os saberes dotados de conhecimento científico há uma maior expectativa em sua eficácia e uma menor contestação, principalmente quando este conhecimento está atrelado a algo relacionado à nossa cultura como o cuidado com o próprio corpo. Por este motivo, a técnica de cirurgia plástica estética e reparadora é aceita e reconhecida como segura, pois por detrás dela há todo um aparato científico que a sustenta. Assim, a ideia da eficácia na cirurgia plástica é internalizada não sendo contestada mesmo quando um dos executores da técnica é acusado de falha. Pois, se houve falha, a responsabilidade é atribuída ao médico e não à técnica. As palavras de uma participante é exemplar:

Esse “pseudo médico” destruiu minha vida. A culpa é dele e daquela empresa infeliz que afirmou contar com os melhores profissionais do mercado, mas na verdade só contrata clínico geral recém-formado porque é muito mais barato. Fico me perguntando como esses infelizes aceitam isso, eles não honram o juramento que fizeram na hora da formatura. Uma profissão tão linda que pode ser usada para salvar vidas nas mãos desses mercenários se torna uma arma, um perigo (Kelly).

Figura 3- Foto Kelly um ano após a cirurgia



Eu sei que existe risco na cirurgia. Mas o que aconteceu comigo foi pura falta de cuidado. Esse médico foi muito grosso quando eu questionei o resultado da minha abdominoplastia, disse que fez o que pode e que não tem culpa se meu corpo não respondeu bem ao tratamento. Eu o avisei desde o começo que tinha problema com cicatrizações, cheguei a mostrar como ficou a cicatriz da minha cesárea cheia de queloides, mas ele disse que não teríamos problemas que hoje em dia existem produtos sofisticados que garantem uma boa cicatrização. Mas isso era conversa para vender plástica e agora ele quer tirar o corpo fora... (Cláudia).

As duas falas anteriores deixam claro o valor que o médico tem para estas pacientes e demonstra que para elas, além do sofrimento com relação ao resultado (mutilação, deformação do corpo), existe também a decepção com a conduta do médico que não só não fizeram seu trabalho como deveriam, mas ainda se recusaram a assumir o erro, colocando a culpa na própria vítima ou alegando que se trata de uma complicação de rotina e, muitas vezes, desrespeitando a paciente humilhando-a em um momento que esta se encontra emocionalmente abalada, conforme demonstra a fala a seguir:

Eu já cansei de pedir meu dinheiro de volta, me arrependo de não ter sustado o último cheque (paguei praticamente 20 mil reais em 3 vezes). E a médica não só se recusa a devolver o dinheiro, como se recusa a entregar meus documentos (ficha, prontuário, etc) e minhas fotos, tanto as de antes como as de depois!!!! E já são 10 meses!!!! Eu entrei na justiça pra pedir documentos, foi pedida uma medida cautelar de urgência, mas até agora nada... [...] Minha vida acabou e essa médica desgraçada não só não me deu minhas fotos (sem elas eu não consigo marcar nova cirurgia, pois os médicos que eu

consultam não conseguem sequer imaginar como era antes pois o estrago e a mutilação foram gravíssimas, desfigurou completamente), mas me fez voltar várias vezes no consultório dizendo que ia me entregar as fotos mas só me humilhou, negou as fotos todas as vezes e ainda disse que nenhum médico vai pegar meu caso pois dá pra perceber na minha cara a minha índole!! Olha o que fui obrigada a passar!!! Deus nos de forças, e que a justiça seja feita (Juliana).

Muitas das participantes afirmam que poderiam ser complacentes com seus médicos se o seu sofrimento físico e emocional tivesse sido respeitado, mas além de terem ficado com seus corpos mutilados ou deformados ainda sofreram muitas represálias e humilhações sendo, muitas vezes, responsabilizadas pelo resultado negativo. Várias afirmam que enfrentaram também muitas dificuldades para conseguir seu prontuário médico, sem o qual se torna difícil processar o médico ou conseguir que outro profissional realize uma cirurgia de reparação. Além disso, elas criticam o termo de consentimento informado, também chamado de contrato de prestação de serviço, dizendo que este documento é escrito de forma a beneficiar o médico e tentar evitar indenizações financeiras em caso de algum resultado ruim.

Em relação ao termo de consentimento informado, trata-se de um documento no qual deve constar todos os procedimentos clínicos de rotina aos quais o paciente será submetido (MENEGON, 2006). Este é o espaço reservado para a comunicação dos riscos que podem estar envolvidos nesta tecnologia e consta como obrigatório na resolução atualmente em vigor. Segundo Menegon (2006), na revisão da literatura sobre a prática do consentimento, encontram-se os processos “jurídico-legais” instaurados por erro e negligência médica, ocorridos nos Estados Unidos a partir do século XX. Esses processos subsidiaram a reflexão no campo da ética médica sobre os direitos dos pacientes e a necessidade de defesa dos médicos envolvidos. A partir destes processos houve a recomendação de comunicar previamente os riscos envolvidos nos tratamentos e cirurgias com o objetivo de evitar indenizações financeiras. Ou seja, não se tratava de comunicar os riscos para evitá-los ou mesmo minimizá-los, mas sim, e apenas, como uma maneira de proteger os médicos envolvidos. Segundo Menegon (2006) o termo de consentimento informado é originário desse processo.

Ao serem questionadas sobre a assinatura do termo de consentimento informado as pacientes afirmam que ao assinarem jamais pensaram que precisariam recorrer a ele. A maioria afirmou que só leu depois da cirurgia e

Claúdia disse não ter ficado com sua cópia, precisando solicitá-la judicialmente e só então percebeu que ele “*não servia para nada*”, pois todas as cláusulas beneficiavam apenas o médico. Rita e Laura afirmaram terem lido o documento, porem sem dar muita importância ou questionar sobre ele, pois a linguagem era muito técnica e de difícil entendimento para um leigo. Parece que a assinatura do termo implicava para elas um procedimento de rotina e sem grande importância. Uma das moças se expressou da seguinte forma:

Este deveria ser um documento para me proteger, mas na verdade se tratava de um documento no qual o médico não se responsabiliza por nada, nem mesmo por resultados... A sensação que eu tive foi a de que ele me fez assinar isso porque não ia fazer minha cirurgia direito mesmo... (Hellen).

Outro ponto constantemente ressaltado é a questão do dinheiro, tanto do que foi pago com a cirurgia, passando pelo que está sendo gasto com o processo até o que ainda será gasto com uma nova cirurgia de reparação. A tônica é a de que nenhum dinheiro será capaz de pagar o sofrimento pelo qual estão passando, por isso, reforçam a orientação sobre os cuidados que se deve tomar antes de realizar uma cirurgia plástica:

Hoje fazendo os cálculos do que já gastei desde a cirurgia e com os gastos dos processos e o que gastarei com a nova cirurgia o valor pedido no processo não esta tendo pagamento nenhum de danos morais e que valor estipular para uma pessoa que só não morreu aos 24 anos de idade graças a uma psicóloga. (Alice)

Procure saber de tudo, onde vai ser internada, assine seu prontuário antes de começar a cirurgia, fala que você quer ver o prontuário escrito, procure saber se os materiais cirúrgicos tem assepsia garantida, se não há nenhum produto vencido. E o mais importante, não entre em clinicas que prestam serviços, e nem vá pelo preço, isso depois pode custar muito caro, e é um preço impagável (Nataly)

Apesar de todos estes cuidados citados acima, por se tratar de uma técnica médica, ela é sempre um procedimento complexo e que implica relação com o imponderável. Conforme foi dito anteriormente cada cultura seleciona determinados riscos a serem valorizados, interferindo, portanto, na percepção dos mesmos. A cirurgia plástica não é vista em nossa cultura como um procedimento de risco, justamente por conta do saber médico e de todo aparato tecnológico que a sustenta, mas em caso de erros sempre se busca alguma explicação que pode ser

encontrada na falha do executor da técnica isto é do médico ou no domínio da “fatalidade”.

Segundo Neves (2006, p. 2), o termo fatalidade pode ser usado para explicar qualquer evento que não pode ser atribuído ao processo “natural” de envelhecimento e morte. Menegon e Spink (2007, p. 168) afirmam que a gestão da vida por meio da comunicação sobre os riscos possui como uma das suas práticas discursivas a fala do senso comum sobre perigos, em geral aplicado a infortúnios imprevisíveis que fogem das possibilidades de cálculos, e afirmam que o termo fatalidade aparece com grande frequência neste repertório, assim como também as idéias de ameaça, azar, fortuna, obstáculo e destino. Desta forma, compreendo que a “fatalidade” exime a culpa da técnica de cirurgia plástica, impedindo-a de ser uma técnica mal vista, pois segundo os membros da comunidade este procedimento é “maravilhoso” capaz de melhorar a vida de uma pessoa trazendo mais amor próprio e auto-estima. Assim, a responsabilidade do insucesso é atribuída à escolha do profissional e não da técnica em si ou de uma fatalidade:

Na verdade é que você não soube escolher, há muitos cirurgiões plásticos excelentes no Brasil. Inclusive na comunidade "Eu tenho silicone e dai" tem pessoas satisfeitíssimas com os resultados. Como você não morava no Brasil, estava um pouco por fora, Então não sabia a quem recorrer e pegou esse açougueiro pela frente. A pessoa vai lá para ficar bonita e sai sem o mamilo, nunca vi disso, ninguém merece. [...] Por pouco você não perde o seio inteiro. Imagine ter que injetar gordura no seio... Ainda disse que era porque você fumava hahaha... Eu fumo direto há dez anos e coloquei silicone e não me aconteceu nada, ficaram perfeitos, que desculpa furada desse cara... (Anônimo, comentando sobre a história de outra moça que teve o seu mamilo mutilado após uma mamoplastia).

Voltando à questão do médico, que é de fundamental importância para este estudo, trago agora a discussão realizada no tópico “Esclarecendo algumas coisas” no qual os limites da responsabilidade do médico, bem como a imponderabilidade dos riscos envolvidos na técnica da cirurgia plástica são ressaltados, ilustrando a percepção de risco dos membros da comunidade:

Lógico que existem médicos ruins que realmente não fazem a cirurgia bem feita...O que eu quis dizer abrindo esse tópico é q vi aqui nessa comunidade muitas coisas que não é culpa do médico e todo mundo acha que é.... TODA cirurgia tem seus riscos, nenhuma cirurgia é 100% previsível... quanto as queloides... normalmente a

peessoa antes de fazer a cirurgia já sabe se tem ou não... por algum corte q já sofreu no passado, ate mesmo brincos na orelha...etc... e eu sinceramente não faria cirurgia em paciente com queloides.... porque o resultado pode ficar bom mas também pode ficar horrível... e aí a culpa sempre é do médico sendo q isso vai depender da cicatrização de cada paciente.... na verdade não existe nada comprovado pra melhor a cicatrização nem mesmo aquelas pomadas caras como contractubex.... a cicatrização é diferente em cada um (M., participante que abriu um tópico defendendo os médicos e atacando alguns membros da comunidade)

Comentários como este fazem parte da discussão entre o que se trata de erro médico e o que faz parte da chamada “complicação de rotina”, este termo pode ser usado para qualquer tipo de complicação da qual o médico não tem controle, mas as participantes sempre reagem quando este assunto surge questionando a responsabilidade do médico que, segundo elas, vai muito além do que tem sido colocado:

Você disse que uma infecção não é responsabilidade do médico e sim um risco eminente da cirurgia, eu discordo em alguns pontos, o médico que opera mais de dez pacientes no dia, expõe seu paciente a um risco enorme e desnecessário, pois a equipe ou ele mesmo não tem condições de higienizar ou preparar tudo com os cuidados necessários. Sei que há muitos riscos numa cirurgia, porém é responsabilidade do médico minimizá-los, senão quem responde? Quem contrata a equipe?...O próprio médico, cabe a ele contratar profissionais competentes... Alguém tem que responder pelo paciente que está nas mãos do médico e sua equipe enquanto anestesiado. Quanto aos riscos também cabe ao médico esclarecer ao paciente tudo que poderá acontecer durante uma cirurgia, como deverá ser o pós cirúrgico...tem médicos que não fazem isso, afinal o paciente normalmente é leigo e tem o direito a receber todo esclarecimento e outra coisa o médico deve prestar toda a assistência ao paciente se houver qualquer problema. No caso do F. ele é bem o exemplo do tipo de médico que falamos aqui...são esses profissionais de quinta que mancham a classe (C., parente de uma paciente falecida após uma abdominoplastia em resposta a criadora do tópico).

A fala acima é bastante esclarecedora sobre a questão do gerenciamento dos riscos, pois ao pontuar sobre a responsabilidade do médico em todo o processo e sobre como ele deve agir para que nada dê errado, ela está de certa forma afirmando de que em sua maioria os riscos na cirurgia plástica podem sim serem controlados e ponderados. Além disso, a participante está comentando sobre uma situação muito polêmica, já comentada na comunidade algumas outras

vezes: a do médico que opera muitas pacientes no mesmo dia em sequência, configurando quase uma "produção em massa", nas palavras das participantes.

Mas, voltando à questão do gerenciamento, a fala da criadora da comunidade também possui fundamental importância para esta reflexão:

Tudo que se refere à cirurgia, tratamento, medicamentos enfim é responsabilidade do médico sim, imagine se os pacientes além de pesquisar o médico para ver se ele é um bom médico tivesse que começar a pesquisar sua equipe, por isso que orientamos as pessoas a fazerem a pesquisa do médico, pois nele é em quem você deve confiar e se o médico for bom com certeza ira ter uma equipe experiente e só vai realizar cirurgia em um bom hospital.

O bom resultado de uma cirurgia plástica não se resume somente no bom cirurgião plástico é claro, toda paciente tem que ter ciência de algumas coisas que deveria ser esclarecido pelo médico, assim como estar no peso ideal, orientar os riscos para pessoas que fumam, bebem ou usam drogas... Sem falar em todos os exames que são pedidos... O repouso e por ai vai... O que grande problema hoje que os pacientes só vão saber dos riscos depois que acontece algo... Nesse sentido o termo de consentimento informado tinha que informar e não ser apenas um papelzinho que a gente assina. Será que o erro é do médico ou do paciente? Pensem (Alice).

A fala de Alice esboça não só a insatisfação com a falta de informação, como também expõe, mais uma vez, o quanto o médico na visão destas mulheres possui um papel central no controle dos riscos envolvidos. Na sequência deste tópico vários outros participantes ativos da comunidade se manifestaram dando apoio à opinião da criadora da comunidade, ficando claro que estas palavras manifestaram a opinião da maior parte das pessoas que fazem parte dela.

Além disso, em relação ao que a Alice colocou sobre pessoas acima do peso estarem mais expostas ao risco, é consenso na comunidade que estar dentro do peso ideal é requisito fundamental para se submeter à cirurgia plástica corporal (mamoplastia, lipoaspiração, abdominoplastia e outras técnicas de (re)construção corporal. Fica claro entre elas que a cirurgia plástica só é um recurso aceitável quando a mulher já se valeu de todas as outras possibilidades, isto é, já fez dieta e exercícios, conquistou um peso ideal, mas como não conseguiu se livrar de alguma "gordurinha" localizada ou estrias e flacidez decorrente da maternidade. Os comentários a seguir são esclarecedores:

Fui obesa por 10 anos, quando decidi emagrecer meu primeiro pensamento foi fazer lipoaspiração, mas levei bronca do médico e o mesmo me disse que se eu emagrecesse de forma saudável fazendo exercícios, quando perdesse tudo nem ia sentir necessidade de fazer lipo. Ele estava certo, quando emagreci percebi que no momento não precisava mesmo. Mas quis me dar o presente de ter seios perfeitos...(Alice)

Sempre amei meu corpo, mesmo depois da gravidez continuei me achando linda, mas a barriguinha flácida estava me incomodando por isso decidi fazer a plástica (Letícia).

Acredito que para estas mulheres a crença é a de que, em nome da vaidade, a prudência foi deixada de lado, para elas “ter um corpo sem gorduras, rugas ou celulites é [foi] colocado como prioridade em detrimento ao risco que se corre ao passar por uma intervenção qualquer de modificação corporal” (GUZZO, 2005, p. 148). Por conta disso, compreendo que a percepção de risco em torno da cirurgia plástica tem outros sentidos ou é deixado de lado se tomarmos como referência a biomedicina e o moderno conceito de risco (possibilidade de um evento negativo ocorrer), uma vez que esta técnica por ser reconhecida como científica é vista como capaz de promover a transformação do corpo com segurança. Mudar o corpo utilizando as variadas técnicas existentes é uma prática cada vez mais comum nas sociedades contemporâneas justamente pela crença de que estas são seguras e passíveis de controle. Sendo assim, compreendo que segundo a percepção de risco dos participantes da comunidade “*Paguei para ser mutilada*” a cirurgia plástica é passível de controle, através do gerenciamento dos riscos, porém a complexidade dos problemas que estas podem acarretar, impondo cuidados minuciosos e uma ampla rede de atenção e informação, pode também levar à interpretação dos riscos imponderáveis como erro médico, azar ou fatalidade (SPINK; MENEGON, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao contrário do que acontecia na idade média, na qual o corpo era uma graça divina e, posteriormente, tornando-se uma herança genética imutável, o corpo na atualidade passou a ser apreendido como herança moldável e de inteira responsabilidade individual. A tônica dos adeptos do culto ao corpo reforça a idéia de que é possível fazer um “outro” de si próprio, tomando o corpo um “rascunho” sobre o qual transformações são desejáveis e possíveis de serem realizadas. A idéia é a de que é possível interferir na construção da identidade pessoal, transformando os atributos corporais. Desta forma difundiu-se, na atualidade, a crença de que “só é feio quem quer”.

Em nome da beleza e de padrões hegemônicos estéticos, alternativas que podem produzir doenças, sofrimentos físicos, emocionais e resultados negativos irreversíveis são constantes e muitas vezes vividos como inesperados. É o caso dos medicamentos para emagrecer, por exemplo, cujo uso pode elevar os batimentos cardíacos, ocasionando insuficiência respiratória ou até mesmo infartos. Além disso, a maioria deles contém anfetaminas, substâncias viciantes e nocivas para o organismo capazes de gerar problemas emocionais, depressão, danos no cérebro e distúrbios alimentares, tais como a anorexia e a bulimia. Muitos/as se submetem a isso para se sentirem aceitos/as e através de seus corpos (re)modelados, se integrem ao grupo dos “bem sucedidos”.

As cirurgias plásticas estéticas, assim como os medicamentos, também são usadas para a obtenção de um corpo magro e belo, e tal como ele também pode produzir dor e sofrimento. No caso das mulheres pesquisadas essa dor foi causada porque o resultado estava longe do esperado e elas, que “*pagaram para ficar belas*”, acabaram insatisfeitas com os resultados ou mutiladas em decorrência de necroses por falta de irrigação sanguínea, infecções, trombozes, entre outros problemas, repetem o refrão, através da internet: “*paguei para ser mutilada*”. Mesmo quando os resultados são positivos, ou “dão certo”, as cirurgias estéticas não são procedimentos simples, pelo contrário, são complexas e podem apresentar tantos riscos quanto os envolvidos em uma cirurgia cardíaca, por exemplo, além de gerar dor e exigir repouso e muitos cuidados posteriores. A mídia, entretanto, reforça e faz repercutir a idéia das cirurgias plásticas como recursos

simples para a transformação corporal, quase sem riscos além de disponíveis a todos por meio do parcelamento de seu custo.

Conforme dito na introdução deste trabalho, em diálogo com pesquisas atuais que apontam a possibilidade de libertação do corpo em relação aos constrangimentos sociais, em que o corpo é tomado como um rascunho sobre o qual o sujeito pode intervir, redefinindo o seu destino biológico, o trabalho etnográfico aqui apresentado aponta para outra direção. Ele mostra como a ideologia de um corpo perfeito em consonância com um padrão hegemônico de beleza, que produz o chamado culto ao corpo, reforça a idéia de que não existe possibilidade de felicidade fora desse padrão. Os dados aqui apresentados apontam mais para uma falta de liberdade que leva a motivações para transformações dos próprios corpos, no sentido de um assujeitamento a modelos e padrões, mesmo que à custa de sofrimentos físicos e de riscos. Trata-se, no dizer dessas mulheres pesquisadas, de aquisição de formas corporais específicas e de condutas ligadas à auto-estima em que o corpo funciona como um indicador de sucesso e de *status* ligado à própria noção de pessoa e o sentido de identidade.

Ademais, como bem colocado por Berger (2006, p. 275) o corpo inscreveu-se definitivamente na lógica do individualismo competitivo, o que pode ser reconhecido no material analisado, sendo que as mulheres pesquisadas não estão buscando um processo de singularização, como no caso dos adeptos da *body modification*, nos seus processos de construção identitária, mas sim estão tentando adequar seus corpos à padronização de um modelo. Rodrigues (1999 p. 178) ressalta que a característica primordial da constituição da individualidade é o cuidado de si, isto é a atenção e o policiamento das próprias condutas e dos pensamentos, e também que a competição é inerente ao próprio processo de individualização, uma vez que os referenciais que definem o “eu” só existem em íntima relação com os referenciais alheios. Nesse sentido, estas mulheres, ao tentarem se adequar aos modelos estéticos existentes, estão buscando se diferenciar, ao mesmo tempo, dos corpos feios, gordos e inaceitáveis. Desejam com seus corpos perfeitos serem vistas, admiradas e invejadas.

A atual valorização de um padrão corporal determinado possibilita pensar a ligação entre a democratização da cirurgia plástica estética e a construção de processos identitários. Os dois resultados possíveis, o sucesso ou o fracasso da cirurgia plástica, permitiram analisar até que ponto o desejo e a necessidade de

atingir um corpo específico é fundamental na representação das mulheres investigadas, para se sentirem parte de um estilo de vida considerado saudável e se identificarem com um segmento social elevado, através de imagens difundidas e admiradas, nas quais o corpo ganha importante marca de *status*.

Se o desejo de construir um corpo forte, belo e saudável não é uma novidade, as novas tecnologias impulsionaram o desejo desta construção e transformaram suas possibilidades. Desde os mais variados cosméticos, passando pelos suplementos alimentares, anabolizantes, esteróides até os mais diversos procedimentos cirúrgicos, muitas são as possibilidades de se transformar o corpo buscando ajustá-lo à moda. Submetidos a qualquer uma dessas técnicas, o corpo se transforma, sofre alterações, mas os resultados podem não sair conforme o esperado. O corpo manipulado com uso de anabolizantes, por exemplo, pode aumentar de tamanho sem que isto signifique mais força, assim como podem ocorrer problemas relacionados a esta substância. Da mesma forma, em uma cirurgia de lipoaspiração, ou em qualquer outra cirurgia estética, o resultado pode ser diferente do previsto e esperado, ou melhor, muitos resultados não podem ser previstos. Embora exista por trás de todas estas técnicas de transformação corporal um enorme aparato de regras, normas e cuidados para diminuir a incidência de riscos ou de resultados não esperados, o resultado final pode sempre cair no campo do imponderável.

Os pacientes submetidos à cirurgia plástica estética, antes de iniciar os preparativos do pré-operatório, assinam um “termo de consentimento informado”, mas este não cumpre seu papel de informar e, assim, o sujeito se submete a uma técnica, mas não tem consciência dos riscos aos quais está se submetendo. A possibilidade de transformação do corpo, de mudar atributos reconhecidos como “defeitos”, associada à desinformação sobre a complexidade da técnica fazem com que poucos/as se questionem a respeito do que pode dar errado. Desta forma, compreendemos que atrelada à análise sobre a percepção de risco está também o exame a respeito do atual conceito de saúde, no sentido que parece estar contribuindo para a rejeição de um determinado tipo de corpo e para a decisão de se submeter à técnica de cirurgia plástica através de categorias como “auto-estima” e “qualidade de vida”.

Coletivamente espera-se que eventos de doença e morte resultem do processo de envelhecimento “natural” o que faz com que os acontecimentos fora

deste roteiro exijam explicações para ganharem significados. Podem ser explicações de várias ordens interpretativas: populares, religiosas, biomédicas, místicas ou sobrenaturais. O surgimento de uma doença, a ocorrência de um acidente de trânsito ou uma cirurgia que não “dá certo” exige explicações, pois não podem ser eventos atribuídos ao processo “natural” da vida. Ou bem os riscos são previstos para serem controlados, ou bem a idéia de fatalidade, de destino ou da “vontade de Deus” podem ser acionadas como modelos explicativos. O domínio da fatalidade é o que se busca contornar com a construção de modalidades de análise da doença através da explicação e atuação sobre os eventos, bem como através da criação de mecanismos legais e técnicos que afastariam este domínio e teoricamente o deixariam sobre controle.

O parágrafo acima permite pensar como os riscos são concebidos em nossa sociedade e as explicações buscadas para explicar os possíveis “transtornos” causados por uma cirurgia plástica sem sucesso. A fatalidade, sem dúvida, é um dos domínios da explicação, pois parece existir um consenso a respeito da cirurgia plástica de que não é uma técnica vista com precaução, receio ou reticências, pelo contrário, as entrevistas, tanto das mulheres que tiveram plásticas bem sucedidas, quantos das que sofreram decepções, defendem a transformação corporal via cirurgia plástica e/ou lipoaspiração como um método “maravilhoso” capaz de melhorar a vida, realizar um sonho. Mas, segundo elas, a fatalidade só acontece ou por culpa de médicos e das empresas negligentes que fazem cirurgias sem atender a todos os cuidados necessários, ocasionando, assim, lesões, mutilações e até mesmo morte. Desta maneira, a causa dos transtornos não está na técnica, e sim em seu mau uso.

Por fim, gostaria de salientar que mídia e culto ao corpo hoje possuem uma íntima relação, pois seu potencial ideológico interfere diretamente no imaginário social criando e consolidando modelos estéticos. Dessa forma, compreendo que as imagens publicadas pela mídia em geral, sobretudo em anúncios relacionados à cirurgia plástica expressam a consolidação de um modelo feminino, o da mulher branca, ocidental, jovem, com corpo torneado e poder de consumo. Assim, consumir este “corpo-referência” torna-se fundamental para a construção de uma identidade feminina na sociedade contemporânea ocidental, como consumo de um ideal (LESSA, 2005, p. 5).

As mulheres sujeitos dessa pesquisa, apesar de terem várias possibilidades para modificarem seus corpos, buscam a “técnica corporal” mais rápida e “fácil”. Tal atitude demonstra não uma liberdade de decisões para a transformação de seus corpos, mas um assujeitamento a modelos e padrões, mesmo que à custa de sofrimentos e de riscos. Pode-se afirmar que elas não buscam um processo de singularização nos seus processos de construção identitária, mas querem adequar seus corpos à padronização de um modelo. O que se pode concluir é que em se tratando da questão do corpo na contemporaneidade, a oposição “projetos individuais” ou individualismo de um lado e, coerções sociais, de outro, não apreende toda a complexidade do tema. O corpo como fenômeno social, histórica e contextualmente construído, está sempre sujeito a constrangimentos sociais, embora os sujeitos tenham atualmente cada vez mais condições e motivações para modificá-los.

Conforme dito anteriormente algumas participantes estavam movendo processo contra o médico que lhe operou, o principal objetivo delas era comprovar que houve mesmo erro médico e receber indenização, muitas afirmam que o recebimento desta indenização é fundamental para conseguirem realizar uma cirurgia de correção.

Alice, criadora da comunidade, entrou com processo acusando seu médico de imperícia e negligência médica em 2006, ela perdeu a aureola de seu seio esquerdo por necrose, em decorrência da falta de irrigação sanguínea após uma mamoplastia. O médico se defendia afirmando que se tratava de uma complicação de rotina, mas muitos médicos que a moça procurou afirmaram que o uso do dreno após a cirurgia teria evitado a necrose. Além de fotos do seio, do prontuário médico e do depoimento de testemunhas, a moça passou por um perito do SUS na época para em setembro de 2010, mas o juiz não quis encerrar o caso antes de ouvir o perito que examinou Alice na época. Depois de mais duas audiências e 5 anos de processo, em outubro de 2011, saiu o veredito final: a moça foi vítima de erro médico. Segundo ela, fica a tristeza pelo diploma do médico (que tem registro na ABCP) não ter sido cassado e pela indenização não ter sido maior, mas só de ter comprovado que foi mesmo vítima de imperícia e negligência médica já se sente aliviada.

Mesmo antes do veredito final Alice já havia voltado para a mesa de cirurgia plástica, para além de “reconstruir” a aureola de seu seio também fazer uma

lipoaspiração e uma rinoplastia. Questionada sobre o medo de fazer uma nova plástica após essa experiência traumática, Alice respondeu que desta vez estava ainda mais segura por tomou todos os cuidados e tinha certeza que estava em boas mãos.

Além da Alice outras participantes decidiram mover processo contra o médico que realizou sua cirurgia, Nataly, Hellen e Leticia, estavam processando o mesmo médico e em setembro de 2011 Hellen recebeu o veredito do juiz a seu favor e também recebeu indenização, o valor segundo a moça gira em torno de 20 mil reais. No caso de Hellen não foi marcada audiência, o juiz deu ganho de causa para a moça apenas através da análise das provas apresentadas. Possivelmente contou a favor dela o grande número de ex pacientes movendo processo contra o médico acusando-o de negligência médica. Nataly e Leticia ainda não tiveram seus processos julgados, mas segundo Alice outras duas mulheres que moviam processo contra este médico também tiveram ganho de causa em setembro e várias outras já haviam ganhado antes. Segundo Hellen o pedido de cassação do CRM deste médico está sendo julgado.

Por fim, quero comentar que um grupo de pessoas ligadas a comunidade, através do movimento denominado de “ato contra erro médico” estão lutando pela aprovação do projeto de lei 6867/2010, no qual está previsto a exigência de aprovação em exame de avaliação de conhecimento para o exercício de profissões ligadas a saúde, além de punições mais rígidas no caso de negligência ou imperícia comprovada.

REFERÊNCIAS

ADAMS, John. **Risco**. São Paulo: Senac, 2008.

ALMEIDA, M. V. (Org.). **Corpo presente**. treze reflexões antropológicas sobre o corpo. Oeiras: Celta, 1996.

AMARAL, Rita; SILVA Vagner Gonçalves. Religiões afro-brasileiras e cultura nacional: uma etnografia em hipermídia. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luís, v. 3, n. 6, jul./dez. 2006.

AZIZE, Rogério Lopes. **Química e qualidade de vida**: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras. 2002. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BECK, U. "Momento cosmopolita" da sociedade de risco. **Com Ciência - SBPC**. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. Dossiê Risco, n. 104, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.comciencia.b>>. Acesso em: 12 dez. 2008.

BECK, U. **Risk Society**: towards a new modernity. Cambridge. UK: PolityPress, 1993.

_____. Politics of risk society. In: FRANKLIN, J. (Org.). **The politics of risk society**. Cambridge: Polity Press, 1998.

BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Ed. UNESP, 1997.

BENEDETTI, Marcos Renato. **Toda feita**: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BERGER, Mirela. **Corpos e identidade feminina**. 2006. 312p. Tese (Doutorado em Antropologia social) - Universidade de São Paulo, 2006.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.836/2008. **Diário Oficial da União**, 14 março de 2008. Seção I, p. 195,

BRAZ, Camilo Albuquerque de. O meu corpo é meu templo: projetos corporais e normatividades no universo da body modification em São Paulo. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 25., 2006, Goiânia. **Anais...** Goiânia: Associação Brasileira de Antropologia, 2006. 1 CDROM.

CANCLINI, Néstor Garcia. **Consumidores e cidadãos**: conflitos multiculturais da Globalização. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

CASTILHO, Kathia; GALVÃO; Diana (Org.). **A moda do corpo o corpo da moda**. São Paulo: Esfera, 2002.

CASTRO, Ana Lúcia. **Culto ao corpo e sociedade**: mídia, estilos de vida e cultura de consumo. 2. ed. São Paulo: Anna Blume, 2007.

COLAVITTI, Fernanda. Beleza Revelada. **Galileu**, n.155, jun. 2004.

CSORDAS, Thomas. **Incorporação como um paradigma para a antropologia**. Tradução PPGAS-UFSC. London: Cambridge University Press, 1996. mimeo.

_____. **Conduites à risque**: des jeux de mort au jeu de vivre. Paris: PUF, 2004.

_____. **Corpo na História**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. A corporeidade como um paradigma para a antropologia. In: _____. **Corpo/significado/cura**. Porto Alegre: Ed da UFRGS, 2008.

DANIELS, Mônica Correia. **Traços físicos, imagens sociais**: representações da feiúra. 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1999.

DEBERT, G. G.; GOLDSTEIN, D. M. (Org.). **Políticas do corpo e o curso da vida**. São Paulo: Ed. Sumaré, 2000.

DEL PRIORI, Mary. **Corpo a corpo a Mulher**: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: SENAC, 2000.

DI GIULIO, G. M.; FIGUEIREDO, B. R.; FERREIRA, L. C. Comunicação e governança do risco: um debate necessário. *Com Ciência – SBPC*: Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. Dossiê Risco, n.104, dez. 2008. Disponível em:<<http://www.comciencia.br>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

DORNELLES, Jonatas. Antropologia e Internet: Quando o “campo” é a cidade e o computador é a “rede”. **Revista Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.10, n. 21, p.241-271, 2004.

DOUGLAS, M. **Risk and blame**: essays in cultural theory. Londres: Routledge, 1992.

_____. **La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales**. Barcelona: Paidós, 1996.

DOUGLAS, Mary; ISHERWOOD, Baron. **O mundo dos bens**: para uma antropologia do consumo. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004.

EDMONDS, Alexandre. No universo da beleza: notas sobre cirurgias plásticas no Rio de Janeiro. In: Goldenberg, Mirian (Org.). **Nu & Vestido**: dez antropológicos relevam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

ELIAS, Norbert. **O Processo civilizador**: uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993. v. 1.

FISCHLER, Claude. Obeso benigno, Obeso Maligno. In: SANT'ANNA, Denise Bernuzzi (org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

GIDDENS, Anthony. **As conseqüências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: Unesp, 1991.

GOLDENBERG, Mirian. **De perto ninguém é normal**: estudos sobre o corpo, sexualidade, gênero e desvio na cultura brasileira. Rio de Janeiro: Record, 2004.

_____. As infinitas descobertas do corpo. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 14, p. 235-249, 2000.

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

GUIMARÃES JUNIOR, Mário José Lopes. O ciberespaço como cenário para as Ciências Sociais. **Revista de Antropologia**, v. 2, n. 1, p.139-153, 2000.

GUIVANT, Julia. A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. **BIB** – Boletim Informático e Bibliográfico de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 3-38, 1998.

GUZZO, Marina. Riscos da beleza e desejo de um corpo arquitetado. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, p. 139-152, 2005.

JEOLÁS, L. S. **Risco e prazer**: os jovens e o imaginário da AIDS. Londrina: EDUEL, 2007.

_____. Pesquisa de campo em comunidades on-line sobre corridas ilegais de rua: velocidade, risco e masculinidade. **Cadernos de campo**, São Paulo, n. 18, p. 1-352, 2009.

JEOLÁS, Leila Sollberger; KORDES, Hagen. Percursos acelerados de jovens condutores ilegais: o risco entre vida e morte, entre jogo e rito. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 16, n. 34, p. 159-187, jul./dez. 2010

KANASHIRO, M. Controle do risco: uma tarefa infundável. **Com Ciência** - SBPC. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. Dossiê Risco, n.104, 10/12/2008. Disponível em:<<http://www.comciencia.br>>. Acesso em: 12 dez. 2008.

LARAIA, Roque de Barros. Parte II: Como opera a cultura. In: _____. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Zahar, 2002. p. 67-108.

LASCH, Christopher. **A cultura do narcisismo**: a vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LE BRETON, D. **Anthropologie du corps et modernité**. Paris: PUF, 1990.

_____. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. 2003.

LESSA, Patrícia. **Mulheres a venda**: uma leitura do discurso publicitário nos outdoors. Londrina: EDUEL, 2005.

MALERBA, Jurandir. Para uma teoria simbólica: conexões entre Elias e Bourdieu. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; MALERBA, Jurandir (Org.). **Representações**: contribuição a um debate transdisciplinar. Campinas: Papyrus, 2000. v. 1, p. 199-225.

MALUF, Sonia. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. **Dossiê Corpo e História**, Florianópolis. n. 9, p.87-101, 2001.

MARCUS, G. Identidades passadas, presentes e emergentes: requisitos para etnografias sobre a modernidade no final do século XX ao nível mundial. *Revista de Antropologia*. SP, n.34, p. 197-221, 1991.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Edusp, 1974.

MENEGON, Vera S. M. **Entre a linguagem dos direitos e a linguagem dos riscos**: os consentimentos informados na Reprodução Humana Assistida. São Paulo: Hipótese, PUCSP, 2006.

MENEGON, V. S. M; SPINK, M. J. P. Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: problematizando a comunicação sobre riscos. In: FERREIRA, V.; ÁVILA, M. B.; PORTELLA, A. P. (Org.). **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: SOS Corpo, 2007.

MENEZES, Josmar Maia. **Modernidade e tendência à abstração dos estados imperfeitos dos corpos**: a obesidade e seus condicionantes sócio-culturais. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

NEVES, Ednalva Maciel. Os imponderáveis da vida e risco: estudo antropológico sobre epidemiologistas e a construção coletiva da noção de risco. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 25, 2006, Goiânia. **Anais...** Goiânia: Associação Brasileira de Antropologia, 2006. 1 CDROM

ORTEGA, Francisco. Das utopias sociais às utopias corporais: identidades somáticas e marcas corporais. In: ALMEIDA, Maria Isabel de; EUGENIO, Fernanda (Orgs.). **Culturas jovens**: novos mapas do afeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

PAULIN, Igor; MEDEIROS; Júlia de; BORTOLOTTI, Marcelo. As dez regras da vida segura. **Veja**, São Paulo, edição 2176, ago. 2010.

QUEIROZ, Renato da Silva; OTTA, Ema. **O corpo do brasileiro**: estudos de Beleza e Estética. São Paulo: SENAC, 2000.

RAMOS, Alcida. R. **Ethnology brazilian style**: trabalhos em Ciências Sociais. Brasília: UNB, 1990. (Série Antropologia, 89).

RODRIGO, E. O ambiente das inovações tecnológicas e o risco. **Com Ciência** - SBPC. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. Dossiê Risco, n.104, dez. 2008. Disponível em:<<http://www.comciencia.br>>. Acesso em: 10 dez. 2008.

RODRIGUES, José. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

SANT'ANA, Denise Bernuzzi. Corporificando o mundo: enredos de uma subjetividade à flor da pele. In: CASTILHO, Kathia; GALVÃO, Diana (Org.). **A moda do corpo o corpo da moda**. São Paulo: Esfera, 2002.

_____. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

SILVA, Lídia J. Oliveira L. Globalização das redes de comunicação: uma reflexão sobre as implicações cognitivas e sociais. In: ALVES, José Augusto; CAMPOS, Pedro; BRITO, Pedro Quelhas (Coord.). **O Futuro da Internet**; estado da arte e tendências de evolução. Lisboa: Centro Atlântico, 1999. p. 53-63.

_____. Os arquipélagos de comunicação potenciados pelo uso dos telemóveis e pelas tecnologias móveis. **Biblioteca on line de Ciências da Comunicação**. 2005. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

_____. A Internet – a geração de um novo espaço antropológico. **Biblioteca on line de Ciências da Comunicação**. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

SPINK, M. J. Construção social do risco na sociedade contemporânea. In: SEMINÁRIO CULTURA, SAÚDE, DOENÇA, 2000, Brasília. **Anais...** Brasília: PNUD/Ministério da Saúde, 2003.

TURNER, B. S. Recent developments in the theory of the body. In: FEATHERSTONE, M.; HEPWORTH, M.; TURNER, B. **The Body**: Social process and cultural theory. London: Sage Publications, 1991.

_____. **Historias do Cotidiano**. São Paulo: Contexto, 2001.